



Bakalářská práce

**Hospitalizace na jednotce intenzivní péče
z pohledu pacienta**

Studijní program:

B0913P360016 Zdravotnické záchranářství

Autor práce:

Sára Doležalová

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Sehnalová
Fakulta zdravotnických studií

Liberec 2024



Zadání bakalářské práce

Hospitalizace na jednotce intenzivní péče z pohledu pacienta

<i>Jméno a příjmení:</i>	Sára Doležalová
<i>Osobní číslo:</i>	D21000081
<i>Studijní program:</i>	B0913P360016 Zdravotnické záchranářství
<i>Zadávající katedra:</i>	Fakulta zdravotnických studií
<i>Akademický rok:</i>	2022/2023

Zásady pro vypracování:

Teoretické výstupy:

Jednotky intenzivní péče jsou specializovaná oddělení poskytující vysoce odbornou péči nepřetržitě 24 hodin denně kriticky ohroženým pacientům, což jsou pacienti s aktuálně probíhajícími nebo hrozícími selháním jednoho nebo více orgánů. Jedním z nejdůležitějších aspektů je monitorování orgánových funkcí invazivním i neinvazivním způsobem. Víme, jak prostředí plné monitorů, přístrojů a dalších rušivých elementů působí na zde hospitalizovaného pacienta?

Cíle práce:

- 1) Popsat problematiku péče o pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče.
- 2) Zjistit, v jakých oblastech pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče pociťují diskomfort.
- 3) Zjistit, jak pacienti hodnotí chování a péči zdravotnického personálu na jednotce intenzivní péče.
- 4) Zjistit, co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace na jednotce intenzivní péče.

Výstupem bakalářské práce bude vytvoření informativního letáčku (nebo článku) pro sestry a zdravotnické záchranáře pracující na jednotce intenzivní péče, kde bude vyzdvihnuto v jakých oblastech hospitalizovaní pacienti pociťují diskomfort a co by jim pomohlo, aby se během hospitalizace cítili lépe.

Výzkumné otázky:

- 1) V jakých oblastech hospitalizovaní pacienti na jednotce intenzivní péče pociťují diskomfort?
- 2) Jak pacienti hodnotí chování a péči zdravotnického personálu na jednotce intenzivní péče?
- 3) Co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace na jednotce intenzivní péče?

Metoda:

Kvalitativní, polostrukturované rozhovory

Technika práce, vyhodnocení dat:

Budou vytvořeny rozhovory s hospitalizovanými pacienty na jednotce intenzivní péče. Práce bude psána ve Word a odpovědi u rozhovorů budou zobrazeny ve schématech.

Vzorek:

Hospitalizovaní pacienti na interní jednotce intenzivní péče vybrané nemocnice.

Rozsah práce:

Rozsah bakalářské práce činí 40-60 stran (tzn. 1/3 teoretická část, 2/3 výzkumná část).

Forma zpracování kvalifikační práce:

Tištěná a elektronická.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

tištěná/elektronická

Jazyk práce:

čeština

Seznam odborné literatury:

1. KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči* : 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.
2. BARTŮNĚK, Petr et al., ed. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-4343
3. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0064
4. KACHLOVÁ, Miroslava a Ilona PLEVOVÁ. 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči. 4: Hygienická péče, péče o lůžko, polohování pacienta*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1244-9.
5. ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978 – 80 – 271 – 0282-2.
6. MALÁSKA, Jan et al. 2020. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf. ISBN 978 – 80 – 7345-675-7.
7. HAKL, Marek. 2022. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů. 4., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-727-3.
8. DOSTÁL, Pavel. 2023. *Základy umělé plicní ventilace*. 5. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-759-4.
9. EUROPEAN, Society for Clinical Nutrition and Metabolism. 2019. *Basics in clinical nutrition*. Fifth edition. Prague: Galén. ISBN 978-80-7492-427-9.
10. TRACHTOVÁ, Eva a centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů NÁRODNÍ. 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

Vedoucí práce:

Mgr. Jana Sehnalová

Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

1. července 2023

Předpokládaný termín odevzdání:

30. dubna 2024

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc.,

MBA

děkan

V Liberci dne 30. listopadu 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

20. března 2024

Sára Doležalová

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Sehnalové za její podnětné rady a čas, který mi věnovala při řešení dané problematiky. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace pro zdárné dopracování mé práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za jejich podporu při studiu.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora: Sára Doležalová
Instituce: Fakulta zdravotnických studií,
Technická univerzita v Liberci
Název práce: Hospitalizace na jednotce intenzivní péče
z pohledu pacienta
Vedoucí práce: Mgr. Jana Sehnalová
Počet stran: 58
Počet příloh: 4
Rok obhajoby: 2024

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá problematikou hospitalizace na jednotce intenzivní péče z pohledu pacienta. Na jednotkách intenzivní péče jsou hospitalizováni kriticky nemocní pacienti a je jim zde poskytována odborná péče nepřetržitě 24 hodin. Teoretická část práce popisuje samotnou jednotku intenzivní péče, její dělení a uspořádání. Dále přístrojové vybavení, monitoraci, příjem pacienta, personální zajištění a v neposlední řadě je popsána samotná péče o hospitalizovaného pacienta. Výzkumná část práce je zaměřena na samotné pacienty a zkoumá, jak se takový pacient cítí v prostředí plného monitorů a různých přístrojů, co se jim líbí nebo naopak nelíbí a popřípadě co by jim mohlo zpříjemnit pobyt na tomto druhu oddělení. Také se zkoumá, jak vypadá současná péče o pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče a jak jsou s ní pacienti spokojeni. Výzkum byl proveden kvalitativní metodou za užití polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: jednotka intenzivní péče, hospitalizace na
jednotce intenzivní péče, pacient na jednotce intenzivní péče,
péče o pacienta, komunikace

ANNOTATION

Name and surname: Sára Doležalová
Institution: Faculty of Health Studies, Technical University of Liberec
Title: Hospitalization in the intensive care unit from the patient's perspective
Supervisor: Mgr. Jana Sehnalová
Pages: 58
Appendix: 4
Year: 2024

Annotation:

The bachelor's thesis deals with the issue of hospitalization in the intensive care unit from the patient's point of view. Critically ill patients are hospitalized in intensive care units and are provided with professional care 24 hours a day. The theoretical part of the thesis describes the intensive care unit itself, its division and organization. Furthermore, instrumentation, monitoring, patient reception, staffing and, last but not least, the care of the hospitalized patient itself are described. The research part of the thesis is focused on the patients themselves and examines how such a patient feels in an environment full of monitors and various devices, what they like or dislike, and possibly what could make their stay in this type of ward more pleasant. It also examines what the current care of a patient hospitalized in an intensive care unit looks like and how patients are satisfied with it. The research was conducted using a qualitative method use of semi-structured interview.

Keywords: intensive care unit, hospitalization at
intensive care unit, intensive care unit patient,
patient care, communication

Obsah

Seznam symbolů a zkratek	10
1 Úvod.....	11
2 Teoretická část	12
2.1 Jednotka intenzivní péče	12
2.2 Uspořádání pracoviště intenzivní péče.....	12
2.3 Přístrojové vybavení na JIP.....	13
2.4 Monitorace pacienta na JIP	14
2.5 Personální zajištění na JIP.....	16
2.5.1 Lékařský personál	16
2.5.2 Ošetrovatelský personál	16
2.6 Harmonogram na JIP.....	17
2.7 Příjem pacienta na JIP	17
2.8 Potřeby pacienta na JIP	18
2.9 Komunikace s pacientem v intenzivní péči.....	21
2.10 Hospitalismus a jeho prevence.....	22
2.11 Cirkadiánní rytmus.....	23
2.12 Péče o pacienta na JIP	23
2.12.1 Hygienická péče.....	23
2.12.2 Bariérová ošetrovatelská péče	24
2.12.3 Polohování	25
2.12.4 Výživa.....	26
3 Praktická část	28
3.1 Cíle práce a výzkumné otázky	28
Cíle práce	28
Výzkumné otázky	28
3.2 Metodika výzkumu.....	28

3.3 Analýza výzkumných dat.....	29
3.3.1 Analýza kategorie prostory na JIP	30
3.3.2 Analýza kategorie hospitalizace a komfort pacienta na JIP	33
3.3.3 Analýza kategorie zdravotnický personál na JIP	38
3.4 Vyhodnocení cílů a výzkumných otázek/předpokladů	43
4 Diskuze	46
5 Návrh doporučení pro praxi	50
6 Závěr	52
Seznam použité literatury	54
Seznam příloh	58

Seznam symbolů a zkratk

Symoly a zkratky jsou řazeny dle abecedy.

ARO - anesteziologické a resuscitační oddělení

CT - počítačová tomografie

CŽK - centrální žilní katetr

EKG - elektrokardiogram

JIP - jednotka intenzivní péče

RTG - rentgen

POCT - z angličtiny point of care testing

1 Úvod

Jednotky intenzivní péče jsou specializovaná oddělení poskytující vysoce odbornou péči nepřetržitě 24 hodin denně kriticky ohroženým pacientům, což jsou pacienti s aktuálně probíhajícím nebo hrozícím selháním jednoho nebo více orgánů. Jedním z nejdůležitějších aspektů je monitorování orgánových funkcí invazivním i neinvazivním způsobem. Dále je tu poskytována rozsáhlá farmakologická léčba a ošetrovatelská péče, která by měla být poskytována kvalifikovaným zdravotnickým personálem. Vysoká a správná úroveň péče pomáhá pacientovi udržovat jeho důstojnost a může zlepšit psychický i fyzický stav pacienta. Víme, jak prostředí plné monitorů, přístrojů a dalších rušivých elementů působí na zde hospitalizovaného pacienta?

Tato bakalářská práce se zabývá hospitalizací na jednotce intenzivní péče z pohledu pacienta. Teoretická část práce popisuje jednotku intenzivní péče, jak ji dělíme, její uspořádání, které je klíčové z důvodu přenosu infekcí spojených se zdravotní péčí mezi pacienty a přístrojové vybavení, které je oproti standartnímu oddělení velmi specifické. Teoretická část rovněž charakterizuje monitoraci pacienta, bez které se jednotka intenzivní péče neobejde a personální zajištění, kdy zdravotnický personál včetně lékařů musí být náležitě kvalifikován pro práci na tomto oddělení. Dále je v teoretické části popsán harmonogram a příjem pacienta, kdy pacient musí splňovat specifická kritéria, aby byl na jednotku intenzivní péče přijat. Pokud je pacient přijat, je důležité se zajímat o jeho potřeby v průběhu hospitalizace, zejména u pacientů, kteří jsou zde hospitalizováni delší dobu. Pokud nedojde u pacienta dlouhou dobu k naplnění jeho potřeb, je možné, že se u něj projeví známky hospitalismu, který je též v teoretické části popsán. Další nezbytnou součástí je správná komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem, ale i jeho blízkými, protože mnohdy se někteří pacienti nachází v život ohrožujícím stavu. V neposlední řadě jsem popsala péči o pacienta na jednotce intenzivní péče, kde je zahrnuta hygienická péče, bariérová péče, polohování a výživa. Pro využití relevantních zdrojů bylo využito možnosti rešerše.

Výzkumná část byla vypracována pomocí kvalitativního výzkumu s technikou polostrukturovaného rozhovoru a zkoumá současnou péči o pacienty na jednotce intenzivní péče a jak jsou s ní pacienti spokojeni. Dále se zajímá o to, jak na pacienty působí prostředí jednotky intenzivní péče, co se jim líbí a nelíbí, popřípadě co by udělali jinak.

2 Teoretická část

2.1 Jednotka intenzivní péče

Jednotky intenzivní péče (dále jen JIP) jsou určeny pro pacienty s hrozícím nebo trvajícím selháním jednoho nebo více orgánů (Ševčík a Matějovič ed., 2014). Nabízí se zde možnost diagnostiky, prevence a léčby multiorgánového selhání plně kvalifikovaným lékařským i nelékařským personálem 24 hodin denně. Ve většině zdravotnických zařízení lze stupeň poskytované intenzivní péče rozdělit do tří hlavních úrovní (Kapounová, 2020).

Do úrovně třetí (nejvyšší) spadají pacienti s vysokým rizikem multiorgánového selhání nebo pacienti s život ohrožujícím multiorgánovým selháním. Tito pacienti jsou závislí na farmakologické léčbě a přístrojích, které podporují nebo nahrazují selhávající a nefunkční orgánové systémy (umělá plicní ventilace, hemodynamická podpora, náhrada ledvinných funkcí) (Kapounová, 2020).

Do úrovně druhé (střední) se řadí pacienti, kterým se kromě základního monitorování provádí i invazivní monitorování, měření srdečního výdeje a dlouhodobá umělá plicní ventilace. Neprovádí se tu však specializované metody invazivního monitorování (plicní katetrizace, měření intrakraniálního tlaku, bulbární oxymetrie) a orgánové podpory. Komplexní péče o pacienty s multiorgánovým selháním zde není však poskytována (Zadák et al., 2017).

První úroveň (nejnižší) je pro pacienty se známkami orgánové dysfunkce vyžadující nepřetržité sledování a mírnou farmakologickou a přístrojovou podporu (neinvazivní ventilace) (Kapounová, 2020). U těchto pacientů hrozí riziko vzniku jednoorgánového nebo víceorgánového selhání. Pečuje se zde také o pacienty, kteří překonali multiorgánové selhání a vyžadují vyšší úroveň ošetrovatelské péče, kterou nelze poskytnout na standartních odděleních (Zadák et al., 2017).

2.2 Uspořádání pracoviště intenzivní péče

Celkové uspořádání a provoz jednotek intenzivní péče by měly být takové, aby minimalizovaly pohyb a práci personálu pečujícího o pacienty (Zadák et al., 2017). Oddělení intenzivní péče by mělo být od zbytku zdravotnického zařízení odděleno hygienickými filtry. Samotné oddělení by mělo být rozdělené na čisté a nečisté prostory. V čistých prostorech se skladuje sterilní materiál, vybavení, pomůcky a léky

používané při péči o pacienty. V nečistých prostorách se manipuluje s kontaminovanými pomůckami a nástroji a také se zde ukládá odpad a biologický materiál od pacienta (Bartůněk et al., 2016).

Prostor pracoviště intenzivní medicíny se skládá z prostoru pro pacienty a stanoviště zdravotnického personálu. Prostory pro pacienty mohou být stavebně členěny na otevřený systém, kombinovaný (poloboxový) systém a na uzavřený (boxový) systém. Otevřený systém je systém, kdy jsou lůžka umístěna v místnosti a jsou od sebe oddělena závěsem. Tento systém je dnes méně oblíbený z důvodu vysokého rizika přenosu infekce a nozokomiálních nákaz mezi pacienty, zejména pacienty s oslabenou imunitou. V současné době se jednoznačně upřednostňují boxové jednotky, kdy jeden box slouží pouze pro jednoho pacienta (Bartůněk et al., 2016). Systém boxů je výhodnější zejména i pro dlouhodobě hospitalizované pacienty z důvodu zajištění většího soukromí. Naopak nevýhodou tohoto systému může být negativní dopad na psychickou stránku některých pacientů. Mohou se cítit osaměle nebo mít strach. Proto je důležité s takovými pacienty správně komunikovat a častěji navštěvovat a kontrolovat jejich pokoj (Zadák et al., 2017).

2.3 Přístrojové vybavení na JIP

Každé lůžko na JIP by mělo být vybaveno monitorovacím systémem. Nejlepší umístění monitoru je obvykle v oblasti za hlavou pacienta. Nezbytnou součástí přístrojového vybavení na JIP jsou ventilátory, přístroje pro mimotělní očišťovací metody, infuzní pumpy a lineární dávkovače, odsávací přístroje, endoskopické vybavení. Všechny výše uvedené přístroje mohou pacienta rušit během dne, ale hlavně v noci z důvodu velkého osvětlení nebo mnohdy nepříjemných zvukových signálů. Oproti ostatním oddělením se na pracovištích intenzivní medicíny nachází i diagnostické přístroje jako je mobilní RTG přístroj, který umožňuje provést RTG snímek přímo na lůžku a ultrazvukový přístroj. V dnešní době je doporučeno mít na jednotce intenzivní péče biochemický analyzátor, kde můžeme např. vyšetřit krevní plyny, laktát, glykemii, hemoglobin a základní elektrolyty. Přístroj je známý pod názvem Point of Care Testing neboli POCT (Ševčík a Matějovič, 2014).

2.4 Monitorace pacienta na JIP

Monitorování je nedílnou součástí resuscitační péče. Jeho název pochází z latinského slova *monere*, což znamená "varovat" (Maláska et al., 2020). Nepřetržité monitorování životních funkcí pacienta je dnes jednou z nejčastějších indikací k přijetí na JIP. Monitorovací systémy podporují sledování životních funkcí organismu pro včasné odhalení abnormalit a usnadňují zvažování možných terapeutických intervencí (Kapounová, 2020). Poskytuje nám cenné informace, ale musí být splněny následující základní podmínky: hodnoty musí být správně změřeny, správně interpretovány a musí být přijata vhodná terapeutická opatření. Pokud dojde k výrazné změně monitorovaných hodnot, měl by být klinický stav pacienta znovu posouzen, aby se zajistilo, zda není v monitorovací technice technická chyba (Maláska et al., 2020). Na menších JIP lze použít monitorování u lůžka, kdy je monitor umístěn v zorném poli sestry. Centrální monitorování je metoda, při níž je systém péče o pacienta centralizován na jednom místě a všechny parametry jsou monitorovány jedním monitorem. Jednou z nejběžnějších a nejvyužívanějších je metoda kombinovaná, kde jsou zahrnuty jak monitory u lůžka, tak centrální monitory. Mezi nejzásadnější druhy monitorace řadíme monitorování kardiovaskulárního a dýchacího systému, měření tělesné teploty a laboratorní monitoraci. Nevýhodou kontinuální monitorace na JIP je, že pacient má na sobě velké množství kabelů a hadiček, které ho mohou výrazně omezovat i v pouhém pohybu na lůžku, protože se například bojí, že si nějaký kabel nebo hadičku vytrhne (Kapounová, 2020).

U srdečního systému sledujeme srdeční frekvenci a rytmus a jeho nepravidelnosti nebo ischemické změny (Kapounová, 2020). Standartním postupem je použití 3 nebo 5svodového EKG, které umožňuje personálu rychle identifikovat případné arytmie. 12svodové EKG poskytuje kompletní obraz elektrické aktivity srdce a většinou je pacientů prováděno 1x denně. Dále je u pacientů kontinuálně měřen krevní tlak nejčastěji pomocí monitoru a manžety, pokud není indikace pro invazivní měření (Knechtová a Suková, 2017). Pro získání co nejpřesnějšího údaje je důležité pacientovi nasadit vhodnou velikost manžety. Nevýhodou je, že se manžeta z důvodu měření často nafukuje a vyfukuje a to může pacienta rušit nebo v noci budit. Invazivní měření je přesnější a používá se u hemodynamicky nestabilních pacientů, po zavedení katetru do arteriálního oběhu (Kapounová, 2020). V případě zavedení katetru do horní duté žíly pak hovoříme o měření centrálního venózního tlaku, který poskytuje informaci o úrovni hydratace a žilní náplni (Knechtová a Suková, 2017).

Další součástí je monitorace dýchacího systému, kde sledujeme dechovou frekvenci, saturaci kyslíkem, množství oxidu uhličitého na konci výdechu a parciální tlaky plynů v arteriální nebo žilní krvi (Suková a Knechtová, 2018). Nedílnou součástí je i klinické vyšetření kam řadíme pohyby hrudníku, poslechový nález, charakter sputa a přítomnost cyanózy (Dostál et al., 2023). Nejčastější neinvazivní metodou je pulzní oxymetrie, která měří množství kyslíku vázaného na hemoglobin (Suková a Knechtová, 2018). Hodnoty se vyjadřují v procentech, přičemž normální rozmezí je 96 – 100%. Další standartní a častou metodou je analýza krevních plynů, které se využívá v péči o pacienty se známkami oběhové nestability nebo sníženého srdečního výdeje, kdy pulzní oxymetrické monitorování oxygenace není spolehlivé. Účelem je získání údajů k posouzení oxygenační funkce plic nebo umožňují posoudit případnou existenci acidobazické nerovnováhy (Dostál et al., 2023). Pro toto vyšetření lze použít vzorky arteriální, venózní, kapilární nebo smíšené žilní. U ventilovaných pacientů se využívá kapnometrie jako indikátor správného zavedení kanyly a slouží pro měření koncentrace oxidu uhličitého ve vydechovaném vzduchu pomocí infračerveného světla. Jeho grafické zobrazení se nazývá kapnografie a normální hodnoty se pohybují mezi 4,5 – 5,5kPa (Suková a Knechtová, 2018).

Měření teploty u pacientů v intenzivní péči je zajištěno pomocí močového katétru s tepelným čidlem, intravaskulárního katétru, jícnového nebo rektálního čidla (Maláška et al., 2020). Všechny výše uvedené místa jsou určena ke kontinuálnímu měření a provádějí se u pacientů v bezvědomí (pod sedativy). Nevýhodou jsou možné komplikace se zavedením jícnového čidla, kam řadíme zvracení a aspiraci, zavedení do průdušnice, krvácení a riziko vzniku otlaků (Suková a Knechtová, 2022).

Poslední nedílnou součástí vyšetření pacienta jsou laboratorní testy, které umožňují posoudit fyziologické a patologické procesy probíhající v těle pacienta. Podle dostupnosti výsledků lze testy rozdělit na rutinní, které trvají nejdéle, dále statimová, kdy výsledky jsou k dispozici za 30 – 60 minut a poslední možností je zpracování vzorků z vitální indikace, které je určeno pro akutní případy v ohrožení života (Bartůněk et al., 2016). U pacientů s ventilační nebo oběhovou nestabilitou je třeba odebírat krevní vzorky v pravidelných několikahodinových intervalech, i v noci, kdy pacient spí, to znamená, že musíme pacienta i několikrát budít, to ho může obtěžovat a být mu nepříjemné (Maláška et al., 2020).

2.5 Personální zajištění na JIP

Personál pracující na JIP především zahrnuje intenzivisty. Obor intenzivní medicína je nástavbou pro lékaře s atestací. Mezi personál zajišťující kontinuitu péče nyní patří všeobecná sestra pro intenzivní péči, zdravotničtí záchranáři a další personál se specializovaným školením.

2.5.1 Lékařský personál

Základním a zásadním pravidlem pro úspěšné fungování jednotek intenzivní péče je přítomnost lékařů, kteří se věnují výhradně práci na JIP. Nezáleží na tom, zda má lékař specializaci na jednotce intenzivní péče z oblasti chirurgie, interny, ARO nebo jiného oboru. Předpokladem však je, aby tento lékař plně ovládal všechny techniky intenzivní péče, včetně přístupu k centrálnímu žilnímu systému, dobře ovládal intubační techniky a složité ventilační režimy. Samozřejmě musí mít i další předepsané znalosti a dovednosti nezbytné pro poskytování intenzivní péče (Zadák et al., 2017). Lékaři by se měli řídit aktuálními doporučeními národních a mezinárodních odborných společností a v případě náhlé změny stavu pacienta konzultovat s lékaři jiných odborností (např. chirurgové, kardiologové, neurologové). Na každé jednotce intenzivní péče by měl být k dispozici náležitě kvalifikovaný odborník, tj. oficiálně jmenovaný vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí, to znamená atestací v oboru anesteziologie a intenzivní medicína (Ševčík a Matějovič, 2014).

2.5.2 Ošetřovatelský personál

V čele ošetřovatelského personálu stojí staniční sestra, která je zodpovědná za fungování a kvalitu ošetřovatelské péče. Staniční sestra musí být velmi zkušená v ošetřovatelské péči o kriticky nemocné pacient, nicméně nemusí se počítat s tím, že bude zařazena vždy do běžného provozu jako ostatní sestry. Všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři na jednotce intenzivní péče by měli mít odpovídající ošetřovatelské vzdělání a specializovat se na péči o kriticky nemocné pacienty. Společně s lékaři by měly konzultovat medicínsky a eticky složité případy (Ševčík a Matějovič, 2014). Rehabilitační a nutriční terapeuti mají mezi personálem na JIP také velmi důležitou roli. Na JIP je nutná úzká spolupráce mezi lékaři a ošetřovatelským personálem. Role a odpovědnost by měly být jasně definovány. (Zadák et al., 2017)

2.6 Harmonogram na JIP

Každé oddělení intenzivní péče má vlastní harmonogram, podle kterého se personál řídí. Služba začíná střídáním denní a noční směny, která probíhá většinou mezi 6 – 7 hodinou, kdy si všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři rozdělí pacienty, předají si o nich informace a určí se vedoucí směny. Poté probíhají dle zvyklostí konkrétního pracoviště odběry biologického materiálu, pokud je neprovede noční směna před předáním směny a hlavní náplní ranních hodin je hygienická péče o pacienty. Hygienická péče probíhá dle stavu pacienta buď na lůžku, nebo v koupelně. Následuje podání snídaně a ranní medikace. V dopoledních hodinách probíhá u všech pacientů lékařská vizita, kdy se zhodnotí pacientův stav a lékař napíše dekurz. Následuje plnění ordinací z vizity a rehabilitace pacientů. Pacientům ošetrovatelský personál rozdává oběd. Po obědě někteří pacienti mají naordinované další odběry, která provede všeobecná sestra nebo zdravotnický záchranář. V odpoledních hodinách je možné, aby pacienty navštívila rodina a blízké osoby. Před střídáním denní a noční směny je u pacientů dle potřeby provedena večerní hygiena, podává se večerní medikace a večeře. Po předání směny následuje večerní lékařská vizita a podává se noční medikace. Od 22:00 až do 6:00 hodin probíhá u pacientů noční klid. Ošetrovatelský personál nadále celou službu plní povinnosti z vizity. Překlady pacientů na oddělení, nebo na vyšší pracoviště probíhají během u celého dne, případně i v noci, takže dodržování nočního klidu může být omezeno (Krajská zdravotní Teplice, 2021).

2.7 Příjem pacienta na JIP

Pro přijetí pacienta na JIP platí přísná kritéria. Pacienti, kteří jsou příliš nemocní na to, aby jim byla poskytnuta tato úroveň péče, nebo jsou nevléčitelně nemocní na to, aby byli zachráněni i při nejlepší intenzivní péči, nemohou být přijati. Přijetí na JIP by mělo být vyhrazeno pro pacienty, kteří mají reálnou vyhlídku na obnovení nebo zlepšení orgánových funkcí a kterým by intenzivní péče pomohla překonat jejich kritický stav (Ševčík a Matějovič, 2014).

Na mnoha odděleních jsou zřízeny specializované přijímací pokoje, kam jsou většinou pacienti převezeni ihned po poskytnutí základních informací z oddělení, ze kterého pacienta přijímáme. Tyto příjmové ambulance mají výhodu v tom, že jsou oddělené od ostatních pokojů, kde jsou již hospitalizovaní pacienti. Ošetrovatelský personál si tak může v klidu udělat veškerá vyšetření, které jsou potřebné a nebude tím rušit ostatní pacienty. Zároveň i přijímaný pacient má zde své soukromí. Tento pokoj

je vybaven specializovaným lůžkem, monitory, lékárnou, defibrilátorem, sestaveným a nastaveným ventilátorem, přístroji pro měření vitálních funkcí a pomůckami pro poskytnutí základní ošetrovatelské péče. Během příjmu a následné hospitalizace je nutná následující péče, která se odvíjí z celkového stavu pacienta. Je nutno zajistit dýchací cesty pacienta, v mírnějších případech stačí aplikace kyslíku přes kyslíkovou masku, u kritičtějších případů a pokud to pacientův stav vyžaduje se u pacienta provádí endotracheální intubace a následné napojení na umělou plicní ventilaci s pomocí ventilátoru. Dále je nutné u pacienta kontinuálně monitorovat základní životní funkce jako je měření krevního tlaku, pulsní oxymetrie, dechová frekvence a natočit 12svodové EKG. Dále je potřeba zajistit periferní nebo centrální venózní katétr, který je potřebný nejčastěji z důvodu podávání intravenózních léků nebo častých odběrů krve. Některým pacientům lékař zavede i arteriální katetr z důvodu opakovaných odběrů arteriální krve, nejčastěji pro vyšetření acidobazické rovnováhy a krevních plynů při poruchách ventilace, respirace a vnitřního prostředí. Další indikací pro zavedení arteriálního katetru může být kontinuální měření arteriálního krevního tlaku. V následujících krocích se pacientovi zavede permanentní močový katetr pro sledování diurézy. Můžeme zavést i nasogastrickou sondu, pokud je potřeba pacientovi podávat umělou výživu. Dále se odebere biologický materiál (krev, moč, stolice, sekrety) na biochemické a bakteriologické vyšetření. Je-li u pacienta podezření na poranění či trauma, je možné ho vyšetřit pomocí zobrazovacích metod - CT nebo RTG. Pokud je pacient komplikovaný, je možné svolat lékařské konzilium a provést konziliární vyšetření. Nakonec ošetrovatelský personál provede celkovou a důkladnou hygienu pacienta a může mu pomoci zaujmout polohu, která mu bude příjemná nebo částečně uleví od potíží (Kapounová, 2020).

2.8 Potřeby pacienta na JIP

Potřeby obecně jsou projevy nedostatku nebo nadbytku, jsou to situace, kdy něco chybí a je třeba to uspokojit. Jsou to naléhavé potřeby člověka, aby mohl růst a žít. Prožívání nedostatku ovlivňuje všechny psychické aktivity člověka a následně velmi zásadním způsobem formuje vzorec chování jedince (Trachtová et al., 2018).

Reakce na potřeby pacientů na JIP závisí na celkovém stavu pacienta a pacienti jsou zcela nebo částečně závislí na pomoci ostatních (např. personálu, příbuzných, studentů) (Knechtová a Suková, 2022). Všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři jsou oproti lékařům obvykle v užším kontaktu s pacienty a pacienti jsou často závislí právě na péči

sester. Je proto důležité, aby znaly potřeby pacienta, trpělivě mu naslouchaly a nabízely spíše rady než pouhé příkazy či zákazy. Ošetrovatelský personál by měl vždy co nejvíce podporovat samostatnost pacienta a zajistit, aby byly jeho potřeby plně uspokojeny. (Kapounová, 2020). Například v intenzivní péči, kde mohou být pacienti v bezvědomí nebo vystaveni různým stupňům sedace, je důležité, aby zdravotníci měli nejen vynikající komunikační a pozorovací schopnosti, ale také dobré odborné znalosti a zkušenosti, aby mohli objektivně posoudit potřeby pacienta (Knechtová a Suková, 2022). Mezi nejčastější potřeby pacientů v intenzivní péči patří dýchání, výživa, vyprazdňování, spánek, potřeba být bez bolesti, nezávislost a psychická pohoda (Kapounová, 2020).

Potřeba dýchání je základní biologickou potřebou a předpokladem lidské existence. Přesněji by se měla nazývat potřebou kyslíku (Trachtová et al., 2018). Potřebu kyslíku v nemocniční péči můžeme zajistit několika způsoby. Nejčastější způsob podání kyslíku je kyslíkovými brýlemi nebo kyslíkovou maskou. Pacienti by však neměli v tomto případě mít namazaný obličej. Další možností je neinvazivní plicní ventilace. Důležitou součástí této terapie je, aby pacient spolupracoval. Mnohdy se děje, že pacient nespolupracuje, protože je mu maska nepříjemná, tlačí ho na obličej a následně způsobuje otlaky, je nekomfortní a omezuje pacienta při komunikaci. Pokud není potřeba dýchání dostatečně uspokojena, mohou se objevit příznaky, jako je dlouhodobý kašel, hemoptýza, bolest na hrudi a dušnost. Situace spojené s nedostatečným zásobováním kyslíkem jsou silně subjektivně vnímány a mohou vést k rozvoji úzkosti a strachu ze smrti (Knechtová a Suková, 2022).

Potřeba výživy je nezbytným předpokladem pro udržení biologické homeostázy živého organismu. Výživa nejen uspokojuje žaludek a trávicí systém, ale také doplňuje energetické zásoby organismu. Příjem potravy je u lidí spojen s pozitivním emočním naladěním. V případech, kdy není touha po jídle pravidelně uspokojována, je ovládáno veškeré lidské chování a postoje v negativním slova smyslu (Trachtová et al., 2018).

Vyprazdňování je fyziologická funkce organismu a základní biologická potřeba člověka. Přiměřené vyprazdňování vede k pocitům potěšení a uspokojení. Pokud je potřeba vyprazdňování nedostatečná nebo neuspokojená, je doprovázena fyzickým nepohodlím, jako je bolest, nadýmání a plnost. Psychické reakce se projevují negativními emočními stavy, jako je podrážděnost, napětí a náládovost. V horších případech mohou vzniknout nepříjemné poruchy vyprazdňování. Téma vyprazdňování je často tabu a

intimní záležitostí a lidé se zdráhají o problémech mluvit. Proto často někteří pacienti trpí zácpami nebo odmítají jíst, aby nemuseli na stolicí. Všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři by měli k pacientům přistupovat se zdravým rozumem, citlivě a s respektem. Pokud nemocný potřebuje na lůžku na stolicí, je důležité, aby měl co největší možné soukromí a pohodlí (zatahneme závěs, zavřeme dveře, necháme pacienta o samotě, pokud je to možné), zeptáme se, zda je všechno v pořádku a je mu to v rámci možností příjemné. Je důležité, aby pacient měl v blízkosti signalizační zařízení a mohl po dokonání potřeby zazvonit na ošetřující personál (Trachtová et al., 2018).

Potřeba spánku je ošetřovatelským personálem v intenzivní péči často přehlížena, ale lze ji ovlivnit (Suková a Knechtová, 2022). Spánek a odpočinek jsou nezbytné pro ochranu a udržení fyzického a duševního zdraví (Kapounová, 2020). Potřeba spánku se u jednotlivých osob liší, ale u nemocných pacientů se nároky na odpočinek, zotavení a spánek zvyšují. Tuto potřebu často narušují vnější faktory, jako je hluk a oslnění od přístrojů, hlasitá komunikace personálu, struktura oddělení, opakované měření tlaku a nevhodná teplota a vlhkost prostředí. Důležitými faktory ovlivňujícími kvalitu spánku jsou také léky (např. propofol má tendenci potlačovat REM fázi spánku, benzodiazepiny ovlivňují non-REM fázi, opioidy potlačují REM fázi atd). Psychické poruchy mohou být způsobeny také vedlejšími nebo nežádoucími účinky léků (např. kortikosteroidy) (Suková a Knechtová, 2022). Obavy, úzkost, stres a nejistota mohou bránit pohodě pacientů a vést k neuspokojení potřeby spánku (Trachtová, 2018).

Bolest je čistě subjektivní zážitek a objevuje se, když pacient řekne, že ho něco bolí. Pro lékaře a ošetřovatelský personál je to složitá informace pro rozhodování (Trachtová et al., 2018). Každý člověk toleruje bolest jinak a jeho tolerance je ovlivněna věkem, nemocí, pohlavím a fyzickou námahou (Kapounová, 2020). Bolest zná každý a může narušovat radost ze života, a když dosáhne určité intenzity, může zničit lidský život (Trachtová et al., 2018). Bolest je přirozenou součástí nemoci a ukazatelem stavu nemoci. Základem úspěšné léčby je, aby sestra a lékař stanovili správnou diagnózu a určili intenzitu bolesti, tj. použili škálu vhodnou pro pacienta a posoudili např. vegetativní příznaky bolesti (Suková a Knechtová, 2022). Rozlišujeme bolest akutní a chronickou. Akutní bolest je krátkodobá, nastává bezprostředně po vyvolávací příčině, je dobře ohraničena a plní základní úkol ochrany těla před poškozením. Nejúčinnější prevencí je včasná a aktivní léčba. Chronická bolest je dlouhodobá, nefunguje jako obrana a pacienta omezuje na běžných denních aktivitách, narušuje spánek, způsobuje depresi

a snižuje kvalitu života. K posouzení kvality bolesti se nejčastěji používají škály se stupnicí 0 – 10. Pacient označí oblast na úseku odpovídající intenzitě bolesti (Hakl et al., 2022). Je důležité, aby pacienti co nejpřesněji popsali svou bolest. Z tohoto důvodu zacházíme s pacientem soucitně, přistupujeme opatrně a střídme, eliminujeme strach z jiných událostí, poskytujeme dostatek informací, co nejdříve aplikujeme předepsaná analgetika a sledujeme jejich účinky (Kapounová, 2020).

2.9 Komunikace s pacientem v intenzivní péči

Komunikace na jednotce intenzivní péče se velmi liší od komunikace na běžných nemocničních odděleních, a to nejen po technické stránce, ale i z hlediska celkového přístupu. Mnoho pacientů se zde nachází ve velmi obtížné situaci. Často se zde probírají otázky života a smrti (Tomová a Křivková, 2016). Používání určitých komunikačních dovedností zdravotnickými pracovníky ovlivňuje chování pacientů a to jak nemoc prožívají. Mají významný vliv na to, jak pacienti zvládnou léčbu a jak se zdravotnickým personálem spolupracují. Ovlivňují také míru stresu a úzkosti způsobené nemocí. Zdravotnický personál nikdy nejedná nestranně, to znamená, že buď pacientovi prospívají a v širším smyslu má jejich komunikace na pacienta terapeutický účinek, nebo mu svými postoji a komunikací mohou uškodit. Mohou pacientův strach a úzkost zklidnit nebo naopak zesílit (Bednařík a Andrášiová, 2020).

Intenzivní péče je specializovaná oblast zdravotní péče. Je možné se zde setkat s pacienty při vědomí nebo s poruchami vědomí. Ale i s pacienty, kteří jsou v umělém spánku. Nachází se zde i pacienti neklidní a dezorientovaní, agresivní, úzkostní nebo depresivní. Nakonec se tu zdravotničtí pracovníci setkávají i s umírajícími pacienty. V takových případech je úloha zdravotnického personálu obtížná, ale zásadní. Pro takové diagnózy je nezbytná specializovaná komunikace. Nejdůležitějšími nástroji k naplnění tohoto poslání jsou osobnost, profesionalita, osobní zralost a rozvinuté mechanismy sebekontroly zdravotnického pracovníka. Bez ohledu na stav pacienta je velmi důležité, aby komunikace s pacientem nebyla zanedbávána. Na začátku každého kontaktu by se sestra nebo zdravotnický záchranář měli představit a říci, jak dlouho budou o pacienta pečovat. Mělo by být pro ně přirozené doprovázet každý výkon a slovně sdělit, co, jak, kdy, kde a proč budou dělat. U pacientů, kteří jsou v bezvědomí nebo v analgosedaci, je nezbytná pasivní komunikace. Během ošetrovatelských intervencí u takových pacientů by sestry nebo zdravotničtí záchranáři měli s pacienty hovořit i bez jeho zpětné vazby. Je prokázáno, že i pacienti v kómatu mohou vnímat jejich intervence.

Aby si získali důvěru pacienta, je důležité jim nesdělovat obavy, co nejvíce navazovat oční kontakt, být trpělivý, přizpůsobit se komunikaci pacienta, vyčlenit mu dostatek času a vyvarovat se rozptylování během rozhovoru. Při komunikaci s agresivními pacienty udržovat bezpečnou vzdálenost, mluvit klidně, zřetelně a snažit se je uklidnit. S úzkostnými pacienty hovořit klidně a trpělivě, dopřát jim dostatek času a jemně navrhnout řešení. U depresivních pacientů spoléhat na empatii, neomlouvat jejich trápení a v případě potřeby nabídnout odbornou pomoc. Kromě komunikace s pacienty by se měli zaměřit také na rozhovor s jejich rodinami. V neposlední řadě je důležitá také účinná a efektivní komunikace a multidisciplinární spolupráce celého zdravotnického týmu (Tomová a Křivková, 2016).

2.10 Hospitalismus a jeho prevence

Pacienti jsou do nemocnice obvykle přijímáni z léčebných a diagnostických důvodů. Některé lékařské zákroky nebo vyšetření vyžadují klid a pravidelné sledování pacienta. Pro pacienta je hospitalizace zárukou úspěšného diagnostického a léčebného procesu. Ale je však také skutečností, že někteří pacienti reagují při delší hospitalizaci negativně, což souhrnně označujeme jako hospitalismus. Hospitalismus je výsledkem řady negativních faktorů, které na pacienty během hospitalizace působí, a je silnou reakcí na hospitalizaci (Zacharová, 2017). Vlivy vedoucí k hospitalizaci se nazývají psychická deprivace. Jedná se o dlouhodobé nenaplnění některých životních potřeb z různých důvodů. Pacient například méně spí, jinak se stravuje nebo má omezený kontakt s rodinou (Rapčan, 2021). Mezi reakce na dlouhodobou hospitalizaci patří smutek, pláč, apatie, nechutenství a poruchy spánku a tím je psychický a fyzický stav pacienta nepříznivě ovlivněn. Mezi hlavní opatření, která mají hospitalizaci zabránit, patří co nejkratší doba pobytu v nemocnici, umožnění denních návštěv, podporovat co největší samostatnost pacienta a aktivní spolupráce mezi pacientem, rodinou a ošetřujícím personálem. U dospělých pacientů lze nudu zmírnit četbou, poslechem rádia nebo televize. Vhodné mohou být i aktivity nelékařských pracovníků, jako jsou ergoterapeuti nebo fyzioterapeuti (Zacharová, 2017).

2.11 Cirkadiánní rytmus

Cirkadiánní rytmy (latinsky circa = přibližně, diem = den) patří k biologickým rytmům. Mnoho fyziologických procesů u člověka je právě regulováno cirkadiánními rytmy, které vykazují rytmické změny v 24hodinovém cyklu (cyklus spánek-bdění, hormonální a nervová aktivita, změny teploty). U člověka je považován hypotalamus za hlavního určovatele rytmu a hlavního regulátora střídání cyklů denního světla a tmy. Denní světlo je tedy hlavním podnětem řídícím cirkadiánní rytmy. Hormon melatonin je spojen s faktorem denního světla a cyklem spánku a bdění, je produkován v epifyze a následně uvolňovaný do krevního oběhu během noci. (Puda, 2020)

Celková doba spánku na jednotce intenzivní péče zůstává stejná nebo se mírně zkracuje, ale její rozložení se u pacientů na JIP značně liší. U pacientů na JIP je spánek rozdělen do krátkých časových úseků a až 50 % doby spánku připadá na den. To vytváří nesoulad mezi cirkadiánním regulačním systémem a homeostatickými procesy spánku. Poruchy spánku na jednotce intenzivní péče se navíc vyznačují prodlouženou délkou mělkého spánku (stádia N1 a N2) a zkrácenou délkou stádia N3 a spánku REM (Kovář et al., 2023). Mezi příčiny poruch spánku na jednotce intenzivní péče patří léčebné postupy, jako je mechanická ventilace a farmakoterapie. Důsledky nekvalitního spánku ovlivňují imunitní, metabolický, kardiovaskulární, respirační a neurologický systém. Intervence ke zlepšení spánku u pacientů na JIP zahrnují snížení hluku a světla, omezení práce v noci a snížení rizika deliria (Zoubková a Májek, 2021).

2.12 Péče o pacienta na JIP

Do péče o pacienta zahrnujeme i hygienickou a nutriční péči. Tyto dvě úlohy jsou v péči o pacienta na JIP nepostradatelné a mají velký vliv na pacienta a jeho zdraví. Podvýživa a nesprávná hygiena pacienta mohou prodloužit jeho hospitalizaci, může dojít k infekci nebo dokonce i k mortalitě. Proto je nutné u takových pacientů nutně dodržovat adekvátní výživu, hygienu a správné polohování. Hygienická péče, péče o lůžko a polohování pacienta jsou základní činnosti, které přispívají ke zlepšení zdravotního stavu pacienta i celkového vnímání všech osob pohybujících se v tomto prostředí.

2.12.1 Hygienická péče

Hygienická péče je soubor pravidel a postupů zaměřených na osobní hygienu a prevenci šíření infekcí spojených se zdravotní péčí. V případě hospitalizovaných pacientů obvykle vycházíme ze zvyklostí, které daný pacient praktikoval ve svém

domácím prostředí. Hygienickou péči ovlivňuje několik faktorů, včetně věku, pohlaví, zdravotního stavu, úrovně soběstačnosti, emočního stavu, teploty a vlhkosti prostředí, návyků pacienta a kulturních zvyklostí. Každodenní hygiena těla pacienta se provádí nejméně dvakrát denně nebo podle potřeby. Doba ranní a večerní hygieny se určuje podle pracovního programu ošetrovatelské jednotky (Kachlová a Plevová, 2023).

Hygienická péče na jednotkách intenzivní péče je velmi variabilní a často podceňovaná. Jedná se o vysoce specializovanou činnost vzhledem k riziku přenosu mikroorganismů u jednoho pacienta nebo z pacienta z důvodu kontaminace rukou a hygienických pomůcek ošetrovatelským personálem. Na JIP se setkáváme s pacienty, kteří jsou plně soběstační, částečně soběstační nebo nesoběstační (pacienti v bezvědomí). U částečně soběstačných pacientů lze hygienickou péči provádět u lůžka (vsedě na lůžku nebo pacient má nohy svěšené z lůžka). Je důležité, aby pacient měl po ruce veškeré potřebné mýdla a hygienické pomůcky, nejlépe donesené rodinou, protože je na ně zvyklý a hygienická péče může být pro něj příjemnější. Dále je důležité, aby byla v pokoji vhodná teplota, vhodná teplota vody a aby bylo co nejvíce zachováno soukromí pacienta. U některých pacientů, zejména u mladých mužů, můžeme pozorovat stud, hlavně když u nich hygienu provádějí mladé sestřičky. Pacientovi by měl asistovat ošetrovatelský personál, který by měl kontrolovat hygienickou péči a v případě potřeby dokončit některé úkony, jako je mytí, osušení a masáž zad, kontrola a ošetření predilekčních míst a výměna lůžkovin a osobního prádla (Kapounová, 2020).

Hygienická péče o pacienty v bezvědomí se obvykle provádí jednou až dvakrát denně, pokud to celkový stav pacienta dovolí, optimálně sestrou u lůžka za asistence ošetrovatele nebo sanitáře, protože manipulace s takovým pacientem je složitější z důvodu UPV. Během hygienické péče by měly být sledovány životní funkce pacienta a sestra by měla reagovat na případné změny. Pokud pacient pocítuje diskomfort během hygieny, může se zdravotnický personál s lékařem domluvit na podání bolusu analgosedace (Kapounová, 2020).

2.12.2 Bariérová ošetrovatelská péče

Bariérová ošetrovatelská péče je soubor úkolů, organizačních a provozních opatření k prevenci výskytu a šíření infekcí spojených se zdravotní péčí. Na vzniku těchto infekcí se podílí mnoho faktorů, např. přítomnost specifických organismů v konkrétním zdravotnickém zařízení, oslabení organismu u pacientů v důsledku základního

onemocnění, diagnostických a terapeutických zásahů, nedodržování zásad aseptické techniky, sterilizace a dezinfekce a úroveň odbornosti personálu ve zdravotnickém zařízení. Nejčastějšími infekcemi spojenými se zdravotní péčí je pneumonie spojená s ventilátorem, klostridiová kolitida, katérové infekce močových cest, infekce chirurgických ran (peritonitida, nitrobršišní absces) a katérová sepe (pacienti s CŽK), které mohou vést k vyšší úmrtnosti. Aby mohli zdravotničtí pracovníci poskytovat pacientům kvalitní péči, musí dodržovat určité zásady. Mezi ně patří důkladná hygiena rukou, správné používání osobních ochranných pomůcek, udržování čistoty pacientů, používání jednorázového vybavení, personalizace vybavení (hrnečky, přístroje, teploměry), cílený a účinný úklid, používání dezinfekčních prostředků, manipulace s čistým a špinavým prádlem a správné zacházení s potravinami. Určité zásady musí dodržovat nejen zdravotnický personál, ale i návštěvy, které za pacientem dochází. Stejně jako zdravotnický personál se před vstupem na pokoj musí obléknout do jednorázových ochranných pomůcek a provést hygienu rukou. Nevýhodou této péče je, že může negativně postihnout pacienta. Na izolačním pokoji bývá často sám, tudíž se může cítit osamělý, může se nudit nebo mít strach. Návštěvy jsou omezené a nemusí mu být příjemné zahalení personálu a vlastní rodiny od hlavy až k patě. Proto je důležité s pacientem komunikovat a vysvětlit mu proč se tak děje. Dodržování předpisů o bariérové péči je základní činností v každém zdravotnickém zařízení. Přímá péče zdravotnických pracovníků má přímý dopad nejen na zdraví pacientů, ale i na zdravotníky samotné (Kachlová a Plevová, 2022).

2.12.3 Polohování

Správné polohování pacienta a techniky polohování patří k nejúčinnějším preventivním opatřením pro snížení komplikací v ošetrovatelské péči. Polohování ovlivňuje posturální funkce, které jsou základem pohybu. Polohování by mělo být prováděno bezpečným, šetrným a profesionálním způsobem, popřípadě využívat vhodné rolovací prostředky a techniky, aby nedošlo k poškození pacienta a kůže a následnému vzniku otlaků. Zvolená poloha by měla být pro pacienta pohodlná a bezbolestná. Cílem polohování je předcházet vzniku dekubitů, svalové atrofie, kontraktur, respiračních a obličejových komplikací, spasticity, bolestivých kloubů a deformit pohybového aparátu. U pacientů se sníženou pohyblivostí pomáháme s polohováním, ale snažíme se, aby byl pacient aktivní a spolupracoval. Změna polohy imobilního pacienta vyžaduje spolupráci alespoň jedné další osoby. K pacientovi vždy

přístupujeme z postižené strany. Při zaujímání polohy je nutné kontrolovat kůži, zda není otlačená, otoky, dýchání a subjektivní pocity pacienta. V noci lze u pacienta využívat postupy mikropolohování (malé změny poloh například posunem končetin, hlavy, a to při jakékoliv činnosti u pacienta) nebo laterální náklon postele, ať nemusíme pacienta budít. Některá lůžka jsou vybavena antidekubitní matrací, která obsahuje kompresor a matrace se tak v pravidelných intervalech nafukuje a vyfukuje, což částečně zamezí vzniku dekubitů. Na druhou stranu pacienty při vědomí to může obtěžovat a to hlavně v noci, kdy mohou kvůli tomu mít například narušený spánek (Kachlová a Plevová, 2023).

2.12.4 Výživa

Nutriční péče je základním a nepostradatelným prvkem všech preventivních léčebných postupů. Kvalitativně a kvantitativně by správná výživa měla být součástí jakéhokoli léčebného režimu a měla by se do značné míry vyrovnat lékařské nebo léčebné invazivní péči. Správná výživa zajišťuje uspokojení fyziologických potřeb zdravého jedince a je to prevence komplikací u pacienta. Komplexní algoritmy nutriční péče zahrnují hodnocení nutričního stavu, screening podvýživy, zajištění vhodné kvalitní stravy a intervenční výživu pro pacienty (Szitányi et al., 2013).

Klinická výživa zahrnuje enterální výživu a parenterální výživu. Přiměřená výživa by měla poskytnout lidskému tělu potřebnou energii, optimální množství bílkovin, cukru a minerálů, stejně jako esenciální aminokyseliny a mastné kyseliny, vitamíny a dostatečné množství vody (Plevová a Kachlová, 2023).

Enterální výživa je definována jako dodávka vyváženého roztoku do trávicího systému. Pokud má pacient funkční trávicí systém, ale z nějakého důvodu není schopen jíst, pak je to základní indikace pro použití enterální výživy. Výhodou je, že je stimulována funkce trávicího systému (Plevová a Kachlová, 2023).

Nejběžnější formou enterální výživy je popíjení nebo-li sipping. Tyto tekuté přípravky se používají k doplnění nebo úplné náhradě běžné stravy. Zásadou podávání je užívání po doušcích. Při tomto způsobu podávání jsou jednotlivé živiny lépe využity. Pokud pacient užívá tyto přípravky déle, tak mu mohou po čase přestat chutnat. Proto je dobré střídat například sippingy mléčné, ve formě džusu, pudinku nebo pacientovi z mléčného sippingu připravit nanuka. Dále existují různé metody enterální výživy sondou. Jednou z metod je kontinuální podávání pomocí enterální pumpy, které se zahajuje malými dávkami a dávka se postupně zvyšuje, pokud ji pacient dobře toleruje.

Dalším nejčastějším způsobem podávání je bolusové podávání, kdy jsou živiny pravidelně dodávány do kanyly pomocí Janetovy stříkačky. Sondy je nutné poté propláchnut vodou. Bolusové podání se opakuje každé 3-4 hodiny. Nevýhodou sondy především u pacientů při vědomí je, že jim může vadit nebo způsobovat nauzeu. Často se lze i setkat s tím, že si ji pacienti opakovaně vytahují (Vytejková, 2013).

Parenterální výživa je způsob, kdy jsou živiny podávány intravenózně, tedy mimo trávicí trakt (Sobotka et al., 2019). Je indikována v případě, že perorální příjem není možný a enterální výživa není účinná, je kontraindikována nebo pacient enterální výživu netoleruje (Vytejková et al., 2015). Při použití parenterální výživy je nutný žilní přístup a pro úspěšné podávání výživy jsou nezbytné vhodné infuzní techniky. Parenterální výživu lze podávat katétrem nebo žilním portem s hrotem umístěným v centrální žíle nebo kanylou nebo katétrem zavedeným do periferní žíly.

Parenterální výživa, která trvá déle než 5 dnů by měla být zajištěna centrální žilou z důvodu rizika vzniku tromboflebitidy způsobenou hyperosmolárními roztoky. Pokud podáváme parenterální výživu kratší dobu mohou být za zvláštních okolností nutriční roztoky podávány infuzí do periferní žíly. O způsobu a cestě podání rozhoduje vždy lékař (Sobotka et al., 2019). Parenterální výživa není fyziologickou metodou zajištění výživy a nese s sebou vysoké riziko komplikací. Nejčastějšími indikacemi pro parenterální výživu jsou malnutrice, malabsorpce, dyspepsie, ileus, stavy po velkých střevních operacích, akutní pankreatitida, sepse, peritonitida, mnohočetné úrazy, úrazy hlavy, popáleniny, selhání jater a selhání ledvin. Parenterální výživa je nejčastěji podávána za použití směsných roztoků tzv. all-in-one systémy které jsou preferovány z důvodu nižšího rizika infekce a metabolických komplikací (Vytejková et al., 2015).

3 Praktická část

3.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Cíle práce

- 1) Popsat problematiku péče o pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče.
- 2) Zjistit, v jakých oblastech pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče pociťují diskomfort.
- 3) Zjistit, jak pacienti hodnotí chování a péči zdravotnického personálu na jednotce intenzivní péče.
- 4) Zjistit, co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace na jednotce intenzivní péče.

Výzkumné otázky

- 1) Jedná se o popisný cíl, výzkumná otázka nebyla stanovena.
- 2) V jakých oblastech hospitalizovaní pacienti na jednotce intenzivní péče pociťují diskomfort?
- 3) Jak pacienti hodnotí chování a péči zdravotnického personálu na jednotce intenzivní péče?
- 4) Co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace na jednotce intenzivní péče?

3.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce je zpracována pomocí kvalitativní metody s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Všechny rozhovory byly uskutečněny s pacienty hospitalizovanými na jednotce intenzivní péče vybrané nemocnice a probíhaly v prosinci 2023 a únoru 2024. Vedoucí pracoviště dal souhlas k provádění výzkumu na daném pracovišti (Příloha A: Protokol k realizaci výzkumu). Před každým rozhovorem byl respondent seznámen s tématem, ujištěn, že nahrávky rozhovorů slouží pouze pro osobní účely, nebudou nikde zveřejněny a zjištěná data budou interpretována anonymně. Následně byl podepsán souhlas respondenta s účastí ve výzkumu (Příloha B: Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu). Rozhovory byly nahrány na diktafon v mobilním telefonu a následně doslovně přepsány v programu Microsoft Office Word. Při zpracování byly otázky rozděleny do jednotlivých kategorií, ke kterým byla vytvořena schémata. Polostrukturovaný rozhovor obsahuje celkem

20 otázek, které byly vytvořeny na základě výzkumných cílů práce (Příloha C: Otázky k rozhovoru). Pro větší přehlednost a snadnější vyhodnocení byli respondenti označeni R1 až R6.

3.3 Analýza výzkumných dat

Otázky byly rozděleny do čtyř kategorií, následně bylo vytvořeno ke každé kategorii schéma odpovědí respondentů.

Respondent 1 (dále jako R1) je 76letý muž, na JIP byl hospitalizován z důvodu infarktu myokardu po celkovou dobu 5 dní. Rozhovor byl prováděn 4. den hospitalizace.

Respondent 2 (dále jako R2) je 82letá žena, na JIP byla hospitalizována z důvodu akutního respiračního selhání po celkovou dobu 10 dnů. Rozhovor byl prováděn 7. den hospitalizace.

Respondent 3 (dále jako R3) je 58letý muž, na JIP byl hospitalizován z důvodu infarktu myokardu po celkovou dobu 5 dní. Rozhovor byl prováděn 5. den hospitalizace.

Respondent 4 (dále jako R4) je 67letý muž, na JIP byl hospitalizován z důvodu ischemické choroby srdeční po celkovou dobu 7 dnů. Rozhovor byl prováděn 4. den hospitalizace.

Respondent 5 (dále jako R5) je 69letý muž, na JIP byl hospitalizován z důvodu subileu po celkovou dobu 7 dnů. Rozhovor byl prováděn 5. den hospitalizace.

Respondent 6 (dále jako R6) je 72letá žena, na JIP byla hospitalizována z důvodu akutního respiračního selhání po celkovou dobu 8 dnů. Rozhovor byl prováděn 7. den hospitalizace.

První kategorie je identifikační. V této kategorii byli respondenti dotazováni na věk, na diagnózu se kterou se na JIP léčí a jak dlouho jsou na JIP hospitalizováni.

Druhá kategorie se zabývá prostory na JIP. Otázky byly zaměřeny na to, jak pacienti vnímají prostory na JIP, zda se jim líbí a zda mají na pokojích dostatečné soukromí.

Třetí kategorie se soustředí na hospitalizaci a komfort pacienta na JIP. Otázky se týkaly pozitivních i negativních zkušeností při samotné hospitalizaci. V jaké oblasti pacienti pociťují diskomfort a co by je během hospitalizace pozitivně ovlivnilo.

Ve čtvrté kategorii byli respondenti dotazováni na samotný zdravotnický personál pracující na JIP. Cílem bylo zjistit opět pomocí otázek, jak pacienti hodnotí chování zdravotnického personálu, jaké mají pozitivní a negativní zkušenosti, zda jsou dostatečně informováni o svém zdravotním stavu ze stran zdravotnického personálu a zda rozumí všemu, co jim zdravotnický personál sděluje.

3.3.1 Analýza kategorie prostory na JIP

Po třech identifikačních otázkách byly pacientům položeny čtyři otázky týkající se prostorů na JIP. Otázka čtyři se dotazovala na to, jak pacienti vnímají prostory na JIP. R1 uvádí *„Vkusné, čisté prostředí, ale není to nejmodernější.“* R5 se s touto odpovědí ztotožňuje *„Krásný, čistý a příjemné barvy zdi.“* R6 to vidí stejně *„Je tu čisto, působí to na mě příjemně.“* R4 poukazuje na množství věcí na pokoji *„Čisté prostředí, cítím se tu dobře, ale přijde mi, že tu je hodně věcí.“* R3 poukazuje na to stejné *„Není to špatné, ale hodně přístrojů.“* R2 souhlasí, upozorňuje na hluk přístrojů a dodává *„Dobrý, vkusný, ale často slyším, jak houkají přístroje.“*

Otázka pět se dotazovala na to, zda se pacientům líbí prostory JIP. R1 uvádí *„Líbí, nic zásadně negativního neshledávám.“* Stejnou odpověď udávají i R2 a R3 a dodávají *„Je to tu čisté a to je důležité.“* R5 odpovídá *„Určitě líbí, vše je urovnané, ale už jsem byl i jinde na JIPce a měli to tam modernější.“* R4 poukazuje na to, že přece jen domácí prostředí je lepší a odpovídá *„Ale ano líbí, je tu hezky vymalováno, ale doma je doma.“* R6 pokazuje na stísněné prostory a udává *„Prostor není ošklivý, ale přijde mi, že je kolem mě hodně věcí a přístrojů a působí to stísněně.“*

Další otázka byla navazující na předchozí otázku a dotazuje se na to, pokud se pacientům prostory na JIP nelíbí, tak co by mělo podle nich být jinak. Vzhledem k tomu, že na předchozí otázku pacienti neměli zásadně negativní odpověď a nic by výrazně neměnili, tak nebylo nutné ji více rozebírat.

Otázka číslo sedm se zabývala tím, zda mají pacienti dostatečné soukromí na pokoji, na kterém jsou hospitalizováni. R1 odpovídá *„Ano, jsou tu závěsy, takže mi to přijde v pořádku.“* R5 se s touto odpovědí ztotožňuje a udává *„Za mě tu mám soukromí v dostatečné míře, jsou tady závěsy a to mi stačí. Zase kdybych byl na pokoji pro jednoho, tak bych se cítil moc sám.“* R2 se částečně ztotožňuje s předešlými odpověďmi a odpovídá *„Ano víceméně, ale když chci jít na velkou, tak bych uvítala víc soukromí. Kdyby byla možnost dojít na WC, radši bych si došla.“* R4 poukazuje na stud před

opačným pohlavím a udává „*Ano, myslím si, že momentálně soukromí mám, protože tu semnou jsou chlapi, ale kdyby tu semnou byla cizí žena, tak asi bych se styděl.*“ R3 naopak odpovídá „*Nemyslím si, že bych tu měl moc soukromí, jsou tady semnou další pacienti a před sestřičkami se docela stydím.*“ R6 poukazuje na diskrétnost sester a udává „*No myslím si, že ne, protože ne všechny sestřičky jsou natolik diskrétní, některé zapomínají zatáhnout závěsy úplně nebo ráno při hygieně jich tady stojí pět a to mi není moc příjemné.*“



Schéma 1 Kategorie prostory JIP (Zdroj: autor)

3.3.2 Analýza kategorie hospitalizace a komfort pacienta na JIP

Otázky v této kategorii jsou zaměřené na komfort pacienta během hospitalizace na JIP. Osmá otázka se zabývá tím, co se pacientům líbilo během hospitalizace. R1 udává „*Mně se líbí přístup personálu, jak sester, tak doktorů.*“ S tím souhlasí i R5 a dodává „*Sestry dobrý, všechno mi je splněno.*“ R2 poukazuje i na hygienu a udává „*Sestřičky v pohodě, hlavně mám pořádek čisto a líbí se mi, že dbají na hygienu.*“ S tímto souhlasí i R6. R4 pak chválí stravu a říká „*Jídlo mi docela chutná a i personál na vše rychle reaguje.*“ R3 hodnotí i kvalitu péče a udává „*Kvalitní a neustálá péče, sestřičky se zajímají, pravidelná strava třikrát denně a dodržování čistoty se mi líbilo.*“

Devátá otázka byla zaměřena naopak na to, co se pacientům během hospitalizace nelíbilo. R1 udává „*Jídlo moc nechutnalo a některý pacienti jsou hluční.*“ Podobný názor měl i R2 „*Jídlo se nedá jíst a vadí mi hluk od přístrojů a ostatních pacientů.*“ R5 poukazuje na dietní jídla a dodává „*Hlavně jídlo se mi vůbec nelíbilo, musím mít dietní a to mi nechutná vůbec.*“ R3 upozorňuje na podávání léků „*Jídlo bylo kolikrát bez chuti a kolikrát dostávám léky a ani nevím na co to je a to se mi moc nelíbí, že to nevím.*“ R6 se nelíbí, že je upnutá na lůžku kvůli monitoraci a udává „*Nelíbí se mi, že jsem tu jakoby přikurtovaná, mám okolo sebe všude kabely, a když se otočím, tak mě to vždycky někde tahá nebo to spadne.*“ R4 má podobný názor a dodává „*Hodně mi vadí všude ty šmíry a když to spadne, tak musím často volat sestru.*“

Otázka deset zjišťovala, v jaké oblasti péče pacienti pocítují diskomfort. R1 udává „*Není tu televize, ani rádio a tak nemám moc pojem o tom co se děje okolo.*“ R3 poukazuje na soukromí „*Nemám tu soukromí, chybí tu televize a místo na mísu bych si radši došel na normální záchod.*“ Podobný názor má i R2 a dodává „*Není tu televize, když chci na stolic, tak mám nepříjemný pocit z toho, že to mohou ostatní pacienti slyšet a podávání léků v noci mi taky nepřišlo moc komfortní.*“ R4 upozorňuje na mytí na lůžku a udává „*Nemohu se sám umýt v koupelně, musím se mýt z toho laboru a nemohu si dojít na záchod.*“ R6 poukazuje na rušení nočního klidu a říká „*V noci se tu často svítí nebo některý pacienti bývají neklidní, taky se mi nafukuje na ruce ten tlak, to mě ruší a pak se mi blbě spí.*“ I R5 s tímto souhlasí a dodává „*No nemohu si k jídlu ani sednout s nohama dolu a stoupnou si už vůbec ne. Taky mi vadí, že se tady v noci někdy častěji svítí nebo tu něco houká, ale to se děje i přes den.*“

Otázka jedenáct naopak zjišťovala co je pacientům komfortní. R1 udává „*Že mi často upravují lůžko, sestřičky mi pomáhají se vším, co jsem potřeboval.*“ R2 vyzdvihuje čistotu, s čímž souhlasí i R3 a dodává „*Každý den čistá postel, sestřičky se docela starají nebo se snaží a reagují na vše rychle.*“ R5 ještě dodává „*Vyhovuje mi, že jsem pořád na tom monitoru a že vim, jak na tom jsem, mám čisté lůžko, který si můžu i ovladačem nastavit podle sebe.*“ R6 jako komfortní shledává péči sester a udává „*Sestry se často zajímají, zda vše je v pořádku a něco mi nechybí, snaží se semnou mluvit o tom co právě dělají. Myslím si, že vědí, že to pro nás také není lehké.*“ R4 naopak od ostatních pacientů nic pozitivního neshledává a říká „*Nevím moc co by mi mělo přijít zrovna v nemocnici komfortní.*“

Otázka dvanáct se pacientů dotazuje na to, zda jsou dostatečně uspokojovány jejich potřeby v průběhu hospitalizace. R1 udává „*Potřeby byly uspokojovány, sestry byly vždy ochotné a se vším pomohly.*“ Podobně to vidí i R2 a odpovídá „*Myslím si, že ano, sestřičky se snažily dle možnosti vyhovět.*“ S touto odpovědí i R3, který má stejný názor. R4 vidí neuspokojení potřeby spánku a udává „*Viceméně uspokojované byly, akorát ten spánek mi teda moc nešel a když jsem chtěl prášek na spaní, tak my ho nechtěl nikdo dát a já nevím proč.*“ R6 se s tímto částečně ztotožňuje a dodává „*Myslím, že všechno takový to základní tady funguje a je to splněný, co mám ale významně narušený je to spaní hlavně v noci. Jsem tu s několika pacienty a pořád se něco děje.*“ R5 poukazuje na potřebu vyprazdňování a udává „*Radši bych si došel na záchod normálně, to mě docela schází. Tady tu mísu nemám vůbec rád a moc se mi na ní nechce.*“

Otázka třináct se zaobírá tím, co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace. R1 odpovídá „*No, asi by bylo fajn, kdyby sem mohla rodina častěji a být tu déle, anebo dát si něco dobrého k jídlu.*“ S tímto souhlasí i R3 a udává „*Kdyby moji blízcí tady mohli být víc a třeba docházeli i dopoledne. Taky by se sem hodila televize, docela se tady nudím.*“ Na absenci televize upozorňovalo hned několik pacientů. R5 odpovídá „*Uvítal bych televizi nebo třeba nějaké noviny nebo časopisy na čtení.*“ R4 souhlasí a dodává „*Chtěl bych tady mít televizi, ale můžu tu mít aspoň svoje rádio, který mi manželka donesla.*“ R2 poukazuje na menší kontakt s ostatními a odpovídá „*Mně by třeba udělalo radost, kdybych si mohla s někým pořádně popovídat.*“ Stejnou odpověď jsem zaznamenala i u R6.

Otázka číslo čtrnáct se zabírala tím, co by mohl udělat přímo zdravotnický personál pro to, aby se pacienti cítili lépe. R1 a R3 si myslí, že personál dělá, co může a že z jejich strany nic dalšího nepotřebují. R5 poukazuje na empatii a odpovídá „*Podle mě by mohly být víc empatický, to by mě asi docela potěšilo.*“ S tímto souhlasí i R4 a dodává „*Kdyby měly sestřičky o trochu víc empatie a projevíly víc pochopení i pro nás pacienty, tak bych se cejtíl asi o něco líp.*“ R2 by ocenila více komunikace a odpovídá „*Bylo by fajn, kdyby víc se sestřičky bavily i o normálních věcech než jenom o těch nemocničních.*“ S tímto částečně souhlasí i R6 a dodává „*Mě by udělalo radost asi, kdyby měli o něco veselejší přístup nebo jak to říct, kdyby nebyly pořád tak napjatý a vážný, ale takový veselejší.*“

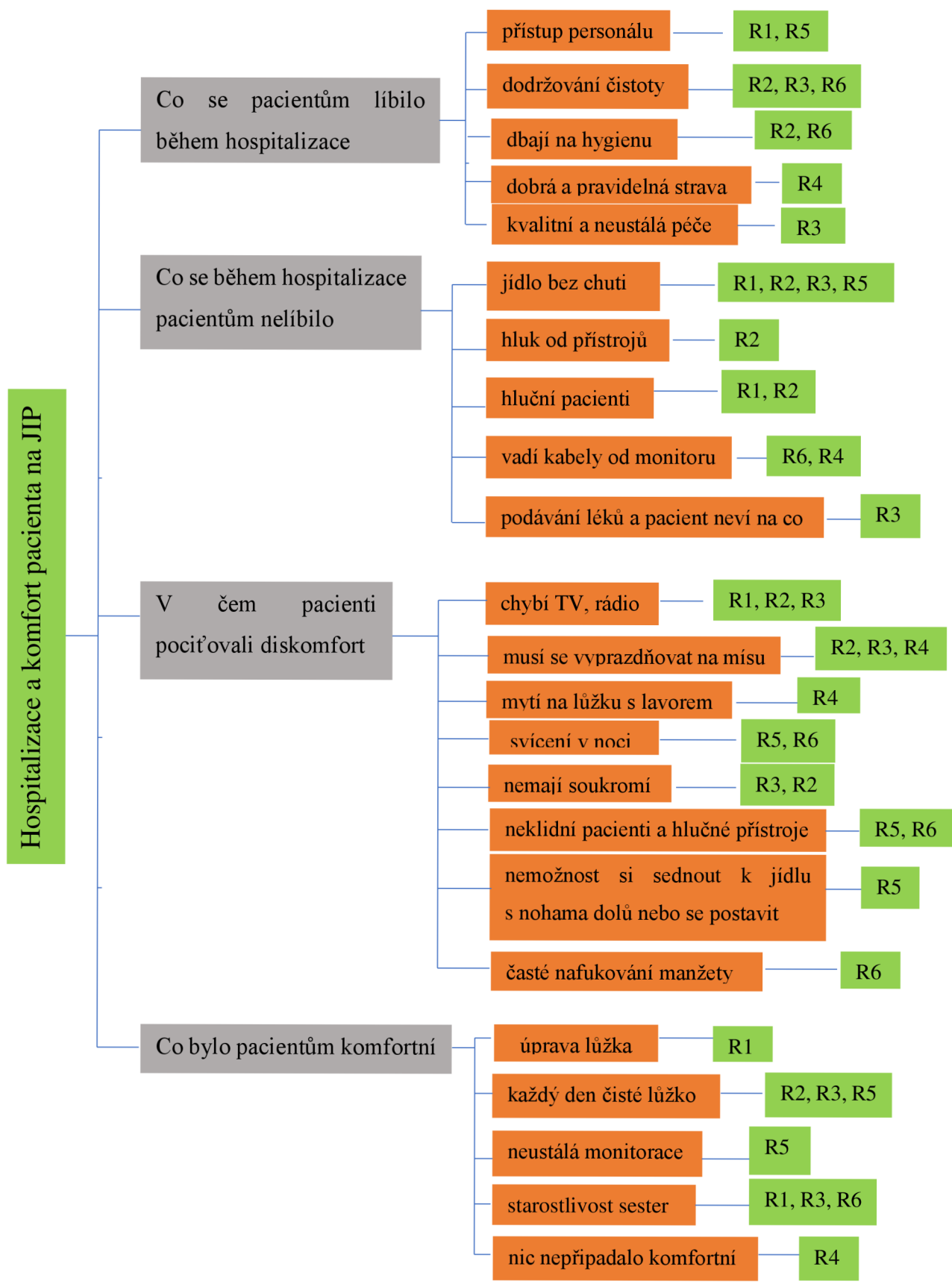


Schéma 2 Kategorie hospitalizace a komfort pacienta na JIP (Zdroj: autor)

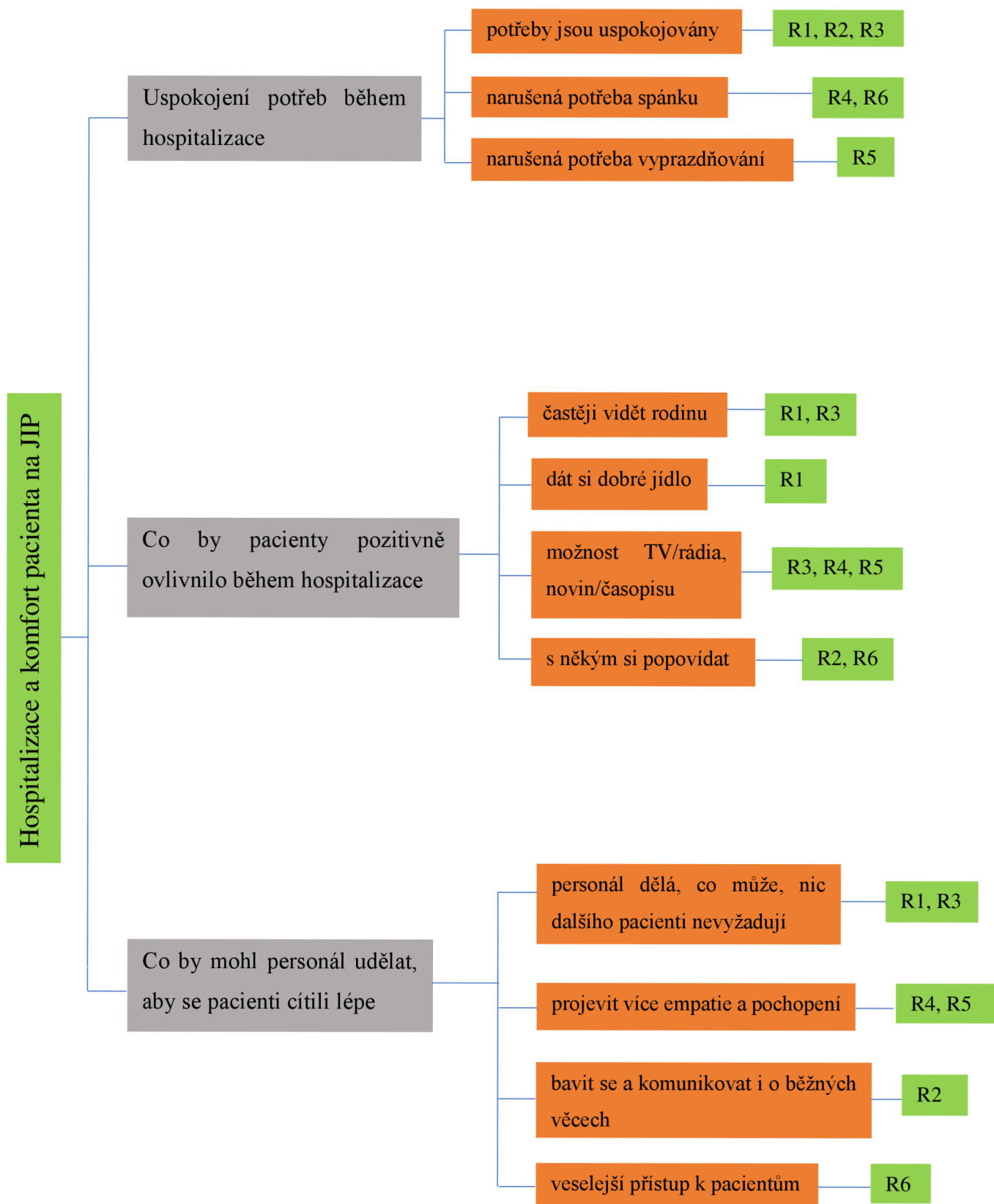


Schéma 2 Kategorie hospitalizace a komfort pacienta na JIP (Zdroj: autor)

3.3.3 Analýza kategorie zdravotnický personál na JIP

Otázky v této kategorii jsou zaměřené na *zdravotnický* personál na JIP, na jejich chování k pacientům a na to, jaké mají pozitivní a negativní zkušenosti se zdravotnickým personálem. Otázka patnáct se ptá na obecné hodnocení chování personálu na JIP. R1 hodnotí chování pozitivně a nic dalšího nevytýkal. Podobný názor má i R3, který dodává „*Asi v pořádku, obecně jsou všichni slušní, ale někdy to nějaké ujede.*“ Stejný názor má i R2, který říká „*Myslím, že se tu nedělaj moc rozdíly, i k ostatním se chovají většinou v pohodě a slušně.*“ R5 udává „*Obecně dobře, hlavně doktoři jsou dobří, říknou vše narovinu a myslím, že se vyznají.*“ R6 naopak hodnotí chování personálu z části negativně a udává „*Za normálních okolností asi dobrý, ale všímám si, že když mají sestřičky více práce nebo je takovej ten frmol, že se to na některých projeví takovou podrážděností.*“ R4 to vidí podobně a odpovídá „*No některý páni doktoři nejsou moc sdílný, přijdou mi přísní a sestřičky některé jsou arogantní nebo bez nálady.*“

Otázka šestnáct se dotazuje na to, jak pacienti hodnotí chování personálu přímo k jejich osobě. R1 odpovídá „*Na mě sestřičky jsou hodné, když to třeba porovná s tím, jak to bylo dříve, tak za mě je to teďka v pořádku a velký posun dopředu.*“ Stejný názor má i R3 a R2 také souhlasí a dodává „*Sestřičky hlavně dělají, co mohou a co je v jejich silách a dle možností se snaží vyhovět.*“ R5 uvádí „*Většinou v pořádku, 80% z nich jsou velmi příjemné, ale musím říct, že některý mi vůbec nesesly.*“ R4 hodnotí personál lehce negativně a odpovídá „*Já se chovám slušně, oni většinou taky, ale někdy se asi blbě vyspí, tak jsou nepříjemný.*“ R6 pak poukazuje na negativní chování lékařů a udává „*Sestřičky mi přijdou vesměs v pohodě až na to co jsem říkala předtím, ale doktoři některý jsou takový, jak kdyby se vším byli rychle hotový a to se mi moc nelíbilo.*“

Otázka sedmnáct se ptá na to, jaké pozitivní zkušenosti mají pacienti se zdravotnickým personálem. R1 udává „*Jsou spravedlivý a myslí to s pacienty dobře a vždy se snaží pro nás pacienty zařídit to, co jde.*“ R4 říká, že se personál zajímá a udává „*Když něco potřebuju, tak se snaží vyhovět, většinou se zajímají, jestli něco nepotřebuju a to si myslím, že je dobře, že s tím takhle přichází oni, protože ne každý si vždycky řekne, co by třeba potřeboval.*“ R3 pak vyzdvihuje pracovní nasazení a odpovídá „*Líbí se mi pracovní nasazení personálu, když se něco dělo a pacient na tom nebyl třeba dobře, tak hezky spolupracovali, každej z nich hned věděl, co má dělat.*“ R5 hodnotí přístup a odpovídá „*Maj rychlej a pečlivej přístup, hned reagují a vždy říkaj, co mi zrovna budou dělat.*“ R2 poukazuje na jednoho z lékařů a udává „*Když jsem se sem dostala, tak mi fakt*

moc dobře nebylo a blbě se mi dejchalo a pan doktor, ktorej zrovna sloužil, byl moc příjemnej, vše vysvětlil, hned mi pomohli a brzo se mi ulevilo.“ R6 obdivuje práci zdravotníků a odpovídá „Docela je obdivuju, myslím, že práce tu mají opravdu hodně, často chodí na pokoj a pořád něco dělaj, kontrolujou a připravujou léky. Je to asi velká zodpovědnost a sestry jsou podle mě v tomhle fakt pečlivý.“

Otázka osmnáct se naopak dotazuje na negativní zkušenosti se zdravotnickým personálem. R1 odpovídá „*Občas mi přišli hlavně sestřičky takový ráznější a víc hlasitější.*“ S tímto souhlasí i R3 a doplňuje „*Sestřičky některý občas křičej, když třeba volám já nebo někdo jiný opakovaně.*“ R4 udává „*Vyloženě nějakou extra špatnou zkušenost nemám, ale měli by bejt profesionální za každý situace. Prostě jsou někdy nepřijemný bez nějakýho zásadního důvodu, ale neberu to úplně jako špatnou zkušenost.*“ R5 poukazuje na chladnost některých sester a odpovídá „*Jak jsem říkal už předtím, tak většina z nich jsou dobrý, ale některý jsou takový chladný, nejde z nich žádná emoce a člověk pak neví, jestli je to kvůli mně nebo to má nějakej jinej důvod.*“ R2 to vidí podobně a dodává „*Nelíbí se mi někdy, jak jsou bez nálady, neříkám, že všechny, neříkám, že pokaždé, ale není to moc příjemné a člověk se v tom necítí dobře. Psychická stránka pacienta je taky důležitá a podle mě se tím dá docílit, když budou o něco pozitivnější a empatičtější.*“ R6 pak poukazuje spíše na doktory a jejich nedostatečný zájem o pacienta a udává „*Sestry jsou tu pořád, dá se jim prominout sem tam nějakej výkyv. Co mě ale štve je nezájem některých doktorů, většinou se tam objeví tak dvakrát denně, něco zabrblej a zase jdou, pak se člověk trochu stresuje, co mu vlastně je nebo není a to na mě blbě působí.*“

Otázka číslo devatenáct se zabývá tím, zda jsou pacienti dostatečně informováni o svém zdravotním stavu ze stran zdravotnického personálu. R1 si myslí, že podávání informací ze stran personálu je pro něj dostačující. Podobně to vidí i R4 a dodává „*Asi ano a kdyžtak se zeptám a oni mi to řeknou.*“ R3 pak odpovídá „*Vesměs asi ano, těžko říct, to vědí oni, co mi maj říct. Ale myslím si stejně, že by mohli o trochu víc komunikovat no.*“ R6 se shoduje s tím, že by personál měl více komunikovat s pacienty a dodává „*Rozhodně by měli s pacientama víc mluvit, většina z nich toho moc neřekne. Někteří doktoři jsou i jiný národnosti a občas je jim blbě rozumět, takže se fakt toho moc nedozvím.*“ R5 poukazuje na to, že sestry toho moc o diagnóze neříkají a odpovídá „*Vždycky doktor mi řekne zhruba co mi je a není a jak se to vyvíjí, sestry se o tom semnou moc nebaví nebo řeknou, že nevědí.*“ Pro R2 je podávání informací nedostačující a udává

„Za mě teda moc ne, doteď mi nikdo pořádně neřekl co semnou bude nebo nebude. A sestra mi řekne jenom něco, co asi může a ví a jinak mě odkáže na doktora, že se mám zeptat o vizitě, ale myslím si, že by to měl doktor říkat normálně sám od sebe.“

Pomocí poslední otázky jsem zjišťovala, zda pacienti rozumí všemu co jim lékaři a sestry říkají. R1 odpovídá *„Ale joo, vždycky když jsem nevěděl, tak jsem se jich zeptal a oni mi to vysvětlili. Člověk se nesmí bát zeptat.“* R3 udává *„Snažím se tomu porozumět, mohli by to říkat víc jako po lopatě nebo tak jako laicky.“* R4 odpovídá, že ne vždy rozumí všemu a odpovídá *„Uprímně někdy nerozumím všemu no. Ta latina nebo ty jejich výrazy občas, tomu asi normální člověk rozumět nemůže.“* Stejně to má i R5 a dodává *„Občas moc nevím a není mi jasné, co daný výraz znamená. A taky je mi blbý, se jich pořád ptát no. Někdy se zeptám nějaký ochotný sestřičky a ona mi to vysvětlí.“* R6 vyzdvihuje komunikaci sester a odpovídá *„Sestřičky informují o všem, co mi dávaj, co mi teď budou dělat atakdale, takže to si myslím, že je v pohodě. Ale doktoři i na to, že nás tolik nevidí tak by měli právě o to mluvit víc.“* R2 naopak má pocit, že nerozumí ničemu, co personál říká a udává *„Kdyby se syn nezeptal při podávání informací od doktora a nevysvětlil mi to on, tak asi úplně nevím, vůbec jim nerozumím.“*

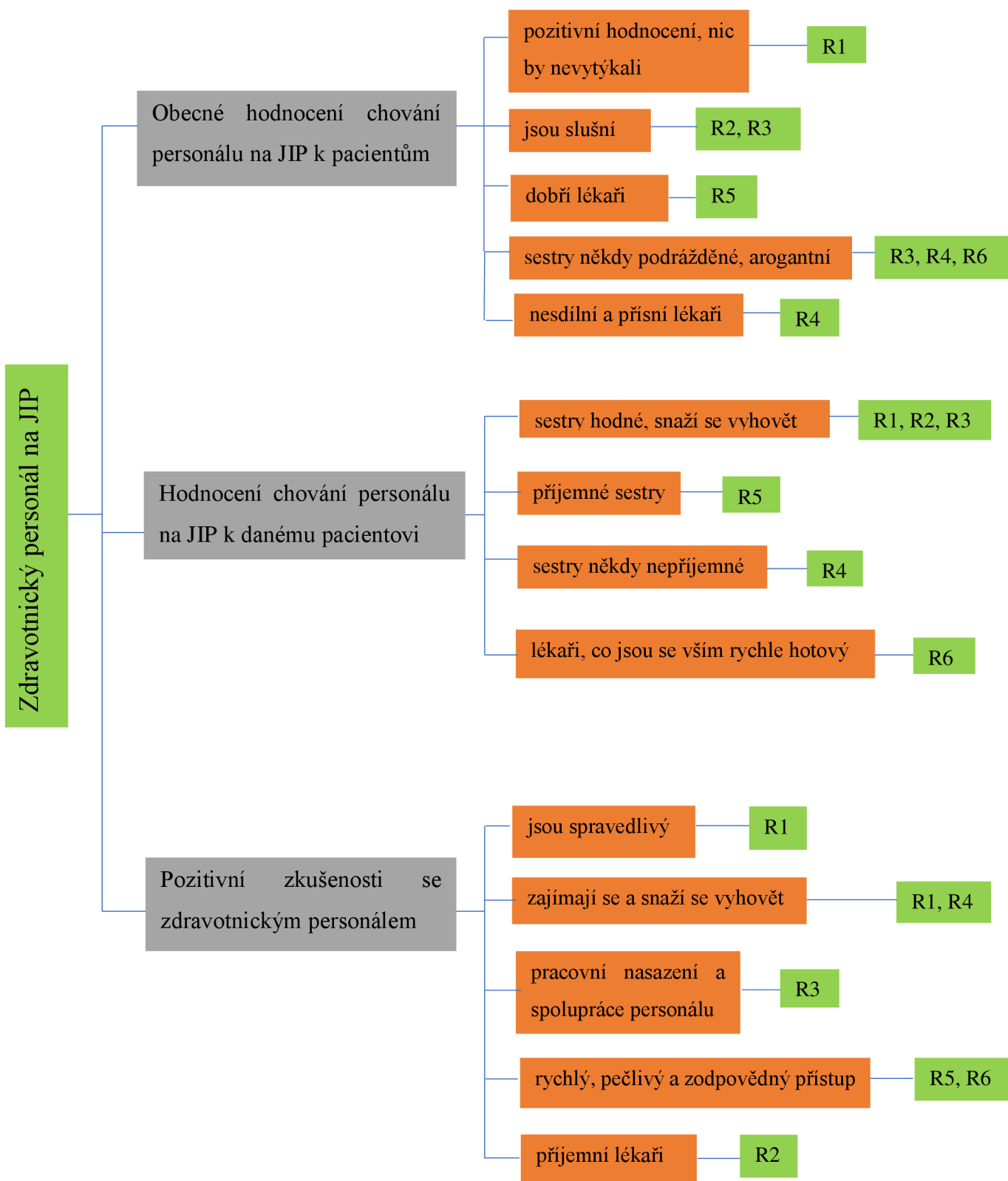


Schéma 3 Kategorie zdravotnický personál na JIP (Zdroj: autor)

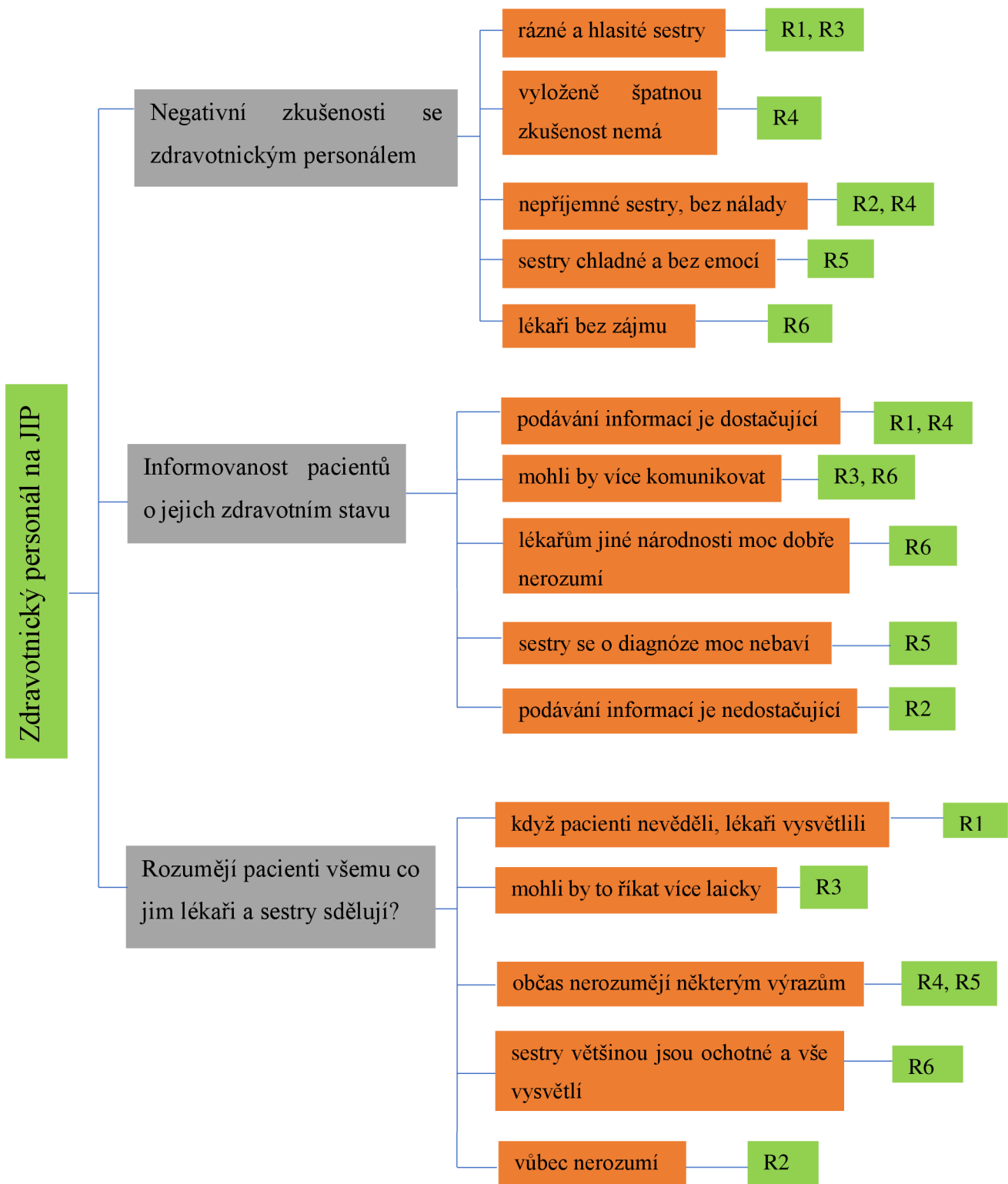


Schéma 3 Kategorie zdravotnický personál na JIP

3.4 Vyhodnocení cílů a výzkumných otázek/předpokladů

V návrhu bakalářské práce byly stanoveny čtyři cíle, na základě kterých probíhala tvorba teoretické i praktické části práce. K výzkumným cílům byly stanoveny tři výzkumné otázky.

Cíl č. 1 zní: **Popsat problematiku péče o pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče.** Jedná se o popisný cíl, kdy výzkumná otázka nebyla stanovena. Cílem bylo popsat péči o pacienta na jednotce intenzivní péče, která se velmi liší od klasické standartní péče. Pacienti jsou zde monitorováni nepřetržitě 24 hodin invazivními i neinvazivními způsoby. Mezi důležité kapitoly jsem zahrнула a následně popsala to, jak je pracoviště intenzivní péče uspořádáno, s jakými přístroji se zde lze setkat, jakými způsoby je nutno a lze pacienta monitorovat a kdo všechno se o pacienta stará a ošetřuje ho. Dále jsem popsala, jak vypadá příjem pacienta na JIP. Ten bohužel může být pro některé pacienty zejména pro ty při vědomí fyzicky i psychicky vyčerpávající. Z tohoto důvodu jsem zahrнула i kapitolu týkající se správné komunikace s pacientem v intenzivní péči. Během hospitalizace je též nutné se zajímat o pacientovi potřeby a spánek, který bývá často ze stran zdravotníků podceňován. Pokud nedochází dlouhodobě k naplnění pacientových potřeb a přehlížení pacienta, tak je tu možnost vystavení rizika vzniku hospitalismu, který jsem též popsala. V neposlední řadě je pro pacienta velmi důležitá základní péče, jako je péče hygienická, správná výživa a problematika polohování.

Cíl č. 2 zní: **Zjistit, v jakých oblastech pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče pociťují diskomfort.** K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka **V jakých oblastech pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče pociťují diskomfort?** Tato výzkumná otázka spadá do Kategorie 2 a 3 a využity byly rozhovorové otázky č. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9. Grafické znázornění odpovědí respondentů nalezneme ve Schéma 1 a ve Schéma 2. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že pacienti prostředí JIP vnímají vesměs vkusně a působí na ně čistě. Prostory se jim líbí i z důvodu příjemně vymalovaných zdí. Naopak negativně hodnotí velké množství houkajících přístrojů a na některé pacienty působí prostory stísněně. Co se týká soukromí na pokoji, tak zde byli odpovědi velmi variabilní. Některým pacientům dostačují závěsy, které jsou umístěny mezi jednotlivými lůžky. Jiní pacienti by ocenili více soukromí při potřebě na stolicí nebo by si rádi došli přímo na WC. Zbytek pacientů pociťoval stud buď před personálem ženského pohlaví, ženami pacientkami nebo jim bylo nepříjemné velké množství personálu zejména při hygienách. Dále bylo na základě výzkumu zjištěno, že se

pacientům v průběhu hospitalizace líbil přístup personálu, kvalitní a neustálá péče, pravidelné stravování a největší částí se líbilo dodržování čistoty a hygieny. Naopak negativně velká část pacientů hodnotí zkušenosti se stravováním, které jim přišlo bez chuti, dále některým pacientům vadil hluk od přístrojů i pacientů, velké množství kabelů, kdy mají pocit, že jsou k lůžku připoutáni a nemohou se hýbat dle libosti. Dále bylo na základě výzkumu zjištěno, že je velké většině pacientů komfortní, že mají každý den čisté a upravené lůžko a sestřičky jsou starostlivé. Naopak diskomfort pacienti pociťovali hlavně v absenci televize nebo rádia na pokojích. Dále v tom, že se někteří musí vyprazdňovat na mísu, časté svícení v noci z důvodu odběrů, podávání léků nebo příjmu nového pacienta, nedostatečné soukromí, neklidní pacienti a hlučnost přístrojů. Jen jednotky pacientů uvedli, že jim je diskomfortní mytí na lůžku s lavorem a časté nafukování manžety na měření krevního tlaku. V neposlední řadě jsem zkoumala, zda jsou dostatečně uspokojovány potřeby pacientů, kdy na základě výzkumu bylo zjištěno, že u poloviny pacientů jsou potřeby uspokojovány v dostatečné míře a zdravotnický personál se jim snaží vyhovět. Část pacientů uvedla, že cítí narušenou potřebu spánku a vyprazdňování.

Cíl č. 3 zní: **Zjistit, jak pacienti hodnotí chování a péči zdravotnického personálu na jednotce intenzivní péče.** K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka **Jak pacienti hodnotí chování a péči zdravotnického personálu na jednotce intenzivní péče?** Tato výzkumná otázka spadá do Kategorie 4 a využity byly rozhovorové otázky č. 12, 13, 14, 15, 16, 17. Grafické znázornění odpovědí respondentů nalezneme ve Schéma 3. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že polovina respondentů uvedla, že obecně se sestřičky chovají k pacientům arogantně nebo podrážděně. Naopak druhá polovina pacientů měla pocit, že je zdravotnický personál slušný a lékaři jsou dobří. Jeden z respondentů naopak uvedl, že někteří lékaři jsou přísní a ne příliš sdílní. Dále bylo na základě výzkumu zjištěno, že povětšinou k samotné osobě pacienta jsou sestřičky hodné, příjemné a snaží se vyhovět. Dva respondenti negativně viděli chování některých lékařů i sester. Co se týká pozitivních zkušeností se zdravotnickým personálem, tak se pacientům líbil nejvíce zájem, rychlý, pečlivý a zodpovědný přístup. Dále pracovní nasazení a spolupráce zdravotnického personálu, spravedlnost a lékaři jsou příjemní. Naopak jako negativní zkušenosti se zdravotnickým personálem uvádí rázné a hlasité sestry, nepříjemné sestry bez nálady a bez emocí a lékaři bez zájmu. Dále byla zjišťována informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu, kdy část pacientů uvedla, že je

dostačující. Další a uvedli, že by mohli lékaři i sestry více komunikovat. Jeden z respondentů měl pocit, že zejména lékařům jiné národnosti není dostatečně rozumět. Negativní zkušenost měl pouze jeden respondent, který uvedl, že podávání informací je dle něj nedostačující. Jako poslední jsem v této kategorii zkoumala, zda pacienti rozumějí podaným informacím ze stran zdravotnického personálu. Jako pozitivní udávali to, že když se stalo, že něčemu dostatečně neporozuměli, tak lékař nebo sestra jim to ochotně vysvětlili. Jeden z respondentů podotýkal, že by s pacienty mohl zdravotnický personál hovořit více laicky. Další respondenti udávali, že ne vždy rozumějí všem výrazům a jeden respondent nerozuměl vůbec.

Cíl č. 4 zní: **Zjistit, co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace na jednotce intenzivní péče.** K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka **Co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace na jednotce intenzivní péče.** Tato výzkumná otázka spadá do Kategorie 3 a využity byly rozhovorové otázky č. 10 a 11. Grafické znázornění odpovědí respondentů nalezneme ve Schéma 2. Zjištěno bylo, co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace a co by mohl udělat přímo zdravotnický personál pro to, aby se pacienti cítili lépe. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce by pacienty pozitivně ovlivnila možnost televize, rádia, časopisu nebo novin. Jako další častou odpověď uváděli možnost častěji vidět rodinu a popovídat si s někým. Jeden z respondentů uvedl, že by si dal nějaké lepší jídlo než to nemocniční. Dále bylo na základě výzkumu zjištěno, že by zdravotnický personál mohl projevovat více empatie a pochopení, mít veselejší přístup a komunikovat s pacienty i o běžných věcech. Dva respondenti uvedli, že zdravotnický personál dělá, co může a nic dalšího od nich nevyžadují.

4 Diskuze

Výzkumná část bakalářské práce se věnovala hospitalizací na jednotce intenzivní péče z pohledu pacienta. Výzkum byl realizován pomocí kvalitativní metody za užití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum byl rozdělen do čtyř kategorií. Celkem bylo vytvořeno 20 rozhovorových otázek. Každý rozhovor byl prováděn samostatně, aby nedocházelo k vzájemnému ovlivnění odpovědí. Výzkumného šetření se zúčastnilo 6 respondentů, kterými byli pacienti hospitalizovaní na vybrané jednotce intenzivní péče vybrané nemocnice.

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit v jakých oblastech hospitalizovaní pacienti pociťovali diskomfort. Zjištěno bylo, že největší diskomfort pacienti pociťovali v oblasti potřeby vyprazdňování. Jeden z respondentů uvedl *„Radši bych si došel na záchod normálně, to mně docela schází. Tady tu misu nemám vůbec rád a moc se mi na ní nechce.“*, na tomto se shodlo i několik dalších pacientů. Vyprazdňování je základní biologická potřeba člověka, která vede k pocitům potěšení a uspokojení. Pokud tato potřeba není naplněna, projevuje se fyzickým i psychickým nepohodlím, v horších případech mohou vzniknout nepříjemné poruchy, jako je například zácpa s čímž souhlasí i Trachtová et al. (2018). Podle dalších odpovědí měli někteří pacienti problém se spánkem. Jeden z respondentů uvedl *„Ten spánek mi teda moc nešel, a když jsem chtěl prášek na spaní, tak my ho nechtěl nikdo dát a já nevím proč.“* Potřeba spánku je v intenzivní péči často zdravotnickým personálem přehlížena, ale lze ji ovlivnit s čímž souhlasí i Suková a Knechtová (2022). Další z respondentů odpověděl *„V noci se tu často svítí nebo některý pacienti bývají neklidní, taky se mi nafukuje na ruce ten tlak, to mě ruší a pak se mi blbě spí.“* Potřebu spánku často narušují vnější faktory, jako je hluk a oslnění od přístrojů, hlasitá komunikace personálu, struktura oddělení, opakované měření tlaku a nevhodná teplota a vlhkost prostředí, s tím souhlasí též Suková a Knechtová (2022). Velké množství pacientů vidělo velké nedostatky ve stravě, která jim přišla bez chuti, nebo se nedalo jíst. Jeden z respondentů uvedl *„Jídlo se nedá jíst a vadí mi hluk od přístrojů a ostatních pacientů.“* S touto odpovědí se shodlo několik dalších respondentů. Nutriční péče je základním a nepostradatelným prvkem všech preventivních léčebných postupů. Správná výživa zajišťuje uspokojení fyziologických potřeb zdravého jedince a je to prevence komplikací u pacienta s čímž souhlasí Szitányi et al., (2013). Pacienti si často stěžovali na hluk od přístrojů a svícení během noci. Jeden z respondentů uvedl *„Taky mi vadí, že se tady v noci někdy častěji svítí nebo tu něco houká, ale to se děje i přes den.“*

a i na tomto se shodlo několik respondentů. Nezbytnou součástí přístrojového vybavení na JIP jsou ventilátory, přístroje pro mimotělní očišťovací metody, infuzní pumpy a lineární dávkovače, odsávací přístroje. Všechny výše uvedené přístroje mohou pacienta rušit během dne, ale hlavně v noci z důvodu velkého osvětlení nebo mnohdy nepříjemných zvukových signálů s čím souhlasí také Ševčík a Matějovič (2014). V neposlední řadě se několika respondentům nelíbilo, že nemají dostatek soukromí, zejména při vyprazdňování a hygienách. Jeden z respondentů uvedl „*No myslím si, že nemám tolik soukromí, protože ne všechny sestřičky jsou natolik diskrétní, některé zapomínají zatahnout závěsy úplně nebo ráno při hygieně jich tady stojí pět a to mi není moc příjemné.*“ S tímto souhlasilo i několik dalších respondentů, jeden z nich uvedl, že se dokonce stydí přímo před sestřičkami. Je důležité, aby byla v pokoji vhodná teplota, vhodná teplota vody a aby bylo co nejvíce zachováno soukromí pacienta. U některých pacientů, zejména u mladých mužů, můžeme pozorovat stud, hlavně když u nich hygienu provádějí mladé sestřičky, uvádí Kapounová (2020).

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče hodnotí chování a péči zdravotnického personálu. Bylo zjištěno, že velká část respondentů se shodla na tom, že se jim nelíbí, jakým stylem se někdy zdravotnický personál s pacienty baví, a uvedli, že jsou někdy bez nálady, nepříjemný a v některých situacích křičí nebo reagují podrážděně. Podobně respondenti i odpovídali u otázky číslo osmnáct, která se zaměřovala na negativní zkušenosti se zdravotnickým personálem. Bylo i uvedeno „*Vyloženě nějakou extra špatnou zkušenost nemám, ale měli by být profesionální za každý situace. Prostě jsou někdy nepříjemný bez nějakého zásadního důvodu.*“ Nejdůležitějšími nástroji k naplnění tohoto poslání jsou osobnost, profesionalita, osobní zralost a rozvinuté mechanismy sebekontroly zdravotnického pracovníka s čímž souhlasí Tomová a Křivková (2016). Jako pozitivní zkušenost byla uvedena vzájemná spolupráce mezi zdravotnickými pracovníky. Jeden z respondentů uvedl „*Líbí se mi pracovní nasazení personálu, když se něco dělo a pacient na tom nebyl třeba dobře, tak hezky spolupracovali, každý z nich hned věděl, co má dělat.*“ Všichni tyto pracovníci na jednotce intenzivní péče by měli mít odpovídající vzdělání a specializovat se na péči o kriticky nemocné pacienty. Je nutná úzká spolupráce mezi lékaři a ošetrovatelským personálem. Role a odpovědnost by měly být vždy jasně definovány, uvádí Zadák et al. (2017). Další z respondentů kladně hodnotil, že zdravotnický personál informuje o intervencích, které budou pacientovi provádět a jeho

odpověď byla „*Maj rychlej a pečlivej přístup, hned reagují a vždy říkaj, co mi zrovna budou dělat.*“ Na začátku každého kontaktu by se sestra nebo zdravotnický záchranář měli představit a říci, jak dlouho budou o pacienta pečovat. Mělo by být pro ně přirozené doprovázet každý výkon a slovně sdělit, co, jak, kdy, kde a proč budou dělat, uvádí Tomová a Křivková (2016). Do tohoto výzkumného cíle byla zařazena i otázka, která se týkala informovanosti pacientů na jednotce intenzivní péče. Polovina respondentů měla pocit, že nejsou informováni o svém zdravotním stavu dostatečně a někdy vážne komunikace ze stran zdravotnického personálu. Jeden z respondentů uvedl „*Doted' mi nikdo pořádně neřekl co semnou bude nebo nebude. A sestra mi řekne jenom něco, co asi může a ví a jinak mě odkáže na doktora, že se mám zeptat o vizitě, ale myslim si, že by to měl doktor říkat normálně sám od sebe.*“ Podobné odpovědi měla většina ostatních respondentů. Komunikace na jednotce intenzivní péče se velmi liší od komunikace na běžných nemocničních odděleních, a to nejen po technické stránce, ale i z hlediska celkového přístupu. Mnoho pacientů se zde nachází ve velmi obtížné situaci. Bez ohledu na stav pacienta je velmi důležité, aby komunikace s pacientem nebyla zanedbávána, udává Tomová a Křivková (2016). Jeden z respondentů poukázal na to, jak je důležitý empatický přístup personálu pro pacientovu psychickou stránku a odpověděl „*Nelíbí se mi někdy, jak jsou bez nálady, neříkám, že všechny, neříkám, že pokaždé, ale není to moc příjemné a člověk se v tom necítí dobře. Psychická stránka pacienta je taky důležitá a podle mě se tím dá docílit, když budou o něco pozitivnější a empatictější.*“ Používání určitých komunikačních dovedností zdravotnickými pracovníky ovlivňuje chování pacientů a to jak nemoc prožívají. Mají významný vliv na to, jak pacienti zvládnou léčbu a jak se zdravotnickým personálem spolupracují. Zdravotnický personál nikdy nejedná nestranně, to znamená, že buď pacientovi prospívají a v širším smyslu má jejich komunikace na pacienta terapeutický účinek, nebo mu svými postoji a komunikací mohou uškodit, uvádí Bednařík a Andrášiová (2020).

Posledním výzkumným cílem bylo zjistit, co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Výzkumné otázky pomohly zjistit, co by zdravotnický personál mohl pro hospitalizované pacienty udělat. Bylo zjištěno, by respondenty pozitivně ovlivnila přítomnost televize, rádia nebo novin, a kdyby je rodina nebo blízcí navštěvovali častěji, protože se prý nudí. Jeden z respondentů odpovídá „*Kdyby moji blízcí tady mohli bejt víc a třeba docházeli i dopoledne. Taky by se sem hodila televize, docela se tady nudím.*“ S tímto souhlasili skoro všichni pacienti. Pokud

pacient je hospitalizován v nemocnici delší dobu a nejsou dlouhodobě naplněny jeho potřeby, tak se to může projevit hospitalismem, což je silná reakce na hospitalizaci. Mezi hlavní opatření, která mají hospitalizaci zabránit, patří co nejkratší doba pobytu v nemocnici, umožnění denních návštěv, podporovat co největší samostatnost pacienta a aktivní spolupráce mezi pacientem, rodinou a ošetřujícím personálem. U dospělých pacientů lze nudu zmírnit četbou, poslechem rádia nebo televize, udává Zacharová (2017). Dále by pacienty pozitivně ovlivnil empatictější a veselejší přístup zdravotnického personálu, a kdyby měli více pochopení. Jeden z respondentů uvedl *„Mě by udělalo radost asi, kdyby měli o něco veselejší přístup nebo jak to říct, kdyby nebyly pořád tak napjatý a vážný, ale takový veselejší.“* Podobné odpovědi uvedli i další respondenti, pouze dva respondenti si myslí, že pro ně zdravotnický personál dělá dost a nic dalšího od nich nevyžadují. Empatie, respekt a autenticita jsou označeny za základní prvky pro bezproblémové vztahy. Jediným cílem dobré sestry není pochopit pacienta a řešit pacienta jako problém, ale vnímat pacienta jako tajemství a jako rovnocennou lidskou bytost s téměř stejnými pocity a potřebami, uvádí Gulášová, et al. (2014).

5 Návrh doporučení pro praxi

Na základě odpovědí respondentů na rozhovorové otázky realizovaného výzkumu lze formulovat následující doporučení. Protože respondenty byli pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče, tak veškerá doporučení jsou mířena na zdravotnický personál a popřípadě lékaře.

Vzhledem k tomu, že si velká část respondentů stěžovala na komunikaci, tak z tohoto důvodu by jedním z doporučení mohlo být se více zaměřit na správnou komunikaci s pacienty, mluvit na ně pomaleji a srozumitelně a zároveň jim projevit empatii. Předtím než se pacientovi bude něco dělat, tak mu vysvětlit co a proč mu to budeme dělat. Myslím si, že by bylo vhodné jim i říci, pokud nikdy na jednotce intenzivní péče neleželi, že i s těmi kabely se mohou v posteli pohybovat a otáčet a upozornit je na to, že se jim bude často, většinou každých 60 minut, nafukovat manžeta na měření tlaku. Pacienti to často nevědí a pak mají strach se jakkoliv pohnout, aby si něco nevytrhli. Doporučení v tomto ohledu pro lékaře by bylo mluvit s pacienty více laicky a nepoužívat tolik odborné výrazy, kterým pacienti většinou nerozumí, popřípadě jim dané výrazy vysvětlit.

Dále pacienti často pociťovali diskomfort v absenci televize, rádia, časopisů nebo novin, zejména pokud jsou na jednotce intenzivní péče hospitalizovaní delší dobu. V tomto případě bych navrhovala zařídit na pokoje alespoň staré časopisy, noviny, křížovky nebo knihy, zejména pro pacienty, kteří nemají možnost, aby jim to někdo z rodiny nebo blízkých donesl. Jako další možností by mohlo být povolit častější návštěvy blízkých za pacientem, pokud by to vyžadoval, protože je třeba na jednotce intenzivní péče hospitalizován už delší dobu a mohlo by mu to pomoci. V úvahu by také přišla přítomnost dobrovolníků, kteří by pacienty nějakým způsobem mohli zabavit a věnovat se jim.

Poslední doporučení se týká zajištění většího soukromí zejména při potřebě vyprázdnění a dále snížení studu. Toho lze například docílit tím, že na pokojích s vícero lůžky budou pacienti stejného pohlaví, pokud to bude možné nebo někdo z pacientů měl velký pocit studu. Také by mohlo pomoci, že pacienti, kteří jsou už stabilní, by mohli mít možnost si dojit na klasické WC nebo pacientovi přivést k lůžku toaletní židli a ne se vyprazdňovat do podložní mísy, které je pro ně nepřírozené a pacienti se mnohdy stejně nevyprazdní. Podobnou poznámku mám i k hygienám, že pokud je pacient stabilní

a alespoň trochu soběstačný, tak ho nechat umýt samotného, zejména pokud se pacient stydí a jenom mu dopomoci, což se dá zvládnout v jedné, maximálně ve dvou sestřích.

Výstup této bakalářské práce je určen pro zdravotnický personál pracující na jednotkách intenzivní péče. Ze zpracovaných výsledků byl vytvořen informativní článek, který má za cíl poukázat na to v čem pacienti pociťují během hospitalizace největší diskomfort a jak hospitalizaci vnímají. Článek by měl tak ukázat zdravotnickému personálu pracujícímu na jednotkách intenzivní péče, kde jsou největší nedostatky, na čem je potřeba zapracovat a neopakovat stejné chyby. Informativní článek je připraven k publikaci v odborném periodiku.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem hospitalizace na jednotce intenzivní péče z pohledu pacienta. Cílem práce bylo zjistit, v jakých oblastech hospitalizovaní pacienti pociťují diskomfort, jak se jim líbí péče zdravotnického personálu a co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Teoretická část práce se zabývala strukturou jednotky intenzivní péče, personálním zajištěním, přístrojovým vybavením, monitorací pacienta a péčí o pacienta, která byla rozdělena do dalších podrobnějších kapitol.

Výzkumná část zkoumala tři výzkumné cíle, ke kterým byly vytvořeny tři výzkumné otázky. K výzkumu byla použita kvalitativní metoda s technikou polostrukturovaného rozhovoru. Bylo vytvořeno 20 otázek, které byly rozděleny do čtyř kategorií. Respondenty pro polostrukturované rozhovory byli pacienti hospitalizovaní na vybrané jednotce intenzivní péče vybrané nemocnice. Prvním cílem bylo popsat problematiku jednotky intenzivní péče, která je popsána v části teoretické a je rozdělena do jednotlivých kapitol. Jednalo se pouze o cíl popisný, tudíž se k němu nevázala žádná výzkumná otázka. Druhým cílem bylo zjistit, v jakých oblastech hospitalizovaní pacienti na jednotce intenzivní péče pociťují diskomfort. Ze získaných informací vychází, že největší diskomfort pacienti pociťovali v absenci televize nebo rádia, soukromí na pokojích a nemožnosti vyprázdnit se na klasickém WC. Také si často stěžovali na hluk od přístrojů nebo ostatních pacientů a nechutnala jim nemocniční strava. Někteří pociťovali diskomfort v mytí na lůžku s lavorem, a že je kolem nich velké množství kabelů a hadiček, kvůli kterým se bojí pohybovat na lůžku. Druhý výzkumný cíl práce byl splněn. Třetím cílem bylo zjistit, jak pacienti hodnotí chování a péči zdravotnického personálu na jednotce intenzivní péče. Bylo zjištěno, že v očích pacientů je většinou zdravotnický personál slušný a příjemný s pečlivým, spravedlivým a zodpovědným přístupem, snaží se pacientům vyhovět a projevovat zájem. Další pozitivní zkušenosti pacienti udávali v oblasti sdělování informací o jejich zdravotním stavu, kdy se povětšinou shodli na tom, že je podávání informací dostačující. Mezi negativní zkušenosti zařadili, že jsou některé sestry hlasitější, někdy bez nálady a lékaři málo komunikují a těm, kteří jsou jiné národnosti, není dostatečně rozumět. Třetí cíl práce byl splněn. Čtvrtým cílem bylo zjistit, co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Zjištěno bylo, že pacienty pozitivně ovlivnila možnost častějších návštěv blízkých osob nebo aby si s nimi povídal zdravotnický personál, dále možnost televize, rádia nebo

něčeho na čtení. Také by někteří pacienti ocenili veselejší a empatičtější přístup ze stran personálu. Čtvrtý cíl práce byl splněn.

Hospitalizace je pro pacienta na jednotce intenzivní péče fyzicky a psychicky náročná nejen z důvodu vážné nemoci. Většina pacientů se zde objeví náhle pro akutní a kritický stav. Mnohdy jsou na jednotce intenzivní péče pacienti hospitalizováni úplně poprvé a tak mohou být zaskočeni, tím co všechno se kolem nich nachází a jak zde péče probíhá. Mállokdo kdo z nich ví, co se s nimi bude dít a co je čeká, že budou neustále monitorováni, což pro ně znamená, že nemohou vstát z lůžka, kdy chtějí, nemohou se umýt v koupelně nebo si dojít na WC jako na klasickém standartním oddělení. Často se na jednotkách intenzivní péče objevují různá omezení i pro návštěvy, se kterými mnohdy blízcí ani samotní pacienti nepočítají. Proto je velmi důležité, aby personál se o své pacienty aktivně zajímal, o jeho potřeby, rozvíjel si s nimi dobré vztahy po dobu jeho hospitalizace a udržoval profesionální přístup. Také aby s pacientem upřímně a intenzivně komunikovali o jeho zdravotním stavu a vše co se týká jeho, mu vysvětlili. Myslím si, že když se bude toto na odděleních intenzivní péče dodržovat, tak se budou pacienti cítit lépe a bude s nimi i lepší spolupráce.

Seznam použité literatury

BARTŮNĚK, Petr; Dana JURÁSKOVÁ; Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS (ed.), 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.

BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1966-0.

DOSTÁL, Pavel et al., 2023. *Základy umělé plicní ventilace*. 5. rozšíř. vyd. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-759-4.

GULÁŠOVÁ, Ivica; Nadežda JUSTHOVÁ; Lenka GORNEROVÁ; Vlasta DVOŘÁKOVÁ; Ján BREZA ml. a Ján BREZA et al., 2014. *Etika a přístup k nemocnému na JIP*. online. 2014- 27- 02 In: *linkos.cz*. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/etika-a-pristup-k-nemocnemu-na-jip/> [cit. 2024-03-14].

HAKL, Marek et al., 2022. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-727-3.

KACHLOVÁ, Miroslava a Ilona PLEVOVÁ, 2022. *Postupy v ošetrovatelské péči. 2: Bariérová ošetrovatelská péče*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1243-2.

KACHLOVÁ, Miroslava a Ilona PLEVOVÁ, 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči. 4: Hygienická péče, péče o lůžko, polohování pacienta*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1244-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči: 2.*, aktualiz. a dopl. vyd. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.

KNECHTOVÁ, Zdeňka a Olga SUKOVÁ, 2017. *Ošetrovatelské postupy v intenzivní péči: kardiovaskulární aparát*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8789-7.

KOVÁŘ, Marek; Josef BEDNAŘÍK; Lucia BAKOŠOVÁ; David KEC; Eva KLABUSAYOVÁ et al., 2023. *Delirium a spánek v intenzivní péči I - epidemiologie, rizikové faktory a důsledky*. online. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*:

časopis českých a slovenských neurologů a neurochirurgů, roč. 86, č. 5, s. 299–303.

Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/cccsnn2023299>.

KRAJSKÁ ZDRAVOTNÍ TEPLICE, 2021. *Denní harmonogram: oddělení Interna I - JIP: KZ03_SC1047 TP INT Domácí řád - JIP*. Teplice: Krajská zdravotní Teplice, 2021-06-20. Přístup: Interní dokument, dostupný v Krajské zdravotní Teplice.

MALÁSKA, Jan; Jan STAŠEK; Milan KRATOCHVÍL a Václav ZVONÍČEK et al., 2020. *Intenzivní medicína v praxi*. Jessenius. Praha: Maxdorf.

ISBN 978- 80- 7345-675- 7.

PLEVOVÁ, Ilona a Miroslava KACHLOVÁ, 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči. 3: Enterální výživa*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3033-7.

PUDA, Dominik, 2020. Cirkadiánní rytmy (I): Úvod do problematiky. online. 2020-05-04. In: *Kulturistika, posilování, fitness, silový trojboj a bojové sporty - největší web o kulturistice v ČR | Ronnie.cz*. Dostupné z: <https://medicina.ronnie.cz/c-33268-cirkadianni-rytmy-i-uvod-do-problematiky.html>. [citováno 2024-03-06].

RAPČAN, Milan, 2021. *Etika versus emoce: kazuistiky pro pracovníky ve zdravotnictví, ve školství a v sociální oblasti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-4351-1.

SOBOTKA, Luboš; S. P. ALLISON; Alastair FORBES; Rémy MEIER; Stéphane M. SCHNEIDER et al. (ed.), 2019. *Basics in clinical nutrition*. 5th ed. Prague: Galén. ISBN 978-80-7492-427-9.

SUKOVÁ, Olga a Zdeňka KNECHTOVÁ, 2022. *Vybrané kapitoly z intenzivní ošetrovatelské péče*. Praha: MedMuni. ISBN 978-80-280-0051-6.

SUKOVÁ, Olga a Zdeňka KNECHTOVÁ, 2018. *Ošetrovatelské postupy v intenzivní péči: respirační systém*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9094-1.

SZITÁNYI, Peter; Pavel TĚŠÍNSKÝ et al., 2013. *Současné trendy v klinické výživě a intenzivní metabolické péči*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-25-9.

ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ (ed.), 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.

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

TRACHTOVÁ, Eva et al., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vyd.: 4. rozšíř. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

VYTEJČKOVÁ, Renata, ed., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

VYTEJČKOVÁ, Renata; Petra SEDLÁŘOVÁ; Vlasta WIRTHOVÁ; Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ, 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Sestra. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3421-7.

ZADÁK, Zdeněk; Eduard HAVEL et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., dopl a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 80- 271- 0282-2.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-9674-6.

ZOUBKOVÁ, Renáta a Milan MÁJEK, 2021. Spánek, bolest - rizikové faktory u pacientů v intenzivní péči. poster; online. In: *XIII. konference AKUTNĚ.CZ*. Brno, 20. 11. 2021. Nadační fond AKUTNĚ.CZ. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/file/Vyuka%20-%20posterova%20sekce/ID%200001%20Spanek%2C%20bolest%20-%20rizikove%20faktory%20u%20pacienta%20v%20intenzivni%20pefi.pdf>.

Seznam schémat

- Schéma 1 Kategorie prostory JIP
- Schéma 2 Kategorie hospitalizace a komfort pacienta na JIP
- Schéma 3 Kategorie zdravotnický personál na JIP

Seznam příloh

Příloha A: Protokol k realizaci výzkumu

Příloha B: Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Příloha C: Otázky k rozhovoru

Příloha D: Článek připravený k publikaci v odborném periodiku

Příloha A: Protokol k realizaci výzkumu

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL



PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Sára Doležalová
Osobní číslo studenta:	D21000081
Univerzitní e-mail studenta:	sara.dolezalova tul.cz
Studijní program:	Zdravotnické záchranářství
Ročník:	3. ročník
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován, pokud k tomu není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.	
Podpis studenta:	<i>Sára Doležalová</i>
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Hospitalizace na JIP z pohledu pacienta
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Jana Sehnalová
Metoda a technika výzkumu:	Polostrukturované rozhovory – kvalitativní metoda
Soubor respondentů:	6-8 respondentů
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	JIP interna Teplice, Krajská zdravotní a.s.
Datum zahájení výzkumu:	23.12.2023
Datum ukončení výzkumu:	5.2.2024
Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis vedoucího kvalifikační práce:	
Spolupracují	
Souhlas odpovědného pracovníka instituce s realizací výzkumu:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas s případným zveřejněním názvu instituce v kvalifikační práci a publikacích:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis odpovědného pracovníka a razítko instituce:	

Technická univerzita v Liberci | Fakulta zdravotnických
Studentská 1402/2, 461 17 Liberec 1 | www.fzs.tul.cz

Příloha B: Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL



Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	SARA DOLEŽALOVÁ
Osobní číslo studenta:	D
Univerzitní e-mail studenta:	s
Studijní program:	ZDRAVOTNICKÝ ZÁCHRANÁŘ
Ročník:	3.
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Téma kvalifikační práce:	HOSPITALIZACE NA ŽÍP Z POHLEDU PACIENTA
Technika	POLOSTRUKTUROVANÉ ROZHOVORY

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěl/a požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru / pozorování, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím diktafonu, videa apod.) a následně zpracován.

V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce.

Jméno a příjmení respondenta: _____

Podpis respondenta: _____

Dne: _____

Technická univerzita v Liberci | Fakulta zdravotnických studií
Studentská 1402/2, 461 17 Liberec 1 | www.fzs.tul.cz

Příloha C: Otázky k rozhovoru

1. Kategorie: Identifikační

- a) Kolik je vám let?
- b) Víte, s jakou diagnózu se léčíte?
- c) Jak dlouhou dobu jste zde hospitalizován?

2. Kategorie: Prostory jednotky intenzivní péče

- a) Jak vnímáte prostory na jednotce intenzivní péče?
- b) Líbí se Vám tyto prostory?
- c) Pokud ne, co by mělo být jinak?
- d) Myslíte si, že máte dostatek soukromí na pokoji, na kterém jste hospitalizován?

3. Kategorie: hospitalizace a komfort pacienta na jednotce intenzivní péče

- a) Co se Vám během hospitalizace líbilo?
- b) Co se Vám během hospitalizace nelíbilo?
- c) V jaké oblasti péče pociťujete diskomfort?
- d) Co je Vám naopak komfortní?
- e) Jsou dostatečně uspokojovány vaše potřeby během hospitalizace?
- f) Co by Vás pozitivně ovlivnilo během hospitalizace?
- g) Co by pro Vás mohl personál udělat, abyste se tu cítil lépe?

4. Kategorie: zdravotnický personál na jednotce intenzivní péče

- a) Jak hodnotíte obecně chování zdravotnického personálu na jednotce intenzivní péče?
- b) Jak hodnotíte chování zdravotnického personálu přímo k Vám?
- c) Jaké máte pozitivní zkušenosti se zdravotnickým personálem na jednotce intenzivní péče?
- d) Jaké máte negativní zkušenosti se zdravotnickým personálem na jednotce intenzivní péče?
- e) Jste dostatečně informován ze stran zdravotnického personálu o svém zdravotním stavu?
- f) Rozumíte všemu, co Vám lékaři a sestry říkají?

Příloha D: Článek připravený k publikaci v odborném periodiku

Hospitalizace na jednotce intenzivní péče z pohledu pacienta

Sára Doležalová, Mgr. Jana Sehnalová

Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci

Studentská 1042/2, Liberec 1 – Staré město 46001

sara.dolezalova@tul.cz, jana.sehnalova@tul.cz

Souhrn

Na jednotkách intenzivní péče jsou hospitalizováni kriticky nemocní pacienti, kteří vyžadují péči nepřetržitě 24 hodin. Je důležitá pro poskytnutí ucelené péče o pacienta a to za pomoci lékařů, všeobecných sester a zdravotnických záchranářů. Klíčovým bodem pro poskytování takto náročné péče je dobrý a profesionální tým zdravotníků, kteří dělají maximum ve prospěch pacienta. Cílem práce bylo zjistit v jakých oblastech hospitalizovaní pacienti pociťují diskomfort, jak vnímají chování a péči zdravotnického personálu a co by jim prospělo během hospitalizace.

Klíčová slova

jednotka intenzivní péče, hospitalizace na jednotce intenzivní péče, pacient na jednotce intenzivní péče, péče o pacienta, komunikace

Summary

Critically ill patients who require 24-hour care are hospitalized in intensive care units. It is important for the provision of comprehensive patient care with the help of doctors, general nurses and paramedics. The key point for providing such demanding care is a good and professional team of health professionals who do everything for the benefit of the patient. The goal of the work was to find out in which areas hospitalized patients feel discomfort, how they perceive the behavior and care of the medical staff and what would benefit them during hospitalization.

Keywords

intensive care unit, intensive care unit hospitalization, intensive care unit patient, patient care, communication

Úvod

Jednotky intenzivní péče jsou určeny pro pacienty s hrozícím nebo trvajícím selháním jednoho nebo více orgánů (1). Nabízí se zde možnost diagnostiky, prevence a léčby multiorgánového selhání plně kvalifikovaným lékařským i nelékařským personálem 24 hodin denně (2). Na jednotce intenzivní péče je nutná úzká spolupráce mezi lékaři a ošetrovatelským personálem. Role a odpovědnost by měly být jasně definovány (3). Celkové uspořádání a provoz jednotek intenzivní péče by měly být takové, aby minimalizovaly pohyb a práci personálu pečujícího o pacienty (3). Prostor pracoviště intenzivní medicíny se skládá z prostoru pro pacienty a stanoviště zdravotnického personálu. Každé lůžko na JIP by mělo být vybaveno monitorovacím systémem (1). Nepřetržité monitorování životních funkcí pacienta je dnes jednou z nejčastějších indikací k přijetí na JIP (2). Přijetí na JIP by mělo být vyhrazeno pro pacienty, kteří mají reálnou vyhlídku na obnovení nebo zlepšení orgánových funkcí a kterým by intenzivní péče pomohla překonat jejich kritický stav (1). Nezbytnou součástí přístrojového vybavení na JIP jsou ventilátory, přístroje pro mimotělní očišťovací metody, infuzní pumpy a lineární dávkovače, odsávací přístroje a endoskopické vybavení (1). Do péče o pacienta zahrnujeme i hygienickou a nutriční péči. Tyto dvě úlohy jsou v péči o pacienta na JIP nepostradatelné a mají velký vliv na pacienta a jeho zdraví. Podvýživa a nesprávná hygiena pacienta mohou prodloužit jeho hospitalizaci, může dojít k infekci nebo dokonce i k mortalitě.

Metodika výzkumu

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny tři cíle.

- 1) Zjistit, v jakých oblastech hospitalizovaní pacienti pociťují diskomfort.
- 2) Zjistit, jak pacienti hodnotí chování a péči zdravotnického personálu na jednotce intenzivní péče.
- 3) Zjistit, co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace na jednotce intenzivní péče.

Pro účely výzkumného šetření byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu za užití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum byl realizován na vybrané jednotce intenzivní péče vybrané nemocnice v prosinci 2023 a únoru 2024. Rozhovory byly nahrány na diktafon v mobilním telefonu a následně doslovně přepsány v programu Microsoft Office Word. Data z rozhovoru byla analyzována a zpracována do grafických

schémat. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval celkem 20 otázek vytvořených na základě výzkumných cílů. Výzkumu se účastnilo 6 respondentů (označení R1 – R6).

Výsledky

První výzkumná otázka měla za úkol zjistit v jaké oblasti hospitalizovaní pacienti na jednotce intenzivní péče pocítují diskomfort. Zjistili jsme, že pacienti negativně hodnotí velké množství houkajících přístrojů a pokoj na ně působí i stísněně. Dále bylo zjištěno, že někteří pacienti by uvítali více soukromí, zejména při potřebě vyprazdňování, jiným vadilo hodně personálu při hygienách z důvodu studu. Nejvíce pacientům nechutnala strava, která jim přišla bez chuti, dále kabely na kterých jsou připojeni z důvodu monitorace, kdy mají pocit, že jsou k lůžku připoutáni a nemohou se hýbat dle libosti. Také pacientům chyběla na pokojích televize, rádio, noviny nebo časopisy, zejména v případech kdy byli hospitalizovaní už delší dobu. Dále uváděli, že jim je nepříjemné časté svícení v noci, neklidní ostatní pacienti, časté nafukování manžety a z toho vzniklá neuspokojená potřeba spánku.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jak pacienti hodnotí chování a péči zdravotnického personálu na jednotce intenzivní péče. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že polovina respondentů uvedla, že se obecně zdravotnický personál k nim chová arogantně nebo podrážděně a lékaři působí přísně a nejsou příliš sdílní. Naopak druhá polovina respondentů uvedla, že je zdravotnický personál slušný. Dále bylo zjištěno, že k samotné osobě pacienta se zdravotnický personál chová příjemně a snaží se jim vyhovět. Pacientům se líbil také zájem, pečlivý, rychlý, spravedlivý a zodpovědný přístup a také pracovní nasazení a spolupráce zdravotníků a lékařů. Jako negativní zkušenosti respondenti udávali, že jsou sestry někdy rázné, hlasité, bez emocí a lékaři, kteří jsou se vším rychle hotoví. Jako poslední jsem zjišťovala informovanost pacientů o jejich zdravotním stavu a zda daným informacím porozuměli. Zde byli odpovědi velmi variabilní, někteří respondenti odpověděli, že informovanost je dostačující a pokud něčemu nerozuměli, tak sestra nebo lékař jim to ochotně vysvětlili. Další část respondentů uvedla, že by mohl zdravotnický personál komunikovat o něco více a nerozumějí všem výrazům. Jeden z respondentů odpověděl, že lékařům jiné národnosti je špatně rozumět a další respondent měl negativní zkušenost, kdy uvedl, že dle něj je podávání informací nedostačující a vůbec jim nerozumí.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, co by pacienti pozitivně ovlivnilo na jednotce intenzivní péče během hospitalizace. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že nejvíce by pacienti pozitivně ovlivnila možnost televize, rádia, časopisu nebo novin. Jako další častou odpověď uváděli možnost častěji vidět rodinu a popovídat si s někým. Jeden z respondentů uvedl, že by si dal nějaké lepší jídlo než to nemocniční. Dále bylo na základě výzkumu zjištěno, že by zdravotnický personál mohl projevovat více empatie a pochopení, mít veselejší přístup a komunikovat s pacienty i o běžných věcech. Dva respondenti uvedli, že zdravotnický personál dělá, co může a nic dalšího od nich nevyžadují.

Diskuse

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit v jakých oblastech hospitalizovaní pacienti pociťovali diskomfort. Zjištěno bylo, že největší diskomfort pacienti pociťovali v oblasti potřeby vyprazdňování. Jeden z respondentů uvedl „*Radši bych si došel na záchod normálně, to mně docela schází. Tady tu mísu nemám vůbec rád a moc se mi na ní nechce.*“, na tomto se shodlo i několik dalších pacientů. Vyprazdňování je základní biologická potřeba člověka, která vede k pocitům potěšení a uspokojení. Pokud tato potřeba není naplněna, projevuje se fyzickým i psychickým nepohodlím, v horších případech mohou vzniknout nepříjemné poruchy, jako je například zácpa s čímž souhlasí i Trachtová et al. (2018). Podle dalších odpovědí měli někteří pacienti problém se spánkem. Další z respondentů odpověděl „*V noci se tu často svítí nebo některý pacienti bývají neklidní, taky se mi nafukuje na ruce ten tlak, to mě ruší a pak se mi blbě spí.*“ Potřebu spánku často narušují vnější faktory, jako je hluk a oslnění od přístrojů, hlasitá komunikace personálu, struktura oddělení, opakované měření tlaku a nevhodná teplota a vlhkost prostředí, s tím souhlasí též Suková a Knechtová (2022). Velké množství pacientů vidělo velké nedostatky ve stravě, která jim přišla bez chuti, nebo se nedalo jíst. V neposlední řadě se několika respondentům nelíbilo, že nemají dostatek soukromí, zejména při vyprazdňování a hygienách. Jeden z respondentů uvedl „*No myslím si, že nemám tolik soukromí, protože ne všechny sestřičky jsou natolik diskrétní, některé zapomínají zatáhnout závěsy úplně nebo ráno při hygieně jich tady stojí pět a to mi není moc příjemné.*“ Je důležité, aby byla v pokoji vhodná teplota, vhodná teplota vody a aby bylo co nejvíce zachováno soukromí pacienta. U některých pacientů, zejména u mladých mužů, můžeme pozorovat stud, hlavně když u nich hygienu provádějí mladé sestřičky, uvádí Kapounová (2020).

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče hodnotí chování a péči zdravotnického personálu. Bylo zjištěno, že velká část respondentů se shodla na tom, že se jim nelíbí, jakým stylem se někdy zdravotnický personál s pacienty baví, a uvedli, že jsou někdy bez nálady, nepříjemný a v některých situacích křičí nebo reagují podrážděně. Nejdůležitějšími nástroji k naplnění tohoto poslání jsou osobnost, profesionalita, osobní zralost a rozvinuté mechanismy sebekontroly zdravotnického pracovníka s čímž souhlasí Tomová a Křivková (2016). Jako pozitivní zkušenost byla uvedena vzájemná spolupráce mezi zdravotnickými pracovníky. Jeden z respondentů uvedl „*Libí se mi pracovní nasazení personálu, když se něco dělo a pacient na tom nebyl třeba dobře, tak hezky spolupracovali, každý z nich hned věděl, co má dělat.*“ Všichni tito pracovníci na jednotce intenzivní péče by měli mít odpovídající vzdělání a specializovat se na péči o kriticky nemocné pacienty. Je nutná úzká spolupráce mezi lékaři a ošetrovatelským personálem. Role a odpovědnost by měly být vždy jasně definovány, uvádí Zadák et al. (2017). Do tohoto výzkumného cíle byla zařazena i otázka, která se týkala informovanosti pacientů na jednotce intenzivní péče. Polovina respondentů měla pocit, že nejsou informováni o svém zdravotním stavu dostatečně a někdy vážně komunikace ze stran zdravotnického personálu. Jeden z respondentů uvedl „*Doted' mi nikdo pořádně neřekl co semnou bude nebo nebude. A sestra mi řekne jenom něco, co asi může a ví a jinak mě odkáže na doktora, že se mám zeptat o vizitě, ale myslím si, že by to měl doktor říkat normálně sám od sebe.*“ Podobné odpovědi měla většina ostatních respondentů. Komunikace na jednotce intenzivní péče se velmi liší od komunikace na běžných nemocničních odděleních, a to nejen po technické stránce, ale i z hlediska celkového přístupu. Mnoho pacientů se zde nachází ve velmi obtížné situaci. Bez ohledu na stav pacienta je velmi důležité, aby komunikace s pacientem nebyla zanedbávána, udává i Tomová a Křivková (2016).

Posledním výzkumným cílem bylo zjistit, co by pacienty pozitivně ovlivnilo během hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Výzkumné otázky pomohly zjistit, co by zdravotnický personál mohl pro hospitalizované pacienty udělat. Bylo zjištěno, by respondenty pozitivně ovlivnila přítomnost televize, rádia nebo novin, a kdyby je rodina nebo blízcí navštěvovali častěji, protože se prý nudí. Jeden z respondentů odpovídá „*Kdyby moji blízcí tady mohli být víc a třeba docházeli i dopoledne. Taky by se sem hodila televize, docela se tady nudím.*“ S tímto souhlasili skoro všichni pacienti. Pokud pacient je hospitalizován v nemocnici delší dobu a nejsou dlouhodobě naplněny jeho

potřeby, tak se to může projevit hospitalismem, což je silná reakce na hospitalizaci. Mezi hlavní opatření, která mají hospitalizaci zabránit, patří co nejkratší doba pobytu v nemocnici, umožnění denních návštěv, podporovat co největší samostatnost pacienta a aktivní spolupráce mezi pacientem, rodinou a ošetřujícím personálem. U dospělých pacientů lze nudu zmírnit četbou, poslechem rádia nebo televize, udává Zacharová (2017). Dále by pacienty pozitivně ovlivnil empatictější a veselejší přístup zdravotnického personálu, a kdyby měli více pochopení. Jeden z respondentů uvedl „*Mě by udělalo radost asi, kdyby měli o něco veselejší přístup nebo jak to říct, kdyby nebyly pořád tak napjatý a vážný, ale takový veselejší.*“ Podobné odpovědi uvedli i další respondenti, pouze dva respondenti si myslí, že pro ně zdravotnický personál dělá dost a nic dalšího od nich nevyžadují. Empatie, respekt a autenticita jsou označeny za základní prvky pro bezproblémové vztahy. Jediným cílem dobré sestry není pochopit pacienta a řešit pacienta jako problém, ale vnímat pacienta jako tajemství a jako rovnocennou lidskou bytost s téměř stejnými pocity a potřebami, uvádí Gulášová, et al. (2014).

Závěr

Hospitalizace je pro pacienta na jednotce intenzivní péče fyzicky a psychicky náročná nejen z důvodu vážné nemoci. Většina pacientů se zde objeví náhle pro akutní a kritický stav. Mnohdy jsou na jednotce intenzivní péče pacienti hospitalizováni úplně poprvé a tak mohou být zaskočeni, tím co všechno se kolem nich nachází a jak zde péče probíhá. Málokdo kdo z nich ví, co se s nimi bude dít a co je čeká, že budou neustále monitorováni, což pro ně znamená, že nemohou vstát z lůžka, kdy chtějí, nemohou se umýt v koupelně nebo si dojít na WC jako na klasickém standardním oddělení. Často se na jednotkách intenzivní péče objevují různá omezení i pro návštěvy, se kterými mnohdy blízcí ani samotní pacienti nepočítají. Proto je velmi důležité, aby zdravotnický personál se o své pacienty aktivně zajímal, o jeho potřeby, rozvíjel si s nimi dobré vztahy po dobu jeho hospitalizace a udržoval profesionální přístup. Také aby s pacientem upřímně a intenzivně komunikovali o jeho zdravotním stavu a vše co se týká jeho, mu bylo náležitě vysvětleno.

Zdroje

- 1) ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ (ed.), 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.
- 2) KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*: 2., aktualiz. a dopl. vyd. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.
- 3) ZADÁK, Zdeněk; Eduard HAVEL et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., dopl a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 80- 271- 0282-2.