

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Anna Plchová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství B0913P360006

Anna Plchová

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY PO
KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

PLZEŇ 2022

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

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Plchová Anna

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelská péče o pacienta po kardiopulmonální resuscitaci

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

Počet stran – číslované: 56

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 36

Klíčová slova: kardiopulmonální resuscitace, poresuscitací péče, ošetrovatelství, intenzivní péče, potřeby pacienta, holistický přístup

Souhrn:

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta po kardiopulmonální resuscitaci. Teoretická část je zaměřena na seznámení s kardiopulmonální resuscitací a dále se zabývá hlavně péčí o pacienta po kardiopulmonální resuscitaci. Závěrečná část teoretické práce je zaměřená na uspokojování jeho potřeb. V praktické části byly vedeny rozhovory s dvěma pacienty a dvěma rodinnými příslušníky a zjišťovalo se, jak se jejich potřeby během hospitalizace měnily a jakým způsobem byly uspokojovány. Jako výstup do praxe bylo navrženo další výzkumné šetření v oblastech komunikace s pacientem v intenzivní péči a v oblasti práce s rodinou v intenzivní péči a jejího přínosu pro pacienta a zdravotnický personál.

Abstract

Surname and name: Plchová Anna

Department: Department of nursing and midwifery

Title of thesis: Nursing care of a patient after cardiopulmonary resuscitation

Consultant: PhDr. Petra Bejvančická

Number of pages – numbered: 56

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 36

Keywords: cardiopulmonary resuscitation, post-resuscitation care, nursing care, intensive care, patient needs, holistic approach

Summary:

The subject of this bachelor thesis is nursing care of a patient after cardiopulmonary resuscitation. The theoretical part is focused on introducing cardiopulmonary resuscitation and it further deals mainly with patient care after cardiopulmonary resuscitation. The final part of the theoretical work is focused on meeting the needs of the patient and their family. In the practical part, interviews were conducted with two patients and two family members in order to find out how their needs changed during hospitalization and how said needs were satisfied. As an output in practice, another research survey was proposed in the areas of communication with the patient in intensive care and in the field of work with the family in intensive care and its benefits for the patient and medical staff.

Poděkování

Děkuji PhDr. Petře Bejvančické za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE A PORESUSCITAČNÍ PÉČE	16
1.1 Kardiopulmonální resuscitace.....	16
1.2 Poresuscitační péče	18
1.2.1 Identifikace a léčba příčiny srdeční zástavy	18
1.2.1.1 Role sestry při identifikaci příčiny srdeční zástavy	20
1.2.2 Zajištění dýchacích cest a ventilace.....	21
1.2.2.1 Role sestry při zajištění dýchacích cest a ventilaci	22
1.2.3 Hemodynamický management	22
1.2.3.1 Role sestry u hemodynamicky nestabilních pacientů	24
1.2.4 Cílené řízení teploty nebo terapeutická hypotermie	26
1.2.4.1 Role sestry při terapeutické hypotermii	26
1.2.5 Neuroprognostika a léčba řečí	27
1.2.5.1 Role sestry při neuroprognostice a léčbě křečových stavů	28
1.2.6 Komplikace v péči o pacienta po kardiopulmonální resuscitaci	28
1.2.6.1 Role sestry při předcházení komplikací u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci	28
2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACI	31
2.1 Ošetřovatelství	31
2.2 Uspokojování potřeb nemocných po kardiopulmonální resuscitaci	32
2.2.1 Uspokojování potřeb v oblasti dýchání	33
2.2.1.1 Péče o endotracheální rourku	34
2.2.1.2 Péče o tracheostomickou kanylu	34
2.2.1.3 Toaleta dýchacích cest a péče o dutinu ústní	35
2.2.2 Uspokojování potřeb v oblasti výživy	36
2.2.3 Uspokojování potřeb v oblasti vyprazdňování	36
2.2.4 Uspokojování potřeb v oblasti soběstačnosti	38

2.2.5	Uspokojování potřeb v oblasti psychické vyrovnanosti	38
	PRAKTICKÁ ČÁST	41
3	FORMULACE PROBLÉMU	41
4	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	42
4.1	Hlavní cíl.....	42
4.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	42
4.2.1	Dílčí cíle	42
4.2.2	Výzkumné otázky	42
5	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	42
6	METODIKA PRÁCE	43
7	ORGANIZACE VÝZKUMU	43
8	ZPRACOVÁNÍ DAT	44
8.1	Seznámení s respondenty	44
8.2	Analýza údajů	45
8.2.1	Grafické znázornění analýzy rozhovoru.....	48
8.2.1.1	Po obnově vědomí.....	48
8.2.1.2	Hospitalizace na jednotce intenzivní péče	50
8.2.1.3	Hospitalizace na standardním oddělení.....	55
9	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	60
9.1	Shrnutí rozhovorů prvního pacienta a rodinného příslušníka	60
9.2	Shrnutí rozhovorů druhého pacienta a rodinného příslušníka	62
	DISKUZE	64
	ZÁVĚR.....	68
	SEZNAM LITERATURY.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH	74
	PŘÍLOHY	75

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1- řetězec přežití.....	18
Obrázek 2- Maslowova hierarchie lidských potřeb (24 str. 15)	45

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1-potřeby bezpečí a jistoty po obnově vědomí.....	48
Tabulka 2- potřeby kognitivní po obnově vědomí	48
Tabulka 3- potřeby fyziologické po obnově vědomí.....	49
Tabulka 4- fyziologické potřeby na jednotce intenzivní péče.....	50
Tabulka 5-potřeby bezpečí a jistoty na jednotce intenzivní péče.....	51
Tabulka 6-potřeby sounáležitosti a lásky na jednotce intenzivní péče.....	52
Tabulka 7-potřeba uznání a sebeúcty na jednotce intenzivní péče.....	53
Tabulka 8-potřeby kognitivní na jednotce intenzivní péče	54
Tabulka 9-fyziologické potřeby na standardním oddělení	55
Tabulka 10-potřeby bezpečí a jistoty na standardním oddělení	56
Tabulka 11- potřeby sounáležitosti a lásky na standardním oddělení	57
Tabulka 12-potřeby uznání a sebeúcty na standardním oddělení.....	58
Tabulka 13- potřeby kognitivní na standardním oddělení.....	59

SEZNAM ZKRATEK

ROSC.....	Restore of Spontaneous Circulation-obnova spontální cirkulace krevního oběhu
ST úsek	úsek na elektrokardiogramu, který je mezi koncem komplexu QRS a vlnou T, je to rovná část a její abnormality značí srdeční onemocnění. Například elevace ST úseku je známkou infarktu myokardu
STEMI	elevace křivky ST úseku
PŽK.....	Periferní žilní katetr
NGS.....	Nasogastrická sonda
BOP.....	Bariérová ošetrovatelská péče
AED.....	automatizovaný externí defibrilátor
ERC.....	European resuscitation council
EKG.....	Elektrokardiografie
CŽK.....	Centrální žilní katétr
PICC.....	Periferní centrální žilní katétr
EEG.....	Elektroencefalografie
ARO.....	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
JIP.....	Jednotka intenzivní péče
NPO.....	Nic per os
NSG.....	Nazogastrická sonda
P1.....	Pacient číslo 1
P2.....	Pacient číslo 2
RP1.....	Rodinný příslušník číslo jedna

RP2.....Rodinný příslušník číslo 2

ICD.....Implantabilní kardioverter defibrilátor

ÚVOD

Poresuscitační péče je téma, které se netýká pouze zdravotnického personálu, ale může se dotýkat úplně každého, a to ať již z pozice přímého účastníka (pacienta či ošetrovatelského personálu) či z pozice třetí osoby (přátelé, rodinní příslušníci). Je to přitom poresuscitační péče, která významným způsobem pozitivně ovlivňuje možnost zotavení pacienta. Právě uvedené umocňuje důležitost této problematiky, které je tato práce věnována.

Úspěch celého procesu je závislý na mnoha aspektech a je popsán v řetězci přežití, do kterého patří včasné odhalení problému, včasné zahájení kardiopulmonální resuscitace, defibrilace a následná poresuscitační péče. Protože k zástavě oběhu může dojít z mnoha důvodů, poresuscitační péče zahrnuje širokou škálu různých činností se zaměřením na včasné odhalení syndromu post-kardiální zástavy a na zavedení intervencí, které vedou k zajištění neurologicky intaktního přežití. Přesto, že je poresuscitační péče stále se vyvíjející disciplínou, pouze u jedné desetiny pacientů, u kterých je nutné zahájit kardiopulmonální resuscitaci, dojde k ROSC a k následnému zlepšení stavu, které umožňuje jejich propuštění z nemocnice.

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsán průběh kardiopulmonální resuscitace, v jakých případech se zahajuje, dále, jakým chybám se při kardiopulmonální resuscitaci vyhnout a jaké mohou být příčiny a příznaky ztráty krevního oběhu. Dále jsou definovány jednotlivé oblasti, které jsou součástí poresuscitační péče, a s nimi související role sestry. Závěr teoretické části je věnován popisu potřeb pacienta a jeho rodinných příslušníků v poresuscitačním období a jejich uspokojování ze strany zdravotnického personálu.

Cílem praktické části bylo zmapovat potřeby pacienta a jeho rodinných příslušníků, u kterých zdravotnické intervence vedly k návratu do běžného života, během hospitalizace po kardiopulmonální resuscitaci. Informace byly získány z narativních rozhovorů, které byly vedeny se dvěma pacienty a dvěma rodinnými příslušníky. Dále bylo zjišťováno, jak se potřeby respondentů v průběhu hospitalizace měnily.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně byly pomocí otevřeného kódování analyzovány potřeby pacienta a jeho rodinných příslušníků a uspokojování těchto potřeb během hospitalizace.

Závěrem bakalářské práce byly navrženy oblasti z této problematiky k dalšímu zkoumání.

Rešerše byla zpracována na základě klíčových slov: kardiopulmonální resuscitace, zástava krevního oběhu, ošetrovatelská péče, poresuscitační péče, intenzivní péče, hypotermie, potřeby nemocného, komunikace s nemocným.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACE A PORESUSCITAČNÍ PÉČE

1.1 Kardiopulmonální resuscitace

Kardiopulmonální resuscitací je myšlen soubor několika léčebných, na sebe navazujících úkonů, které vedou k obnovení okysličení organismu. Kardiopulmonální resuscitace se zahajuje ve chvíli, kdy dochází k poruše či zástavě srdeční činnosti nebo k zástavě dýchání. Přesný postup je zaznamenán a aktualizován Českou radou pro resuscitaci, která je oficiálním partnerem ERC - European Resuscitation Council (Evropská rada pro resuscitaci), v nově vydaných doporučených postupech z roku 2021 (1).

Kardiopulmonální resuscitaci dělíme na Basic Life Support, kterou provádí laická veřejnost, a na Advanced Life Support, která je poskytována zdravotnickými pracovníky (2 str. 18).

Zásadní pro efektivitu kardiopulmonální resuscitace je začít s kardiopulmonální resuscitací co nejdříve, provádět ji na pevné podložce, dbát na hloubku a frekvenci stlačení, po každé kompresy hrudník úplně uvolnit, neopírat se o hrudník, srdeční masáže provádět bez přerušení, při použití AED dělat pauzy mezi srdeční masáží a elektrickými výboji co možná nejkratší (3 stránky 49-50).

Vojáček (2020 str. 55) uvádí: „*Smyslem kardiopulmonální resuscitace je převedení defibrilovatelného rytmu na hemodynamicky účinnou akci. Pokud je na EKG obrazu asystolie, snažíme se jí pomocí kardiopulmonální resuscitace zvrátit na defibrilovatelný rytmus a ten poté defibrilovat.*“

Indikací k zahájení kardiopulmonální resuscitace podle nových doporučených postupů pro resuscitaci je situace, při které postižená osoba nereaguje a nedýchá nebo nedýchá normálně. V případě základní neodkladné resuscitace laik hodnotí pouze hloubku bezvědomí a dechovou frekvenci, protože nahmatání pulzu u pacienta může být mnohdy obtížné a zdlouhavé. Pokud jedinec nereaguje na bolestivý podnět a zjistíme, že nedýchá nebo dýchá nedostatečně - odborně gasping, což diagnostikujeme:

- a) pohledem - prohlédneme si hrudník postiženého a pozorujeme dýchací pohyby,
- b) palpačně - přiložíme ruku na pacientův hrudník,
- c) pocitem na tváři - přiložíme tvář k nosu a ústům pacienta a cítíme, zda vydechuje nějaký vzduch, a zároveň posloucháme,

voláme rychlou záchrannou službu a až poté začínáme s nepřímou masáží srdce (1 str. 17).

Kontraindikace ke kardiopulmonální resuscitaci musí být vždy posuzovány individuálně, samotný věk pacienta není omezením. Při kontraindikaci musí být vždy vyloučeny veškeré ireverzibilní příčiny zástavy vitálních funkcí a bezvědomí. Těmi jsou, jak uvádí Vojáček (2020 str. 59), Frai (2015 str. 20) 4T a 4H, což znamená – tenzní pneumothorax, intoxikace, tromboembolie, tamponáda srdeční, hypoxie, hypotermie, hypo/hyperkalemie, hypovolemie.

Na stránkách záchranné služby je uvedeno, že příčinou zástavy krevního oběhu a následného bezvědomí je z 83 % kardiální příčina. Proto je důležité v co nejkratší době zhodnotit srdeční rytmus a pokud to jde, tak defibrilovat. Z tohoto důvodu se při poskytnutí první pomoci upřednostňuje před vším ostatním zavolání rychlé záchranné služby, aby se postiženému v co možná nejkratší možné době dostalo adekvátní pomoci. Mezi další příčiny ztráty krevního oběhu řadíme příčiny traumatického původu, hypoxii, sepsi, anafylaktický šok nebo plicní embolii (4).

Příznaků zástavy krevního oběhu a dechu je více. Nejvíce viditelným příznakem je to, že pacient po ztrátě krevního oběhu upadá do bezvědomí a není schopen reagovat na okolí a podněty, které z něj přicházejí. Dále dochází k zástavě dechu, které může v prvních okamžicích předcházet takzvaný gasping, což je nenormální lapání po dechu. Už samotný gasping je přímou indikací k zahájení kardiopulmonální resuscitace. Frei (2015) uvádí, že gasping bývá přítomen až u 40 % osob se zástavou srdečního oběhu.

K hlavním příznakům zástavy dechu patří vymizení dýchacích pohybů, dále pak cyanóza v oblasti sliznic, rtů, nosu, brady. Pro laickou veřejnost ale obecně platí, že i když si nejsou s kvalitou dechu jistí, postupují jako u pacienta, který by nedýchal, takže zahajují kardiopulmonální resuscitaci (3 str. 51).

1.2 Poresuscitační péče

Poresuscitační péče je jednou ze čtyř článků takzvaného řetězce přežití. Řetězec přežití je soubor na sebe navazujících, rychle jdoucích akcí, které se ukázaly jako neúčinnější léčebnou metodou při kardiorepiračním selhání.

Do řetězce přežití patří včasný přístup nouzových systémů, včasné zahájení kardiopulmonální resuscitace, defibrilace a následná poresuscitační péče (5).



Obrázek 1- řetězec přežití (12 str. 28)

Poresuscitační péče je vědní obor, který se stále rozvíjí a který vyžaduje koordinovanou spolupráci multidisciplinárního týmu. Na poresuscitační péči se podílejí lékaři z oborů kritické a intenzivní medicíny, urgentní medicíny, kardiologie či anesteziologie, dále ošetrovatelský personál, který se skládá z všeobecné sestry se specializací v intenzivní medicíně či ze zdravotnického záchranáře.

Protože srdeční zástava je multifaktoriální a může postihnout více orgánových systémů bez ohledu na příčinu, musí být poresuscitační péče orientována a přizpůsobena potřebám jedince. Abychom dosáhli lepších výsledků, je třeba se u pacientů zaměřit na následujících šest oblastí (6).

1.2.1 Identifikace a léčba příčiny srdeční zástavy

Při obnově srdečního oběhu, dále jen ROSC (Restore of Spontaneous Circulation - obnova spontánní cirkulace krevního oběhu), je důležité objasnit příčiny a faktory, které vedly k srdečnímu selhání.

Zmapování událostí před kolapsem, pečlivé fyzikální vyšetření a zobrazovací metody pomohou určit příčinu kolapsu.

Při identifikaci příčin kolapsu se používají různé zobrazovací metody: elektrokardiografie, urgentní selektivní koronarografie, ultrasonografické vyšetření a počítačová tomografie.

Elektrokardiografie je neinvazivní vyšetření, které se používá k diagnostice srdečního rytmu. V poresuscitační péči ho používáme vždy. Buď potvrdí kardiální příčinu, nebo ji vyvrátí.

K diagnostice srdečního rytmu se používá dvanáctisvodové EKG, které má šest končetinových a šest hrudních svodů. Dále se v poresuscitační péči používá už jen třísvodové EKG, které má jen tři hrudní svody. Tímto způsobem pouze lze ověřit srdeční rytmus. Není možné z třísvodového EKG diagnostikovat poruchy rytmu (7 str. 158).

Urgentní selektivní koronarografie je invazivní zobrazování koronárních tepen, které se provádí vždy u pacientů s předpokladem na srdeční etiologii a STEMI na EKG, nebo v případě nestabilních pacientů s podezřením na srdeční etiologii, i když nemají na EKG elevaci ST úseku. Provádí se punkcí femorální nebo radiální tepny cévkou, kterou zavádíme až do koronárního sinu. Během výkonu je nutná rentgenová kontrola. Do cévky vstříkujeme kontrastní jodovou látku a díky tomu získáváme obraz věnčitých tepen. Diagnostikujeme tak zúžení či uzávěry tepen (8 stránky 66-67).

Ultrasonografické vyšetření je vyšetření neinvazivní, u něhož se používá speciální sonda, která jednak vysílá do těla ultrazvukové vlnění, které proniká různými tkáněmi těla a odráží se na jejich rozhraní, ale také ultrazvukové vlnění přijímá a následně zobrazuje na monitor ultrasonografického přístroje. Je to neinvazivní vyšetřovací metoda, díky které lze vyšetřovat uložení a velikosti orgánů, ale v našem případě hlavně vzhled a naplnění cév a srdce. Vyšetření srdce pomocí ultrasonografie se nazývá echokardiografie. Díky tomuto vyšetření můžeme odhalit chlopenní vady, změny proudění krve nebo hypertrofii komor (7 stránky 143-144).

Počítačová tomografie je vyšetřovací metoda, pomocí které dostaneme vrstvený obraz těla. Počítačová tomografie používá takové detektory, které dokážou snímat rozdíly v hustotách tkání, přičemž každé hustotě je přiřazen jiný tón na takzvané škále šedi, což je rozmezí od černé až po bílou barvu. Touto metodou lze diagnostikovat různé úrazy, záněty

či nádory. V případě poresuscitační péče se CT používá k diagnostice hlavně plicní embolie, která dokáže poskytnout obraz plicních tepen (7 stránky 142-143).

1.2.1.1 Role sestry při identifikaci příčiny srdeční zástavy

Hlavní rolí sestry při diagnostice příčiny srdeční zástavy je připravit pacienta na diagnostické výkony.

EKG ve většině případů provádí všeobecná sestra. Zaznamená aktivitu srdce pomocí kardiogramu, který následně lékař vyhodnotí. Všeobecná sestra by se měla vyvarovat chyb, které následně zkreslují záznam aktivity srdce. Nejčastějšími chybami jsou záměna elektrod, nesprávné umístění hrudních elektrod, neklid pacienta nebo špatné nastavení přístroje (9).

Dále může správné čtení EKG křivky narušit vysoce umístěné hrudní svody, špatné uzemnění (přiložený nebo poškozený černý kabel), svalový třes nebo tremor nebo uvolněná elektroda ve svodu V1 (10 stránky 180-249).

Kompetenci všeobecné sestry při selektivní koronarografii je příprava pacienta před výkonem, protože dobrou přípravou může sestra eliminovat komplikace. Sestra před výkonem připraví pomůcky, které budou potřeba: tlakoměr, fonendoskop, EKG přístroj, dokumentace, injekční dávkovač, infuzní pumpu, defibrilátor. Dále postupuje dle doporučených postupů pro selektivní koronarografii. Provede identifikaci pacienta, v případě, že je při vědomí, tak se sestra představí, seznámí pacienta s výkonem a připraví informovaný souhlas s výkonem k podpisu pacienta. Dále zajistí dvanáctisvodové EKG a za aseptických podmínek zajistí permanentní žilní katetr. V případě potřeby provede odběr krve dle ordinace lékaře a oholí místo vpichu (arterie radialis, arterie femoralis)

Komplikacemi při selektivní koronarografii může být infekce, patologické výsledky laboratorního vyšetření, sytost pacienta, nespolupráce, krvácení po punkci (11 stránky 725-731).

U ultrasonografie není příprava pacienta potřeba. Role sestry spočívá spíše v přípravě ultrazvuku lékaři a v případě potřeby aseptického vyšetření sestra lékaři asistuje (7 stránky 143-144).

Počítačová tomografie se provádí pomocí kontrastní látky, která je zaváděná do cévního řečiště. Úkolem sestry při přípravě pacienta na CT vyšetření bude zajištění adekvátního žilního vstupu. Pokud to jde, zjistit anamnézu pacienta (alergie, u žen poslední

menstruaci a zakrýt reprodukční žlázy). Pacient by měl být na vyšetření lačný (7 stránky 142-143).

1.2.2 Zajištění dýchacích cest a ventilace

Když se pacient po kardiopulmonální resuscitaci probere a je schopen spontánního dýchání, je možné pacienta monitorovat i bez intubace, ale vždy se používá doplňkový kyslík k udržení saturace krve mezi 94 % až 98 %. Když dojde u pacienta k obnově spontánního krevního oběhu, ale pacient je stále v bezvědomí a následném kómatu, přistupuje se u těchto pacientů k definitivnímu zajištění dýchacích cest a následně umělé plicní ventilaci (6).

Definitivní zajištění dýchacích cest se provádí endotracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou.

Zajištění dýchacích cest pomocí endotracheální rourky zavedené do trachey patří mezi nejčastější a nejbezpečnější metody, které zajišťují průchodnost dýchacích cest. Nejen že efektivně ventiluje pacienta, ale díky obturační manžetě poskytuje také ochranu před aspirací žaludečního obsahu, slin nebo krve. Endotracheální intubaci provádí zkušený profesionál, protože při neúspěšné intubaci může dojít k podráždění dýchacích cest a k jejich spasmu, a tím může být opakovaná intubace znemožněna. Nezkušenost a neznalost metody se řadí mezi kontraindikace.

Tracheostomie je indikována pacientovi, který potřebuje dlouhodobou ventilaci, netoleruje endotracheální rourku, má masivní poranění v obličeji nebo trpí závažnou dlouhodobou poruchou vědomí. Výhodou tracheostomické kanyly je lepší přístup do dýchacích cest, snazší hygiena dutiny ústní, snazší hygiena dýchacích cest a jednodušší manipulace s pacientem. I pro pacienta je tracheostomická kanyla komfortnější, pacient může lépe komunikovat a může přijímat tekutiny a stravu per os. Její nevýhodou je nutnost chirurgického výkonu. Tracheostomická kanyla se zavádí pomocí chirurgického řezu v úrovni druhého až třetího tracheálního prstence, nebo punkcí trachey speciální punkční jehlou. Této metodě se říká perkutánní dilatační tracheostomie. Tento výkon je kontraindikován u pacientů s poruchami koagulace, se špatně přístupnou tracheou nebo při podezření na anatomické anomálie trachey (12 stránky 248-255).

Umělá plicní ventilace je souborem opatření, které mohou podpořit nebo nahradit spontánní dýchání pomocí přístrojové techniky. Přístroje částečně nebo plně zajišťují průtok plynů respiračním systémem. V poresuscitační péči se umělá plicní ventilace využívá

k postupné orgánové podpoře. Ve fázi po obnově spontánního oběhu je doporučováno začít ventilaci 100% kyslíkem, aby se zabránilo hypoxii. Ve chvíli, kdy je k dispozici spolehlivé měření saturace okysličené krve, je potřeba snížit objem kyslíku ve vdechované směsi, tak aby hodnoty saturace dosahovaly 94 % - 98 % (6).

1.2.2.1 Role sestry při zajištění dýchacích cest a ventilaci

Rolí sestry před zajišťováním endotracheální intubace je zajistit následující pomůcky, které bude lékař k výkonu potřebovat: funkční odsávačka s odsávacími katetry, laryngoskop, který se skládá z držadla a z líže, která musí mít správnou velikost, endotracheální rourka několika velikostí, Magillovy kleště, zavaděč ke změně tvaru rourky, slizniční anestezie, 20ml stříkačka k napuštění vzduchu do obturační manžety, fixační pomůcky, fonendoskop, manometr, pomůcky pro obtížnou intubaci, samorozpínací vak napojený na přívod kyslíku, sestavený a skalibrovaný ventilátor. Před intubací je nutné prověřit funkčnost laryngoskopu a jeho světélka a překontrolovat funkčnost obturační manžety.

Dále sestra při endotracheální intubaci edukuje pacienta (pokud to lze), zajistí vyjmutí zubní protézy, upraví nemocného do polohy naznak a podloží nemocnému hlavu, preoxygenuje pacienta, nitrožilně aplikuje léky dle ordinace lékaře, asistuje při intubaci a následně fixuje endotracheální rourku (12 stránky 252-253).

Při zajišťování tracheostomie sestra připraví nemocného na výkon a asistuje lékaři. Během i po výkonu sestra sleduje vitální funkce, poruchy dýchání, bezprostředně po zákroku eliminuje vznik infekce, kontroluje integritu kůže a krvácení z tracheostomu. O patologických jevech sestra informuje lékaře.

Po zajištění dýchacích cest sestra asistuje u napojení pacienta na umělou plicní ventilaci, před zahájením umělé plicní ventilace musí být zkontrolována funkčnost ventilátoru a zajištění správného sestavení dýchacího okruhu (13). O následné péči viz níže.

1.2.3 Hemodynamický management

Hemodynamika se zabývá tím, jak proudí krev v lidském oběhu. Zabývá se tlakem krve, činností srdce jako pumpy, funkčností cév (14). V poresuscitační péči se u hemodynamiky zaměřujeme především na reperfúzi cév (koronárních, plicních tepen), což spočívá v obnovení průtoku krve cévami a následném kontinuální monitorování hemodynamiky a léčby u pacienta (1). Jak uvádí Pothiawala (2017) v článku poresuscitační

péče, je zřejmé, že i když hemodynamické cíle u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci zůstávají nedefinované, je nutné zahájit intervence, které povedou k adekvátním hodnotám mozkového a krevního perfuzního tlaku. Hlavním cílem hemodynamického managementu tedy je vyhnout se hypotenzi (6). Proto je pro hemodynamický management velmi důležité zavedení arteriálního katetru a definitivní zajištění cévního vstupu.

Nejčastěji používaný na jednotkách intenzivní péče k zajištění adekvátního žilního přístupu je centrální žilní katetr, dále jen CŽK. CŽK má výhodu několikacestného vstupu. Mohou být jedno až pěticestné. Je však třeba myslet na to, že každý vstup může být potencionálním zdrojem infekce, a proto je nezbytné zamyslet se před zavedením nad tím, kolik cest bude u pacienta zapotřebí.

CŽK se zavádí buď do podklíčkové žíly nebo do vena jugularis popřípadě do vena femoralis. Při zavádění CŽK může dojít k množství komplikací jako je pneumothorax, napíchnutí tepny, iritace brachiálního plexu či velký hematom. Nejobávanější komplikací u zavádění centrálního žilního katétru je zavlečení infekce. Dle klinických studií vede k nejmenšímu počtu komplikací zavádění centrální žilní kanyly přes vena jugularis.

Optimálním místem pro uložení distálního konce katétru je oblast kavoatriální junkce, což je místo, kde horní dutá žíla ústí do pravé srdeční komory. Polohu distálního konce katétru je nutno zkontrolovat pomocí zobrazovací metody. V současnosti se používá rentgenové zobrazení hrudníku po zavedení.

Další volbou pro zajištění cévního vstupu na jednotce intenzivní péče je periferní centrální žilní katetr, dále jen PICC. V posledních dvaceti letech se začaly stále častěji využívat pro zajištění centrálního žilního vstupu periferně zavedené centrální žilní katetry. Jejich výhodou je, že periferní zavedení je bezpečnější a pod ultrazvukovou navigací i poměrně snadný výkon. Katétr se zavádí pod přímou ultrazvukovou navigací do některé z žil na paži - vena basilica, vena cephalica nebo vena brachiales. Distální konec katétru je umístěn stejně jako CŽK v místě přechodu horní duté žíly v pravou srdeční síň. Tento typ žilního vstupu má osvědčení od FOOD and DRUG Administration pro používání až na dobu jednoho roku. Životnost však závisí i na dalších faktorech, jako je například typ použitého materiálu, spolupráce pacienta a především optimální ošetřování. V České republice je průměrná délka používání tři měsíce.

Za vhodné využití PICC v intenzivní medicíně se považuje využití u pacienta s tracheostomií nebo s poruchou koagulace. PICC může být také indikován u nemocných s kardiovaskulárními problémy nebo těžkou malnutricí či výraznou obezitou. Periferně zavedený centrální žilní katétr může být pouze jedno až trojcestný, což je limitující u pacientů, kteří potřebují větší počet vstupů k terapii (15).

1.2.3.1 Role sestry u hemodynamicky nestabilních pacientů

Role sestry při monitorování hemodynamicky nestabilního pacienta je kontinuální monitorace vitálních funkcí a aplikace infuzní a farmakologické terapie dle ordinace lékaře do cévního řečiště a s tím spojená péče o invazivní vstupy. Monitorování pacienta zajišťujeme pomocí přístrojové technologie, která je napojena na pacienta pomocí čidel - krevní tlak, pulz, teplota, saturace hemoglobinu v krvi, pomocí odběru biologického materiálu - krve, moče, odběr materiálu z chorobných ložisek ran, stolice, odběr biologického materiálu z dýchacích cest a také pomocí hodnotících škál.

Monitorování pacienta pomocí přístrojové technologie je zásadní. Při kontinuální monitoraci nás přístrojová technologie upozorňuje na patologické změny. U hemodynamicky nestabilních pacientů není neinvazivní měření krevního tlaku dostačující, a proto je potřeba invazivní monitorace pomocí arteriálního katetru. Před zavedením arteriálního katetru sestra připraví k výkonu sterilní stolek, ochranné pomůcky, emitní misku, lokální anestetikum, arteriální katetr a zkompletovaný tlakový převodník (12 str. 84).

Při ošetřování arteriálního katetru sestra musí postupovat přísně asepticky, katetr musí být řádně fixován, nesmí do katetru aplikovat žádné léky, přičemž z tohoto důvodu musí arteriální linku řádně označit, čímž eliminuje šanci k nevhodné aplikaci léčiv, zamezit vniknutí vzduchu do arteriální linky, zajistit systém proti rozpojení – pokud jsou v systému nějaké spoje, musí být šroubovací, sledovat prokrvení končetiny, do které je arteriální katetr zavedený - teplotu, barvu, pokud je pacient při vědomí, tak i brnění prstů, pokud je jakákoliv známka nedokrvení končetiny, je povinností sestry nahlásit změnu lékaři, zajistí výměnu proplachového roztoku linky po dvaceti čtyřech hodinách, při převazech – jednou za dvacet čtyři až sedmdesát dva hodin, kontroluje místo vpichu a okolí arteriálního katetru (16 str. 42).

Aby arteriální katetr dobře měřil krevní tlak, je třeba ho napojit na systém přetlakového proplachu s tlakovým převodníkem k monitoru.

Převodní systém je spojen s katetrem spojovací hadičkou, která je označena červenou barvou. Systém je kontinuálně proplachován fyziologickým roztokem díky přetlakové manžetě, do které je fyziologický roztok vložen. Tímto způsobem je systém proplachován rychlostí zhruba tři mililitry za hodinu. Aby systém řádně fungoval, musí ho sestra odvdzdušnit a zkontrolovat, zda ve všech spojích pořádně těsní. Tlakový převodník musí být umístěn v úrovni srdce, jinak by byly hodnoty krevního tlaku zkreslené (16 stránky 40-41).

Odběry biologického materiálu u pacientů po kardiopulmonální resuscitaci jsou dány aktuálním stavem pacienta, nastavením léčby a poresuscitační péčí. V intenzivní péči odebíráme většinu biologického materiálu jako je krev, moč, stolice, mozkomíšni mok, žaludeční obsah, sputum, zvratky, sekrety (17).

Dále je možné pacienta v intenzivní péči hodnotit pomocí hodnotících škál, které nám pomáhají hodnotit stav změny v průběhu hospitalizace u pacienta. Využívají se k definování závažnosti stavu pacienta, ke stanovení náročnosti péče a díky skórovacím systémům se také mohou srovnávat léčebné postupy a mohou se používat k výzkumným účelům (12 str. 34).

Dále u hemodynamicky nestabilních pacientů sestra aplikuje dle ordinace lékaře intravenózně tekutiny a inotropní látky, které se v poresuscitační péči pacientovi podávají přes zajištěný cévní vstup. V intenzivní péči se nejčastěji používají centrální žilní vstupy, buď pomocí CŽK, nebo pomocí PICC.

Při zajišťování centrálního žilního vstupu sestra připravuje pomůcky k výkonu, a následně asistuje lékaři. Po výkonu zajistí dle ordinace lékaře vyšetření k ověření správného zavedení katetru pomocí RTG (18 str. 218).

CŽK se zavádí na dobu, která je buď určena výrobcem, nebo indikována lékařem. V kompetencích sestry je převaz a péče o CŽK. Po zavedení se místo zavedení kryje sterilními mulovými čtverci po dobu dvaceti čtyř hodin, jejich výměna záleží na potřebě pacienta. Dále se místo zavedení kryje sterilním krytím, které má transparentní folii pro lepší kontrolu okolí místa zavedení. Toto následné krytí se mění dle potřeby pacienta, maximálně však po sedmdesáti dvou hodinách. Krytí nesmí být nikdy vlhké či znečištěné, pokud ano, je to vždy indikace k převazu CŽK.

K převazu centrálního žilního katetru sestra potřebuje ústenku, nesterilní rukavice a sterilní nástroj, antiseptický kožní roztok, sterilní tampony, čisté sterilní krytí, náplast, lihový fix a emitní misku.

Při převazu nejprve odstraníme staré krytí, poté s pomocí sterilního nástroje a tampónu namočeném v desinfekci důkladně očistíme okolí vstupu. Následně sterilně přelepíme a hlavně nezapomeneme popsat datem posledního převazu. Vše zaznamenáme do ošetrovatelské dokumentace (19 stránky 100-101).

1.2.4 Cílené řízení teploty nebo terapeutická hypotermie

O účincích terapeutické hypotermie se vedou velké diskuze. Podle Krüngerera (2015) je léčebná hypotermie jediná intervence u pacientů po kardiopulmonální resuscitaci, která průkazně zlepšuje neurologický stav pacienta (20). Dále také paní Bryzgalová (2012) popisuje ve svém článku, že v poresuscitační péči je řízená hypotermie považována za standardní součást péče. Popisuje také, jakými prostředky se k řízené hypotermii může dojít (21).

Ovšem ze článku autorů Sandroni, Cronberg, Sekhon (2021) vyplývá, že nejnovější studie ukázaly, že řízená hypotermie na 33 stupňů Celsia neměla žádné příznivé účinky, naopak byla spojena se značným počtem arytmií a s hemodynamickou nestabilitou. Díky tomu, že výsledky výzkumu ukázaly, že řízená hypotermie ve srovnání s normotermií nevykazuje na přežití funkční výsledky, vydal mezinárodní styčný výbor pro resuscitaci aktualizaci léčebných postupů a navrhuje aktivní prevenci horečky po dobu sedmdesáti dvou hodin od resuscitace (22).

1.2.4.1 Role sestry při terapeutické hypotermii

Při terapeutické hypotermii udržujeme pacienta v umělém spánku, proto je nutná kompletní ošetrovatelská péče. Kontinuálně monitorujeme pacienta s pravidelným záznamem do dokumentace. Tělesnou teplotu měříme kontinuálně pomocí invazivní metody v močové cévce a zaznamenáváme každou hodinu do dokumentace, stejně jako základní životní funkce. Udržujeme dýchací cesty průchodné a sledujeme dechovou aktivitu pacienta během řízené ventilace.

Terapeutickou hypotermii provádíme několika způsoby: pomocí přístroje coolgard, fyzikálním chlazením, chladícími obleky a dečkami. Sestra musí dbát a zpozorovat možné komplikace při terapeutické hypotermii, kterými mohou být: krvácení, nejčastěji do

gastrointestinálního traktu, poruchy rytmu, snížený srdeční výdej, porucha iontogramu a rozkolísání vnitřního prostředí. Proto pravidelně kontrolujeme laboratorní výsledky, infekční komplikace a místa přiložení chladících prostředků, aby nedošlo ke vzniku omrzlin (21).

1.2.5 Neuroprognostika a léčba řeči

Poranění mozku je hlavní příčinou úmrtí pacientů po kardiopulmonální resuscitaci a hlavní příčinou invalidity u těch, kteří přežijí akutní fáze po kardiopulmonální resuscitaci. Poranění dělíme na primární a sekundární. Primární zahrnují ischemická poškození mozku a k sekundárním dochází reperfúzí postupně během srdeční zástavy, resuscitace a akutní poresuscitační péče. V současné době bohužel neexistuje žádná účinná léčba poranění mozku po srdeční zástavě. Mělo být minimalizováno sekundární poranění pomocí udržování fyziologické homeostázy. Důležité je vyhnout se změnám teploty, změnám arteriálního krevního tlaku a změnám oxygenace a ventilace.

Sandroni (2021) uvádí, že cílené udržování krevního tlaku povede k lepším neurologickým prognózám, výsledky průzkumu však ukázaly, že cílení středního arteriálního tlaku na určitou hodnotu neprokázalo žádné pozitivní výsledky, a proto jsou současné pokyny pro poresuscitační péči, vydané Evropskou resuscitační radou, definovány tak, že nenavrhují žádný konkrétní cílový tlak, ale doporučují vyhnout se hypotenzi a zaměřit se na střední arteriální tlak k dosažení adekvátního výdeje moči, který by měl být více jak 0.5ml/kg za hodinu (6).

Křečové záchvaty se vyskytují u jedné třetiny pacientů, kteří jsou po kardiopulmonální resuscitaci. Mohou být jak původu epileptického, tak i neepileptického, a EEG je klíčové k diagnostice etiologie záchvatů i k prognóze dalších výsledků. Neuroprognóza se nejčastěji provádí sedmdesát dva hodin po srdeční zástavě nebo sedmdesát dva hodin po návratu k normotermii, pokud se u pacienta aplikuje léčebná hypotermie. Mezi stavy, které jsou spojeny s poranění mozku, můžeme zařadit kóma, křečové záchvaty, různé stupně kognitivních dysfunkcí od deficitů paměti až po přetrvávající vegetativní stav.

Křečové záchvaty způsobují metabolický stres a jsou spojeny se špatným neurologickým výsledkem, proto je důležité si záchvatů všimnout a léčit je.

Při záchvatech se nedoporučuje antiepileptická léčba, ale doporučuje se zvýšení sedace (6) (22).

1.2.5.1 Role sestry při neuroprognostice a léčbě křečových stavů

Při léčbě křečových stavů jsou specifika ošetrovatelské péče v zabránění poranění pacienta, zabránění poranění personálu a udržení průchodnosti dýchacích cest. Po záchvatu je třeba zkontrolovat poranění pacienta v dutině ústní a na končetinách, zhodnotit stav vědomí, pátrat po stavech, které by mohly křeče vyvolávat (12 stránky 233-234).

Záznam EEG - elektroencefalogramu by měl být proveden bez prodlení po záchvatu a naměřené hodnoty musí být velmi často nebo kontinuálně monitorovány (6).

1.2.6 Komplikace v péči o pacienta po kardiopulmonální resuscitaci

U pacientů po kardiopulmonální resuscitaci může dojít k velkému počtu komplikací. Za nejzákladnější a nejvíce nebezpečnou patofyziologii v době po kardiopulmonální resuscitaci se bere takzvaný syndrom post-kardiální zástavy. Jedná se o více orgánové poškození, ke kterému dochází v důsledku hypoxie, ischemie a následné reperfúze. Syndrom post-kardiální zástavy se skládá ze čtyř složek: přetrvávající patologie, anoxické poškození mozku, dysfunkce myokardu, systémová ischemicko - reperfúzní odpověď.

1.2.6.1 Role sestry při předcházení komplikací u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci

Role sestry je hlavně předcházet komplikacím jednak monitorací pacienta viz výše, ale také se snaží předcházet například šíření nozokomiální nákazy nebo vzniku imobilizačního syndromu.

Pacienti v intenzivní péči, mezi které patří i pacienti po kardiopulmonální resuscitaci, jsou náchylní k rychlému rozvoji infekce. U těchto pacientů je nutné dbát na aseptické zásady při výkonech a na bariérovou ošetrovatelskou péči, dále jen BOP. BOP rozumíme zavedení opatření na pracovišti, které vedou k zabránění přenosu patogenních mikroorganismů mezi pacienty nebo personálem. Cílem je chránit pacienty před nákazou a zabránit šíření infekce.

Při BOP zdravotnický personál musí dodržovat mytí a dezinfekci rukou, používat ochranné pomůcky, dodržovat zásady pro manipulaci s prádlem, dekontaminovat biologický materiál, používat individuální pomůcky, důsledně sterilizovat instrumentária, zajistit úklid a dezinfekce prostředí a pomůcek, dodržovat aseptický přístup (23).

Dalším předcházením komplikací je správná hygiena. Ta je chápána jako naprostý základ v péči o pacienta. Bohužel na jednotkách intenzivní péče je mnohdy podceňována. Pacienti po kardiopulmonálních resuscitacích mohou být na jednotkách intenzivní péče s rozdílnými poruchami vědomí. Jsou tam pacienti, kteří jsou plně při vědomí a jsou zcela soběstační, nebo pacienti naopak v bezvědomí, kteří jsou plně odkázáni na pomoc sestry. Tu poskytuje sestra společně se sanitářem jednou až dvakrát denně. Důležité je si vždy všechny pomůcky potřebné k hygieně připravit k lůžku nebo k vaně, aby případným odbíháním od pacienta nebylo kontaminováno okolí. Během celé hygieny musí sestra kontrolovat fyziologické funkce. V rámci hygieny provádíme holení tváře, péče o dutinu ústní, celkovou koupel pacienta, mytí vlasů, stříhání nehtů, kontrolu pokožky, péči o lůžko pacienta, polohování pacienta (12 stránky 161-169).

Zvláštní pozornost při hygieně věnujeme kontrole predilekčních míst, kde se mohou v důsledku dlouhodobého upoutání na lůžko tvořit proleženiny, takzvané dekubity.

K prevenci vzniku dekubitů řadíme: zhodnocení rizika pacienta, opakované posuzování rizika, polohování, používání antidekubitálních pomůcek, hygienu, rehabilitaci a včasnou mobilizaci, normalizaci celkového stavu a předání informace při předání směny (24).

Další složkou v předcházení komplikací je zamezení vzniku imobilizačního syndromu, který se může rozvíjet už po prvním dnu upoutání pacienta na lůžko. Jednak postihuje všechny orgánové systémy v lidském těle, ale také má negativní vliv na psychiku pacienta (25 str. 72). Jirkovský (2012 str. 72) uvádí: „*U pacientů se sníženým stupněm mobility a u imobilních pacientů musí změnu polohy těla zabezpečovat sestra v pravidelných intervalech 1 - 2 hodinových v průběhu dne, a ve 2 – 3 hodinových intervalech v noci podle rozvrhu změn polohy (polohovacích hodin dle zvyklostí oddělení) z důvodu prevence vzniku komplikací z imobility (neschopnosti pohybové aktivity, nehybnosti).*“

2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO KARDIOPULMONÁLNÍ RESUSCITACI

2.1 Ošetřovatelství

Ošetřovatelství v dnešní době je samostatná vědní disciplína, která se zabývá aktivním vyhledáváním a zároveň uspokojováním biologických, sociálních, psychologických potřeb nemocného při péči o jeho zdraví.

Ošetřovatelství se zaměřuje na prevenci, na navrácení a udržení zdraví, na zmírňování utrpení, na rozvoji soběstačnosti nemocného a na zmírňování utrpení u pacientů s nevyлéčitelnou nemocí.

Hlavním cílem ošetřovatelství je přistupovat k pacientovi komplexně a systematicky naplňovat jeho potřeby. Ošetřovatelský personál pomáhá nemocným a jejich rodinám, aby zvládali samostatně uspokojovat své potřeby v oblastech fyziologických, psychosomatických i sociálních.

Ošetřovatelský personál má za úkol vést nemocného k sebekéči a pomáhá jeho blízkým, aby si osvojili laickou ošetřovatelskou péči.

Podle Plevové (2018) byly v České republice před rokem 1989 sestry považovány za asistentky lékaře a péče byla zaměřena výhradně na realizaci léčebného výkonu a plnění ordinací lékaře a autonomie sestry a její kompetence byly značně redukovány. V dnešní době už sestra poskytuje komplexní ošetřovatelskou péči metodou ošetřovatelského procesu. Ve vyhlášce ministerstva zdravotnictví z roku 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků je ošetřovatelský proces považován za hlavní metodu, se kterou ošetřovatelský personál pracuje. Jejím cílem je předcházení, zmírnění nebo úplné odstranění problémů, které pacient má v oblasti individuálních potřeb (26 stránky 358-360).

Hlavním cílem ošetřovatelské péče je naplnění potřeb biologických, sociálních, psychologických a duchovních, které jsou spojeny s poruchou zdravotního stavu. Je zaměřena hlavně na navrácení soběstačnosti a vrácení pacienta do běžného života. Pokud to již není u pacienta možné, zaměřuje se ošetřovatelská péče na zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Tím se zabývá paliativní péče (18 str. 77).

2.2 Uspokojování potřeb nemocných po kardiopulmonální resuscitaci

Úlohou sestry je zabývat se člověkem jako celkem, vidět pacienta jako bytost bio-psycho-sociální, jako bytost holistickou. Holismus je pojetí člověka jako celku a ukazuje nám, že všechny složky člověka jsou navzájem propojeny a interagují spolu. Jestliže je narušena jedna část celku, působí to i na ostatní. Z bio-psycho sociálního modelu vyplývá, že každý člověk je individualita, a proto také má své jedinečné postoje, vlastnosti názory a hlavně **potřeby**.

Potřebou se rozumí reakce na nějaký nedostatek nebo chybění něčeho, co vnímá pacient jako nezbytné k životu. Prožívání nedostatku potřeby vede k tomu, že ovlivňuje psychickou činnost pacienta a tím zcela zásadně mění vzorce chování. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvality a kvantity. Všichni lidé mají společné potřeby, ale tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby.

V ošetrovatelství se potřeby klasifikují nejčastěji podle A. H. Maslowa, který sestavil hierarchii potřeb lidského jedince a rozdělil ji na dvě části - potřeby nižší a vyšší. Potřeby jsou řazeny v systému podle své naléhavosti a uspokojení „nižší“ potřeby bude mít vždy přednost před uspokojením potřeby „vyšší“. Mezi potřeby „nižší“ řadíme fyziologické potřeby a potřebu jistoty a bezpečí. Pokud nejsou uspokojeny potřeby z těchto dvou oblastí, není možné uspokojovat potřeby „vyšší“, mezi které patří potřeba lásky a sounáležitost, potřeba uznání, ocenění a sebeúcty a potřeba seberealizace, sebeaktualizace.

Pacientovy potřeby mohou být ovlivněny faktory, které mohou měnit uspořádání potřeb pacienta, jako je například nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, okolnosti, za kterých nemoc vznikla, vývojové stádium člověka.

Potřeby nemocného při hospitalizaci se odvíjejí od toho, co je nemocný schopen zvládnout sám. V ošetrovatelství využíváme termíny sebeděče a soběstačnost, jejich hodnocení je pro sestry výchozím bodem pro určení priorit v ošetrovatelském plánu. Potřeby člověka v rámci ošetrovatelské péče jsou zpracovány v různých ošetrovatelských modelech např. model dle M. Gordonové, V. Hendersonové, D. E. Oremové, podle kterých se následně určují ošetrovatelské plány. Do ošetrovatelského modelu M. Gordonová zahrnuje 12 oblastí: vnímání zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání - poznání, sebezpečí, role - vztahy, sexualita, víra a životní hodnoty a jiné. Podle M. Gordonové vznikala první taxonomie NANDA, ve které byly popsány ošetrovatelské

diagnózy. Následně se se svolením M. Gordonové tato taxonomie upravovala a rozšiřovala (27 stránky 9-20) (26 stránky 634-637).

Ve většině případů jsou pacienti po kardiopulmonální resuscitaci přijímáni na jednotku intenzivní či resuscitační péče (ARO, JIP). Rozsah poskytované ošetrovatelské péče se velmi často rychle mění, protože ji ovlivňuje jak diagnóza pacienta, tak i jeho měnící se stav. S tím, jak se mění zdravotní stav pacienta, se mění jeho potřeby a tím pádem i nároky na ošetrovatelskou péči. Pacient je mnohdy na péči sestry závislý, často si neuvědomuje své potřeby, nebo je není schopen vyjádřit. Sestra by měla potřeby pacienta předvídat a uspokojovat je i bez spolupráce s nemocným (28 str. 68).

Doktorová (2018) prezentovala na konferenci ve fakultní nemocnici v Motole, že: *„Špecifiká ošetrovatelskej starostlivosti o pacienta v poresuscitačnom období sú dané mnohými problémami a zmenami, Cest ktoré sestra definuje v oblasti somatickej, psychickej a sociálnej. U pacienta sa môžu prejaviť v rôznej miere charakteristických vlastností. Môžu byť akútne, chronické, potencionálne, ale predovšetkým majú permanentný charakter, ktorý si vyžaduje nepretržité ošetrovatelské intervencie“*. Oblastmi, na které se ošetrovatelská péče u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci zaměřuje, tedy jsou: kontinuální monitorace životních funkcí, hygiena, péče o dýchací cesty, výživa, vyprazdňování, péče o invazivní vstupy, prevence dekubitů, prevence nozokomiální nákazy, komunikace s pacientem a rehabilitace (29).

Podle Kapounové (2020) patří k nejčastějším potřebám pacienta v intenzivní péči dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost a psychická vyrovnanost.

2.2.1 Uspokojování potřeb v oblasti dýchání

Potřeba dýchání patří mezi základní biologické potřeby. Pacientům po kardiopulmonální resuscitaci, kteří jsou stále v bezvědomí, pomáhá uspokojovat tuto potřebu umělá plicní ventilace, která musí být nastavena tak, aby zajišťovala normoventilaci.

Hyperventilace pacientů může způsobit vasokonstrikci mozkových cév s následnou mozkovou ischemií, dále může způsobit zvýšení nitrohruďního tlaku, který zapříčiní snížení minutového srdečního výdeje. Proto je třeba se jí vyvarovat.

Abychom uspokojili potřebu v oblasti dýchání, musí sestra sledovat tlak v obturační manžetě u endotracheální rourky či tracheostomické kanyly, kontrolovat FiO₂, což je koncentrace kyslíku ve vdechované směsi, těsnost okruhu přístroje a nastavení přístrojů (17).

U pacientů po kardiopulmonální resuscitaci je nutné v rámci uspokojování potřeby dýchání dbát na hygienu dýchacích cest. Většina pacientů má dýchací cesty zajištěné endotracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou. Péče o dýchací cesty však neznamená jen péče o ně. V péči o dýchací cesty je zahrnuta jak péče o endotracheální rourku a tracheostomickou kanylu, ale taky péče o dutinu ústní.

2.2.1.1 Péče o endotracheální rourku

Důležitým aspektem v péči o endotracheální rourku je dokumentace. V dokumentaci musí být zaznamenána velikost endotracheální rourky, zda je endotracheální rourka zkrácena, pokud ano, v jaké oblasti se krátila, dále musí být v dokumentaci zaznamenáno, jak hluboko je endotracheální rourka zavedena a v neposlední řadě zaznamenáváme změnu polohy endotracheální rourky.

Dále je velmi důležité dát si pozor na zalomení či skousnutí endotracheální rourky. To můžeme vyřešit tím, že pacientovi vedle endotracheální rourky dáme protiskusovou vložku, která zabraňuje skousnutí endotracheální rourky. Toto opatření se provádí preventivně například při podezření na epilepsii.

Velkou pozornost musíme věnovat správné poloze endotracheální rourky, hlavně při hygieně a rehabilitaci a polohování s pacientem. Endotracheální rourka není pevně fixována, a proto může lehce dojít k dislokaci nebo extubaci.

Dále sestra minimálně dvakrát denně mění fixaci a polohu endotracheální rourky, aby nedošlo ke vzniku dekubitů v oblastech kořene jazyka v koutcích úst (12 str. 259).

2.2.1.2 Péče o tracheostomickou kanylu

Péče o tracheostomickou kanylu je složitější než péče o endotracheální rourku, protože se jedná o invazivní zajištění dýchacích cest a rána kolem tracheostomické kanyly je vstupní bránou pro infekční agens.

Kanylu fixujeme tkalounem, obinadlem či specifickým fixačním páskem. Fixace musí být přiměřená, protože v případě velkého pnutí může dojít k poruše kožního krytu a na druhou stranu v případě nedostatečné fixace může dojít k dislokaci a změně polohy. U pacientů s jemnou kůží je nutné po celém obvodu fixace vypodložení.

Pozornost věnujeme kožnímu krytu v oblasti tracheostomatu. Kanylu převazujeme minimálně dvakrát denně a kontrolujeme stav kůže a okolí, poté tracheostomickou kanylu

podkládáme stříženými sterilními čtverci. Pokud objevíme nějaké komplikace hojení stomatu, je třeba okamžitě na tuto situaci reagovat častějšími převazy, desinfekcí a podle stavu stomatu využít krycí masti nebo přípravky moderní obvazové techniky (12 stránky 259-260).

2.2.1.3 Toaleta dýchacích cest a péče o dutinu ústní

Toaleta dýchacích cest se provádí pomocí odsávačky a katetru, který je na ni napojený. Frekvence odsávání je velmi individuální a používá se v případě, že pacient není schopen spontánně odstranit hlen z dýchacích cest. Odsává se vždy, když se s pacientem bude více manipulovat – při hygieně, rehabilitaci, polohování. Pro odsávání je vždy výhodou, když sestra s pacientem komunikuje a pacient ví, co se teď bude dělat. Odsávání není pro pacienta vůbec příjemné, naopak při odsávání z dolních cest dýchacích je to velmi dráždivý úkon, proto když s pacientem komunikujeme, nedochází tolik k úlekovým a obranným reakcím ze strany pacienta.

Sestra při odsávání nesmí zapomenout na fixování endotracheální rourky nebo tracheostomické kanyly pomocí ruky, aby nedošlo k jejich dislokaci. Dále sestra musí kontrolovat aspirát. Pokud by obsahoval potravu či sliny, je nutná konzultace s lékařem (12 stránky 261-262).

U pacientů po kardiopulmonální resuscitaci pečujeme o dutinu ústní stejně jako u ostatních pacientů v bezvědomí či kómatu. Těmto pacientům se v dutině ústní hromadí hleny, které se uchycují v dutině ústní a vedou k zánětlivým komplikacím, k infekci, k zhoršení dechové aktivity.

K hygieně dutiny ústní sestra potřebuje mulové tampóny, vatové štětičky, peán, emitku, kartáček a pastu, desinfekci na sliznice (např. borová voda, mucosa), ochranné pomůcky, stříkačku, funkční odsávačku s katetrem na odsávání.

Při péči o dutinu ústní u pacientů po kardiopulmonální resuscitaci, kteří jsou připojeni na umělou plicní ventilaci, musíme dávat pozor na endotracheální rourku nebo tracheostomickou kanylu, aby při hygieně nedošlo k jejich dislokaci (30 stránky 135-136).

2.2.2 Uspokojování potřeb v oblasti výživy

Výživa je nezbytným předpokladem k udržení homeostázy v organismu a neuspokojuje jen trávicí ústrojí, ale také psychosociální potřeby.

U pacientů v akutním stavu bývá režim NPO - nic per os. Je zaváděna nasogastrická sonda, dále jen NSG, na spád, která zajišťuje vyprázdnění žaludku a výživa i hydratace se zajišťují pomocí parenterální výživy.

Parenterální výživa je indikována u pacientů po kardiopulmonální resuscitaci, kteří trpí sepsí, nebo jsou v bezvědomí. Tato výživa se podává přímo do krevního řečiště přes CŽK. Její nevýhodou je, že nezatěžuje gastrointestinální trakt a ten je v nečinnosti. Proto se v co možná nejkratší době snažíme přecházet na umělou enterální výživu, nebo kombinaci těchto výživ.

Umělá enterální výživa má nezastupitelnou funkci u pacientů v akutním stavu. Nejen že vyživuje organismus, ale také redukuje počet infekčních a krvácivých komplikací gastrointestinálního traktu, je prevencí rozvoje paralytického ileu a zachovává přirozené funkce střeva.

Umělou enterální výživu v poresuscitačním stavu podáváme pomocí NGS (12 stránky 49-69) (17), což je trubička, která se zavádí přes nosní díрку do nosohltanu a odtud do žaludku.

Při výběru nosní dířky hodnotíme velikost nosní dířky a vybíráme si pro zavedení větší z nich. Pokud je to možné, před zavedením NGS pacienta edukujeme o procesu a vysvětlujeme, co se bude dít. U nespolupracujícího pacienta je nutné dbát na to, aby okolí pacienta bylo upraveno tak, aby se pacient při výkonu nemohl zranit. Po zavedení je nutné ověřit, zda je sonda opravdu zavedena do žaludku. Tuto zkoušku můžeme provést dvojím způsobem, buď zkusíme odsát obsah žaludku, nebo do NGS aplikujeme cca 50ml vzduchu a pomocí fonendoskopu posloucháme nad epigastriem, zda jde vzduch do žaludku. Dále je velmi důležitá fixace NGS, aby nedošlo k jejímu snadnému vytažení. Pozor musíme dát na to, aby NGS nezpůsobovala dekubity v nosních dířkách. Tomu předcházíme častým polohováním NGS a správnou fixací (28 stránky 87-88).

2.2.3 Uspokojování potřeb v oblasti vyprazdňování

Potřeba vyprazdňování je základní lidská potřeba, která ale bývá ve společnosti tabuizovaná. Zasahuje do intimity pacienta. V poresuscitačním období se můžeme setkat jak

s pacienty, kteří jsou stále v bezvědomí, ale také s pacienty, kteří už znovu nabyli vědomí. Je nutné při uspokojování těchto potřeb přistupovat k pacientovi s empatií a přizpůsobit péči o pacienta v této oblasti jeho přáním.

Vyprazdňování dělíme na vyprazdňování moči a vyprazdňování stolice.

U vyprazdňování moči řešíme množství, charakter, barvu, zápach a možné příměsi. V akutním stavu u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci musíme zajistit derivaci moči nejčastěji pomocí permanentního močového katetru. V případě, že je zavedení permanentního močového katetru kontraindikováno, v případě poranění dolních cest močových, těžké stenózy močové trubice nebo při akutních zánětech dolních močových cest, se může derivace moči také zajistit pomocí epicystostomie nebo pomocí nefrostomie. V případě zlepšování stavu pacienta se snažíme opět natrénovat vnímání zvyšování objemu a tlaku v močovém měchýři pomocí přerušování odtoku zhruba v dvou až čtyř hodinových intervalech (17).

Zavedení a péče o permanentního močového katetru je u žen plně v kompetenci všeobecné sestry, u mužů zavádí permanentní močový katetr lékař, nebo sestra se specializací intenzivní péče.

Zavedení permanentního močového katetru vždy indikuje lékař a je to výkon k derivaci moči. U pacientů po kardiopulmonální resuscitaci tím zajišťujeme permanentní odtok moči a přesně sledujeme diurézu.

Při zavádění permanentního močového katetru se řídíme národním ošetrovatelským postupem katetrizace močového měchýře. V něm jsou popsány jak pomůcky, tak i péče o pacienta s permanentním močovým katetrem (31).

Co se týče vyprazdňování stolice, pacienti po kardiopulmonální resuscitaci jsou ležící pacienti, kteří jsou ohroženi imobilizačním syndromem, který má negativní dopad také na aktivitu gastrointestinálního traktu. Aktivita gastrointestinálního traktu má tendence ke zpomalování a tím pádem k zácpě. Gastrointestinální trakt se snažíme podporovat, pokud to stav pacienta dovolí, doplněním vlákniny tekutin a můžeme také využít farmakologickou podporu. Pokud žádná z těchto intervencí není účinná, musíme stolicí vybavit pomocí klyzmatu. Na druhou stranu může pacient trpět průjmami. Zde je nejdůležitější dbát na to, aby pacient ležel v suchu a čistotě a dbát na péči o pokožku (17).

2.2.4 Uspokojování potřeb v oblasti soběstačnosti

Soběstačnost je popisována jako míra samostatnosti pacienta při výkonu denních činností. Pacient po kardiopulmonální resuscitaci je plně závislý na pomoci sestry. V průběhu léčby a se zlepšujícím se stavem by měla sestra pacienta vést k soběstačnosti v oblastech hygieny, výživy a vyprazdňování. Pro sestru je samozřejmě jednodušší zajistit komplexní péči o pacienta, který potřebuje dopomoc, sama, ale to nemívá příznivý dopad na pacienta. Naopak, když pacienta motivujeme a zapojujeme do denních činností, příznivě to ovlivňuje návrat soběstačnosti pacienta. Motivace k uspokojování potřeb tedy nejprve vychází ze strany sestry, ale postupně by měla vycházet z přání a hlavně potřeb pacienta (12 str. 21).

2.2.5 Uspokojování potřeb v oblasti psychické vyrovnanosti

U pacientů po kardiopulmonální resuscitaci jsou v první řadě uspokojovány potřeby na nižší úrovni, teprve po znovu nabytí vědomí můžeme u pacienta naplňovat i potřeby z vyšší kategorie. Důležité je si uvědomit, že pacienti po kardiopulmonální resuscitaci náhle ztrácí prestiž, životní rytmus, práci, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, blízkost rodinných příslušníků. Oproti tomu jsou vystaveni cizímu kolektivu, přítomnosti ostatních pacientů, strachu, bolesti, nespavosti. Proto není divu, že pacienti mnohdy reagují agresivně, trpí úzkostí a depresemi, zmateností a dalšími změnami v chování.

Sestry mohou napomoci pacientovi k psychické pohodě splněním následujících faktorů: komunikací s pacientem, odstraněním či minimalizací bolesti, zlepšováním soběstačnosti pacienta, zajištěním dostatečného odpočinku a spánku, vytvořením pocitu bezpečí a jistoty (12 str. 23).

Komunikace je základním předpokladem toho, aby mezilidské vztahy mohly fungovat. Poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči bez komunikace nelze, a to ani u pacientů, kteří jsou po resuscitaci. Sestry v praxi vystupují jako edukátorky, což je role sestry, ke které je nutné, aby sestra měla dostatečné vědomostní znalosti o oblasti, ve které chce pacienta edukovat. Kromě dostatečných znalostí by měla sestra být taky empatická, protože pacient by měl ze sestry cítit, že mu chce pomoci. Sestra může pacienta edukovat pouze v rámci svých kompetencí a činností, nebo opakovat sdělení, které předtím pacientovi říkal lékař. Cílem edukační činnosti v rámci poresuscitační péče je edukace v rámci nácviku sebeobsluhy a návratu do běžného života (32 stránky 36-59). Zároveň sestry vystupují jako komunikátorky. Neodmyslitelnou součástí komunikace s pacientem po resuscitaci je

neverbální komunikace. Neverbální komunikaci se předává až 70 % sdělení. Do neverbální komunikace patří mimika, vizika, kinezika (spontánní pohyby různých částí těla), proxemika (vzdálenost mezi lidmi při komunikaci), haptika, gestika, posturika (řeč postojů), vzhled a celková úprava zevnějšku.

Pacienti bezprostředně po kardiopulmonální resuscitaci jsou ve většině případů v bezvědomí, a proto s nimi komunikujeme pomocí takzvané pasivní komunikace, což je princip komunikace, kdy sestra komunikuje s pacientem, mluví o výkonech, které bude provádět, seznamuje ho s tím, co bude zrovna dělat. Je to komunikace bez zpětné vazby, protože pacient zpětné vazby není schopen.

Další skupinou pacientů po kardiopulmonální resuscitaci jsou pacienti, u kterých přetrvává v nějaké míře kvalitativní či kvantitativní porucha vědomí. U těchto pacientů se při komunikaci zaměřujeme na zjištění hloubky vědomí, na zjištění pacientova pohodlí či nepohodlí a na možnost kontaktu s ním. V mnoha případech je nutné najít specifickou komunikaci, které bude nemocný schopen. Například mrknutí, zmáčknutí ruky, flexe ruky. Samozřejmostí je komunikace a edukace ze strany sestry.

Dále se u pacientů po kardiopulmonální resuscitaci můžeme setkat se situací, že pacient už není v bezvědomí, vnímá, ale komunikace je ztížena díky zajištění dýchacích cest a ventilaci. V tomto případě, podle Kapounové (2020), pacienti uvítají zcela normální komunikaci. Pobyt v nemocnici je pro ně zdlouhavý a rozhovorem na běžné téma jím můžeme zpříjemnit čas. Pro komunikaci můžeme použít celou řadu komunikačních metod – odezírání ze rtů, abecední tabulky, písemnou komunikaci, pro rychlou komunikaci je možné nemocného naučit jednoduché pohyby, které vyjadřují nejčastější potřeby (chci napít, je mi horko, kolik je hodin...) nebo komunikační obrázkové karty (12 stránky 128-131).

Spolu s pacientem si fázemi onemocnění procházejí i jeho blízcí. Spolupráce a komunikace mezi ošetrovatelským personálem a rodinou je velkým přínosem v době hospitalizace. Hospitalizace pacienta na jednotce intenzivní péče je pro rodinu velmi zatěžující. Vybavení jednotky intenzivní péče na některé působí stresujícím dojmem a rozhodně nevytváří přívětivé prostředí pro komunikaci. Je zde mnoho komunikačních šumů, které mohou bránit přenosu sdělení. Jedním z prvních kroků ke zvládnutí nastalé situace je poskytnout rodině dostatek informací ve správný čas a vhodným a srozumitelným způsobem. V intenzivní péči je komunikace s rodinou pro ošetrovatelský personál nevyhnutelná a mezi sestrou a rodinou by měl v rámci komunikace vzniknout partnerský

vztah. Sestra by měla být schopná v rámci svých kompetencí odpovídat na dotazy rodiny a zapojit je do péče o pacienta. Dále by měla umět rodinné příslušníky připravit na první kontakt s pacientem. Měla by rodinu seznámit s vizuální podobou pacienta, s prostředím které kolem pacienta je, popsat možnosti komunikace s pacientem, který je v bezvědomí, poukázat na vhodnost neverbální komunikace pomocí dotyků, držení za ruku, obejmutí, vysvětlit, jak by se měli kolem lůžka pohybovat a zdůraznit možnost zapojení se do péče o pacienta.

Vzhledem k tomu, že podpora a přítomnost rodiny se ve velké míře podílí na zlepšení psychického stavu pacienta, zdravotnický personál by měl mít snahu zapojit do péče o pacienta rodinu co nejdříve. Sestra rodinu informuje o organizačním zajištění péče o nemocného a může rodině nabídnout možnost spolupráce na zajišťování ošetrovatelské péče (33 stránky 346-363).

Tomová, Křivková (2016 str. 363) uvádí: *„Ošetrovatelská péče je sice zaměřena výlučně na pacienta, ale v komplexním pohledu by měla být orientovaná i na zapojení celé rodiny. Ošetrovatelský personál rodině nabízí, v jakém rozsahu se mají a mohou podílet na péči o své blízké. Rodina se stává nezbytnou součástí péče, kdy na straně jedné je pomocnou rukou ošetrovatelského personálu a na straně druhé jejich blízkého. Rodina by měla být přijata jako významný partner, který se bude podílet na péči o nemocného po celou dobu hospitalizace.“*

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Kardiopulmonální resuscitaci potřebují pacienti z různých příčin, ale u všech dochází ke ztrátě krevního oběhu. Je to velmi závažný stav, který si žádá okamžité a rychlé jednání. Když se pacientovi nedostane pomoci, umírá, neboť při přerušení cirkulace krevního oběhu dochází k odumírání buněk a jedním z prvních orgánů, který odumírá, je mozek. Proto je z důvodu co možná nejmenších poresuscitačních komplikací velmi důležité, jak rychlá a účinná bude kardiopulmonální resuscitace a jak rychle se podaří pacienta transportovat na profesionální pracoviště, kde je mu poskytnuta adekvátní poresuscitační péče.

Hospitalizovaní pacienti po kardiopulmonální resuscitaci jsou ve většině případů upoutáni na lůžko s nutnou potřebou ventilace a s nejasnou prognózou. O to větší důraz je třeba klást na správnou ošetrovatelskou péči, která může ovlivnit jak fyzický, tak i psychický stav pacienta. Péče poskytovaná pacientovi vychází z jeho potřeb, které se snaží sestra pomocí ošetrovatelské péče uspokojit. Vždy je však třeba mít na mysli, že zvláště při poresuscitační péči se aktuální stav pacientů mění velmi rychle, a proto není jednoduché vždy uspokojit úplně všechny potřeby pacienta.

4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

4.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je zjistit, jaké měl pacient a jeho rodinní příslušníci během hospitalizace po kardiopulmonální resuscitaci potřeby a jak byly tyto potřeby uspokojovány.

4.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

4.2.1 Dílčí cíle

1. Zmapovat průběh hospitalizace po kardiopulmonální resuscitaci.
2. Zmapovat uspokojování potřeb u pacienta během hospitalizace po kardiopulmonální resuscitaci.
3. Zjistit, zda byly uspokojovány potřeby rodiny pacienta po kardiopulmonální resuscitaci.

4.2.2 Výzkumné otázky

- a) Jaký byl průběh hospitalizace pacientů po kardiopulmonální resuscitaci?
- b) Jaké potřeby byly během hospitalizace u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci uspokojovány a jak se během hospitalizace potřeby pacienta měnily?
- c) Byly po dobu hospitalizace pacienta uspokojovány potřeby rodiny?

5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů byl záměrný. Do výzkumu byli zahrnuti dva pacienti, kteří byli úspěšně resuscitováni, proběhla u nich poresuscitační péče a mají příbuzného, který se v průběhu hospitalizace zapojil do péče o pacienta. Přidružená onemocnění a věk nebyly limitujícím kritériem pro výběr.

6 METODIKA PRÁCE

K výzkumu byl využit kvalitativní výzkum. Tento druh výzkumu můžeme popsat jako nematematický analytický postup. Dává prostor k poznání širší souvislosti jevů, které nás jako badatele zajímají a dovoluje zkoumat tyto jevy v přirozených podmínkách. Je velmi náročný na čas, soubor respondentů je zároveň velice malý. Do výzkumu jsou zahrnuti dva respondenti a jejich rodinní příslušníci (34 stránky 22-26).

Ke sběru dat byla využita metoda narativního rozhovoru, který byl nahrán na diktafon a následně přepsán, aby byla možná analýza získaných informací. Při narativním rozhovoru není tázaná osoba konfrontována se standardizovanými otázkami, ale je povzbuzována k volnému vyprávění. Vlastní rozhovor dělíme na čtyři části: stimulace, rozhovor, kladení otázek pro vyjasnění nejasností a zobecňující otázky.

Tázané osobě je nejprve představeno téma, o kterém bychom chtěli mluvit, snažíme se získat jeho důvěru a teprve potom tázanou osobu poprosíme, jestli by mohla začít vyprávět. Ve třetí fázi přecházíme k vyjasňování dosud nejasných otázek a vyjasňujeme rozpory. Ve čtvrté fázi vypravěč odpovídá na otázky typu „proč“ (35 stránky 176-180).

Získaná data byla zpracována metodou otevřeného kódování a metodou tužka/papír. V průběhu otevřeného kódování si výzkumník pročítá přepisy rozhovorů a všímá si témat, které mají vztah k položeným výzkumným otázkám. K nim jsou přiřazeny kódy, které volí tak, aby zobecňovaly konkrétní jevy, které pozoruje výzkumník v textu (35 stránky 251-256).

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od 05.01.2022 do 05.03.2022. V tomto čase byly vedeny rozhovory se zúčastněnými, kteří k tomu dali svůj písemný souhlas (příloha A).

8 ZPRACOVÁNÍ DAT

8.1 Seznámení s respondenty

První respondent, dále jen P1, je muž, narozený v roce 1964. V domácím prostředí se P1 neudělalo dobře, začal pociťovat bušení srdce a nadměrně se potil. Po konzultaci s praktickým lékařem si přivolal rychlou záchrannou službu a po příjezdu rychlé záchranné služby zkolaboval. P1 prodělal infarkt myokardu, kvůli kterému byl v bezvědomí a byla u něj nutná kardiopulmonální resuscitace s úspěšným obnovením oběhu a následným transportem do fakultní nemocnice v Plzni. Zde byla provedena selektivní koronarografie, při které byly zprůchodněny koronární tepny. Po výkonu byl pacient přijat na oddělení kardiologické JIP, kde byl dva dny kontinuálně monitorován a sledován. Po stabilizaci byl P1 přeložen na standardní oddělení, kde byl hospitalizován dalších šest dní.

P1 byl celou dobu hospitalizace bez komplikací.

Druhým respondentem, dále jen RP1, se kterým byl veden rozhovor, byla dcera P1, která byla označena jako kontaktní osoba a která byla po celou dobu hospitalizace informována od zdravotnického personálu a byla v kontaktu s P1.

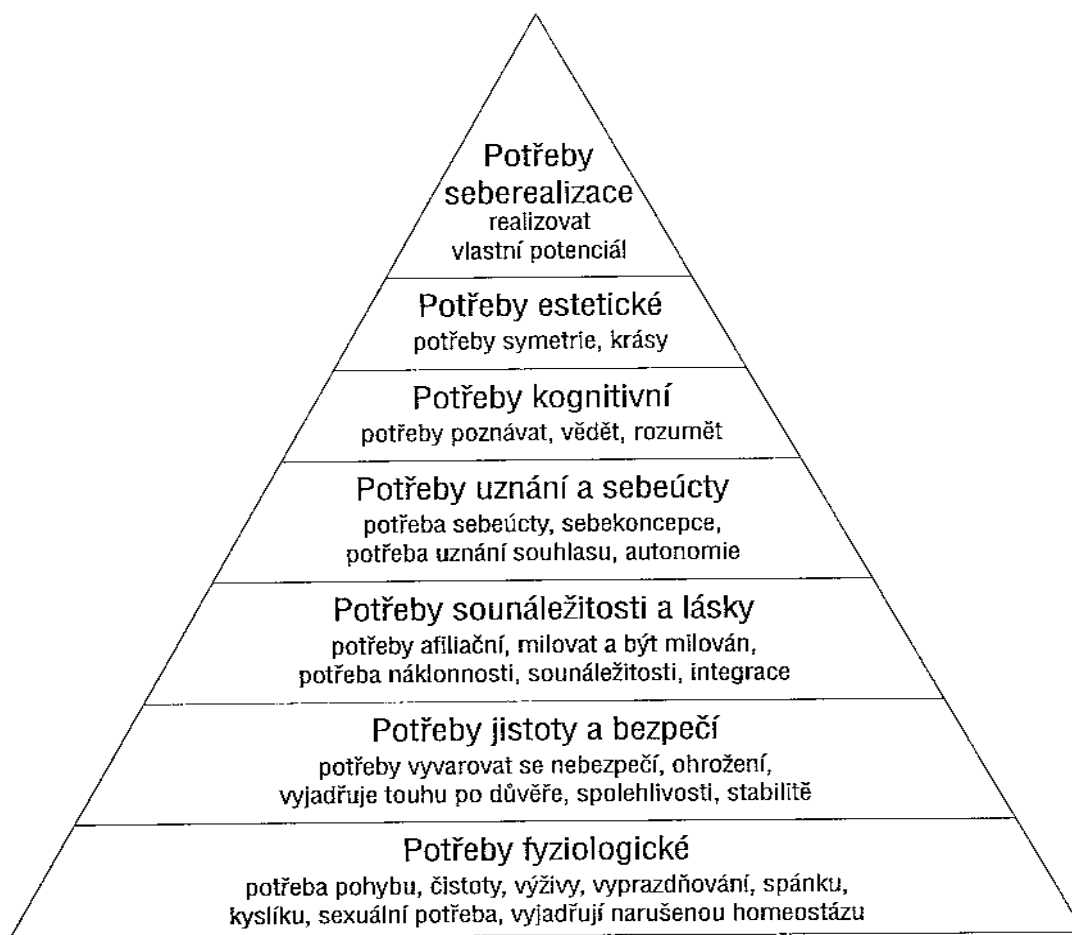
Třetím respondentem, dále jen P2, byla žena narozena v roce 2000. V domácím prostředí náhle zkolabovala, ztratila vědomí. Než přijela rychlá záchranná služba, kardiopulmonální resuscitaci prováděla matka P2, která byla respondentem číslo čtyři v tomto výzkumu, dále jen RP2. Po příjezdu rychlé záchranné služby byla P2 transportována leteckou záchrannou službou na kardiologickou jednotku intenzivní péče do fakultní nemocnice v Plzni na Lochotíně.

Po přijetí na jednotku intenzivní péče byla P2 na umělé plicní ventilaci. Po stabilizaci byla P2 po třech dnech probuzena a dalších pět dní hospitalizována na JIP. Poté byla přeložena na standardní oddělení, kde byla hospitalizována dalších sedm dní a následně propuštěna.

RP2 byla po celou dobu v kontaktu jak se zdravotnickým personálem, tak s P2.

8.2 Analýza údajů

Rozhovory jsou zaměřeny na uspokojování potřeb pacienta a jeho rodinných příslušníků během hospitalizace po kardiopulmonální resuscitaci a vzhledem k tomu, že stav pacienta po kardiopulmonální resuscitaci se během hospitalizace mění a mění se taky jeho potřeby, byl rozhovor rozdělen do třech na sebe navazujících časových oblastí. První oblastí jsou potřeby po obnově vědomí, druhou oblastí je hospitalizace nemocného na jednotce intenzivní péče a poslední oblastí je hospitalizace na standardním oddělení. Tyto oblasti byly rozděleny do kategorií a pomocí otevřeného kódování byly rozhovory analyzovány. Jednotlivé kategorie udává Maslowova hierarchie lidských potřeb, která je vyobrazena v trojúhelníku. Úrovně tohoto trojúhelníku udávají kategorie v praktické části bakalářské práce. Pro výzkum bylo použito prvních pět úrovní.



Obrázek 2- Maslowova hierarchie lidských potřeb (27 str. 15)

Kategorie: fyziologické potřeby

Mezi fyziologické potřeby řadíme: dýchání, pohyb, čistotu, výživu, vyprazdňování, spánek, sexuální potřebu. Vyjadřují narušenou homeostázu. Pacient tyto potřeby vnímá a má potřebu jejich uspokojování. Sestra v intenzivní péči by měla tyto potřeby předvídat a uspokojovat je, aniž by je pacient musel vyjádřit. Zároveň by se měla sestra zamyslet nad komunikací s pacientem, protože jakákoliv činnost, kterou u pacienta sestra provádí, by měla být vysvětlena a pacientovi popsána, aby nedošlo k negativnímu ovlivnění vyšších potřeb.

K této kategorii byly přiřazeny kódy: vylučování, omezení pohybu, výživa, vyčerpání, fyzická bolest, hygiena.

Kategorie: potřeby bezpečí a jistoty

Tato kategorie zahrnuje touhu po důvěře, stabilitě, touhu po osvobození od strachu a úzkosti. Zahrnuje potřebu ochránce a také potřebu ekonomického zajištění. Pokud chybí v životě pořádek a řád, dostává se uspokojování potřeby jistoty na první místo. U pacienta po kardiopulmonální resuscitaci dochází ke ztrátě pocitu životní jistoty, a proto je nutné zaměřit se v rámci péče o pacienty po kardiopulmonální resuscitaci na tyto potřeby.

K této kategorii byly přiřazeny kódy: obavy, nejistota, dezorientace, uklidnění.

Kategorie: potřeba lásky a sounáležitosti

Tato potřeba vystupuje hodně v situacích osamocení, což je situace pro pacienta po kardiopulmonální resuscitaci běžná. Proto na ni musíme myslet a tuto potřebu předvídat. Zároveň jde o potřebu milovat a být milován, potřebu sounáležitosti a potřebu sociální integrovanosti.

K této kategorii byly přiřazeny kódy: osamocení, potřeba být součástí, kontakt s rodinou, integrace, afiliace.

Kategorie: potřeba uznání, ocenění a sebeúcty

Do této kategorie řadíme potřebu nezávislosti, potřebu samostatnosti a potřebu sebeúcty. Zahrnuje rovněž touhu po prestiži v sociální skupině a vyskytuje se v situacích, kdy došlo ke ztrátě respektu a kompetencí a projevuje se snahou získat zpět ztracené sociální hodnoty.

K této kategorii byly přiřazeny kódy: narušení soběstačnosti, ztráta nezávislosti, soběstačnost.

Kategorie: kognitivní potřeby

Do této kategorie řadíme potřeby poznání, potřebu vědět a rozumět. Pokud není tato potřeba v péči o pacienty po kardiopulmonální resuscitaci uspokojena, navozuje to u pacientů pocit strachu a dostáváme se k následnému negativnímu ovlivnění potřeb bezpečí a jistoty, které jsou pro pacienty po kardiopulmonální resuscitaci zásadní.

K této kategorii byly přiřazeny kódy: paměť, informace, neporozumění, edukace, komunikace.

8.2.1 Grafické znázornění analýzy rozhovoru

8.2.1.1 Po obnově vědomí

Tabulka 1-potřeby bezpečí a jistoty po obnově vědomí

Kategorie – potřeby bezpečí a jistoty
<p>Kód: obavy</p> <p>P1 : „Byl jsem napojený na hadičky a vše kolem mě pípalo.“</p> <p>RP1 : „Vůbec jsem nebyla schopna v tu chvíli vnímat, co říká dál. Srdce mi bušilo, že jsem myslela, že ze mě vypadne. A Vítek v břiše začal neuvěřitelně kopat, jako by tušil, že se něco děje.“</p> <p>P2 : „Nedokázala jsem si zapnout mobil, nepamatovala jsem si pin.“</p> <p>RP2 : „Dcera byla samá hadička, byla jsem vyděšená.“</p> <p>RP2 : „Když jsem dceři vyndala telefon, aby si ho zapnula, nešlo jí to. Nedokázala natukat pin. Nepamatovala si ho, to byl teda děsný šok. Nevěděla jsem jak reagovat. Naštěstí u nás zrovna stála sestřička, která skvěle zareagoval. Řekla: „to nevádí, zkusíme to zítra.““</p> <p>Kód: dezorientace</p> <p>P1: „Najednou jsem nevěděl, kde jsem.“</p> <p>P2 : „První myšlenka byla, takhle to v Klatovech nevypadá.“</p>

Negativní ovlivnění pocitu bezpečí a jistoty vycházelo po obnově vědomí z dezorientace, z procitnutí v prostředí, ve kterém respondent ještě nikdy nebyl, a u rodinných příslušníků hlavně z obav o pacientův život.

Tabulka 2- potřeby kognitivní po obnově vědomí

Kategorie – potřeby kognitivní
<p>Kód: paměť</p> <p>P1 : „Netušil jsem, kolik uběhlo času od doby, co jsem si volal sanitku.“</p> <p>P2 : „Měla jsem to v hlavě pomotaný.“</p> <p>P2 : „Nedokázala jsem si zapnout mobil. Nepamatovala jsem si pin.“</p> <p>Kód: informace</p> <p>P1 : „Přišla sestřička a vysvětlovala mi, kde jsem a že jsem zkolaboval. Ptala se mě, jestli vím, jak se jmenuju. To jsem věděl.“</p> <p>RP1 : „Naštěstí hned v druhé větě řekl, že je taťka stabilizovanej. Že leží na jednotce intenzivní péče na Lochotíně na kardiologii. A že je momentálně mimo ohrožení života.“</p> <p>RP2 : „Dcera byla samá hadička, byla jsem vyděšená, sestřička ke mně přišla a začala povídat. Sama od sebe. Říkat k čemu to všechno je. “</p> <p>Kód: neporozumění</p> <p>RP1 : „Vůbec jsem nebyla schopna v tu chvíli vnímat, co říká dál.“</p>

RP1 : „Musela jsem poprosit, aby mi vše zopakovali. Potřebovala jsem nějaký čas na to, aby to můj mozek vůbec zpracoval.“

RP2 : „Používala hodně slova, kterým jsme nerozuměla. Proto chudák často musela věci opakovat.“

Po obnově vědomí se pacienti ocitli v prostředí, které pro ně bylo nové, jejich situace byla nová a měli nedostatek informací, nebo dostali informace, kterým nerozuměli. Nedostatek informací vedl jak k negativnímu ovlivnění potřeb kognitivních, tak i k negativnímu ovlivnění potřeby bezpečí a jistoty. P1 a RP2 uvádějí, že díky aktivnímu přístupu ze strany sestry a jejím komunikačním dovednostem dochází k uspokojování této potřeby.

Tabulka 3- potřeby fyziologické po obnově vědomí

Kategorie – fyziologické potřeby

Kód: bolest

P2 : „Vybavuju si, jak mi ta trubka v krku byla děsně nepříjemná. Nakonec to dopadlo tak, že jsem si ji kašlem sama vytlačila.“

P1 o fyziologických potřebách po obnově vědomí vůbec nemluvil, P2 pociťovala neuspokojení pouze v oblasti akutní bolesti.

8.2.1.2 Hospitalizace na jednotce intenzivní péče

Tabulka 4- fyziologické potřeby na jednotce intenzivní péče

kategorie – fyziologické potřeby
Kód: omezení pohybu P1 : „Musím zůstat v posteli. Seděl jsem v posteli a odpočíval.“ P1 : „Byl jsem ověšený všemi možnými hadičkami.“ P2 : „Seděla jsem na posteli a nebyla jsem schopná ani zvednout ruce.“ P2 : „Přišel sanitář, mrskl mě do křesla, tam jsem seděla celý den.“
Kód: vyčerpání P1 : „Kolem mě všechno pípalo, nemohl jsem spát, byl jsem děsně unavený, ale nešlo mi usnout.“ RP1 : „Skoro jsem nespala.“ P2 : „Byla jsem vyčerpaná, musela jsem si hlídat, kolik piju, protože jsem věděla, že častěji jak jednou za dvě hodiny se na ten gramofon sama nepřesunu.“ P2 : „Měla jsem půlhodinovou návštěvu a po tý jsem vždycky na hodinu usnula.“
Kód: vylučování P1 : „Měl jsem zavedenou močovou cévku...Tu mi naštěstí druhý den vyndali a dostal jsem bažanta. A to už jsem věděl co s tím. “ P1 : „Představa, že budu muset na tu mísu, to bych nedal.“ P2 : „Měla jsme cévku, to mi nevadilo, byla jsem tak unavená, že jsem byla ráda, že čůrání nemusím řešit.“ P2 : „V pátek mi cévku vyndali a dali pode mě mísu. To jsem věděla, že nedám. Nechali mě tam ležet hodinu. Pak mě přesunuli na gramofon a to jsem se vyčůrala hned.“
Kód: fyzická bolest P1 : „Strašně mě bolelo na hrudi, tak jako páliło. Pak jsem zjistil, že mám na hrudi dvě popáleniny od toho, jak mě nahazovali. Dostával jsem ledové obklady. To bylo příjemné.“ P2 : „Pak jsem začalo dostávat chlazené přesnídávky, děsně mě bolelo v krku po té násilné extubaci, tak to mi pomáhalo.“
Kód: výživa P1 : „Navíc mi ze začátku dávali přesnídávky, ty já nesnáším.“ P2 : „Celý úterý jsem zvracela, takže jsem neměla vůbec na nic chuť.“ P2 : „Nikdo mi s ničím nepomohl, takže jsem srkala kafe a dvěma prsty jedla suchou housku, protože jsem si ji nebyla schopna namazat.“
Kód: hygiena P1 : „Dostal jsem umyvadýlko a ráno jsem se ošplouchnul, kam jsem nedosáhl, tak mi pomohla sestra.“ P2 : „Mytí probíhalo ze začátku na posteli, a potom mi dali k posteli lavor a já se omyla, kam jsem dosáhla. Vlasy jsem si za celou dobu nemyla. Ale mě to nevadilo, to bylo to poslední, na co jsem měla myšlenky.“

Uspokojování fyziologických potřeb na jednotce intenzivní péče bylo ve většině případů saturováno sestrou.

P1 pociťoval neuspokojení potřeb v oblasti hygieny, vylučování, výživy, pohybu a spánku. Toto neuspokojování pramenilo z toho, že P1 i přes zlepšující se stav ležel stále na jednotce intenzivní péče, kde jsou možnosti k uspokojení těchto potřeb omezeny.

P2 kladla na uspokojování fyziologických potřeb menší nároky než P1, protože měla stále obavy o svůj život, potřebovala více pomoci, které se jí nedostalo a z toho pramenilo neuspokojení potřeb v oblasti výživy a pohybu.

Sestra se snaží potřeby pacientů předvídat a uspokojovat je, aniž by si o ně museli říkat. Technologie i možnosti tohoto oddělení a sester jsou ale limitované a při zlepšování psychického stavu pacienta a po uspokojení potřeby bezpečí a jistoty se nároky u respondentů na uspokojování fyziologických potřeb zvyšovaly. Proto dochází v této oblasti k nedostatečnému uspokojení například potřeby čistoty, vylučování, výživy či pohybu.

Tabulka 5-potřeby bezpečí a jistoty na jednotce intenzivní péče

kategorie – potřeby bezpečí a jistoty
<p>Kód: obavy</p> <p>P1 : „Všechno kolem mě pípalo.“</p> <p>P1 : „Probíhaly ve mně myšlenky, že už jsem tu taky nemusel být.“</p> <p>P1 : „Najednou jsem si uvědomil, jak tenká je hranice mezi životem a smrtí.“</p> <p>RP1 : „To byly snad ty nejhorší dva dny v mém životě. Neustále jsme měla u sebe telefon a pořád kontrolovala, jestli někdo nevolal. I v noci jsem ho měla v posteli, skoro jsem nespala.“</p> <p>P2 : „Doktoři nevěděli, proč se to stalo a vůbec se mnou o tom srdci nemluvili, vůbec se mě neptali, jestli mám bušení na hrudi nebo nějaké bolesti.“</p> <p>P2 : „V pátek mi cévku vyndali a dali pode mě mísu. To jsem věděla, že nedám.“</p> <p>P2 : „Ve středu při hygieně proběhla taková nepříjemná konverzace při mytí: ‚hele podívej co to tady má...‘, ‚no pěkný, tak s tím musíme rychle něco dělat.‘ Ale aby mi někdo řekl, co se děje, to ne.“</p> <p>RP2 : „Nikdo mi neřekl, co s dcerou je. Oni to ani nevěděli. Pořád dělali nějaké testy a stále nevěděli, z jakého důvodu k tomu kolapsu došlo.“</p> <p>Kód: nejistota</p> <p>P1 : „Umřel vedle mě pacient, to mi bylo nepříjemný.“</p> <p>P2 : „Byla jsem dezorientovaná, myslela jsem si, že je po maturáku, já se opila a mamina mě za trest dala do nemocnice.“</p> <p>P2 : „Doktoři nevěděli, proč se to stalo a vůbec se mnou o tom srdci nemluvili.“</p>

RP2 : „Před probuzením měla dcera těch kolapsů víc. Nikdo mi neřekl, že se to už nebude opakovat. Pořád přemýšleli, co s ní budou dělat.“

Kód: uklidnění

P1 : „Když za mnou přišel doktor, vše mi vysvětlil, uklidnil mě a já už byl v pohodě.“

RP1 : „Naštěstí hned v druhé větě řekl, že je taťka stabilizovanej.“

P2 : „Na Jipce jsem byla celou dobu napojená na monitor a za oknem na mě koukala sestra. Mnohdy jsem si i sedala do nohou postele, abych na sestřičky viděla.“

P2 : „Ve středu jsem zapla telefon a nejednou jsem naklepala pin a napsala mamíně.“

P2 : „Pak si pamatuju, že jsem koukala na pohádku, a v nohách druhý postele seděl sanitář a koukali jsme spolu.“

RP2 : „Když dcera druhý den dokázala zapnout telefon, ulevilo se mi, byla to taková první dobrá zpráva od kolapsu. Takový první posun.“

Během hospitalizace na jednotce intenzivní péče bylo zásadní, aby se podařilo uspokojit nebo alespoň částečně saturovat potřeby bezpečí a jistoty. Obavy na jednotce intenzivní péče pramenily z mnoha situací: nové prostředí, obavy o život, obavy z možných komplikací, obavy kvůli nedostatku informací. Během pobytu na jednotce intenzivní péče se podařilo u P1 uspokojit potřebu bezpečí a jistoty pomocí komunikace a sdílením informací s P1, také RP1 uvádí, že během rozhovoru se zdravotnickým personálem došlo k částečnému uklidnění, ale nedostatek času a forma komunikace (pouze telefonická) znemožnily uspokojení těchto potřeb. U P2 docházelo k uspokojování potřeb bezpečí a jistoty díky přístrojům, kterým P2 věřila, a díky kontaktu se zdravotnickým personálem. Dále také postupem času došlo i k zlepšení stavu a obnově paměti, ale negativně ovlivňovaly pocit bezpečí a jistoty nejasnosti okolo vzniku zástavy krevního oběhu.

Tabulka 6-potřeby sounáležitosti a lásky na jednotce intenzivní péče

kategorie – potřeby sounáležitosti a lásky

Kód: osamocení

P1 : „Neměl jsem se jak spojit s rodinou.... To mi dělalo velkou starost.“

P2 : „Když jsem večer usínala, tak jsem si sundávala saturační čidlo. Jednou tam u mě sestra byla čtyřikrát.“

P2 : „Při té hygieně o mě mluvili jako bych tam nebyla. Přitom já to všechno vnímala.“

P2 : „Ve středu při hygieně proběhla taková nepříjemná konverzace při mytí: ‚hele podívej co to tady má...‘, ‚no pěkný, tak s tím musíme rychle něco dělat.‘ Ale aby mi někdo řekl, co se děje, to ne.“

Kód: potřeba být součástí

RP1 : „Potřebovala jsem ho v tu chvíli vidět, ujistit se, že je v pořádku, ale byl covid a nikdo za ním nesměl.“

RP1 : „Potřebovala jsem o tom, co se taťkovi stalo, mluvit, vypovídat se z toho, potrebovala jsem, aby mi někdo řekl, že to bude dobrý, aby mě utišil. Manžel o tom mluvil stále dokola a byl mi velkou oporou.“

P2 : „Jak jsme koukali spolu na tu pohádku, bylo mi fajn, najednou jsem si tam nepřípadala tak sama. Dokonce v jednu chvíli tam běhala staniční a volala: ‚Ondro...‘ no a pak nakoukla ke mně do pokoje a když ho tam uviděla, tak říká: ‚jéé, ty pracuješ, tak to jo‘ a odešla. Takže vlastně jsem tam takhle zaměstnávala sanitáře.“

RP2 : „Když ležela dcera na kardiologii na jednotce intenzivní péče, jezdila jsem za ní každý den po práci, abych ji viděla, byla s ní. Podpořila jí, při návštěvách byla veselá. Bylo to velmi těžké, protože uvnitř jsem byla vyděšená. Nikdy v životě jsem se tolik nebála. Vždycky jsem se z té návštěvy potřebovala vypovídat. Musela jsem to někomu říct, měla jsem pocit, že když to budu sdílet s dalšími lidmi, tak to všechno dobře dopadne. Podpora od mých kamarádů mi velmi pomáhala. Dávalo mi to sílu, vědět, že člověk někam patří, že ho někdo v těžkých chvílích, jako byla tato, podrží.“

V tomto období respondentům chyběl kontakt se svými blízkými. Ocitali se v situaci, která byla nová, strach z nejistoty byl neustále přítomen a oni v tu chvíli byli sami. U P2 se objevily situace, kdy se mluvilo o pacientce před ní bez ní, a to mělo negativní dopad na potřebu sounáležitosti a lásky.

Proto se snažili nacházet oporu a pocit jistoty v okolí v kamarádech, rodině, nebo i v personálu, který se kolem nich pohyboval.

Tabulka 7-potřeba uznání a sebeúcty na jednotce intenzivní péče

Kategorie – potřeby uznání a sebeúcty
Kód: soběstačnost P1 : „To byla věc, které jsem se celou dobu bál, představa že budu muset na mísu, to bych nedal.“ P2 : „Trvala jsem na tom, že si raději budu hlídat, kolik vypiju a budu na gramofon schopná jít sama, než abych tam pila extrémně moc a pak musela říkat sestřičce, že chci pomoc.“ P2 : „Nebyla jsem schopná si namazat rohlík, tak jsem seděla a usrkávala kávu a jedla suchou housku.“

Když pacient zvládne sám něco, s čím v předchozím období potřeboval pomoc, je to pro něj motivace, zjištění, že se věci lepší, že se uzdravuje. Při každé zvládnuté činnosti se navrácí ztracená sebeúcta. Z výpovědi P2 vyplývá, že když je soběstačnost omezená a nepříjde pomoc od zdravotnického personálu, je negativně ovlivněna jak tato potřeba, tak i psychický stav nemocného.

Tabulka 8-potřeby kognitivní na jednotce intenzivní péče

Kategorie – potřeby kognitivní
<p>Kód: informace</p> <p>P1 : „Přišel doktor a vysvětlil mi, že jsem měl infarkt, že mi zavedli ten stend a teď už by mělo být vše v pořádku.“</p> <p>RP1 : „Ten telefonát byl hrozně rychlý, až když jsem položila telefon, tak mi začaly hlavou běžet otázky, na které jsem chtěla znát odpovědi, ale to už bylo pozdě.“</p> <p>P2 : „Doktoři nevěděli, proč se to stalo a vůbec se mnou o tom srdci nemluvili. Jen celý den řešili léky na moje astma, že už bych je měla začít brát. Vůbec se mě neptali, jestli mám bušení na hrudi nebo nějaké bolesti.“</p> <p>P2 : „Ve středu při hygieně proběhla taková nepříjemná konverzace při mytí: ‚hele podívej co to tady má...‘, ‚no pěkný, tak s tím musíme rychle něco dělat.‘ Ale aby mi někdo řekl, co se děje, to ne.“</p> <p>RP2 : „Nikdo mi neřekl, co s dcerou je. Oni to ani nevěděli. Pořád dělali nějaké testy a stále nevěděli, z jakého důvodu k tomu kolapsu došlo.“</p> <p>Kód: paměť</p> <p>P2 : „Ve středu jsem zapla telefon a nejednou jsem naklepala pin a napsala mamině.“</p> <p>P2 : „Myslela jsem si, že je ráno po maturáku, který byl o týden dřív. Do dneška nejsem schopná popsat co se dělo v týdnu před tím mým selháním.“</p> <p>P2 : „Jednu sestřičku jsem učila krátit zlomky, na tom jsme poznala, že mám paměť v pořádku.“</p>

Stejně jako v čase po obnově vědomí byly i na jednotce intenzivní péče informace a pocit, že dané věci rozumí, pro naše respondenty zásadní. Když u nich nebyly uspokojeny kognitivní potřeby a respondenti měli pocit, že něčemu nerozumí, opět to negativně působilo na jednu ze základních lidských potřeb, kterou je potřeba bezpečí a jistoty.

8.2.1.3 Hospitalizace na standardním oddělení

Tabulka 9-fyziologické potřeby na standardním oddělení

kategorie – fyziologické potřeby
Kód: výživa P1 : „Na standartu jsem si poprvé uvědomil, že mám opravdu velkej hlad. Jedl jsem, co jsem dostal. Bylo mi řečeno, že bych měl dodržovat bezcholesterolovou dietu.“ P2 : „Obědvat jsem musela nakonec sama, a jak jsem musela ležet, tak mi samozřejmě celá ta polívka skončila v posteli.“ P2 : „Měla jsem si dojít sama pro jídlo. Nedokázala jsem říct ne, tak jsem vstala a pomalu si pro to jídlo došla, pak jsem se deset minut šourala zpátky.“ P2 : „Překvapilo mě, že nikdo neřešil mojí váhu. Mám přes sto kilo, ale nikdo mi neřekl, že bych měla zhubnout.“
Kód: vylučování P1 : „Měl jsem problémy se stolicí. Asi jak jsem se bál té mísy, tak teď mi to nešlo. Tak jsem dostával různé hnusné sladké sirupy. Nakonec se to rozeběhlo.“ P2 : „Když jsem si zazvonila, že bych potřebovala doprovodit na záchod, sanitárka řekla, že si tam mám dojít sama.“ P2 : „Pacient se musí osm hodin po zákroku vyčůrat. Na mě asi denní sestra zapomněla a až noční se zajímala o to, jestli jsem už čůrala. Když jsem jí řekla, že ne, říkala, že mi dá mísu. No to byla děsná představa, když jsem jí řekla, že to na mísu nezvládnou, že mi to na mísu nejde, i když na ni sedím hodinu, tak byla tak moc hodná a vycévkovala mě. Pak se mi ulevilo.“
Kód: vyčerpání P1 : „Byl jsem unavenej, protože v pokoji nebylo zrovna moc dobré prostředí ke spánku.“ P2 : „Já jsem byla mladá, vyčerpaná... a šoupli mě sem, kde z jedny strany hluchá babka, která si pouštěla strašně nahlas televizi a z druhé strany paní po zákroku, kterou to strašně bolelo a pořád tam za ní někdo chodil.“ P2 : „Celý den jsem proležela. Děsně se mi motala hlava.“
Kód: hygiena P1: „Bylo skvělé, že jsem si mohl dojít do koupelny. Bohužel další kolizi jsme měli při koupání, když jsem šel poprvé do sprchy, říkal jsem, že bych rád trochu soukromí. Sestra mě odbyla, že na mě musí dohlížet.“ P2 : „Sestřička mi řekla, ať se jdu vykoupat. Takže jsem tam byla jako největší prase, ale já nebyla schopna se sama vykoupat.“ P2 : „Poprosila jsem sestřičku, jestli mi dá k umyvadlu židli, řekla mi, vždyť jste mladá, to zvládnete.“

Po přesunu na standardní oddělení byly potřeby našich pacientů už z větší části iniciovány z jejich strany. Zde docházelo k neuspokojení fyziologických potřeb hlavně z důvodu špatné komunikace, než že by zde byly technické či jiné překážky k uspokojení. U P2 docházelo k neuspokojování fyziologických potřeb kvůli ošetrovatelské péči, která

nebyla holistická, přístup zdravotnického personálu byl obecný, nepřístupoval k pacientovi jako k jednotlivci.

Tabulka 10-potřeby bezpečí a jistoty na standardním oddělení

kategorie – potřeby bezpečí a jistoty
<p>Kód: obavy</p> <p>RP1 : „Taťka byl sám, ve chvíli, kdy potřeboval podporu rodiny.“</p> <p>P2 : „Řekla jsem jí, že se bojím, jestli by mi mohla k umyvadlu dát židli a ona mi řekla, že jsem mladá, že to zvládnou.“</p> <p>P2: „Bála jsme se, že se mi zase přitíží. O to víc, jak si mě nikdo nevíšimal.“</p> <p>P2 : „Celý den jsem proležela. Děsně se mi motala hlava.“</p> <p>P2 : „Ráno jsem se probudila s úplně krvavou postelí, to je naštvalo, ale mě to neprobudilo, nevěděla jsem o tom. Vztekle mi sundala postranici a řekla: ‚jděte do koupelny‘. Byla jsem děsně vyděšená, motala se mi hlava.</p> <p>RP2 : „Bála jsem se, že uděláme nějakou chybu. Že to nebude fungovat.“</p> <p>Kód: nejistota</p> <p>P2 : „V neděli mě přesunuli na standardní oddělení. Domluvili mi jednolůžák. Přijela ségra a pomohla mi přestěhovat věci, uspořádat to v pokoji, když odjela, tak přišla sestra, řekla, že tenhle pokoj potřebují pro někoho jinýho a přesunula mě bez jediného dalšího slova na třílůžák.“</p> <p>P2 : „Na ten převoz mě napojili na toho velkýho defíka, na nohy mi položili ty gely a tu ambumasku a já začala strašně vyšilovat. Strašně jsem se bála. A sestřička odešla pryč. Kdyby mi aspoň řekla, že je to preventivní opatření. “</p> <p>RP2 : „Když už měla jít dcera domů, pořád mi v hlavě zněly ty samé otázky dokola. Zvládneme to, kdyby došlo k dalšímu selhání? Opravdu jí ten implantovaný defibrilátor ochrání? Jak poznáme, že jí není dobře, když nebude napojená na přístrojích?“</p>

U P1 se podařilo uspokojit potřeby bezpečí a jistoty už na jednotce intenzivní péče. RP1 uvádí, že její obavy pramenily hlavně z nedostatečného kontaktu s P1. P2 uvádí, že po přesunu na standardní oddělení měl negativní dopad na její potřebu bezpečí a jistoty. Kvůli nedostatečné komunikaci, nedodržování zásady, že ošetrovatelská péče by měla být holistická a odpojení od přístrojů, které P2 na JIP saturovaly pocit bezpečí, dochází k opětovnému narušení potřeby bezpečí a jistoty. RP2 uvádí, že její nejistota a obavy pramenily hlavně z implantace ICD a z toho, že příčina zástavy oběhu nebyla stále známá.

kategorie – potřeby sounáležitosti a lásky

Kód: kontakt s rodinou

P1 : „Na standard se už podařilo doručit mi věci. Naštěstí mezi nimi byl mobil a nabíječka, takže jsem se mohl konečně spojit s rodinou. Alespoň telefonicky.“

RP1 : „Před infarktem mi taťka moc často nevolal. Teď mi najednou volal třeba třikrát denně.“

RP1 : „Chybělo mi, že za taťkou nemůžu přijít. Aspoň na chvíli, vidět ho, pohladit.“

P2 : „Maminka za mnou naštěstí chodila a pomáhala mi s věcmi, které jsem nezvládala.“

P2 : „Přijela ségra, pomohla mi přestěhovat všechny věci a vybalit je na standardu.“

Kód: osamocení

P1 : „Byli jsme na pokoji tři, pánové okolo mě na tom nebyli moc dobře.“

P1 : „Tam jsem měl pocit, že jsem navíc.“

P2 : „Měla jsem u sebe plyšáka, Bejbynu, a sestřička mi ho bez jediného slova vzala a dala na druhou stranu pokoje. Takže já ležela vyděšená a Bejbyna na mě koukala z druhé strany pokoje.“

P2 : „Stáli nade mnou, asi hodinu, bylo to divný, já tam ležela a on tam o mě mluvil jako kdybych tam nebyla... Připadala jsem si jako králík v kleci.“

Kód: afiliace

P1 : „Začali mi volat i klienti. Takže jsem měl o zábavu postaráno.“

P2 : „Asi v pondělí přišla na náš pokoj jiná paní, a s tou jsem si moc rozuměla. Pak už to bylo takový víc v pohodě.“

Kód: ztráta soukromí

P1 : „Byli jsme na pokoji tři, pánové okolo mě na tom nebyli moc dobře... Pořád tam do toho pokoje někdo chodil. Byl to takový průchodčák.“

P1 : „Další kolizi jsme měli při koupání, když jsem šel poprvé do sprchy, říkal jsem, že bych rád trochu soukromí. Sestra mě odbyla, že na mě musí dohlížet.“

P2 : „Zúžil se mi osobní prostor. Z jedné strany jsem měla hluchou babku, která si pořád přepínala televizi a ta řvala na celý pokoj a z druhé strany jsme měla paní, která na tom byla hodně špatně. Vše jí bolelo a pořád tam kolem ní někdo lítal.“

P2 : „Ráno jsem se probudila s úplně krvavou postelí, to je naštvalo, ale mě to neprobudilo, nevěděla jsem o tom. Vztekla mi sundala postranici a řekla: ‚jděte do koupelny‘. Byla jsem děsně vyděšená, motala se mi hlava. Naštěstí tam byla zákyňka a ta mě doprovodila na záchod.“

Kód: integrace

RP1 : „Hned jak mi zavolali, že taťku překládají na standardní oddělení, tak jsem se rozjela pro jeho věci. Mobil, hygienu, oblečení a nějaký věci, který vím, že má rád.“

RP2 : „Jezdila jsem za dcerou denně. Každý den na mě čekala, potřebovala dopomoc při koupání, při jídle po té implantaci.“

Z rozhovoru vyplynulo, že pro všechny respondenty byl kontakt s rodinou stěžejní. Bohužel u P1 a RP1 byla tato potřeba neuspokojena z důvodu epidemiologické situace v České republice. P1 saturoval tuto potřebu pomocí telefonických rozhovorů s rodinou. Z toho, že respondent vyhledával telefonický kontakt s rodinou častěji, než před hospitalizací usuzují, že uspokojování této potřeby pomocí telefonických rozhovorů bylo pouze částečné. RP1 uvádí, že se chtěla zapojit do péče, jediné co mohla udělat, bylo přivést pro P1 věci.

U P2 mělo na neuspokojení této potřeby negativní vliv ztráta soukromí, osamocení a nedostatečný kontakt s rodinou i přes to, že RP2 za ní jezdila každý den. Toto neuspokojení P2 saturovala upnutím se na plyšáka, který jí tuto potřebu částečně saturoval. RP2 mohla za P2 chodit na návštěvy a pomáhat jí s uspokojováním fyziologických potřeb.

Tabulka 12-potřeby uznání a sebeúcty na standardním oddělení

kategorie – potřeby uznání a sebeúcty
<p>Kód: ztráta nezávislosti</p> <p>P1 : „Bál jsem se, aby nešli ke konkurenci. Byl jsem v situaci, kdy každá práce byla dobrá. Nemohl jsem si dovolit přijít o práci.“</p> <p>P1 : „Další kolizi jsme měli při koupání, když jsem šel poprvé do sprchy, říkal jsem, že bych rád trochu soukromí. Sestra mě odbyla, že na mě musí dohlížet.“</p> <p>Kód: narušení soběstačnosti</p> <p>P1 : „Jsem zvyklej pořád něco dělat. Tady jsem nemohl nic dělat a to mě vadilo. Přišlo mi, že ztrácím čas, který bych mohl zaplnit prací.“</p> <p>RP1 : „Najednou, jak ze mě spadl ten příšernej strach, jsem cítila, jak jsem neuvěřitelně vyčerpaná. Musela jsem zavolat manželovi, aby pro mě přijel, protože jsem se bála, že usnu za volantem.“</p> <p>P2 : „Měla jsem si dojít sama pro jídlo. Nedokázala jsem říct ne, tak jsem vstala a pomalu si pro to jídlo došla, pak jsem se deset minut šourala zpátky, byla jsem tak vyčerpaná, že zpět jsem to už odnést nedokázala. Ale měla jsem radost, že aspoň jednu cestu jsem zvládla, i když mi pak bylo řečeno, že jsem si to měla i odnést.“</p> <p>P2 : „Připadala jsem si tam jako největší prase, ale já nebyla schopna se sama vykoupat. Dělal mi problém jen se sehnout pro kalhotky a vložku do stolečku. Sestřičky mi převlíkli postel, ale to bylo vše. Jsem přece mladá a zvládnou to.“</p> <p>P2 : „Ráno jsem se probudila s úplně krvavou postelí, to je naštvalo, ale mě to neprobudilo, nevěděla jsem o tom. Vztekla mi sundala postranici a řekla: ‚jděte do koupelny‘. Byla jsem děsně vyděšená, motala se mi hlava. Naštěstí tam byla zákyňka a ta mě doprovodila na záchod.“</p>

V oblasti uspokojování potřeb uznání a sebeúcty docházelo u respondentů k neuspokojování těchto potřeb z důvodu toho, že v rámci komunikace došlo k narušení

nějaké jiné nižší potřeby. Respondenti pociťovali strach z činnosti, kterou měli sami vykonat, protože se báli, že se jejich zdravotní stav zhorší a intervence ze strany ošetrovatelského personálu nevedly k uspokojení těchto pocitů. A protože pro respondenty potřeba bezpečí a jistoty byla prioritou, nedocházelo k uspokojení vyšších potřeb uznání a sebeúcty.

Tabulka 13- potřeby kognitivní na standardním oddělení

kategorie – potřeby kognitivní
<p>Kód: edukace</p> <p>P1 : „Víte, že ani nevím, v čem spočívá bezcholesterolová dieta, nikdo mi to nevysvětlil.“</p> <p>P1 : „Musel jsem si začít píchat injekce proti srážlivosti krve, sestra mi to vysvětlila a následně jsem se učil sám injekce si píchat už na oddělení. Předtím jsem to viděl, jak to dělaly sestřičky.“</p> <p>RP1 : „Každý den mi taťka volal, ale já stejně volala ještě doktorům, abych se ujistila, zda je něco nového, jestli bude mít taťka nějaký omezení. Řekli mi, že má bezcholesterolovou dietu, ale že všechno ví.“</p> <p>RP1 : „Říkali, že si bude píchat injekce proti srážlivosti krve a že kdyby to nezvládal sám, tak mi to naučí.“</p> <p>P2 : „Edukace o tom, že dostanu defika, spočívala v tom: ‚jo vy jste mladá, tady máte knížku a přečtete si to. Kdybyste něčemu nerozuměla, ráno se zastavím a odpovím na otázky.‘ Ráno nikdo nepřišel.“</p> <p>P2 : „Kdyby mi aspoň řekla, že je to preventivní opatření, že to bude v pohodě, že se toho vůbec nemusím bát.“</p> <p>RP2 : „Už jsme seděli na chodbě, ale já jsem potřebovala informace o tom, jak se máme o ten implantovaný defibrilátor starat. Bála jsem se, že uděláme nějakou chybu. Že to nebude fungovat.“</p> <p>Kód: komunikace</p> <p>P1 : „Přiznám se, v komunikaci to trošku pokulhávalo.“</p> <p>P1 : „Nebyli ochotni se mnou o problému mluvit. Prostě řekli, že to bude takto podle nich a tak to bylo.“</p> <p>RP1 : „Když jsem volala na oddělení, vždycky jsem dostala informace, které jsem potřebovala.“</p> <p>P2 : „Kdyby mi aspoň řekla, že je to preventivní opatření.“</p> <p>P2 : „Prostě mi řekli, že potřebuju jednolůžák, že vezou chlapa. A to bylo všechno.“</p> <p>RP2 : „Z jipky jsem byla zvyklá, že kdykoliv jsem něčemu nerozuměla, nebo nevěděla, sestřička u mě byla, pomohla mi, řekla, jestli to či ono dcera může. Po překladu jsme se musela každé informace domáhat.“</p>

Potřeby kognitivní byly na standardním oddělení uspokojovány pomocí komunikace mezi respondenty a zdravotnickým personálem. RP2 uvádí, že na rozdíl od JIP tu měla prostor se po telefonu zeptat na vše, co potřebovala vědět, což vedlo k uspokojení této potřeby. P1 uvádí, že na standardním oddělení neprobíhala žádná diskuze, která je v rámci partnerského vztahu, který by měl mezi pacientem a zdravotnickým personálem vzniknout, žádoucí. To se shoduje i s P2, že chybějící diskuze a prostor na dotazy nabourávala vztah mezi zdravotnickým personálem a respondentem a docházelo zde k nabourání důvěry, která je základem ošetrovatelské péče.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

9.1 Shrnutí rozhovorů prvního pacienta a rodinného příslušníka

Dílčí cíl 1: Zmapování hospitalizace pacienta po kardiopulmonální resuscitaci.

Jaký byl průběh hospitalizace u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci?

Pacient 1 : Hospitalizace pacienta proběhla bez komplikací. Po vyřešení akutního problému, kterým bylo ucpání koronárních tepen s následným infarktem myokardu, byl pacient kontinuálně monitorován na kardiologické jednotce intenzivní péče, kde nedošlo k žádným komplikacím. Pacient byl od prvního dne schopen spolupracovat s ošetrovatelským personálem. Po dvou dnech byl přeložen na standardní oddělení, kde byl dále hospitalizován šest dní.

Dílčí cíl 2: Zmapovat uspokojování potřeb během hospitalizace pacienta po kardiopulmonální resuscitaci.

Jaké byly potřeby pacienta během hospitalizace po kardiopulmonální resuscitaci a jak se v průběhu hospitalizace měnily?

Pacient 1 : Potřeby prvního pacienta po obnově vědomí byly: potřeba bezpečí, jistoty, potřeby kognitivní.

Potřeby prvního pacienta při hospitalizaci na jednotce intenzivní péče byly: potřeba pohybu, spánku, dýchání, vylučování, tlumení bolesti, bezpečí, jistoty, kontakt s rodinou, sounáležitosti, soběstačnosti a kognitivní potřeby.

Potřeby prvního pacienta na standardním oddělení byly: potřeba spánku, bezpečí, kontaktu s rodinou, sounáležitosti, soukromí, nezávislosti, soběstačnosti, kognitivní potřeby.

V průběhu hospitalizace se potřeby u pacienta měnily. Po obnově vědomí P1 uvádí neuspokojení v oblasti potřeb kognitivních a potřeb bezpečí a jistoty. Tyto potřeby se u P1 podařilo uspokojit pomocí aktivní komunikace ze strany zdravotnického personálu. Během pobytu na jednotce intenzivní péče docházelo k neuspokojení potřeb fyziologických, což pramenilo z možností ošetrovatelské péče na JIP a z omezené soběstačnosti P1. Po překladech na standardní oddělení, kdy došlo k obnově soběstačnosti P1, došlo i k uspokojení velké části fyziologických potřeb. Během hospitalizace na standardním oddělení P1 uvádí, že forma komunikace ze strany zdravotnického personálu negativně ovlivňovala potřebu

sounáležitosti a lásky, potřebu sebeúcty a uznání. Kognitivní potřeby, které byly uspokojovány formou komunikace a edukace P1, byly uspokojeny z části, pro P1 bylo uspokojení těchto potřeb důležité už od počátku hospitalizace.

3. Zjistit, zda byly uspokojovány potřeby rodiny pacienta po kardiopulmonální resuscitaci.

Jaké byly potřeby rodiny u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci?

Rodinný příslušník 1 : Potřeby rodinného příslušníka během hospitalizace pacienta po kardiopulmonální resuscitaci byly: potřeba kognitivní, integrace, potřeby bezpečí a jistoty.

Potřeby rodinného příslušníka byly v tomto případě kvůli zákazu návštěv uspokojovány pouze pomocí telefonických konzultací se zdravotnickým personálem. Toto uspokojování potřeb bylo po dobu hospitalizace na jednotce intenzivní péče velmi nedostatečné, protože RP1 pociťovala velké obavy o otce. Po přeložení na standardní oddělení díky uspokojení potřeby integrace, ke které došlo po donesení osobních věcí otci a po telefonátu s ním, a uspokojení potřeb kognitivních, které byly uspokojeny díky informacím ohledně otcova zdravotního stavu prostřednictvím telefonátů se zdravotnickým personálem, se podařilo i zmírnit strach a navrátit tak pocit bezpečí a jistoty RP2. Potřebu sounáležitosti a lásky se nepodařilo u RP2 uspokojit z důvodu epidemiologické situace v České republice.

9.2 Shrnutí rozhovorů druhého pacienta a rodinného příslušníka

Dílčí cíl 1: Zmapování hospitalizace pacienta po kardiopulmonální resuscitaci.

Jaký byl průběh hospitalizace u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci?

Pacient 2 : Pacientka byla hospitalizována po kardiopulmonální resuscitaci kvůli srdečnímu selhání z nejasné etiologie. Po přijetí na jednotku intenzivní péče byla stále v bezvědomí, až teprve po třech dnech se povedl úspěšný weaning. Pacientka byla po dobu osmi dnů hospitalizována a nepřetržitě monitorována na kardiologické jednotce intenzivní péče, po osmi dnech byla přeložena na standardní oddělení, kde byl pacientce implantován ICD. Po implantaci měla být pacientka propuštěna do domácího ošetření, ale bohužel se vyskytly komplikace, pacientka byla spavá, hladiny cukru v krvi byly zvýšené, proto se propuštění odložilo. Následně se zjistilo, že ke komplikacím došlo kvůli špatně podané medikaci, a proto byla P2 po dvou dnech pozorování propuštěna do domácího ošetřování. P2 byla propuštěna do domácího ošetření sedmý den od překlada z JIP.

Dílčí cíl 2: Zmapovat uspokojování potřeb během hospitalizace pacienta po kardiopulmonální resuscitaci.

Jaké byly potřeby pacienta během hospitalizace po kardiopulmonální resuscitaci a jak se v průběhu hospitalizace měnily?

Pacient 2: Potřeby druhého pacienta po obnově vědomí byly: potřeba bezpečí a jistoty, tlumení bolesti a potřeby kognitivní.

Potřeby druhého pacienta během pobytu na jednotce intenzivní péče byly: potřeba pohybu, spánku, vylučování, tlumení bolesti, výživy, bezpečí, jistoty, sounáležitosti, soběstačnosti a potřeby kognitivní.

Potřeby druhého pacienta na standardním oddělení byly: potřeba bezpečí, jistoty, spánku, hygieny, vylučování, výživy, kontaktu s rodinou, soukromí, sounáležitosti, afiliace, soběstačnosti a potřeby kognitivní.

Po celou dobu hospitalizace byly nejdůležitější potřebou pro pacientku potřeby bezpečí a jistoty. Tyto potřeby byly negativně ovlivněny nedostatkem informací o jejím zdravotním stavu. Na jednotce intenzivní péče byly tyto potřeby částečně saturovány přístroji a neustálou přítomností zdravotnického personálu, které P2 navozovali pocit bezpečí a jistoty. Po překlada na standardní oddělení tato saturace odpadla a to spolu

s nedostatečnou komunikací a nevhodným přístupem ze strany zdravotnického personálu negativně ovlivnilo potřebu bezpečí a jistoty. Tato skutečnost měla negativní dopad i na uspokojování ostatních potřeb. Fyziologické potřeby byly na JIP saturovány ze strany sestry a P2 pocíťovala uspokojení těchto potřeb. Po překladech na standardní oddělení docházelo k neuspokojení těchto potřeb z důvodu nedodržení holistického přístupu k pacientovi. To mělo negativní dopad na potřeby bezpečí a jistoty a vzhledem k tomu, že u P2 byly tyto potřeby kladeny na první místo po celou dobu hospitalizace, negativně to ovlivňovalo ostatní potřeby.

3. Zjistit, zda byly uspokojovány potřeby rodiny pacienta po kardiopulmonální resuscitaci.

Jaké byly potřeby rodiny u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci?

Rodinný příslušník 2 : Potřeby rodinného příslušníka během hospitalizace pacienta po kardiopulmonální resuscitaci byly: potřeba bezpečí a jistoty, potřeba edukace, potřeby kognitivní, potřeba integrace.

Tyto potřeby byly uspokojovány na jednotce intenzivní péče, ale v průběhu hospitalizace na standardním oddělení došlo k opětovnému narušení potřeby bezpečí a jistoty. Pramenilo to z nedostatku informací ohledně zdravotního stavu P2, z toho, že nebyly řádně uspokojeny kognitivní potřeby a díky tomu byly negativně ovlivňovány potřeby nižší, potřeby bezpečí a jistoty. Díky častým návštěvám byla potřeba integrace uspokojena.

DISKUZE

Tématem této bakalářské práce je péče o pacienta po kardiopulmonální resuscitaci. Jedná se o důležitou problematiku, neboť ve chvíli, kdy se člověk ocitne v situaci, že potřebuje kardiopulmonální resuscitaci, je přímo ohrožen na životě a pokud se mu okamžitě nedostane pomoci, následuje smrt. Kügler (2015) uvádí, že k oběhové zástavě dochází u 35 - 40 osob na sto tisíc obyvatel za rok a šanci na přežití do propuštění z nemocnice má při zástavě oběhu mimo nemocniční zařízení zhruba 10 % z nich. V případě defibrilovatelného rytmu je tato šance zhruba dvojnásobná. Jestliže je kardiopulmonální resuscitace úspěšná a u pacienta se podaří obnovit spontánní cirkulaci krve v oběhu, navazuje poresuscitační péče, která je posledním článkem v řetězci přežití. Jak uvádí Pothiwala (2017) navzdory pokrokům, které resuscitace zaznamenala během předchozích let, je procento přežití a následné propuštění z nemocnice velmi nízké.

Poresuscitační péče je rozsáhlé téma a každý, kdo je obeznámen s tímto tématem, si může jak v teoretické, tak v praktické části představit jiné zaměření. Tato práce je věnována potřebám pacienta a jeho rodiny po kardiopulmonální resuscitaci. Vzhledem k závažnosti situace, kterou kardiopulmonální resuscitace přináší, se tato práce také zaměřuje na holistický přístup zdravotnického personálu.

Péče o tyto pacienty musí být komplexní se zaměřením na potřeby bezpečí a jistoty a neměla by být vynechána ani péče o rodinu, protože i z literatury vyplývá, že přítomnost rodiny a spolupráce s ní je přínosná jak pro pacienta, tak i pro zdravotnický personál, kdy na základě partnerského vztahu s nimi a navázáním důvěry můžeme rodinné příslušníky zapojit do ošetrovatelské péče, ale rovněž např. doplnit anamnézu pacienta (33 stránky 341-343).

Poresuscitační péče je stále se rozvíjející obor, ve kterém je spojeno velké množství disciplín. Ošetrovatelství je nedílnou součástí těchto disciplín a sestra je osobou, která je s nemocným nepřetržitě v kontaktu, a je prvním článkem, který může identifikovat nějaké abnormality u monitorovaného pacienta.

V poresuscitačním období je ošetrovatelská péče a hlavně uspokojování potřeb pacienta významně iniciováno ze strany sestry. V období, kdy je pacient v bezvědomí, sestra přebírá veškerou iniciativu a provádí uspokojování základních fyziologických potřeb, které pacient potřebuje ke svému životu uspokojit. Když jsou intervence ze strany zdravotnického personálu účinné a dojde u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci k obnově vědomí,

dochází k uvědomování si vlastních potřeb a k základním fyziologickým potřebám se přidávají potřeby vyšší. V tomto období může docházet k neuspokojení nebo pouze k částečnému uspokojení lidských potřeb, protože jak píše Plevová (2018), zdravotníci se zajímají zejména o zdravotní potřeby, zatímco potřeby osobní jsou mnohdy odsunuty do pozadí, což je v souladu s tím, co vypověděl P1.

Trachtová (2018 str. 14) uvádí, že lidské potřeby jsou sestaveny do pyramidy lidských potřeb a že pokud nejsou uspokojeny potřeby nižší, nedochází ani k uspokojování potřeb vyšších. Z provedeného výzkumu opravdu vyšlo, že u P1 postupně během hospitalizace docházelo k uspokojování potřeb jak fyziologických, tak i potřeby bezpečí a jistoty, a následně se začaly uspokojovat i potřeby vyšší, jako například potřeba seberealizace v podobě telefonického domlouvání pracovních zakázek. U P2 docházelo během hospitalizace k opakovanému narušování pocitu bezpečí a jistoty, čili tato potřeba nebyla uspokojena a kvůli tomu byly negativně ovlivňovány potřeby vyšší, jako například potřeba soběstačnosti, což je v souladu s Trachtovou (2018 str. 14) : *„Kde chybí v životě pořádek a řád stojí potřeba jistoty na prvním místě.“*

Všichni čtyři respondenti v rozhovorech vyprávěli o tom, že ve chvíli, kdy nebyla uspokojena potřeba kognitivní, mělo to negativní dopad na potřeby bezpečí a jistoty a následně na další lidské potřeby. Potřeby kognitivní sestru uspokojuje hlavně dostatečnými informacemi a komunikací s pacientem.

V rozhovorech často narážíme na slovní spojení „jste mladá, to zvládnete“, „tady si to přečtete“, „dál se se mnou nebavila“ a podobně, které poukazují na nedostatečnou komunikaci ze strany ošetrovatelského personálu a nedostatečný holistický přístup. Podle Trachtové (2018 str. 9) se mají sestry zabývat člověkem jako celkem. Protože ve chvíli, kdy se naruší jedna ze tří složek bio-psycho-sociálního modelu nemoci, dochází automaticky k narušení další složky. A u P2 se potvrdilo, jak je velmi důležité nahlížet na nemocného jako na jedince a neškatulkovat si ho do nějakých skupit, v našem případě do skupiny „mladý“. V průběhu výzkumu se ukázalo, že i mladý člověk v kritické situaci, kdy je přímo ohrožen na životě, může mít velké problémy s rekonvalescencí nejen kvůli komplikacím, ale také kvůli nevhodné péči ze strany zdravotnického personálu. Lze přitom předpokládat, a z rozhovoru to také vyplývá, že kdyby byl přístup ze strany zdravotnického personálu partnerský a ne tolik paternalistický, mohlo dojít ke zlepšení psychické stránky nemoci a následnému zlepšení zdravotního stavu. Toto tvrzení je v souladu s Novákem (2011), který

uvádí, že: „*Ošetrovatelský proces a individualizovaná holistická péče o pacienty je tím, co může výrazným způsobem zvýšit celkovou úroveň a kvalitu její péče.*“

Další zkoumanou položkou v rámci výzkumu bylo zjistit, do jaké míry byla ze strany zdravotnického personálu zajištěna komunikace s rodinou a začlenění rodiny do ošetrovatelského procesu. U RP1 bylo zjištěno, že kontakt s P1 byl omezen na minimum kvůli epidemiologické situaci v České republice. Potřeby kognitivní byly saturovány pomocí telefonických rozhovorů se zdravotnickým personálem a z nedostatku času byla tato potřeba uspokojena až po překladu na standardní oddělení.

U RP2 byl kontakt s P2 umožněn, ale důvěra ve zdravotnickým personálem byla získávána postupně. RP2 popisuje pocity strachu, obav a nejistoty po první návštěvě, popisuje nejistoty z prostředí i všech přístrojů, které kolem P2 viděla. Během hospitalizace na jednotce intenzivní péče RP2 v rozhovoru uvádí, že ke komunikaci mezi ní a personálem následně dochází, ale k zapojení do péče o P2 ne. Po překladu na standardní oddělení dochází k opětovnému narušení potřeby bezpečí a jistoty z důvodu nedostatečné komunikace, ale zde RP2 uvádí, že byla přítomna u dopomoci při uspokojování potřeb fyziologických.

Tomová, Křivková (2016 str. 345-348) uvádí, jak by sestra měla rodinu dopředu informovat o tom, co při návštěvě pacienta uvidí. Vše je pro ně nové, nastalá situace je sama o sobě stresující, a když rodinný příslušník přijde k nemocnému a vidí kolem něj jen samé hadice a pípající přístroje, jeho strach a obavy to jen umocní. Tato strategie uspokojování potřeb se v tomto výzkumu nepotvrdila.

Během hospitalizace by měli mít rodinní příslušníci, pokud o to mají zájem, možnost zapojit se do ošetrovatelské péče, protože to vede k psychické pohodě jak pacienta, tak i rodiny, navíc to může pro ošetrovatelský personál být přínosem a ulehčením v jejich práci. Rodinní příslušníci by se mohli zapojit při hygieně, výživě a mohou být i spojkou mezi personálem a pacientem. P2 se mnohokrát obávala říct nějakou svojí potřebu personálu, místo toho čekala, až přijde RP2, aby jí to pomohla vyřešit.

Mezi strategie, které sestry používaly k uspokojování potřeb respondentů, patřilo využití zdravotnických pomůcek (např. permanentní močový katetr, endotracheální kanyla, polohovací pomůcky při uspokojování potřeby pohybu), dopomoc při fyziologických potřebách a komunikace s pacientem. Formou komunikace se sestra snažila uspokojovat potřeby bezpečí a jistoty a potřeby kognitivní.

Bohužel všichni čtyři respondenti se shodovali v tom, že komunikace byla velkým problémem, ačkoliv se v literatuře lze dočíst, jak zásadní pro profesi sestry je umění komunikovat. Tomová, Křivková (2016 str. 9) uvádí: „*Vztah mezi sestrou a pacientem je utvářen prostřednictvím komunikace. Opravdovost, trpělivost, otevřenost, srozumitelnost, jasnost, výstižnost jsou těmi atributy v interakci, které pomáhají vytvářet důvěrný a pozitivní vztah mezi aktéry komunikační výměny.*“ Přitom trpělivost, otevřenost a srozumitelnost ze strany ošetrovatelského personálu mnohdy chyběla a tím srážela ošetrovatelskou péči jako celek a negativně ovlivňovala uspokojování potřeb.

LIMITY VÝZKUMU

Limity tohoto výzkumu jsou v malém vzorku respondentů. Ačkoliv velká část praxe v zimním semestru třetího ročníku probíhala na klinice anesteziologie a resuscitace ve fakultní nemocnici na Lochotíně, a v rámci této praxe byl schválený výzkum od paní magistry Chabrové (příloha B), nedošlo ke kontaktu s žádným pacientem po kardiopulmonální resuscitaci.

Za účelem tvorby této práce byly získány kontakty na dva pacienty po kardiopulmonální resuscitaci a jejich rodinné příslušníky, kteří souhlasili s výzkumem a jejich potřeby během hospitalizace tak mohly být zmapovány pomocí rozhovorů.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro praxi lze do budoucna doporučit výzkumné šetření v oblasti komunikace s pacienty a rodinnými příslušníky, výzkum v oblasti zapojení rodinných příslušníků do ošetrovatelské péče a jeho přínos pro pacienta i pro zdravotnický personál. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že respondenti v těchto oblastech shledávali největší nedostatky, i přes to, že v několika pramenech je uvedeno, jak důležité tyto oblasti jsou. Důvody nedostatečné komunikace a nedostatečné spolupráce s rodinou by mohly vyplynout právě z tohoto dalšího šetření.

Čím je ovlivněna nedostatečná komunikace a nedostatečná spolupráce s rodinou by mohlo být předmětem dalšího šetření.

ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacienta po kardiopulmonální resuscitaci.

Teoretická část je věnována základnímu seznámení s kardiopulmonální resuscitací a dále se zaměřuje především na roli sestry v péči o pacienta a uspokojování jeho potřeb formou ošetrovatelské péče.

V části praktické byly zmapovány dva případy reálných pacientů a jejich rodinných příslušníků, u kterých proběhla kardiopulmonální resuscitace s následným ROSC a navrácením pacienta k běžnému životu.

Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že potřeby pacientů a jejich rodin během hospitalizace jsou podobné, a že se mění v závislosti na změně zdravotního stavu a uspokojení nižších potřeb. Shodně, jak je popsáno v odborné literatuře, z rozhovorů vyplynulo, že pokud není uspokojena základní nižší lidská potřeba, nedochází ani k uspokojení potřeb vyšších. Dále z výzkumu vyplynulo, že respondenti kladli na první místo potřebu bezpečí a jistoty. Až když byla tato potřeba uspokojena, začaly být uspokojovány i potřeby vyšší. A vzhledem k tomu, že u P2 k uspokojení této základní potřeby během hospitalizace nedošlo, tato skutečnost negativně ovlivnila i uspokojování dalších potřeb.

V literatuře je kladen velký důraz na holistický přístup, což stručně řečeno znamená, že by měly být zohledňovány konkrétní potřeby konkrétního jedince, aniž by ošetrovatelský personál vycházel z nějakých obecných předpokladů. Tento přístup se v případě respondentů ne zcela uplatňoval, což mělo negativní dopad na jejich psychický stav a důvěru v ošetrovatelský personál. Provedenými pohovory tak byla výše uvedená myšlenka potvrzena. Je to přitom neuplatňování holistického přístupu, které může být důvodem negativního pohledu na celou ošetrovatelskou péči, neboť se dotýká subjektivního vnímání průběhu ošetrovatelské péče ze strany pacienta.

V literatuře se dále uvádí, jak je důležitá komunikace s rodinou a její zapojení do ošetrovatelské péče. V této oblasti lze shledat v případě respondentů určité nedostatky, neboť v obou případech potvrdili zájem o větší zapojení, ale nebyla jim k tomu dána dostatečná příležitost (je ovšem třeba doplnit, že v případě P1 to bylo ovlivněno zákazem návštěv z důvodu epidemiologické situace v České republice).

S ohledem na výše uvedené skutečnosti lze jako výstup do praxe navrhnout další výzkumné šetření v oblasti komunikační dovednosti sestry s pacientem a jeho rodinou v intenzivní péči nebo zapojení rodiny do ošetrovatelské péče u hospitalizovaných pacientů se sníženou soběstačností.

SEZNAM LITERATURY

1. TRUHLÁŘ, A., ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ R., DIZON JM.L, DJAKOW J., DRÁBKOVÁ J., FRANĚK O., et al. *Anesteziologie a intenzivní medicína-doporučené postupy pro resuscitaci*. [editor] Jiří Málek. místo neznámé : Česka lékařská společnost, 2021. ISBN 978-80-7471-358-3.
2. FRAJ, Jiří. *Akutní stavy pro nelékaře*. 1. vydání. Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, 2015. ISBN 978-80-261-0498-8.
3. VOJÁČEK, Jan. *Akutní kardiologie do kapsy*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha 4 : Nakladatelství Mladá Fronta a.s., 2020. ISBN 978-80-204-5576-5.
4. FRANĚK, Ondřej. *Epidemiologie mimonemocničních náhlých zástav oběhu a incidence přežívání*. zachrannasluzba.cz. [Online] 14. Srpen 2013. [Citace: 27. únor 2022.] Dostupné z: <https://zachrannasluzba.cz/epidemiologie-mimonemocnicnich-nahlych-zastav-obehu-a-incidence-prezivani%EF%BB%BF/>.
5. LISOVÁ, Světlana, UHLÍŘOVÁ, Jiřina. *První pomoc a medicína katastrof*. vovcr.cz. [Online] 5. srpen 2019. [Citace: 24. únor 2022.] Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/083/page15.html>.
6. POTHIAWALA, Sohil. *Post-resuscitation care*. ncbi.nlm.nih.gov. [Online] červenec 2017. [Citace: 25. února 2022.] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5523091/>.
7. NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-4402-5.
8. STANĚK, Vladimír. *Kardiologie v praxi*. 1. vydání. Praha : Axonite CZ, 2014. ISBN 978-80-904899-7-4.
9. *3 nejčastější chyby při natáčení a popisu EKG*. japraktik.cz. [Online] Meditorial s.r.o, 25.. únor 2020. [Citace: 25. únor 2022.] Dostupné z: <https://www.japraktik.cz/odborne-clanky/3-nejcastejsi-chyby-pri-nataceni-a-popisu-ekg-56319>.

10. BULÍKOVÁ, Táňa. *EKG pre záchranárov nekladológov*. 1. vydání. Bratislava : Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-9590-4.
11. SOVOVÁ, Eliška, SEDLÁŘOVÁ, Jarmila. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. rozšířené vydání. Praha : GRADA Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-9230-9.
12. KAPOUNOVÁ, Gabriel. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vydání. Praha : Grada, 2020. ISBN 978-80-271-0130-6.
13. PŘECECHTĚLOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská péče o pacienty s tracheostomií*. florence.cz. [Online] 28. leden 2013. [Citace: 10. březen 2022.] Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/1/osevovatelstva-pece-o-pacienty-s-tracheostomii/>.
14. *Hemodynamika*. lekarske.slovníky.cz. [Online] Copyright, 1998-2022. [Citace: 25. únor 2022.] Dostupné z: <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/hemodynamika>.
15. CHARVÁT, Jiří a kolektiv. *Žilní vstupy*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5621.
16. VYTEJČKOVÁ, Renata, SEDLÁŘOVÁ, Petra, WIRTHOVÁ Vlasta, OTRADOVCOVÁ, Iva, PAVLÍKOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II speciální část*. 1. vydání. Praha : GRADA Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.
17. HOFFMANOVÁ, Petra. *Ošetrovatelská péče v interních oborech II. vovcr.cz*. [Online] 1. leden 2019. [Citace: 15. únor 2022.] Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/498/page14.html>.
18. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, VRABELOVÁ, Lucie, LIDICKÁ, Lucie. *Základy ošetrovatelské péče a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. 1. vydání. Praha : GRADA Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.
19. VYTEJČKOVÁ, Renata, SEDLÁŘOVÁ, Petra, WIETHOVÁ, Vlasta, OTRADOVCOVÁ, Iva, KUBÁTOVÁ, Lucie. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III, Speciální část*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-3421-7.
20. KRÜGER, Andreas. *Srdeční zástava a poresuscitační péče*. kardiologickarevue.cz. [Online] 2. září 2015. [Citace: 20. únor 2022.] Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/pdf?id=56030>.

21. BRYZGLOVÁ, Nikola. *Řízená hypotermie u pacienta po kardiopulmonální resuscitaci*. florence.cz. [Online] 2. červenec 2012. [Citace: 20. leden 2022.] Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/7/rizena-hypotermie-u-pacienta-po-kpr/>.
22. SANDRONI, Claudio, CRONBERG, Tobias, SEKHON, Mypinder. *Brain injury after cardiac arrest: pathophysiology, treatment, and prognosis*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. [Online] 27. říjen 2021. [Citace: 15. únor 2022.] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8548866/>.
23. ZOUHAROVÁ, Klára. *Bariérová péče, zásady aseptického chování a postupů*. docplayer.cz. [Online] DocPlayer.cz, únor 2011. [Citace: 25. únor 2022.] Dostupné z: <https://docplayer.cz/73983869-Barrierova-pece-zasady-aseptickeho-chovani-a-postupu.html>.
24. *Národní ošetrovatelský postup prevence vzniku dekubitů a péče o dekubity*. mzcr.cz. [Online] 21. únor 2020. [Citace: 6. březen 2022.] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40355/NOP%20Prevence%20vzniku%20dekubit%C5%AF%20a%20p%C3%A9%C4%8De%20o%20dekubity.pdf>.
25. JIRKOVSKÝ, Daniel a kolektiv. *Ošetrovatelské postupy a intervence*. [Online] listopad 2012. [Citace: 20. únor 2022.] Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/files/page/files/2016/inouceb.pdf>. ISBN 978-80-87347-13-3 .
26. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství I. 2. přepracované vydání*. Praha : GRADA Publishing, a.s., 2018. ISBN 978-80-271-2327-8.
27. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. čtvrté rozšířené vydání. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.
28. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vydání. Praha : GRADA Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
29. DOKTOROVÁ, Gabriela. *Ošetrovatel'ská starostlivost' o pacienta v poresuscitačnom období*. fnmotol.cz. [Online] 2018. [Citace: 24. únor 2022.] Dostupné z: fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/3/2256/sbornik-cmo-2018.pdf_%3B

30. VYTEJČKOVÁ Renata, SEDLÁŘOVÁ, Petra, WIRTHOVÁ, Vlasta, HOLUBOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I obecná část*. 1. vydání. Praha : GRADA Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
31. *Národní ošetrovatelský postup katetrizace močového měchýře*. mzcr.cz. [Online] Ministerstvo, zdravotnictví ČR, 21. únor 2020. [Citace: 1. březen 2022.] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40359/NOP%20Katetrizace%20mo%C4%8Dov%C3%A9ho%20m%C4%9Bch%C3%BD%C5%99e.pdf>.
32. SVĚŘÁKOVÁ, Markéta. *Edukační činnost sestry, úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha : Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
33. TOMOVÁ, Šárka, KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha : GRADA Publishing, a.s., 2016. ISBN 978-80-271-9540-4.
34. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
35. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základy teorie, metody a aplikace*. 3. vydání. Praha : Portál, s.r.o., 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.
36. NOVÁK, Vlastimil. *Uplatňování holismu u kriticky nemocných*. zdravi.euro.cz/. [Online] 9. září 2011. [Citace: 10. březen 2022.] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/uplatnovani-holismu-u-kriticky-nemocnych-461384>.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – informovaný souhlas
- Příloha B – povolení k výzkumu ve FN Plzeň

PŘÍLOHY

Příloha A – informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Ošetrovatelská péče o pacienta po kardiopulmonální resuscitaci

STUDENT

Jméno: Anna Plchová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: anna.plachetkova@gmail.com

VEDOUCÍ BP:

Jméno: PhDr. Petra Bejvančíková
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: pbejvanc@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat uspokojování potřeb u pacienta a jeho rodiny po kardiopulmonální resuscitaci.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha B – povolení k výzkumu ve FN Plzeň



Vážená paní
Anna Pichová
Studentka oboru Všeobecné ošetrovatelství
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povolují** sběr informací o léčebných metodách / ošetrovatelských postupech používaných u pacientů *Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM) FN Plzeň*. Informace budete získávat v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Ošetrovatelská péče o pacienta po kardiopulmonální resuscitaci*“.

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

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

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

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

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

8. 11. 2021