

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Veronika Lau

**Průvodce rodiny po intenzivní péči – příprava
webového portálu**

*Family guide throughout intensive care unit – creating
website*

Diplomová práce

Praha, květen 2021

Autor práce: Veronika Lau

Studijní program: Intenzivní péče

Magisterský studijní obor: Intenzivní péče

Vedoucí práce: **doc. MUDr. František Duška, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF
UK a FNKV**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 14. května 2021

Veronika Lau

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala doc. MUDr. Františkovi Duškovi, Ph.D. za cenné rady při tvorbě této práce, MUDr. Tomášovi Balíkovi za poskytnutí fotografií z prostředí oddělení RES I a RES II FNKV, Davidu Kettnerovi za povzbudivá slova, kterými se vyjádřil k textu Průvodce po intenzivní péči, a Vítovi Pawlíkovi, který mi byl vždy ochotně nablízku, když textový editor zarytě vzdoroval proti mým příkazům.

Obsah

ÚVOD	6
1 TEORETICKÁ ČÁST	7
1.1 INTENZIVNÍ PÉČE	7
1.2 KOMUNIKACE S PŘÍBUZNÝMI PACIENTŮ HOSPITALIZOVANÝCH V INTENZIVNÍ PÉČI	9
1.3 INFORMAČNÍ MATERIÁLY A JEJICH VYUŽITÍ V KOMUNIKACI.....	17
1.3.1 <i>Přehled informačních materiálů v zahraničí</i>	24
1.3.2 <i>Přehled informačních materiálů v ČR</i>	29
2 PRAKTICKÁ ČÁST	32
2.1 METODOLOGIE	32
2.2 PRŮVODCE PO INTENZIVNÍ PÉČI.....	35
2.2.1 <i>Představení intenzivní péče</i>	35
2.2.2 <i>Příjem pacienta</i>	36
2.2.3 <i>Průběh hospitalizace</i>	39
2.2.4 <i>Ukončení hospitalizace na intenzivní péči</i>	51
2.2.5 <i>Návštěvy na intenzivní péči</i>	68
2.3 VÝSLEDKY A DISKUSE.....	72
ZÁVĚR	74
ABSTRAKT	75
ABSTRACT.....	76
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	77
SEZNAM ZKRATEK	82
SEZNAM OBRÁZKŮ	83
SEZNAM PŘÍLOH.....	84
PŘÍLOHY.....	85

Úvod

Pracoviště intenzivní medicíny je velmi specifické prostředí. Příbuzní pacientů hospitalizovaných na intenzivní péči jsou do tohoto prostředí vrženi obvykle náhle, bez varování, ve stavu emočního vypětí. V jedněch z nejtěžších chvílí života se musí se svými obavami o život blízkého vyrovnávat v prostředí pro ně neznámém a nepříliš přátelském, spíše nevlídném a vyvolávajícím strach. Jejich blízký v kritickém stavu může být změněný téměř k nepoznání nejen kvůli samotnému onemocnění či úrazu, ale také množstvím zavedených invazivních vstupů, připojením na přístroje a dalšími terapeutickými postupy. Je pochopitelné, že si příbuzní kladou otázky, proč tomu tak je, proč se jejich blízký ztrácí pod záplavou hadiček a kabelů, k čemu slouží přístroje obklopující jeho lůžko a proč blikají a hlasitě alarmují?

I když je zdravotnický personál obvykle připraven zodpovědět jejich otázky, pomoci jim pochopit, v jakém stavu se jejich blízký nachází, poskytnout jim alespoň základní orientaci v neznámém prostředí a vysvětlit jim účel přístrojů i invazí, nemusí vždy příbuzní pacientů dostat žádané odpovědi. Ničím neobvyklým není ani neschopnost si v prvotním šoku podané informace zapamatovat. Po odchodu od lůžka pacienta se však otázky mohou znovu vynořit jako nezodpovězené. Kde na ně najít kýžené odpovědi? Řešením se zdá být vytvoření Průvodce po intenzivní péči, který by obsahoval souhrn důležitých a relevantních informací. Takový průvodce by mohl příbuzným pacientů pomoci orientovat se v neznámém prostředí a pochopit jim to, co při osobní návštěvě vidí u lůžka svého blízkého.

Volba tématu diplomové práce pro mě byla velmi jednoduchá. Láska k tvůrčímu psaní, touha předávat nabyté informace dalším lidem a zejména potřeba zanechat za svým celoročním úsilím s tvorbou diplomové práce něco hmatatelného, užitečného a použitelného v každodenní praxi mě nemohla vést jiným směrem. Doufám, že naplněním cíle této práce, tedy vytvořením Průvodce po intenzivní péči, pomohu všem příbuzným pacientů, kteří to potřebují.

1 Teoretická část

1.1 Intenzivní péče

Intenzivní péče je obor poskytující pacientům speciální a důkladnější lékařskou i ošetrovatelskou péči, než jaká je dostupná na standardních lůžkových odděleních. Díky svému zaměření i technickému a personálnímu zajištění je určena pro pacienty, u kterých dochází nebo již došlo k selhání jedné nebo více životních funkcí, nebo u kterých toto selhání následkem úrazu, onemocnění nebo lékařské intervence hrozí, a u nichž lze předpokládat, že se jedná o reverzibilní selhání. K přijetí na lůžka intenzivní péče nejsou indikováni pacienti s ireverzibilním selháním životních funkcí a pacienti v terminálním stadiu nevyléčitelného onemocnění¹, neboť takovým pacientům hospitalizace na intenzivní péči nezlepší kvalitu zbývajících života, naopak může vést k dystanazii, tedy uměle zadržované smrti. Zahájení intenzivní léčby u pacienta, který nemá naději na zlepšení svého stavu, je neetické z hlediska principu beneficence, nonmaleficence i spravedlnosti rozdělování dostupných zdrojů pro potřebné².

Podle množství a náročnosti péče lze intenzivní péči rozdělit do tří stupňů:

- **I. stupeň** poskytuje nejnižší úroveň péče. Je určený pro pacienty, kteří vykazují známky orgánové dysfunkce s nutností kontinuální monitorace jejich stavu, nebo kteří jsou ohroženi selháním některé ze základních životních funkcí. Pacienti v tomto stupni intenzivní péče vyžadují pouze malou farmakologickou nebo přístrojovou podporu orgánových funkcí.
- **II. stupeň** je určený pro pacienty se selháním jedné životní funkce s nutností přístrojové a farmakologické podpory.
- **III. stupeň** poskytuje nevyšší možnou úroveň intenzivní péče. Zde jsou hospitalizováni pacienti se selháním dvou a více orgánových funkcí, kteří jsou závislí na přístrojové a farmakologické podpoře³.

¹ BARTŮŇEK, Petr et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1. S. 6-7.

² VALENTIN, Andreas et al. Recommendations on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Medicine* [online]. 2008, **34**(4), 771-776 [cit. 2021-04-19]. ISSN 0342-4642. Dostupné z: doi: 10.1007/s00134-007-0975-6. S. 772.

³ BARTŮŇEK, ref. 1, s. 6-7.

Toto rozdělení se někdy odráží také na označení konkrétních oddělení. Na jednotce intenzivní péče (JIP) bývají hospitalizovaní pacienti vyžadující všechny tři stupně péče, neboť může být určena pro široké spektrum pacientů od kriticky nemocných po vážných úrazech či se závažným onemocněním s akutním průběhem až po pacienty po chirurgickém zákroku k jednodennímu sledování životních funkcí a průběhu zotavení po výkonu. Oddělení, která poskytují zejména druhý a třetí stupeň intenzivní péče, bývají označena nejčastěji jako anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO), resuscitační oddělení (RES), jednotky intenzivní a resuscitační péče (JIRP) či oddělení resuscitační a intenzivní medicíny (ORIM), někdy je lze nalézt také pod označením klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM). Naopak oddělení poskytující pouze první stupeň intenzivní péče se v některých zdravotnických zařízeních označují jako jednotky intermediální péče (JIMP) nebo jednotky zvýšeného dohledu. Do této kategorie spadají také oddělení uzpůsobená pro pacienty zotavující se bezprostředně po operačním výkonu, nejčastěji nazývaná jako dospávací pokoj, jednotka pooperační péče nebo jednotka poanestetičké péče.

V angličtině se pro oddělení poskytující intenzivní péči nejčastěji používají termíny intensive care unit (ICU), critical care unit (CCU) a high-dependency unit (HDU). Na ICU a CCU je poskytována zejména intenzivní péče druhého a třetího stupně, na HDU je poskytována intenzivní péče prvního a druhého stupně.

V této práci je používán termín **intenzivní péče**, který zastupuje nejen lékařskou a ošetrovatelskou činnost, ale také oddělení poskytující druhý a třetí stupeň intenzivní péče. Při tvorbě teoretické části byly použity zahraniční odborné zdroje týkající se ICU či CCU, tedy nejvyšší možné poskytované intenzivní péče.

1.2 Komunikace s příbuznými pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči

Vážná nemoc či úraz blízkého je traumatická událost způsobující velký stres⁴. Přijetí pacienta na intenzivní péči je často pro jeho rodinu krizovou situací, rodinní příslušníci jsou zpočátku v šoku a zmatení⁵, mohou pociťovat strach, nenávist a ztrátu kontroly nad situací nebo být vyčerpaní⁶. Kvalitativní i kvantitativní studie ukazují, že příbuzní pacienta nejsou schopni porozumět situaci, v níž se krátce po přijetí svého blízkého na intenzivní péči ocitli⁷. Zejména nemožnost komunikace přímo s pacientem vyvolává v rodinách stav bezmoci, protože nikdo neví, jak se jejich blízký cítí nebo co by si přál, aby pro něj někdo udělal⁸. Již studie z roku 1979 prokázala, že v tuto chvíli je pro rodinné příslušníky nejdůležitější mít naději a dostat od zdravotníků srozumitelné, adekvátní a pravdivé informace o svém blízkém⁹. Co příbuzní pacienta hospitalizovaného v intenzivní péči považují za nejdůležitější bylo zjištěno ve studii provedené v roce 2010:

- Znat prognózu – příbuzní si přejí znát pravděpodobnou prognózu, i nepříznivou, aby se případně mohli připravit na nejhorší možný scénář, a aby mohli hledat další způsoby (např. v alternativní medicíně), jak svému blízkému pomoci.

⁴ MISTRALETTI, Giovanni et al. A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: an Italian multicenter before-and-after study. *Intensive Care Medicine* [online]. 2017, **43**(1), 69-79 [cit. 2020-12-8]. ISSN 0342-4642. Dostupné z: doi: 10.1007/s00134-016-4592-0. S. 70.

⁵ OTHMAN, Hamidah et al. The Effect of Information Booklets on Family Members' Satisfaction with Decision Making in an Intensive Care Unit of Malaysia. *Journal of Young Pharmacists* [online]. 2016, **8**(2), 128-132 [cit. 2020-12-8]. ISSN 09751483. Dostupné z: doi: 10.5530/jyp.2016.2.13. S. 128.

⁶ SÖDERSTRÖM, Ing-Mari K. et al. Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2009, **25**(5), 250-257 [cit. 2020-12-8]. ISSN 09643397. Dostupné z: doi: 10.1016/j.iccn.2009.06.006. S. 251.

⁷ PEIGNE, Vincent et al. Important questions asked by family members of intensive care unit patients*. *Critical Care Medicine* [online]. 2011, **39**(6), 1365-1371 [cit. 2020-12-8]. ISSN 0090-3493. Dostupné z: doi: 10.1097/CCM.0b013e3182120b68. S. 1366.

⁸ HASHIM, Faridah a Rosnani HUSSIN. Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. 2012, **36**, 103-111 [cit. 2020-12-8]. ISSN 18770428. Dostupné z: doi: 10.1016/j.sbspro.2012.03.012. S. 103-104.

⁹ MOLTER, Nancy C. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart&Lung*. 1979, **8**(2), 332-339. PMID: 253712. S. 333.

- Být vždy informovaní o změně pacientova stavu – rodina si přeje být telefonicky informovaná o náhlé změně stavu, pokud zrovna není u pacienta někdo z rodiny přítomen.
- Dostat upřímné odpovědi na otázky – za upřímné považují blízcí takové odpovědi, které jsou jasné, nezakrývají ani nepříznivou prognózu a obsahují detailnější vysvětlení.
- Mít naději.
- Často navštěvovat pacienta – zejména pacientovi nejbližší si přejí navštěvovat jej co nejčastěji, byť by se jednalo pouze o velmi krátký čas, neboť se potřebují ujistit, že je pacient v pořádku. Striktně stanovené návštěvní hodiny často uvádí rodinu do stavu úzkosti, neboť po většinu dne neví, co se s pacientem děje.¹⁰

K podobným závěrům došla i studie autorů Perezové, Alexandera a Wise z roku 2003, kteří zkoumali potřeby příbuzných pacientů po příjezdu zdravotnické záchranné služby před převozem pacienta do nemocnice na intenzivní péči. Příbuzní chtěli znát zdravotní stav svého blízkého, jeho prognózu, potřebovali dostat jasné a srozumitelné informace, chtěli upřímné odpovědi na své otázky a potřebovali dostat naději. Velmi důležité pro ně bylo také zjistit, do které nemocnice bude jejich blízký převezen¹¹.

Studie z Chile z roku 2017 popsala deset nejdůležitějších potřeb příbuzných pacientů přijatých na intenzivní péči. První čtyři příčky obsadily potřeby spojené s komunikací – upřímné zodpovězení otázek, znalost prognózy, telefonické informování lékařem v případě náhlé změny stavu pacienta a podávání aktuálních informací o vývoji zdravotního stavu pacienta. Dále si příbuzní přejí vědět, že jejich blízký dostává nejlepší možnou péči a že se o něj zdravotnický personál dobře stará. Na sedmém místě se umístila potřeba získat informace o prostředí intenzivní péče ještě před první návštěvou pacienta. Poslední tři potřeby v žebříčku opět zahrnují

¹⁰ HASHIM, ref. 8, s. 107-109.

¹¹ PEREZ, Leanne, Derrek ALEXANDER a Lowell WISE. Interfacility Transport of Patients Admitted to the ICU: Perceived Needs of Family Members. *Air Medical Journal* [online]. 2003, 22(5), 44-48 [cit. 2020-12-11]. ISSN 1067-991X. Dostupné z: doi: 10.1067/mmj.2003.66. S. 46.

komunikaci – každodenní informování o stavu pacienta, znalost všech procedur, které pacient podstupuje a konkrétní informace o aktuální léčbě pacienta¹².

Z těchto studií vyplývá, že komunikace a získávání informací je pro příbuzné pacientů zcela zásadní. Tato potřeba rodin pacientů vždy představovala výzvu pro zdravotníky, zejména pro sestry a lékaře. Je tomu proto, že rodinní příslušníci jsou na zdravotnicích vysoce závislí, pokud se jedná o sdělování informací o zdravotním stavu pacienta a jeho vývoji, neboť pacienti sami jsou často neschopní komunikovat, nemohou přijímat informace o svém stavu a předávat je dále rodině¹³. Poskytování informací příbuzným pacientů je pro lékaře a sestry pracující na intenzivní péči zásadním úkolem. Nejasné, nekonzistentní a nekoordinovaně předávané informace jsou největším zdrojem stresu pro pacienty i jejich rodiny¹⁴. Intenzivní péče je navíc prostředí nevlídné až děsivé¹⁵, v obecném povědomí považované za oddělení s vysokou úmrtností¹⁶, které spolu s dramaticností celé situace náhlého, neplánovaného přijetí pacienta v kritickém stavu ještě více komplikuje komunikaci s emocionálně vyčerpanými příbuznými¹⁷. Závažnost pacientova stavu, sedace pacienta a další okolnosti¹⁸, zejména strach ze ztráty milované osoby, rozpadu rodiny a obavy o budoucnost¹⁹ rodinu někdy činí zcela neschopnou přímé komunikace²⁰. Zejména v prostředí intenzivní péče je proto nutné předávat informace užitečné a aktuální, a to citlivě s ohledem na psychický stav pacienta či rodiny, jejich schopnost předávané informace pojmout a pochopit²¹ a také na jejich vzdělání. Ukázalo se, že lidé s vyšším stupněm dosaženého vzdělání vyžadují více informací o svém příbuzném a mají potřebu znát význam všech odborných termínů z prostředí

¹² PADILLA-FORTUNATTI, C. et al. Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enfermería Intensiva* [online]. 2018, **29**(1), 32-40 [cit. 2020-12-11], s. 36. ISSN 11302399. Dostupné z: doi: 10.1016/j.enfi.2017.09.001.

¹³ HASHIM, ref. 8, s. 103-104.

¹⁴ SCHNOCK, Kumiko O. et al. Identifying Information Resources for Patients in the Intensive Care Unit and Their Families. *Critical Care Nurse* [online]. 2017, **37**(6), e10-e16 [cit. 2020-12-8]. ISSN 0279-5442. Dostupné z: doi: 10.4037/ccn2017961. S. e11.

¹⁵ MISTRALETTI, ref. 4, s. 70.

¹⁶ HASHIM, ref. 8, s. 104.

¹⁷ MISTRALETTI, ref. 4, s. 70

¹⁸ HASHIM, ref. 8, s. 104.

¹⁹ SCOTT, Pamela, Patricia THOMSON a Ashley SHEPHERD. Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open* [online]. 2019, **6**(3), 698-712 [cit. 2020-12-12]. ISSN 2054-1058. Dostupné z: doi: 10.1002/nop2.287. S. 699.

²⁰ HASHIM, ref. 8, s. 104.

²¹ SCHNOCK, ref. 14, s. e11.

intenzivní péče, se kterými se dosud nesetkali. I osoby s nižším vzděláním je nutné patřičně informovat a při komunikaci s nimi dbát na jejich potřeby a porozumění²².

Mnoho studií ukázalo, že se rodinám ze strany zdravotnického personálu nedostává patřičné podpory²³. K tomuto pocitu vede zejména nedostatek času, který má personál pro komunikaci s rodinou vyhrazený, případně i neochota nebo nevědomé opomenutí vysvětlení některých specifíků intenzivní péče (invazivní procedury, přístrojové vybavení, hlučné prostředí, nahota pacienta). Nepochopení předaných informací umocňuje také použití lékařského žargonu²⁴. Rodiny udávají, že zdravotníci nevěnují komunikaci o stavu pacienta patřičnou pozornost, a ocenily by zejména častější a podrobnější rozhovory se sestrami, kterým příbuzní často rozumí lépe než lékařům, a které by jim pomohly lépe pochopit, jaký je stav pacienta. Takové rozhovory by přispěly ke snížení úzkosti a stresu, který rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných na intenzivní péči zažívají²⁵. Avšak i některé sestry mohou mít potíže příbuzné srozumitelně seznámit s procedurami, které pacient podstupuje, a přístroji, na které je napojený²⁶.

Všechny výše uvedené faktory vyvolávají v příbuzných pocit nedostatečné informovanosti nebo způsobují neporozumění sdělení, které vede rodiny pacientů k vyhledávání dodatečných informací z nevhodných zdrojů (ústně předávané historky, internet, televizní pořady). Tyto zdroje však často uvádí nereálné nebo neužitečné informace, které u rodin vytváří zcela nevhodná očekávání²⁷. Neporozumění a mylné představy příbuzných nejsou při komunikaci se zdravotníky ničím výjimečným²⁸. Přestože dochází k mnoha zlepšením, stále se ukazuje, že k nepochopení sdělených informací dochází až u více než poloviny příbuzných pacientů²⁹. Studie z roku 2015 ukázala, že nejčastěji dochází k nepochopení v otázkách léčby pacienta (udalo 53 % příbuzných) a jeho prognózy (udalo 36 %

²² CHIANG, Vico Chung Lim et al. Fulfilling the psychological and information need of the family members of critically ill patients using interactive mobile technology: A randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2017, **41**, 77-83 [cit. 2021-1-15]. ISSN 09643397. Dostupné z: doi:10.1016/j.iccn.2017.03.006. S. 78.

²³ HASHIM, ref. 8, s. 104.

²⁴ MISTRALETTI, ref. 4, s. 70

²⁵ HASHIM, ref. 8, s. 104-105.

²⁶ CHIANG, ref. 22, s. 78.

²⁷ MISTRALETTI, ref. 4, s. 70

²⁸ OTHMAN, ref. 5, s. 128.

²⁹ MISTRALETTI, ref. 4, s. 70

příbuzných). Diagnóza je pro příbuzné nejsnáze pochopitelná, nepochopení nastalo pouze u 14 % příbuzných³⁰.

Příbuzní kriticky nemocných nejsou jen návštěvníky u lůžka, jsou to také lidé, kteří musí ve stresu z nejistoty rozhodovat za pacienty, kteří toho obvykle nejsou vlivem zdravotního stavu a léčby sami schopni. Některé léčebné postupy v intenzivní medicíně vyžadují urgentní rozhodnutí o konkrétním postupu, což je pro rodiny pacientů ještě více stresující. Ve specifickém prostředí intenzivní péče je schopnost příbuzných správně pochopit celou problematiku a učinit plně informované rozhodnutí silně narušená. To často vede k úzkostem, zmatení, frustraci či hněvu rodinných příslušníků³¹. Porozumění je však v tuto chvíli zásadní³². Potřeba získat dostatek informací je zásadním předpokladem pro aktivní zapojení pacientů a jejich příbuzných do rozhodování o poskytované péči³³. K pochopení situace je třeba klást správné otázky, které ovšem v emočním vypětí není snadné nalézt a formulovat. Zodpovězení takových otázek je pro rodinu v kontextu zapojení do procesu rozhodování o další péči o pacienta velmi důležité. Poskytnutí seznamu nejčastěji kladených otázek a odpovědí na ně může být klíčem k porozumění situaci³⁴.

Studie z roku 2011 prezentuje 21 nejčastěji kladených otázek. Tyto otázky byly vybrány nejen z rozhovorů s rodinami pacientů, ale také z rozhovorů s lékaři, sestrami a z dostupných publikací na dané téma. Otázky musely splňovat kritérium aplikovatelnosti na všechny pacienty v intenzivní péči, z tohoto důvodu nebyly do konečného seznamu zahrnuty ty, které se týkaly specifického zdravotního stavu pacienta nebo péče v závěru života³⁵.

Konečný seznam nejčastěji kladených otázek zahrnuje tyto:

- Neurologický stav – Proč není pacient plně při vědomí?
- Onemocnění – Co je s ním? Jaký je důvod jeho hospitalizace?

³⁰ MATHEW, Jacob Eapen et al. Do they hear what we speak? Assessing the effectiveness of communication to families of critically ill neurosurgical patients. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology* [online]. 2015, **31**(1), 49-53 [cit. 2020-12-18]. ISSN 0970-9185. Dostupné z: doi: 10.4103/0970-9185.150540. S. 52.

³¹ OTHMAN, ref. 5, s. 128.

³² PEIGNE, ref. 7, s. 1369.

³³ SCHNOCK, ref. 14, s. e11.

³⁴ PEIGNE, ref. 7, s. 1369.

³⁵ PEIGNE, ref. 7, s. 1369.

- Vzhled – Pacient vypadá jinak než obvykle. Proč tak vypadá?
- Léčba – Jakou léčbu a další péči dostává?
- Weaning – Kdy bude moct dýchat sám?
- Přístroje a invazivní vstupy – K čemu slouží invazivní vstupy a přístroje, k nimž je pacient připojený?
- Zotavení – Kdy mu bude lépe?
- Prognóza – Jaká je pravděpodobnost, že se uzdraví?
- Kdy a jak se rodina dozví, co se bude dále s pacientem dít?
- Současné události – Je pacientovi dnes lépe?
- Psychický komfort – Není pacient v psychickém stresu?
- Poskytnutí komfortu – Je možné pacientovi přinést něco, čím by bylo možné jej potěšit (oblíbené jídlo, čtení, hudba)?
- Bolest – Bolí ho něco?
- Vnímání – Slyší a vnímá pacient, co se mu říká?
- Účast na péči – Je možné pomoci s péčí o pacienta (hygiena, podávání jídla)?
- Být informován – Mám jistotu, že budu informován, pokud se něco náhle stane?
- Novinky – Budu pravidelně informován o změnách? Jak?
- Telefonát – Je možné zavolat a žádat informace o pacientovi po telefonu?
- Rozhodování – Co se ode mě očekává v případě rozhodování o dalším postupu v péči o pacienta?
- Délka hospitalizace – Jak dlouho bude pacient hospitalizovaný na intenzivní péči?
- Následky – Bude mít pacient nějaké trvalé následky?³⁶

Tyto otázky byly porovnány s obsahem některých informačních materiálů dostupných na odděleních intenzivní péče pro příbuzné pacientů. Ukázalo se, že příbuzní žádají více informací, než je v informačních materiálech obsaženo. Kromě úpravy těchto materiálů bylo v závěru studie doporučeno poskytnout rodinám

³⁶ PEIGNE, ref. 7, s. 1369.

pacientů seznam otázek, který jim pomůže získat potřebné informace i ve stresové situaci³⁷.

Detailní informace o zdravotním stavu pacienta dostávají rodiny od lékařů³⁸, nejčastěji jedenkrát denně³⁹. Malajská studie však ukázala, že základní informace by si rodiny přály dostat zejména od sester, které poskytují pacientovi přímou péči, neboť se domnívají, že právě sestry trávící s pacientem nejvíce času jsou v nejlepší pozici předávat nejaktuálnější informace o zdravotním stavu pacienta, byť by se jednalo pouze o sdělení obecného stavu pacienta. Sestry jsou navíc ty, kterým příbuzní nejlépe rozumí, protože mají kompetenci sdělovat pouze nejzákladnější informace a na rozdíl od lékařů se obvykle vyhýbají termínům, kterým příbuzní nerozumí⁴⁰. Ze strachu z poskytnutí nepřesných či zavádějících informací nebo nezodpovězení otázek příbuzných pacientů však sestry často raději delegují rozhovory na lékaře, byť by poskytnutí takových informací bylo v jejich kompetencích⁴¹. Pacientovi blízcí bývají zklamaní, že je sestry bez podání jakékoliv informace odkazují přímo na lékaře, kteří ovšem mohou být zrovna nedostupní⁴².

Komunikace se sestrami je pro rodinu důležitá také ve chvíli, kdy má rozhodnout o další péči o svého blízkého, který toho kvůli svému stavu není schopen sám. Kromě zjišťování, co by si nemocný sám přál, by sestry měly pomoci rodinám při rozhovorech s lékařem o dalších možných postupech pochopit, jaké důsledky s sebou takové možnosti přinášejí, aby byly rodiny schopné zvolit si tak, aby to co nejlépe odpovídalo přání pacienta. Zejména by se sestry měly ujistit, že rodina pochopila, co jim lékař sdělil, a měly by podpořit rodinu v získání dalších informací, jsou-li potřebné⁴³.

V posledních letech bylo vytvořeno mnoho postupů a nástrojů, které pomohou rodinám pacientů pochopit situaci, v níž se ocitly, porozumět informacím ohledně léčby pacienta a tím snížit jejich stresovou zátěž⁴⁴. Bylo prokázáno, že

³⁷ PEIGNE, ref. 7, s. 1370

³⁸ HASHIM, ref. 5, s. 109.

³⁹ VELASCO BUENO, J.M. et al. Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva* [online]. 2018, 42(6), 337-345 [cit. 2021-1-18]. ISSN 02105691. Dostupné z: doi: 10.1016/j.medin.2017.09.007. S. 338.

⁴⁰ HASHIM, ref. 5, s. 104-105, 109.

⁴¹ SCOTT, ref. 19, s. 709.

⁴² HASHIM, ref. 8, s. 105.

⁴³ HASHIM, ref. 8, s. 105.

⁴⁴ MISTRALETTI, ref. 4, s. 70.

nejefektivnější je poskytování informací vhodně načasované, v malých dávkách a doplněné použitím multimediálních technik, díky čemuž nedochází k naplnění kognitivní kapacity a ztrátě schopnosti informacím porozumět⁴⁵. Také je vhodné informovat celou rodinu najednou, aby všichni její členové získali stejné informace z jednoho zdroje. Nejlepší je uspořádat rodinnou konferenci, při které je možné současně odpovědět na všechny otázky. To ovšem bývá velmi složité, protože každý člen rodiny mívá jiné časové možnosti, a jedná-li se o naléhavou situaci, není možné všechny členy rodiny adekvátně informovat a čekat na jejich vyjádření ohledně dalšího postupu⁴⁶.

Blízcí pacienta hodnotí komunikační dovednosti personálu na intenzivní péči za stejně důležité jako jejich klinické a praktické schopnosti, pokud ne ještě více⁴⁷. Správná komunikace, tedy jasné a srozumitelné předání důležitých informací⁴⁸, zvyšuje jejich spokojenost s péčí, schopnost podílet se na rozhodnutích a zlepšuje jejich psychickou pohodu^{49,50}. Dobré komunikační dovednosti personálu, poskytnutí psychologické podpory nebo vedení deníku pacienta jeho příbuznými pomáhá rodinám lépe porozumět tomu, co se s pacientem děje, snižuje riziko vzniku posttraumatického stresového syndromu, úzkosti a deprese, snižuje počet soudních sporů, zvyšuje počet dárcovství orgánů a tkání a snižuje pocit vyhoření u zdravotnického personálu⁵¹.

⁴⁵ SCHNOCK, ref. 14, s. e11.

⁴⁶ HASHIM, ref. 8, s. 105.

⁴⁷ MISTRALETTI, ref. 4, s. 70.

⁴⁸ OTHMAN, ref. 5, s. 128.

⁴⁹ MISTRALETTI, ref. 4, s. 70.

⁵⁰ SOLTNER, Christophe et al. Written information that relatives of adult intensive care unit patients would like to receive—A comparison to published recommendations and opinion of staff members*. *Critical Care Medicine* [online]. 2009, **37**(7), 2197-2202 [cit. 2020-12-8]. ISSN 0090-3493. Dostupné z: doi: 10.1097/CCM.0b013e3181a03063. S. 2197

⁵¹ MISTRALETTI, ref. 4, s. 70.

1.3 Informační materiály a jejich využití v komunikaci

Přijetí do drsného a neznámého prostředí intenzivní péče vystavuje pacienty i jejich rodiny různým fyzickým i psychickým stresorům, což je příbuznými pacientů popisováno jako velmi nepříjemná zkušenost. V takové chvíli mají příbuzní naléhavou potřebu získat jasné, ucelené a konzistentní informace a očekávají podporu, respekt a soucit⁵². Ústní komunikace je základní způsob předávání informací blízkým pacientů, avšak je velmi časově náročná⁵³ a nemusí se při ní dosáhnout nejefektivnějšího způsobu podávání informací, které má být přehledné a strukturované⁵⁴. V prostředí intenzivní péče není vždy možné informovat příbuzné tak, jak by si sami představovali⁵⁵. Rodinní příslušníci se po rozhovoru se zdravotnickým personálem mohou cítit zmatení a přesycení informacemi. Udávají také, že některým podávaným informacím rozumí jen mizivě, což často ústí v nereálné představy a očekávání, a ještě více tak u nich zvyšuje míru úzkosti a stresu. To může vést až k posttraumatické stresové poruše. Příbuzní potřebují rozumět zejména diagnóze, prognóze a prováděným intervencím, musí věřit zdravotnickému personálu a potřebují se adekvátně vyrovnat se svými pocity strachu, deprese a úzkosti⁵⁶. Porozumění podávaným informacím, důvěra personálu a relativní psychická pohoda jsou pro rodinné příslušníky nezbytné pro adekvátní rozhodování ohledně dalšího postupu léčby u pacientů, kteří toho v danou chvíli nejsou sami schopni. V prostředí intenzivní péče však často dochází k rozhodování v časové tísní, v době, kdy příbuzní nejsou dostatečně seznámeni s tím, co intenzivní péče přináší a obnáší. K naplnění potřeby získat základní informace mohou sloužit informační materiály⁵⁷, které jsou snadno aplikovatelné do praxe, nekladou na zdravotnický personál téměř žádné požadavky (pouze je nutné předat je v případě tištěné verze rodinám při osobním rozhovoru, nebo jim poskytnout informaci o

⁵² MISTRALETTI, Giovanni et al. Improving communication toward ICU families to facilitate understanding and reduce stress. Protocol for a multicenter randomized and controlled Italian study. *Contemporary Clinical Trials* [online]. 2019, **86** [cit. 2020-12-20]. ISSN 15517144. Dostupné z: doi: 10.1016/j.cct.2019.105847. S. 2.

⁵³ SOLTNER, ref. 50, s. 2200.

⁵⁴ OTHMAN, ref. 5, s. 128-129.

⁵⁵ SOLTNER, ref. 50, s. 2200.

⁵⁶ MISTRALETTI, ref. 52, s. 2.

⁵⁷ SCHNOCK, ref. 14, s. e15.

existenci webových stránek)⁵⁸ a přináší značný benefit zejména těm lidem, kteří s intenzivní péčí nemají dosud žádné zkušenosti⁵⁹. Tyto informační materiály vysvětlují rodinám, co je to intenzivní péče, jak je strukturovaná a co se s pacienty v intenzivní péči děje, čímž jim napomáhají lépe porozumět poskytované péči. Porozumění je důležitým faktorem zmírňujícím stres, úzkost a depresi a pomáhá rodinám lépe se vyrovnat s emotivní situací přijetí blízkého na intenzivní péči. Kromě toho jsou výhodné i pro zdravotnický personál – podporují transparentnost jejich práce a tím zvyšují její prestiž. Navíc obsahují odpovědi na nejčastěji kladené otázky, díky čemuž získávají zdravotníci při rozhovoru s rodinou čas soustředit se i na jiné oblasti jejich potřeb. V neposlední řadě povzbuzují příbuzné k zapojení do péče o pacienta a tím pomáhají k vytvoření lepšího vztahu s personálem⁶⁰. Informace obsažené v těchto materiálech nemají za cíl nahradit přímou komunikaci se zdravotnickým personálem, ale mají ji adekvátním způsobem shrnout a doplnit⁶¹ tak, aby se k nim příbuzní mohli kdykoliv vrátit a sami si tak objasnit vše, co jim dosud nebylo jasné nebo co od rozhovoru s personálem zapomněli⁶².

Celá řada studií prokázala, že informační materiály pro příbuzné pacientů jsou efektivním nástrojem, který je v běžné praxi snadno použitelný. Italská studie autorů Mistrarettiho et al. popsala, že informační materiály jsou vhodným doplňkem ústního předávání informací, pokud obsahují informace aplikovatelné na všechny pacienty v intenzivní péči a jsou přizpůsobené potřebám rodin pacientů⁶³. Randomizovaná multicentrická studie Azoulay et al. ukázala, že standardizované informační materiály zlepšují porozumění diagnózy a léčby příbuznými pacientů v intenzivní péči o 11 %⁶⁴. S tím souhlasí i studie z roku 2016 provedená v Malajsii, která prokázala, že použití informační brožury vedlo ke signifikantnímu zvýšení uspokojení ohledně informovanosti a snazšímu rozhodování v otázkách další péče o

⁵⁸ MISTRARETTI, ref. 4, s. 71.

⁵⁹ OTHMAN, ref. 5, s. 131.

⁶⁰ MISTRARETTI, ref. 52, s. 9.

⁶¹ SCHNOCK, ref. 14, s. e11.

⁶² MATHEW, ref. 30, s. 52.

⁶³ MISTRARETTI, ref. 4, s. 75-76.

⁶⁴ AZOULAY, Elie et al. Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [online]. 2002, **165**(4), 438-442 [cit. 2020-12-8]. ISSN 1073-449X. Dostupné z: doi: 10.1164/ajrcm.165.4.200108-006oc. S. 441.

pacienta⁶⁵. Všechny tyto názory shrnuje systematické review, které dokládá, že poskytnutí informačních materiálů zvyšuje porozumění daným informacím a doporučuje použití takových materiálů na všech odděleních poskytujících intenzivní péči⁶⁶.

Italská studie z roku 2016 zkoumala spokojenost s komunikací a porozumění předaným informacím u skupiny příbuzných pacientů, kteří prošli pouze běžným rozhovorem s lékařem a sestrou, v porovnání se skupinou příbuzných, kterým byla po rozhovoru nabídnuta informační brožura a odkaz na webové stránky vytvořené právě pro účely této studie. Nejlepšího zlepšení v komunikaci a porozumění celé situace dosáhla skupina příbuzných, kteří si přečetli informační brožuru a navštívili i webové stránky. Těch bylo ovšem pouze 19 %, zřejmě v důsledku nedostatečné prezentace webu či neschopnosti příbuzných pracovat s internetem. Nicméně i příbuzní, kteří si pouze přečetli informační brožuru, lépe chápali lékařem sdělované informace. Toto porozumění bylo sledováno v několika oblastech, v nichž byly porovnávány informace sdělené lékařem a jejich následná interpretace rodinou. Jednalo se o otázky léčby pacienta, jeho prognózy a selhání orgánů. Informační brožura pomohla rodinám lépe pochopit zejména informace o léčbě a prognóze, naopak v otázkách týkajících se orgánového selhání se informace získané od lékařů a rodin po přečtení brožury častěji rozcházel. Významné zlepšení přinesly informační materiály z hlediska snížení pravděpodobnosti vzniku posttraumatického stresového syndromu u příbuzných pacientů⁶⁷. S tímto tvrzením však nesouhlasí studie provedená v prostředí České a Slovenské republiky, která neprokázala žádné snížení stresu u příbuzných, kteří kromě běžného rozhovoru s lékařem dostali navíc informační brožury. Autoři studie tento fakt připisují zejména přetrvávající nedůvěře v tištěné informace v porovnání s informacemi poskytnutými lékaři⁶⁸.

Vhodné informační materiály mají obsahovat obecné informace, které je možné aplikovat na všechny pacienty přijaté na intenzivní péči a jejich rodiny.

⁶⁵ OTHMAN, ref. 5, s. 131.

⁶⁶ SCHEUNEMANN, Leslie P. et al. Randomized, Controlled Trials of Interventions to Improve Communication in Intensive Care. *Chest* [online]. 2011, **139**(3), 543-554 [cit. 2021-1-13]. ISSN 00123692. Dostupné z: doi: 10.1378/chest.10-0595. S. 553.

⁶⁷ MISTRALETTI, ref. 4, s. 72-75.

⁶⁸ RUSINOVA, Katerina et al. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives – the DEPRESS study. *BMC Psychiatry* [online]. 2014, **14**(1) [cit. 2021-1-19]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: doi: 10.1186/1471-244X-14-21. S. 6.

Informační materiály mohou mít nejrůznější podobu – brožury, letáky, webové stránky, videa či e-learningové materiály⁶⁹. Tištěné materiály je možné předat rodinám pacientů při osobním setkání nebo ponechat k rozebrání na dobře viditelném místě. V případě vytvoření webových stránek je nutné je dobře propagovat, pouhé ústní sdělení o jejich existenci nevede k jejich dostatečné návštěvnosti. Autoři italské studie z roku 2016 doporučují poskytnout rodinám informační letáky s odkazem na webové stránky, případně tyto letáky vyvěsit na oddělení (např. do čekárny), využít možnosti automatického rozesílání emailů s odkazem nebo jiných multimediálních komunikačních nástrojů, které budou rodiny stimulovat k návštěvě webu⁷⁰.

Francouzská společnost anesteziologie a intenzivní medicíny, Francouzská společnost lékařské intenzivní péče a časopis Journal of the American Medical Association vytvořily ve spolupráci guideline, podle kterého by měly být vytvářeny informační materiály pro příbuzné tak, aby jim pomohly najít veškeré informace, které si příbuzní přejí dostat. Tento guideline byl vytvořen na základě výzkumu, v němž blízcí pacientů hospitalizovaných na intenzivní péči měli z 24 témat označit ta, která by měla být zahrnuta v informačních materiálech. Tato témata byla: nosokomiální nákazy, iatrogenní poškození pacienta, rizika spojená s krevní transfuzí, rozhodnutí o pokračování nebo ukončení život zachraňující léčby, lékařské tajemství, účast ve výzkumu, dárčovství orgánů, návštěvní řád, návštěvní řád v případě dětí, komunikace s pacientem, účast na péči o pacienta, možnost duchovní podpory, zachování důstojnosti pacienta, slovníček pojmů souvisejících s intenzivní péčí, představení zdravotnického týmu, požadavek na jedinou kontaktní osobu v rodině, dostupnost sociálního pracovníka, dostupnost prostředníka, jak získat přístup k lékařské dokumentaci, jak získat informace o zdravotním stavu pacienta, účel monitorovacích zařízení, význam alarmů přístrojů, nutnost použití omezovacích prostředků, sedativa a analgetika. Každé téma bylo krátce představeno, následně měli pacienti blízcí označit, zda by si informace o tomto tématu přáli mít obsažené v informační brožure, či nikoliv, a pokud ne, proč. Z výše uvedených témat vybírali příbuzní nejčastěji tato: jak získat přístup k lékařské dokumentaci, slovníček pojmů souvisejících s intenzivní péčí, jak získat informace o zdravotním stavu pacienta, rozhodnutí o pokračování nebo ukončení život zachraňující léčby a nosokomiální

⁶⁹ SCHNOCK, ref. 14, s. e11-e12.

⁷⁰ MISTRALETTI, ref. 4, s. 77.

nákazy. Po představení témat zdravotníkům a získání jejich pohledu na důležitost informací obsažených v informačních materiálech byla do guidelinu zahrnuta následující témata: nosokomiální nákazy, iatrogenní poškození pacienta, lékařské tajemství, účast ve výzkumu, dárce orgánů, návštěvní řád, návštěvní řád v případě dětí, komunikace s pacientem, možnost duchovní podpory, zachování důstojnosti pacienta, slovníček pojmů souvisejících s intenzivní, představení zdravotnického týmu, požadavek na jedinou kontaktní osobu v rodině, dostupnost sociálního pracovníka, jak získat informace o zdravotním stavu pacienta, účel monitorovacích zařízení, význam alarmů přístrojů a nutnost použití omezovacích prostředků⁷¹.

Kvůli přehlednosti doporučili autoři Schnock et al., kteří zkoumali dostupné informační materiály a navrhovali jejich úpravy a doplnění o další témata, rozčlenit veškeré informace obsažené v materiálech pro příbuzné pacientů do tří sekcí podle toho, v jakém časovém úseku hospitalizace na intenzivní péči se pacient právě nachází:

- Přijetí na intenzivní péči – obsahuje informace, které pacienty a jejich blízké seznamují s prostředím intenzivní péče. Zahrnuje úkony spojené s přijetím pacienta, návštěvní řád, představení personálu, vizity a konzultace, rodinnou konferenci. Autory studie nově navrhnutá kapitola – členové rodiny pacienta v prostředí intenzivní péče.
- Porozumění intenzivní péči a partnerská péče – popisuje prostředí a vybavení patientského pokoje, poskytuje informace o nejčastějších stavech a léčbě pacientů, motivuje příbuzné k aktivnímu a bezpečnému zapojení do péče o pacienta. Konkrétně zahrnuje obvykle užívané vybavení, bolest, delirium, omezující prostředky, pády, hygienu rukou, invazivní vstupy, infekce, hlubokou žilní trombózu, dekubity, časnou mobilizaci a nepříznivé události. Autory studie nově navrhnutá kapitola – zvuky na intenzivní péči.
- Přejít z intenzivní péče – uvádí informace spojené s překladem pacienta na jiné oddělení, do rehabilitační péče či do hospice, zahrnuje také přechod k paliativní péči v prostředí intenzivní péče v případě

⁷¹ SOLTNER, ref. 50, s. 2198-2200.

infaustní prognózy. Zahrnuje informace k překladu či propuštění, zastupování ve věcech zdravotní péče, paliativní péči a péči zaměřenou na komfort, duchovní péči, vyrovnávání se s úmrtím a zármutkem, podpůrné skupiny. Autory studie nově navrhnutá kapitola – hospicová péče.⁷²

Takto navržená struktura může a má podle autorů studie sloužit jako předloha pro vytváření materiálů, které budou obsahovat potřebné informace založené na zkušenostech pacientů a jejich blízkých. Materiály mají mít digitální podobu (webové stránky), která je snadno dostupná pro široký okruh lidí a kterou je možné doplnit o obrázky, videa a odkazy na další zdroje informací. Zároveň mají být digitální materiály tisknutelné do vhodné podoby pro všechny, kteří preferují tištěnou formu⁷³.

Autoři Mistraletti et al. přímo vytvořili webové stránky pro příbuzné pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči. Při vytváření těchto informačních materiálů se drželi následujících základních pravidel, která popsali ve svém článku a která mají za cíl sloužit jako odrazový můstek pro případné další tvůrce obdobných informačních portálů:

- Použití krátkých vět a přímočarého jazyka, který je srozumitelný i lidem s nižší úrovní vzdělání.
- Záměna zákazů (nedotýkejte se, nemluvte nahlas, nevnašejte potraviny a nápoje) za pozitivně laděné vysvětlení (abychom předešli komplikacím, abychom zamezili infekci, pro zachování klidného prostředí).
- Nahrazení slova „pacient“ za slovní spojení „osoba v nemocnici“, kdekoliv to bylo možné.
- Použití černobílých fotografií, které jsou názorné a ilustrativní, ale poskytují pocit bezpečného odstupu. Aby nevypadaly ponuře, byly umístěny na barevné pozadí.
- Úvodní obrázek (cesta vedoucí k domovu, po níž kráčí dvě děti v různém věku držící se za ruce) byl vybrán tak, aby působil nadějně,

⁷² SCHNOCK, ref. 14, s. e13.

⁷³ SCHNOCK, ref. 14, s. e14-e15.

reprezentoval cestu za dlouhodobým cílem a vyjadřoval vzájemný vztah mezi pacientem, jeho příbuznými a zdravotnickým personálem⁷⁴.

Webovou stránku autoři rozčlenili na oddíly kopírující různé oblasti informací, které příbuzní pacientů postupně potřebují znát:

- O nás – jasné určení, kdo odpovídá za obsah webové stránky.
- Vědomosti – popis prostředí intenzivní péče, jeho vybavení a organizace.
- Léčba – vysvětlení, pro koho je hospitalizace na intenzivní péči potřebná a jak se rodina může do péče o blízkého zapojit.
- Nový začátek – ilustrace toho, co se s pacientem nejčastěji děje po propuštění z intenzivní péče.
- Nejste na to sami – příběhy bývalých pacientů, kteří prošli intenzivní péčí, nebo jejich příbuzných. Sekce obsahuje možnost podělit se o vlastní příběh.
- Věnování – popis toho, co se pacienti či příbuzní rozhodli věnovat (krev, čas, peníze, orgány).
- Jednoduchý slovník lékařských termínů⁷⁵.

Autoři Paulová, Hendry a Cabrelli ve své studii upozornili na potřebu pacientů i jejich příbuzných získat dostatek informací při překladu pacienta na jiné oddělení, zejména mimo intenzivní péči, kde je nižší počet ošetřujícího personálu. Pokud nedostanou patřičné informace, zejména v případě náhlého překladu, může to vést k jejich úzkosti, nespokojenosti a hněvu. Pacienti i jejich příbuzní potřebují znát, jak bude dále probíhat jejich léčba a chtějí ujištění, že budou i nadále dostávat veškerou péči podle aktuálního zdravotního stavu. Autoři proto navrhli brožurku, která obsahuje informace spojené s ukončením hospitalizace na intenzivní péči a následným zotavením: příprava na překlad z intenzivní péče, překlad na standardní oddělení, prostředí standardního oddělení, zotavování z nemoci, příprava na propuštění domů, po propuštění domů. Nechybí ani důležité kontakty pro případ potřeby. Tato brožurka se ukázala být užitečným nástrojem při podávání informací a

⁷⁴ MISTRALETTI, ref. 52, s. 3.

⁷⁵ MISTRALETTI, ref. 52, s. 3.

její předání pacientům nebo jejich blízkým se stalo běžnou součástí procesu překladi pacienta na standardní oddělení⁷⁶.

Francouzská studie z roku 2007 popisuje také důležitost zahrnutí témat spojených s péčí na konci života. Aktivní komunikace ze strany zdravotníků by měla být doplněna brožurou obsahující zásadní informace o paliativní péči, umírání a truchlení. Tento přístup kombinující ústní i psané předání informací snižuje u příbuzných míru stresu, deprese a riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy⁷⁷.

Z výše uvedených studií vyplývá, že největší přínos pro příbuzné pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči mají takové informační materiály, jejichž obsah je přizpůsoben potřebám rodin pacientů a přehledně rozčleněn do sekcí v chronologickém pořadí tak, jak jej postupně potřebují získávat.

1.3.1 Přehled informačních materiálů v zahraničí

Existuje velké množství informačních webů a brožur pro pacienty hospitalizované v intenzivní péči a jejich příbuzné volně dostupných na internetu v anglickém jazyce. Všechny informační materiály byly vyhledávány pomocí jednoduchých klíčových slov „ICU informations“, „ICU patient informations“ a „ICU family informations“ na webovém vyhledávači Google.

Jedním z nejlépe propracovaných webových portálů je **ICUsteps**⁷⁸. Portál je velmi přehledný, na stránce se zobrazuje vždy pouze krátký text uvádějící do dané problematiky a vysvětlující, kam vede další odkaz. Ovládání webu je snadné a intuitivní, zvládnou jej i ti, kteří s prací s internetem nemají mnoho zkušeností. Na své domovské stránce zobrazuje základní informaci s odkazem na oddíl O nás, který popisuje nejen účel samotného webu, ale i další práci organizace. Představuje zde také členy organizace. Při scrollování domovskou stránkou následují sekce:

- Komu pomáháme s odkazy na oddíly Informace a Pro profesionály.

⁷⁶ PAUL, Fiona, Charles HENDRY a Louise CABRELLI. Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2004, **13**(3), 396-405 [cit. 2021-1-7]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00876.x. S. 397, 400, 403.

⁷⁷ LAUTRETTE, Alexandre et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *New England Journal of Medicine* [online]. 2007, **356**(5), 469-478 [cit. 2021-1-7]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: doi: 10.1056/NEJMoa063446. S. 475.

⁷⁸ *ICUsteps* [online]. Londýn: ICUsteps, 2021 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://icusteps.org/>

- Jak vám můžeme dnes pomoci, která obsahuje devět základních otázek, které návštěvníka po rozkliknutí přesměrují na příslušný oddíl webu.
- Zapojte se, která nabízí možnost přispět na provoz charity nebo se zapojit do komunity ostatních bývalých pacientů, kteří prošli intenzivní péčí, a jejich příbuzných.
- Koronavirus, nově přidaná sekce pro všechny, kteří byli nebo jsou zasaženi onemocněním způsobeným novým typem koronaviru, obsahující odkazy na mnoho různých odborných článků a jiných odborných zdrojů týkajících se onemocnění SARS-Covid-19 pro laiky i profesionály.

Závěr domovské stránky obsahuje možnost přihlášení newsletteru a patičku s odkazy na sociální sítě, kontakty a další informace o zřizovateli webového portálu.

Hlavní obsah webového portálu je rozdělený do čtyř velkých sekcí, na které vedou odkazy v horní liště domovské stránky:

- Informace – neobsáhlejší část webového portálu rozdělená do několika dalších podsekcí, která obsahuje množství informací pro pacienty i jejich blízké:
 - Průvodce intenzivní péčí – obsahuje zejména informace pro pacienty, kteří prošli hospitalizací na intenzivní péči (čas strávený na intenzivní péči, propuštění z intenzivní péče, návrat domů, důsledky závažné nemoci, pocity po pobytu na intenzivní péči, zásady správné výživy v rekonvalescenci, slovníček pojmů, užitečné kontakty) a jejich blízké (návštěva na intenzivní péči). Ačkoliv ve většině oddílů se autoři zaměřují na bývalé pacienty, v textu promlouvají přímo k nim a snaží se jim pomoci pochopit, co se s nimi dělo, děje a dít nadále bude, jsou informace v nich obsažené relevantní a užitečné i pro jejich blízké.
 - Překlady – ucelená příručka Průvodce intenzivní péčí ke stažení v Portable Document Format (PDF) v 18 světových jazycích.

- Informační letáky – obsahuje informace o dalších stavech, které nejsou aplikovatelné na všechny pacienty v intenzivní péči (např. poranění mozku, tracheostomie), nabízí odpovědi na otázky pacientů, kteří budou na intenzivní péči přijati plánovaně, poskytuje tipy na efektivní zotavení po propuštění z intenzivní péče.
- Návštěva intenzivní péče – sekce zaměřená na děti navštěvující prostředí intenzivní péče a jejich rodiče či průvodce. Obsahuje dvoustránkový leták pro rodiče a pracovní sešit pro děti, který představuje základní informace o návštěvě i prostředí intenzivní péče formou hry. Obojí je ke stažení v PDF v anglickém a německém jazyce.
- Zkušenosti s intenzivní péčí – příběhy pacientů i jejich blízkých, kteří sdílí své zkušenosti a emoce z pobytu na intenzivní péči.
- Podpora – tato sekce nabízí kontakty na online podpůrnou komunitu bývalých pacientů a jejich blízkých, lokální podpůrné skupiny pro oblast Spojeného království a Irska, také odkazuje na kontaktní formulář, v němž je možné zanechat dotaz nebo požadavek na online či telefonický podpůrný rozhovor.
- Výzkum – díky této sekci se mohou bývalí pacienti a jejich blízcí pomocí jednoduchého formuláře přihlásit do databáze dobrovolníků k poskytnutí informací pro účely různých výzkumů.
- Pro profesionály – sekce pro zdravotníky obsahující články o nových poznatcích, odkazy na všechny informační materiály k tisku v PDF, nabídku zdravotníkům pomoci organizace s výzkumem zaměřeným na intenzivní péči a způsoby, jakými mohou profesionálové pomoci činnosti organizace (zapojení do činností podpůrné komunity, překlad brožury do dalšího jazyka, založení nové lokální podpůrné skupiny).

Informačně velmi obsažným je Singapurský webový portál **SGICU**⁷⁹ zaměřený na příbuzné a blízké pacientů hospitalizovaných na intenzivní péči.

⁷⁹ TAN HON, Liang. *SGICU* [online]. Singapur, 2021 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.sgicu.com/>

Domácí stránka obsahuje přehledné odkazy na čtyři hlavní informační témata – Přijetí, Pobyt na intenzivní péči, Procedury a Propuštění z intenzivní péče. Po rozkliknutí odkazu se objeví stránka s poměrně dlouhým textem rozděleným nadpisy tučným písmem na kratší tematické oddíly. Chybí však rychlá orientace například v podobě posuvného obsahu u okraje stránky. Také některé odkazy v textu vedoucí na jiné webové stránky již nejsou funkční. Pojmy ve slovníčku uvedeném taktéž na domovské stránce jsou rozčleněny do několika kategorií. Po rozkliknutí odkazu některých kategorií je čtenář přesměrován do samostatného oddílu stránek s vysvětlením mnoha pojmů, v němž je možné se volně pohybovat mezi různými kategoriemi, jiné odkazy však vedou k textu v jiné části portálu. K dalším pojmům ze slovníčku se čtenář v takovém případě dostane pouze po návratu na domovskou stránku. Ačkoliv je tento portál na rozdíl od výše popsaného méně přehledný, náročnější na ovládání a informace je někdy nutné aktivně vyhledávat, obsahuje jich velké množství a může být příbuzným pacientů v intenzivní péči velmi nápomocný.

Dalším přínosným webovým zdrojem je část portálu **Intensive Care Society**. Pod odkazem Vzdělávání a události lze najít sekci Pro pacienty a jejich příbuzné⁸⁰, která je informuje o tom, co lze během hospitalizace a po ní očekávat. Je rozdělená do tří podsekcí:

- Pro blízké – popisuje základní pravidla návštěv, předávání informací o stavu pacienta, možnost zapojení rodiny do péče o pacienta, podmínky zapojení pacienta do výzkumu, krátce se zmiňuje také o úmrtí pacienta a možném dárcovství orgánů a tkání.
- Pro pacienty – obsahuje informace zejména pro pacienty, přínosné jsou však i pro jejich blízké. Seznamuje pacienty s tím, co se děje při jejich příjmu a v průběhu hospitalizace, jakými stavy mohou procházet (halucinace, noční můry, změny nálad, pocity slabosti, ztráta hmotnosti), v krátkosti popisuje proces zotavení a překlad z intenzivní péče.
- Podpůrné skupiny – kromě odkazu na seznam již existujících podpůrných skupin poskytuje návod k založení nové lokální skupiny.

⁸⁰ *Intensive care society: Patients and relatives* [online]. Londýn: The Intensive Care Society, 2020 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.ics.ac.uk/ICS/ICS/patients-and-relatives.aspx>

Na stránkách **Mid and South Essex NHS Foundation Trust** lze pod odkazem Pro pacienty a návštěvníky⁸¹ nalézt mnoho informačních brožur. Jsou graficky strohé, nicméně informačně obsáhlé. Několik se jich týká i intenzivní péče, pro tuto práci jsou relevantní zejména dvě z nich:

- Informační brožura intenzivní péče (Critical care information booklet) – příručka pro pacientovy blízké, která se věnuje základním informacím o intenzivní péči a jeho vybavení, zdravotnickému týmu, komunikaci se zdravotníky i pacientem, dotýká se dokonce i situace, kdy již není možné pacienta vyléčit. Poskytuje také obecné informace o dostupných službách v nemocnici (kontakty, parkování, občerstvení, ale i duchovní a sociální pomoc).
- Po intenzivní péči (After critical care) – příručka pro pacienty, kteří prošli intenzivní péčí. Je návodem, který popisuje, jak se na standardním nemocničním oddělení či doma efektivně zotavit po prodělání závažné nemoci nebo úrazu. Zahrnuje informace o správném cvičení, spánku, nutrici, o problémech se změnami nálad a vzhledu a o provozování běžných denních činností po propuštění z nemocnice. Obsahuje také užitečné kontakty na zdravotnické, sociální a finanční organizace.

Pozn.: webové stránky Mid and South Essex NHS Foundation Trust prošly v první čtvrtině roku 2021 rozsáhlou aktualizací a výše uvedený odkaz je již nefunkční. Informační brožury nebyly na novém webu dohledány.

Podobné informační webové portály lze nalézt i v dalších světových jazycích, příkladem mohou být španělské webové stránky Guía de atención a familiares⁸² na portále **HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos** s podobnou strukturou jako portál ICUsteps. Všechny důležité informace obsažené na tomto portálu lze sáhnout jako jednotnou příručku v PDF. Při vyhledávání ve francouzštině jsou k dispozici

⁸¹ *Mid and South Essex NHS Foundation Trust: Patients and visitors* [online]. Essex: Mid and South Essex NHS Foundation Trust, 2020 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.meht.nhs.uk/patients-and-visitors/patient-information-leaflets/>

⁸² *HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos: GUÍA DE ATENCIÓN A FAMILIARES* [online]. Madrid: Proyecto HUCI, 2020 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://proyectohuci.com/es/guia/>

spíše příručky v PDF, například brožura kanadské nemocnice Jewish General Hospital s názvem **Unité des soins intensifs – Information pour les familles et amis**⁸³. Oba popsané informační materiály byly nalezeny pomocí jednoduchých klíčových slov „UCI informaciones“ a „Information l’USI“ na vyhledávači Google.

1.3.2 Přehled informačních materiálů v ČR

Ačkoliv existuje velké množství kvalitních informačních webových portálů a na internetu volně dostupných informačních brožur v mnoha cizích jazycích, žádný podobný zdroj informací i v jazyce českém nebyl nalezen. K vyhledávání byl opět použit nejčastěji užívaný vyhledávač Google a různá kombinace klíčových slov „JIP“, „ARO“, „intenzivní péče“, „informace“, „informace pro příbuzné“, „informace pro pacienty“.

Po zadání výše uvedených klíčových slov vyhledávač nabízí odkazy na informace pro návštěvy na ARO nebo JIP v různých nemocnicích. Každá nemocnice má na svých webových stránkách uvedené zejména informace ohledně návštěv platné pro své oddělení. Nejčastějším obsahem těchto informačních materiálů jsou vymezené návštěvní hodiny, nutnost použít při vstupu na oddělení ochranné pomůcky (plášť, návleky na obuv), způsob podávání informací o nemocném a nejrozličnější zákazy (zákaz telefonování na oddělení, přinášení květin, návštěvy dětí mladších 12 let a další). Některé materiály více specifikují, pro kterou skupinu pacientů je intenzivní péče určena, s jakými přístroji se mohou návštěvníci na oddělení setkat, jak je možné s pacientem komunikovat a co mohou rodinní příslušníci svým hospitalizovaným blízkým přinést z domova. Jedná se obvykle spíše jen o nejzákladnější informace poskytované příbuzným pacientů před jejich první návštěvou na oddělení.

I když se většina informací na webových stránkách jednotlivých nemocnic omezuje na téměř nezbytné minimum, lze najít i takové informační materiály, které poskytují čtenářům více informací. Nejčastěji uvádějí názvy a funkce některých přístrojů používaných v intenzivní péči, ať už formou krátkého textu, popsané

⁸³ BAILEY, J. a L. HODGSON. *Unité des soins intensifs: Information pour les familles et amis* [online]. Montreal: Hôpital Général Juif, 2008 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: https://cdn.ciuusscentreouest.ca/documents/hgj/PEN/Submissions/JGH_ICU-French-2012singlesLR.pdf?1541434913

fotografie prostředí intenzivní péče, nebo slovníčku pojmů. Ten často obsahuje i další pojmy, se kterými se lze v intenzivní péči často setkat (obsahuje například pojmy: intubace, žilní kanyla, analgosedace, hemodialyzační přístroj a další). Další materiály se soustředí na komunikaci s pacientem a možnosti zpříjemnění jeho pobytu na intenzivní péči, jiné se zabývají principy bazální stimulace a rovnou přikládají dotazník k vyplnění.

Dva informačně nejobsáhlejší materiály nabízí Ústřední vojenská nemocnice (ÚVN) a Všeobecná fakultní nemocnice (VFN) v Praze. Pod odkazem **Pro pacienty KARIM**⁸⁴ lze najít dvoustránkový leták s názvem „INFORMACE pro příbuzné a blízké pacientů přijatých na Kliniku anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a ÚVN Praha“ ke stažení v PDF. Ten v úvodu krátce informuje o prostředí intenzivní péče, složení zdravotnického týmu, který se o pacienty stará, a o důvodech k hospitalizaci pacientů na tomto oddělení. Dále se více věnuje návštěvnímu řádu, uvádí také tipy pro návštěvníky a tipy pro komunikaci s personálem, nezapomíná ani na důležitost sebepečce blízkých pacienta. Následuje slovníček často užívaných pojmů. Závěr tvoří několik odstavců o vyrovnávání se se ztrátou blízké osoby.

Na webovém portálu KARIM VFN lze v záložce Pro pacienty najít odkaz na stránku **Intenzivní péče, co a jak**⁸⁵. Tato stránka obsahuje informace pro příbuzné a přátele pacientů hospitalizovaných na resuscitačním oddělení. V krátkosti informuje o povaze resuscitačního oddělení, monitoringu pacientů, toaletě nemocných, výživě a analgosedaci, nejvíce pozornosti věnuje umělé plicní ventilaci a odvykání od ventilátoru. Tyto informace jsou laickým čtenářům podány velmi srozumitelně s použitím přirovnání. V závěru stránky jsou uvedené informace o bazální stimulaci, nechybí ani formulář Biografická anamnéza ke konceptu bazální stimulace ke stažení v PDF.

Oba výše popsané informační materiály se ve více či méně upravené podobě objevují na webových stránkách více nemocnic. Leták KARIM ÚVN převzala pro

⁸⁴ *ÚVN ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE Vojenská fakultní nemocnice Praha: Pro pacienty KARIM* [online]. Praha: Ústřední vojenská nemocnice, 2021 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/pro-pacienty-karim>

⁸⁵ *KARIM Klinika Anesteziologie, Resuscitace a Intenzivní medicíny 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze: NEMOCNÝ NA RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ* [online]. Praha: Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1.LF UK Všeobecná fakultní nemocnice, 2019 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <http://www.karim-vfn.cz/cz/pro-pacienty/intenzivni-pece-co-a-jak.html>

svůj informační leták například Nemocnice Kyjov, na jejích webových stránkách je v sekci Oddělení pod odkazem ARO⁸⁶ uvedený ke stažení v PDF ve zkrácené, avšak v jiném ohledu téměř nezměněné podobě; mnoho dalších nemocnic pak přebírá zejména slovníček pojmů. Také informace uvedené na webu KARIM VFN lze najít i na jiných webech, například na stránkách Nemocnice Jablonec nad Nisou v sekci Oddělení, pod odkazem ARO > Informace o ARO > Resuscitační oddělení⁸⁷. Protože však nikde není uvedený původní zdroj ani autor jednotlivých textů, nelze s určitostí říct, který zdroj je originální a které instituce jej později převzaly.

⁸⁶ *Nemocnice Kyjov: ARO* [online]. Kyjov: Nemocnice Kyjov, 2021 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.nemkyj.cz/aro>

⁸⁷ *Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.: Resuscitační oddělení* [online]. Jablonec nad Nisou: Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., 2021 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.nemjbc.cz/cs/oddeleni/aro/informace-o-aro/resuscitacni-oddeleni.html>

2 Praktická část

2.1 Metodologie

V rámci praktické části této práce byl vytvořen Průvodce po intenzivní péči (dále jen „průvodce“). Při jeho tvorbě byly použity poznatky z předchozích výzkumů a odborných závěrů popsaných v teoretické části a z výzkumu Bc. Kristýny Kulované. Ta ve své diplomové práci s názvem Informovanost rodinných příslušníků pacientů ošetřovaných v intenzivní péči uvedla, že příbuzní navštěvující své blízké na resuscitačním oddělení nedostávají vždy tolik informací o prostředí intenzivní péče, kolik by si přáli, a nerozumí funkci přístrojové techniky a invazivních vstupů. Pokud ošetřující personál nevěnuje popisu prostředí a vysvětlení funkce přístrojů dostatek pozornosti, může to příbuzné pacientů vést k vyhledávání informací na internetu. Z tohoto zdroje však nezískávají dostatek relevantních informací⁸⁸. Rešerší bylo zjištěno, že pro prostředí intenzivní péče skutečně na internetu neexistuje ucelený soubor v českém jazyce, který by příbuzným pacientů poskytl základní informace, proto bylo jeho vytvoření cílem této práce.

Jednotlivá témata byla vybrána na základě doporučení popsaných v odborných článcích, která jsou uvedena v teoretické části této práce, a upravena podle přání doc. MUDr. Františka Dušky, Ph.D., přednosty Kliniky anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV v Praze tak, aby odpovídala rozsahu péče poskytované na resuscitačních odděleních této kliniky. Všechna témata byla vybírána s ohledem na použitelnost u všech pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči, neobsahují proto informace o specifických stavech nebo onemocněních. Témata byla uspořádána do kategorií odpovídajících časovým úsekům, v nichž příbuzní pacientů potřebují tyto konkrétní informace získat:

- Představení intenzivní péče – popisuje pro koho je intenzivní péče určena, seznamuje s personálem, který o pacienty pečuje, zahrnuje také virtuální prohlídku s fotografiemi prostředí intenzivní péče.
- Příjem pacienta – popisuje činnosti spojené s příjmem pacienta a vysvětluje průběh prvního rozhovoru rodiny s lékařem a sestrou.

⁸⁸ KULOVANÁ, Kristýna. *Informovanost rodinných příslušníků pacientů ošetřovaných v intenzivní péči*. Praha, 2021. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Mgr. Rambousková Kateřina, DiS.

- Průběh hospitalizace – popisuje přístrojovou techniku, způsob monitorace vitálních funkcí pacientů, podávání léků a výživy a některé nejčastější stavy, s nimiž se lze u pacientů v intenzivní péči setkat; součástí je také důkladnější popis tracheostomie a informace, že na odděleních probíhá výuka a výzkum.
- Ukončení hospitalizace – popisuje oddělení, na která jsou pacienti po stabilizaci stavu nejčastěji překládáni, a důsledky pobytu na intenzivní péči, se kterými se pacienti mohou potýkat (tzv. post-ICU syndrom); součástí je také rozsáhlý oddíl věnovaný paliativní péči na intenzivní péči, dárcovství orgánů po smrti mozku i nevratné zástavě krevního oběhu, etiketě u lůžka umírajícího a truchlení.
- Návštěvy na intenzivní péči – samostatná sekce, která návštěvníkům vysvětluje důležitá pravidla, ve zkratce popisuje, s čím se u lůžka pacienta mohou setkat a nabízí rady, jak se na návštěvě chovat.

Při tvorbě textu průvodce bylo čerpáno z vlastních teoretických znalostí i praktických zkušeností autorky a již existujících informačních materiálů a dalších zdrojů zejména v anglickém, ale i českém jazyce. Zejména z důvodu přehlednosti a zachování celistvosti textu jsou případné použité zdroje vždy uvedené v poznámce za příslušným oddílem, citovány v poznámce pod čarou a uvedeny v seznamu zdrojů.

Text byl psán bez použití odborných výrazů, nebo byly tyto termíny vždy vysvětleny tak, aby byl text srozumitelný široké laické veřejnosti. Při obecném popisu věcí a činností byl používán výraz „pacient“, při promlouvání přímo k příbuzným pacientů bylo používáno slovní spojení „Váš blízký“. Část zabývající se paliativní péčí, umíráním a smrtí, dárcovstvím orgánů a truchlením byla psána obzvlášť citlivě se snahou o zachování věcnosti sdělení, ale i empatie vůči čtenářům. V této části bylo při promlouvání k příbuzným pacientů používáno také slovní spojení „Váš milovaný“. V oddíle pro návštěvy byla snaha vyhýbat se přímým příkazům a zákazům, zvolena byla spíše forma doporučení a prosby o dodržování opatření s vysvětlením, proč tomu tak je.

Text byl doplněn fotografiemi od MUDr. Tomáše Balíka přímo z prostředí resuscitačních oddělení FNKV. Tyto fotografie slouží k tomu, aby si příbuzní

pacientů udělali lepší představu o popisovaných pomůckách, přístrojích i o prostředí intenzivní péče a lépe se v nich při návštěvě u lůžka pacienta orientovali.

Celý průvodce byl vložen na web www.kar3lf.cz do sekce Pro pacienty > Intenzivní péče. Screenshoty z tohoto webu jsou uvedeny v přílohách č. 1 a 2. Kromě toho byl vytvořen průvodce ve verzi pro tisk ve formě brožury (dále jen „brožura“). Z této brožury byla odstraněna některá témata: virtuální prohlídka, tracheostomie, celá sekce věnovaná paliativní péči, dárcovství orgánů po smrti mozku i nevratné zástavě krevního oběhu, etiketě u lůžka umírajícího a truchlení. Z těchto vyňatých témat byly vytvořeny samostatné brožury: Tracheostomie, Když intenzivní péče nepomáhá, Dárcovství orgánů po smrti mozku a Dárcovství orgánů po nevratné zástavě krevního oběhu. Všechny brožury byly upraveny na formát A5 a na úvodní straně opatřeny logem Kliniky anesteziologie a resuscitace 3. LF a FNKV. Nadpisy byly zvýrazněny v barvě loga, aby byl text přehlednější. Brožury věnované dárcovství byly navíc doplněny decentními obrázky s přírodní tematikou, které mají oddělit text tak, aby se jím čtenáři necítili zahlceni. Obrázky byly voleny černobílé s upravenou průhledností na 70-90 %, aby nepůsobily příliš křiklavě. Všechny obrázky byly staženy z webu pixabay.com, který nabízí volně dostupné obrázky bez licence. K rozbití textu na kratší části slouží také věty nebo krátká souvětí shrnující či doplňující důležité informace uvedené kurzívou v barvě nadpisů. Ukázka brožury je uvedena v příloze č. 3.

Kromě toho byl vytvořen velmi jednoduchý informační leták ve formátu A5 s oboustranným tiskem, který má sloužit jako shrnutí nejdůležitějších informací, které příbuzní pacientů získají při prvním rozhovoru s lékařem. První strana je opatřena logem a nadpisem v barvě loga, úvodním textem seznamujícím čtenáře s účelem tohoto letáku, zvýrazněn je zde odkaz na webovou stránku obsahující průvodce a nabídnuta možnost požádat o tištěnou brožuru. Zadní strana obsahuje pokyny, jak získat informace o zdravotním stavu pacienta, uvedena jsou telefonní čísla na obě oddělení a doporučený čas návštěv, je zde poskytnut prostor pro vyplnění jména ošetřujícího lékaře a zapsání komunikačního hesla pro telefonický kontakt, aby měli příbuzní pacientů všechny informace pohromadě. Leták je uveden v příloze č. 4.

2.2 Průvodce po intenzivní péči

2.2.1 Představení intenzivní péče

Resuscitační oddělení jsou specializovaná pracoviště mnohooborové intenzivní péče, kam jsou 24 hodin denně přijímáni nemocní ve velmi závažném zdravotním stavu po úrazech, při náhle vzniklých závažných onemocněních, při vážném zhoršení již probíhajícího onemocnění nebo po rozsáhlých operacích. Naši pacienti obvykle vyžadují podporu či náhradu některé z orgánových funkcí, nejčastěji se jedná o nutnost připojení na umělou plicní ventilaci.

Intenzivní péče je týmová práce. Kolem lůžka Vašeho blízkého můžete potkat mnoho lidí, všichni by měli mít visačku a představit se Vám. Pokud ne, klidně se jich zeptejte, kdo jsou:

- Lékaři a lékařky – každý pacient má přiděleného svého ošetřujícího lékaře nebo lékařku, kteří se o pacienta starají po celou dobu hospitalizace (ordinuje vyšetření, nastavuje léčbu a hodnotí její efekt). Ošetřující lékaři také předávají podrobné informace o zdravotním stavu pacienta příbuzným. Mimo pracovní dobu je na oddělení přítomna lékařská služba, která řeší náhle vzniklé změny zdravotního stavu všech pacientů. K pacientům dochází na konzilium také lékaři a lékařky dalších oborů (neurologové, kardiologové, ortopedi...), kteří se podílí na léčbě pacienta v rámci své specializace.
- Sestra – je přítomna u lůžka pacienta 24 hodin denně a obvykle má na starosti pouze jednoho pacienta. Sleduje a hodnotí stav pacienta, podává naordinované léky, odebírá vzorky pro laboratorní vyšetření, pečuje o pacienta (provádí hygienu, polohuje pacienta, odsává sekrety z dýchacích cest, pečuje o rány), ovládá přístroje. Může být bodem Vašeho kontaktu pro každodenní komunikaci o stavu pacienta, bude vždy přítomná u Vašich rozhovorů s lékařem.
- Sanitáři a sanitárky – pomáhají s péčí o pacienta (provádí hygienu, polohování, transport), udržují čistotu prostředí, doplňují potřebný materiál.

- Fyzioterapeuti a fyzioterapeutky – pravidelně dochází provádět rehabilitaci. S pacienty v bezvědomí rehabilitují pasivně (dechová rehabilitace, udržení pohyblivosti končetin), s pacienty při vědomí rehabilitují aktivně (pomáhají při odvykání od ventilátoru, nacvičují sebeobsluhu, posilují ochablé svalstvo).
- Ostatní specialistiky a specialisté, které můžete potkat, jsou z oboru klinická farmacie (sledují dávkování, slučitelnost a vhodnost léčivé terapie tak, aby podávané léky přinášely pacientovi maximální užitek a minimum nežádoucích účinků), klinická mikrobiologie (sledují osídlení pacienty mikroby a radí s antibiotickou léčbou), bioetika (poskytují etické konzultace u těžkých rozhodování a někdy i komunikují s rodinami v roli mediátorů), klinická výživa, klinická psychologie, logopedie a dalších lékařských i nelékařských oborů.
- Ve specifických situacích lze využít služeb duchovních či přizvat tým paliativní péče.

Virtuální prohlídka

Oddělení intenzivní péče je velmi specifické prostředí vybavené značným množstvím přístrojů a pomůcek, které nám pomáhají při léčbě a ošetřování pacientů. Abychom Vám pomohli se v neznámém prostředí zorientovat a pochopit, k čemu vybavení oddělení slouží, zveme Vás na virtuální prohlídku našeho oddělení.

Pozn.: z důvodu většího množství fotografií prezentovaných na webové stránce je ukázka této virtuální prohlídky uvedena v této práci jako příloha č. 5.

2.2.2 Příjem pacienta

Pacienti jsou k nám nejčastěji přiváženi vozy záchranné služby (oddělení RES I – urgentní příjem), nebo jsou k nám překládáni z operačních sálů nebo jiných oddělení nemocnice (oddělení RES II). Většina pacientů je přijata k hospitalizaci neplánovaně po náhle vzniklém závažném onemocnění, zranění nebo při zhoršení

zdravotního stavu, pro některé pacienty však může být hospitalizace na resuscitačním oddělení plánovanou zastávkou po rozsáhlém chirurgickém výkonu.



Obrázek 1: příjmové místo na oddělení Urgentního příjmu – RES I

Již při příjmu podstupuje pacient diagnostické a léčebné výkony. Je připojen na monitor životních funkcí, abychom mohli nepřetržitě sledovat jeho zdravotní stav. Dále zajišťujeme přístup do žilního systému k podávání léků, tekutin a transfuzí. U většiny pacientů je nutné zajistit i dýchací cesty – pomocí trubice zavedené ústy do průdušnice připojíme pacienta k ventilátoru, který za něj dýchá. Podle povahy onemocnění či úrazu provádíme další úkony – zástavu krvácení, znehybnění zlomených končetin, zavedení drénů k odvádění tekutiny z hrudníku či břicha. Současně probíhá vyšetření pacienta pohledem, poslechem, pohmatem, poklepem, pomocí ultrazvuku, rentgenu a dalšími rychlými metodami. Provádíme také odběr krve a dalšího biologického materiálu. Po stabilizaci stavu pacienta můžeme provést další vyšetření, nejčastěji CT vyšetření, které je podrobnější, ale také náročnější na čas. Ke specifickým onemocněním a úrazům voláme konziliární lékaře – při úrazu hlavy neurochirurga, při zlomeninách končetin ortopeda, při srdečních potížích kardiologa nebo kardiochirurga a další odborníky. Podle výsledků vyšetření poté ve spolupráci s ostatními lékaři zahajujeme konkrétní léčbu – podávání léků a transfuzí, operační výkon, specifický léčebný režim apod.

V některých případech, zejména při vážných úrazech, může být nutné provést život zachraňující operaci. Jedná se o krátký (nejvýše dvouhodinový, obvykle i kratší) operační výkon, při kterém se chirurgové zaměřují zejména na zástavu krvácení z poraněných cév a vyčištění rány (prevence infekce). Poté je pacient převezen na resuscitační oddělení ke stabilizaci stavu. Jakmile to pacientův stav dovolí, provedou chirurgové definitivní ošetření rány.

Chápeme, že převoz Vašeho blízkého na resuscitační oddělení je velmi stresující událostí, kterou navíc zhoršuje fakt, že nevíte, co se s Vaším blízkým děje. Přesto Vás prosíme o trpělivost při zjišťování informací telefonicky i při osobní návštěvě. Celý proces vyšetření a nastavení správné léčby může trvat i několik hodin. Abychom se mohli Vašemu blízkému zcela věnovat a Vám mohli sdělit adekvátní informace, prosíme, abyste nás kontaktovali nejdříve dvě hodiny po odjezdu záchranné služby.

První pohovor s rodinou

První informace o zdravotním stavu jsou obvykle podávány za přítomnosti lékaře i ošetřující sestry v tzv. tiché místnosti. Lékař Vám vysvětlí, v jakém stavu se Váš blízký aktuálně nachází a jaká vyšetření a léčbu podstupuje. Prognózu není vždy možné s určitostí stanovit, je třeba dát pacientovi dostatek času, aby mohl zareagovat na léčbu.

Pro lékařský tým je tato schůzka zároveň příležitostí dozvědět se více o Vašem blízkém – jeho nemocech, užívaných lécích, funkčním stavu, ale i životních postojích, hodnotách a preferencích. Tyto informace jsou zásadní pro plánování další léčby, která by měla být v souladu nejen s Vaším přáním, ale zejména s přáním Vašeho blízkého.

Během schůzky se ptejte na vše, co Vás zajímá. Pokud něčemu zcela neporozumíte, požádejte o vysvětlení. Není neobvyklé, že si lidé ve stresu nezapamatují všechny důležité informace, nebo že si je vyloží jinak, proto Vám vše rádi zopakujeme.

Pokud již nebylo určeno dříve, při první osobní návštěvě si zvolíte komunikační heslo, které Vám umožní se o dalším průběhu léčby informovat telefonicky (nejlépe po 10. hodině). Prosíme Vás, abyste si zvolili jednu osobu, která

bude telefonicky získané informace předávat ostatním členům rodiny. Zásadní změny zdravotního stavu nebo léčebných cílů jsou komunikovány za účasti lékaře a všech blízkých nejlépe osobně.

2.2.3 Průběh hospitalizace

Náhrada orgánových funkcí

Umělá plicní ventilace

Umělá plicní ventilace slouží jako náhrada dýchání. Pacienti, kteří nedokážou samostatně dýchat, jsou připojeni na ventilátor – přístroj, který za pacienta dýchá úplně, nebo mu s dýcháním pouze pomáhá.



Obrázek 2: plicní ventilátor

Existují tři způsoby připojení pacienta k ventilátoru:

- Pomocí endotracheální kanyly – endotracheální kanyla je trubice zavedená nejčastěji ústy (vzácně nosem) do průdušnice. Zavedení této kanyly se nazývá intubace. Protože je tento způsob připojení k ventilátoru nepříjemný, jsou zaintubovaní pacienti nejčastěji udržováni v tzv. umělém spánku. Touto metodou se obvykle umělá plicní ventilace zahajuje. Pokud je předpoklad potřeby dlouhodobého připojení k ventilátoru, přechází se k provedení tracheostomie.
- Pomocí tracheostomické kanyly – tracheostomická kanyla je do průdušnice zavedená přes přední stěnu krku. Více v části „Tracheostomie“.
- Pomocí obličejové masky, kyslíkové helmy – jedná se o neinvazivní ventilaci. Pacient je při vědomí a dýchá samostatně, vyžaduje však pomoc. Neinvazivní ventilace zlepšuje okysličení krve a snižuje námahu při dýchání.



Obrázek 3: připojení pacienta k ventilátoru endotracheální intubací

Odvykání od ventilátoru

Pokud byl pacient k ventilátoru připojený pouze krátkou dobu, je ukončení umělé plicní ventilace poměrně snadnou a rychlou záležitostí. Jestliže je pacient schopný po určitou dobu samostatně dýchat, hýbe všemi končetinami a spolupracuje, je možné jej odpojit od ventilátoru a extubovat (vyjmout trubici z úst). Pokud byl však pacient k ventilátoru připojený delší dobu, jeho dýchací svaly do určité míry ochably a je nutné je znovu vytrénovat na stálou zátěž. Tomuto procesu posilování svalů se říká odvykání od ventilátoru. Při odvykání necháme pacienta po určitou dobu samostatně dýchat, při únavě opět přebírá práci ventilátor a pacient odpočívá. Čas, po který pacient dýchá sám, se postupně prodlužuje, nakonec je možné pacienta od přístroje úplně odpojit. Alternativou tohoto postupu je metoda postupného snižování míry práce, kterou provádí ventilátor – pacientovy dýchací svaly postupně přebírají od ventilátoru více práce, dokud nejsou schopny pracovat samostatně. Celý proces odvykání od ventilátoru může trvat několik dní až týdnů v závislosti na délce umělé plicní ventilace a celkovém stavu pacienta.

Dialýza

Dialýza nahrazuje funkci ledvin. Pokud pacientovi správně nefungují ledviny, netvoří moč, zadržuje v těle vodu a zplodiny metabolismu. Dialýza tuto přebytečnou vodu a odpadní látky odvádí z těla pryč. Ve specifických případech lze tohoto principu využít také při otravách některými toxickými látkami. Pomocí dialýzy lze také upravovat tělesnou teplotu – pacienta je možné zahřívat, nebo lze navodit řízenou léčebnou hypotermii (snížení tělesné teploty).

K dialýze je pacient připojený pomocí dialyzačního katetru, který je nejčastěji zavedený do velké žíly v oblasti krku nebo třísel. Jeden konec katetru odvádí krev z pacienta do přístroje, druhým koncem se do pacienta vrací očištěná krev.



Obrázek 4: dialyzační přístroj

Pacientova krev je do přístroje nasávána pomocí krevní pumpy (na přístroji vpředu). Protéká přes filtrační kapsli (válec na boku přístroje), v níž je omývána dialyzačním roztokem, který ji zbaví nežádoucích látek a přebytečné vody. Očištěná krev se do pacienta vrací přes bublinový senzor, který zabraňuje případnému vniknutí vzduchu do pacientova krevního oběhu. Voda a odpadní látky odvedené z pacientova těla se spolu s použitým dialyzačním roztokem shromažďují ve vaku v dolní části přístroje. Na resuscitačním oddělení probíhá dialýza nejčastěji kontinuálně – pacient je k přístroji připojen 24 hodin denně, krev je očišťována pomalu, ale neustále (naopak v dialyzačním centru při chronické dialýze je krev očištěna několikrát týdně během 4-6 hodin).

ECMO

ECMO je přístroj umožňující tzv. mimotělní membránovou oxygenaci – krev je odvedena z těla pacienta do přístroje, ve kterém je okysličená, následně je vrácena zpět pacientovi. K přístroji je pacient připojený jednou nebo dvěma velmi širokými kanylami zavedenými v oblasti krku, třísel, nebo přímo vycházejícími z hrudníku.

Podle konkrétního nastavení umí přístroj nahradit pacientovo srdce a plíce. Náhrada funkce plic se používá v případě, že pacientova krev není dostatečně okysličená ani při nastavení umělé plicní ventilace na hranici bezpečnosti (tzv. agresivní ventilace) a vyčerpání ostatních metod (poloha na břiše, nekonvenční ventilace) při vážném poškození plic. V tomto případě je odkysličená krev z velké žíly pacienta odváděna do přístroje, kde je okysličená a navracena zpět do jiné žíly. Pacientovo srdce poté okysličenou krev rozvádí po celém těle. Náhrada funkce srdce a plic se používá tehdy, pokud je poškozené pacientovo srdce a je nutné „ulehčit mu práci“ a poskytnout mu čas na zotavení. Krev je stejně jako v předchozím případě odváděna ze žíly před vstupem do srdce, po okysličení v přístroji se však vrací do tepny za srdcem a po těle pacienta je rozváděna pomocí krevní pumpy přístroje.

Nejčastější stavy v intenzivní péči

Monitorace životních funkcí – protože je resuscitační péče určena pro pacienty, kterým selhávají funkce důležitých orgánů nebo jim toto selhání hrozí, je nezbytné u nich nepřetržitě sledovat základní životní funkce. Elektrody nalepené na hrudníku snímají srdeční činnost a dýchání, kolíček na prstě nebo na uchu měří množství kyslíku v krvi, hadička zavedená do tepny na zápěstí nebo v tříslech měří krevní tlak při každém úderu srdce, manžeta na paži měří krevní tlak při svém nafukování jako běžný tonometr. Někdy je pacientům měřena také teplota pomocí čidla umístěného v podpaží nebo v rektu. Všechny tyto údaje se zobrazují na monitoru nad pacientem jako barevné křivky a čísla. Pokud monitor zaznamená jakoukoliv odchylku v naměřených hodnotách, spustí se alarm. Alarmující monitor nemusí nutně znamenat závažný problém, pouze upozorňuje ošetřující personál na změnu, aby mohl adekvátně reagovat, nebo nesnímá správné hodnoty kvůli technickému problému (odlepená elektroda, spadlé čidlo, šum v signálu při pohybu pacienta apod.).



Obrázek 5: monitor životních funkcí

Podávání léků – na resuscitačním oddělení probíhá zejména formou injekcí a infuzí přímo do žíly. K tomuto účelu mají pacienti zavedené tenké plastové hadičky (tzv. kanyly a katetry), a to nejčastěji v oblasti horních končetin (ke krátkodobému podávání léků), na krku, pod klíční kostí nebo v tříslech (pro dlouhodobé podávání léků). Tyto katetry zároveň slouží k odběrům krve pro laboratorní vyšetření. Nepřetržité podávání přesně nastavených dávek léků z infuzních vaků nebo injekčních stříkaček zajišťují infuzní pumpy a lineární dávkovače – malé přístroje umístěné za hlavou pacienta nebo vedle něj. Pumpy a dávkovače mohou svítit, blikat a alarmovat, tím ošetřujícímu personálu hlásí nutnost vyměnit prázdnou stříkačku či vak za nové.



Obrázek 6: infuzní pumpy a lineární dávkovače

Analgoosedace – stav navozený léky, který se laicky označuje jako „umělý spánek“ a lze jej přirovnat k celkové anestezii během operace. Pacientovi jsou podávány léky tlášící bolest (analgetika) a tlumící vědomí (sedativa). Analgoosedace je nutná k provádění některých léčebných postupů, které jsou pro pacienta nepřijemné (zejména umělá plicní ventilace), může být i zcela nezbytnou součástí léčby (např. při poranění hlavy). Jakmile to pacientův stav dovolí, jsou léky tlumící vědomí vysazeny a pacient se začne probouzet. Než plně odezní účinky léků a pacient se zcela probudí, může to trvat i několik dní.

Sepse – laicky je známá jako „otrava krve“. Bakterie, které obvykle způsobují zánět pouze v určité části těla, se vyplaví do krve a vyvolají infekci v celém těle, krev je tedy „otrávená“ bakteriemi. Jedná se o závažný stav, který může pacienta ohrožovat na životě. Léčí se vysokými dávkami antibiotik, podáváním tekutin, chirurgickým odstraněním původního ložiska infekce a léčbou provázejících symptomů (např. snižování horečky).

TEN = tromboembolická nemoc – vznik krevních sraženin v žilách zejména v oblasti dolních končetin a pánve. Pokud se sraženina ze žíly uvolní a vycestuje do krevního oběhu, může pacienta ohrozit na životě plicní embolií – sraženina ucpe cévu v plicích, plicemi nemůže protékat krev a ta se neokysličuje. Bez kyslíku začínají buňky lidského těla během několika minut odumírat. Pacienti v intenzivní péči jsou touto nemocí ohroženi, protože dlouhý pobyt na lůžku zvyšuje riziko vzniku krevních sraženin. Prevencí vzniku TEN je bandáž dolních končetin, aplikace injekcí „na ředění krve“ a zejména rehabilitace.

Dekubity = proleženiny – vznikají při dlouhodobém působení tlaku na kůži. Pokud pacient nehybně leží na lůžku, výčnělky kostí stlačí malé cévy v kůži proti podložce natolik, že přeruší krevní oběh v kůži, kožní buňky odumřou a vznikne rána, která se špatně hojí. V poloze na zádech vznikají proleženiny nejčastěji v oblasti týlu, lopatek, loktů, v křížové oblasti a na patách. Prevencí vzniku proleženin je pravidelné polohování pacienta, použití pomůcek k podložení ohrožených částí těla, důsledná péče o pokožku a udržování lůžka v čistotě. Pokud pacienta nelze polohovat, je umístěný na antidekubitní matraci, která se po částech nafukuje a vyfukuje, čímž působí tlakem vždy na jinou část těla.

Delirium – jedná se o jeden z typů poruchy vědomí, při kterém je pacient dezorientovaný, nesoustředěný, může mít halucinace, být agresivní, může ohrožovat sebe i okolí, nebo může být naopak apatický, nehybný. Delirium může vzniknout po vysazení léků tlumících vědomí, vlivem bolesti, při narušení běžného spánkového cyklu, při odnětí návykové látky (alkohol, drogy) a z mnoha jiných důvodů. Prevencí je adekvátní tišení bolesti, dostatečná hydratace, snaha zachovat přirozený cyklus bdění a spánku, časná rehabilitace a další postupy. Pokud dojde k rozvoji deliria s agresivitou, kdy pacient ohrožuje sám sebe nebo okolí (vytahuje si důležité invazivní vstupy, manipuluje s předměty v okolí nebezpečným způsobem, hází věcmi), může být nutné jej omezit na pohybu pomocí léků na uklidnění nebo přichycením končetin k lůžku na nezbytně dlouhou dobu.

Halucinace, noční můry – vlivem samotného onemocnění nebo jeho léčby mohou pacienti trpět halucinacemi, nočními můrami a živými sny. Tyto prožitky se mohou objevovat samostatně, nebo jsou součástí probíhajícího deliria. Prevence i řešení je podobné jako v případě deliria. Pacienti mohou mít také pocit, že se jim personál při běžných ošetrovatelských činnostech snaží ublížit. V případě, že pacient na ošetřování reaguje negativně, lze mu předem podat léky tlumící vědomí.

Výživa – je důležitou součástí léčby pacienta. Ačkoliv většina pacientů na resuscitačním oddělení není schopná přijímat stravu běžným způsobem, je nezbytné zajistit jim přísun potřebných živin v adekvátním množství. Existují dva základní způsoby výživy pacientů:

- Enterální výživa – prochází zažívacím traktem. Pacient má nosem zavedenou tenkou hadičku (nasogastrickou sondu) do žaludku nebo tenkého střeva. Pomocí této sondy je mu podávána speciální tekutá výživa. Enterální výživa simuluje běžný příjem potravy, udržuje trávicí soustavu v činnosti a tím je pro pacienta prospěšnější. Po zlepšení stavu pacienta je pro něj snazší vrátit se k obvyklému způsobu stravování.
- Parenterální výživa – je podávána nitrožilně a obchází tak zažívací trakt. Používá se u pacientů, kteří netolerují podávání výživy do žaludku a střev. Může být jediným zdrojem živin, nebo se používá v kombinaci s enterální výživou, pokud je pacient schopen strávit pouze malé množství výživy podané do žaludku či střeva.

Tracheostomie

Tracheostomie je výkon, při kterém se vytvoří přístup do průdušnice skrz malý otvor na přední stěně krku. Tímto otvorem je následně zavedena tracheostomická kanyla, pomocí které je pacient buď připojený na ventilátor, nebo na zvlhčovač se zdrojem kyslíku, pokud již dýchá spontánně. Kanyla je podložena sterilními čtverci, které kryjí okolí rány, a je fixována úvazem okolo krku, který brání nechtěnému posunutí či vypadnutí kanyly.



Obrázek 7: pacient s tracheostomií

Nejčastější důvody pro provedení tracheostomie:

- Potřeba dlouhodobého připojení k umělé plicní ventilaci
- Snadnější toaleta dýchacích cest (odsávání sekretů při neschopnosti pacienta efektivně odkašlávat)
- Obstrukce dýchacích cest při nádorovém onemocnění v oblasti dutiny ústní a krku nebo při traumatu

Jaké jsou výhody tracheostomie?

Protože tracheostomie bývá pacienty lépe tolerována, není na rozdíl od endotracheální intubace nutné pacientům tlumit vědomí. Pacient s tracheostomií může být při vědomí, lépe se s ním komunikuje a spolupracuje, může začít aktivně rehabilitovat. Při zlepšení stavu lze zahájit perorální příjem tekutin a stravy. Význam je také estetický – pacientova tvář není deformována trubicí v ústech či nose.

Pacient s tracheostomií nemůže normálně mluvit, existují však metody a zařízení, která to umožňují (např. vyfouknutí balonku, který fixuje kanylu uvnitř průdušnice). Pacienti se však většinou rychle naučí komunikovat posunky, možné je také odezírání ze rtů.

Jakmile to stav pacienta dovolí a tracheostomie již není potřebná, kanyla se jednoduše odstraní a otvor na krku se sám zhojí. Schopnost řeči se poté navrátí.

Jak se výkon provádí?

Protože se jedná o malý výkon, provádí se tracheostomie nejčastěji přímo na lůžku pacienta, případně je pacient převezen na operační sál. Výkon se provádí v celkové anestezii.

Existují dva způsoby provedení tracheostomie:

- Punkční dilatační tracheostomie – přístup do průdušnice je vytvořen nejprve punkční jehlou, takto vzniklý otvor se pomocí dilatátorů zvětší na požadovaný průměr, který odpovídá velikosti následně zavedené tracheostomické kanyly.
- Chirurgická tracheostomie – provádí ji ORL lékař, který po naříznutí kůže na krku pomocí několika krátkých řezů vytvoří do průdušnice otvor, kterým je poté zavedena kanyla. Kanyla se obvykle fixuje několika stehy, které se později odstraňují.

Jaké jsou možné komplikace?

Během výkonu nebo bezprostředně po něm:

- Krvácení z rány – mírné krvácení se obvykle zhojí samo, ve vzácných případech masivního krvácení může být potřeba provést chirurgickou revizi rány.
- Podkožní emfyzém – vniknutí vzduchu pod kůži, které vede k otokům krku a obličeje.
- Pneumothorax – vniknutí vzduchu do prostoru mezi stěnou hrudníku a plící. Plíce je vzduchem utlačena a nemůže se při nádechu rozpínat. Řeší se zavedením hrudního drénu, který vzduch odvede pryč.
- Vdechnutí krve nebo žaludečního obsahu – zvyšuje riziko vzniku zápalu plic. Prevencí je lačnění pacienta nebo zavedení sondy, která odvádí žaludeční obsah.
- Hemodynamická nestabilita – při nedostatku kyslíku v krvi během výkonu může dojít k poruchám srdečního rytmu až k zástavě srdce.

V odstupu několika dní až týdnů po výkonu:

- Infekce v místě rány – zarudnutí rány, otok, bolest nebo přítomnost hnisu v ráně. Léčí se pravidelným ošetřováním rány speciálními přípravky, případně antibiotiky.
- Krvácení – může se objevit i několik týdnů po provedení tracheostomie. Pokud je masivní, může být potřeba provést chirurgickou revizi rány.
- Tracheoezofageální píštěl – vznik otvoru mezi stěnou průdušnice a jícnu.

Pozn.: vytvořeno volně podle informačního letáku Tracheostomy Patient Education Leaflet⁸⁹ s použitím dalších informací z publikace Vybrané kapitoly z intenzivní péče⁹⁰.

Výuka a výzkum na oddělení

Na našem pracovišti probíhá profesní příprava lékařů i nelékařských zdravotnických povolání. Do péče o pacienty tak mohou být zapojeni i studenti – medicí, sestry, fyzioterapeuti a další. Neznamená to však, že Váš blízký bude pouze v péči studentů. O každého pacienta se stará zkušený lékař a zkušená sestra, pod jejichž vedením mohou určité úkony provádět studenti. Prakticky se jedná zejména o nahlížení do dokumentace, účast na vizitách, vyšetření pacienta, pozorování různých výkonů, nácvik obsluhy přístrojů, ošetřování pacienta a další činnosti. Studenti nerozhodují o léčbě pacientů, nepředepisují léky ani neprovádí operace.

Někteří pacienti mohou být také zapojeni do výzkumů prováděných na našem oddělení. Klinický výzkum je velmi různorodý, může zahrnovat například odběr biologického materiálu, použití alternativní léčebné metody (např. různé způsoby podání téhož léku, podání různých léků) nebo zcela nové metody (např. testování nového léku, rehabilitačního přístroje). Pokud je Váš blízký vybrán jako vhodný kandidát na zařazení do některého z probíhajících výzkumů, budete lékařem informováni o podrobnostech.

⁸⁹ LAU, Arthur C.W. *Tracheostomy Patient Education Leaflet (English Version)*[online] . Hong Kong: The Hong Kong Society of Critical Care Medicine, 2010 [cit. 2021-3-15]. Dostupné z: <https://www.hkscem.org/images/stories/PatientPage/tracheostomy%20leaflet.pdf>

⁹⁰ BARTUŇEK, ref. 1, s. 175-177.

2.2.4 Ukončení hospitalizace na intenzivní péči

Jakmile se zdravotní stav pacienta zlepší natolik, že už mu péče na resuscitačním oddělení nemá víc co nabídnout, je možné přeložit jej k další péči. Překlad může proběhnout v rámci jedné nemocnice, nebo může být pacient převezen do jiného zdravotnického zařízení. Ve výjimečných případech může být pacient z našeho oddělení propuštěn rovnou do domácí péče (např. po otravě alkoholem, ze které se pacient „vyspí“).

O překladu Vašeho blízkého budete vždy předem informováni, pouze v případě časové naléhavosti Vám bude tato informace sdělena až po přeložení Vašeho blízkého.

Bude o mého blízkého i nadále dobře postaráno?

Resuscitační oddělení je vybavené velkým množstvím moderních přístrojů a jedna sestra se nejčastěji stará pouze o jednoho pacienta, proto chápeme Vaše obavy z překladu Vašeho blízkého na oddělení, které těmito přístroji nemusí být vybavené a na kterém jedna sestra pečuje o větší množství pacientů. Pacienty však vždy překládáme na taková oddělení, která svým vybavením i počtem ošetřujícího personálu odpovídají aktuálním požadavkům konkrétního pacienta.

Pacienty nejčastěji překládáme na následující oddělení:

- Jednotka intenzivní péče (JIP) – díky technickému i personálnímu zabezpečení poskytuje podobnou péči jako resuscitační oddělení. Pacienti jsou nepřetržitě sledováni monitorem životních funkcí, v případě potřeby mohou být i nadále připojeni k různým přístrojům. Jedna sestra má na starosti malý počet pacientů (1-3). Protože JIP bývají rozdělené podle jednotlivých lékařských oborů, poskytují pacientům specializovanou léčbu (např. neurochirurgie pečuje o pacienty s úrazem hlavy a páteře, kardiologie o pacienty se srdečními problémy apod.).
- Jednotka intermediální péče – jedná se o mezistupeň mezi intenzivní péčí a standardním oddělením. Je určena pro pacienty, kteří jsou při vědomí a nevyžadují připojení k přístrojům, které nahrazují nebo podporují funkci orgánů, pacienti jsou však nadále nepřetržitě sledováni

monitorem životních funkcí. Jedna sestra má na starosti obvykle skupinu několika pacientů.

- Standardní oddělení – je určené pro pacienty, jejichž životní funkce jsou normální a stabilní a kteří nepotřebují připojení k žádným přístrojům ani trvalou monitoraci. Pacienti zde rehabilitují, hojí rány a úrazy, řeší se případné následky úrazu či onemocnění. Jedna sestra má na standardním oddělení na starosti obvykle větší skupinu pacientů.
- Následná intenzivní péče (NIP) – je vybavena podobně jako resuscitační oddělení nebo JIP a je určena pro pacienty, jejichž zdravotní stav se zlepšuje velmi pomalu a kteří proto dlouhodobě vyžadují intenzivní péči (připojení k plicnímu ventilátoru, dialýze, podporu funkcí orgánů pomocí léků). Rehabilitace a odvykání od plicního ventilátoru na tomto oddělení může trvat několik týdnů až měsíců.
- Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP) – je vybaveno jako resuscitační oddělení a je určené pro pacienty, jejichž život je na intenzivní péči zcela závislý (typicky se jedná o nutnost připojení k plicnímu ventilátoru, od kterého pacient kvůli povaze svého onemocnění nemůže odvyknout). Pacienti hospitalizovaní v chronické intenzivní péči obvykle nemají naději na návrat k normálnímu životu jako před úrazem.
- Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP) – je určená pro pacienty, kteří nevyžadují připojení k přístrojům, ale jejichž stav neumožňuje jejich umístění na standardním oddělení. Často se jedná o pacienty, kteří odvykli od plicního ventilátoru, ale kteří ještě vyžadují intenzivní rehabilitaci, zhojení ran, navyknutí na běžnou stravu a odstranění tracheostomické kanyly. Na toto oddělení bývají také umísťováni pacienti v tzv. vegetativním stavu.

Návrat k běžnému životu

Při zotavování se ze závažného onemocnění či úrazu tělo spotřebovává své energetické zásoby a věnuje velké úsilí uzdravě. Je proto zcela normální, že pacientům po hospitalizaci v intenzivní péči poměrně dlouhou dobu trvá, než opět zesílí, nabudou dostatek energie a navrátí se do běžného života. Během tohoto období zotavování se potýkají s celou řadou nepříjemných příznaků, z nichž některé mohou přetrvávat týdny i měsíce a mohou ovlivňovat návrat k činnostem, které pacient vykonával před přijetím do intenzivní péče.

Únava a úbytek hmotnosti

Krátce po zotavení se ze závažného stavu jsou pacienti obvykle velmi unavení a jakákoliv činnost je rychle vyčerpá. Tato únava je způsobená dlouhou nečinností svalů. Čím déle tato nečinnost trvá, tím více svaly slábnou a následně potřebují delší dobu k opětovnému zesílení. Stav je navíc komplikovaný narušeným cyklem bdění a spánku – pacienti nedokážou v noci spát a pospávají během celého dne. K obnově přirozeného cyklu bdění a spánku pomáhá pacientům najít si činnosti, které je ve dne zabaví (např. četba, křížovky, hry...) a večer jim pomůžou usnout (např. poslech hudby).

Kromě ochabnutí svalů dochází v kritickém stavu také k úbytku svalové i tukové hmoty a pacienti proto hubnou. Pro správnou regeneraci svalů je nezbytná správná výživa a rehabilitace. Ta je zpočátku zaměřená na zcela běžné činnosti (návlek sebeobsluhy, stoje, chůze), později na opětovné nabytí síly a vytrvalosti. U pacientů, kteří v kritickém stavu strávili dlouhou dobu, dochází k plnému zotavení pomalu, často až po mnoha měsících rehabilitace. V některých případech nemusí být návrat k původnímu stavu vůbec možný a pacient si v dalším životě může nést určité následky svého úrazu či onemocnění.

Dýchání a řeč

Pokud pacienti potřebují pomoc s dýcháním, jsou připojeni na ventilátor pomocí trubice zavedené ústy – tzv. endotracheální kanyly, nebo skrz přední stěnu krku – tzv. tracheostomie. Po vyjmutí této trubice mohou pacienti pociťovat bolest nebo škrábání v krku, být více zahlenění a mít nutkání odkašlávat nebo mít sucho

v ústech. Mluvení může být zpočátku obtížné, chraptivé nebo šeptavé (jako při nachlazení). Tyto příznaky obvykle velmi rychle samy odezní.

Po odstranění tracheostomické kanyly navíc zůstává na krku malý otvor, který se během několika dní sám uzavře a zanechá po sobě jizvu. V tomto případě může změna řeči přetrvávat do úplného zhojení otvoru, než se opět navrátí k normálu.

Změny vzhledu

Kromě úbytku hmotnosti mohou pacienti pozorovat další změny svého vzhledu. Kůže může být suchá a svědivá, nebo naopak napjatá a oteklá. Modřiny a drobné jizvičky jsou způsobené zavedením různých hadiček a trubiček do těla, které přivádí léky a výživu, očišťují krev a odvádí odpadní látky ven z těla, modřiny na břiše jsou způsobené injekcemi proti tvorbě krevních sraženin. Pacienti mohou mít jemnější a lámavější vlasy, které mohou také vypadávat. Tento stav je většinou pouze přechodný a vzhled se po čase vrátí do normálu.

Ostatní změny

Obvyklé jsou také změny smyslového vnímání – některé léky mohou změnit sluch či zanechávat pachut' v ústech. Při návratu k běžné stravě může jídlo pacientům vonět a chutnat jinak. Zrak může být zpočátku rozmazaný či zastřený, pacienti mohou mít pocit suchých očí. V některých částech těla mohou pacienti pociťovat mravenčení, brnění či pálení a z dotyku některých věcí mohou mít divný pocit. Tyto změny vnímání jsou většinou pouze dočasné.

Potíže mohou nastat také při vylučování. Pacienti hospitalizovaní v intenzivní péči mají do močového měchýře zavedený katetr, který samovolně odvádí moč ven z těla. Po odstranění tohoto katetru může být svěrač okolo močové trubice oslabený a může docházet k úniku moči nebo obtížím při močení. Funkce svěrače se brzy obnoví, při přetrvávajících potížích je možné posílit svěrač vhodným cvičením. Také s vylučováním stolice mohou mít pacienti problémy. Po přechodu z umělé výživy k běžné stravě se může objevit průjem nebo zácpa, nevolnost, nadýmání a další zažívací obtíže. Poté, co si trávicí soustava opět zvykne na běžnou stravu, se zažívání upraví.

Psychické zotavení

Po překonání závažného onemocnění či úrazu může úplné uzdravení trvat i více než rok. Přetrvávající únava a nutnost vynaložit veliké úsilí na zvládnutí běžných činností se mohou značně podepsat na psychice. Časté změny nálad, smutek, obavy, ale i zlost nebo lítost jsou u těch, kteří překonali vážný zdravotní problém, zcela normální. Objevují se potíže se spánkem, někdy doprovázené živými sny a nočními můrami, pocit beznaděje, hlubokého smutku či deprese, potíže s pamětí, nechut' k jídlu i k nejrůznějším činnostem, pocity viny za způsobené potíže a za potřebu stálé pomoci, strach z nezotavení či z další nemoci a mnoho dalších pocitů. Všechny tyto stavy jsou normální, pokud postupem času odeznívají a nemají vliv na rekonvalescenci (nevedou ke zhoršení celkového stavu). V opačném případě je vhodné vyhledat odbornou pomoc.

Pozn.: vytvořeno volně podle webového portálu ICUsteps⁹¹ s použitím informací zde obsažených.

Když intenzivní péče nepomáhá

Přestože se díky rozvoji moderních technologií, vývoji nových léků a léčebných postupů může zdát, že dnešní medicína umí konat zázraky, opak je stále pravdou. Bohužel se stále setkáváme s pacienty, kteří nereagují na žádnou léčbu a nemohou se i přes veškerou naši snahu uzdravit. Pro tyto pacienty může být prospěšným krokem přechod k tzv. paliativní péči, která se nezaměřuje na vyléčení choroby, ale soustředí se na komfort a důstojnost pacienta a jeho blízkých v závěru života.

Nemůže se můj blízký ještě uzdravit?

Cílem péče na resuscitačním oddělení je udržet a podpořit životní funkce a funkce orgánů u pacientů, u kterých hrozí jejich selhání, nebo u kterých k tomuto selhání již došlo. Po přijetí na resuscitační oddělení dostávají všichni pacienti veškerou dostupnou léčbu podle povahy jejich úrazu či onemocnění. V této plné terapii pokračujeme několik dní, během kterých sledujeme reakci pacienta na léčbu.

⁹¹ ICUsteps [online]. Londýn: ICUsteps, 2021 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://icusteps.org/>

Pokud se zdravotní stav pacienta zlepšuje, podporujeme pacienta do jeho údravy. Ne vždy ale pacienti na léčbu reagují, u některých zůstává zdravotní stav i přes veškerou léčbu téměř stejný, u části pacientů dokonce dochází k jeho zhoršování. Léčba, která nevede k naplnění léčebných cílů, je považována za tzv. marnou léčbu. Její pokračování pacientovi nepřinese žádný užitek, naopak pro něj může být velmi zatěžující, a proto se často považuje za neetické.

Pokud u Vašeho blízkého nenastanou při plné léčbě známky zlepšování zdravotního stavu, existují tři základní možnosti, jak postupovat v další péči:

- Pokračování v plné terapii – Vašemu blízkému bude nadále poskytnuta veškerá dostupná léčba. Intenzivní péči včetně připojení k přístrojům bude s největší pravděpodobností potřebovat dlouhodobě, mnohdy doživotně. V nejlepším případě se jeho stav začne po delší době pomalu zlepšovat, může ale dojít i k vážnému zhoršení zdravotního stavu.
- Ukončení plné terapie s podporou případného zlepšování – některým pacientům nepřináší plná léčba žádný prospěch, její ukončení ale ani nemusí vést ke zhoršení jejich stavu. V tomto případě bude plná léčba Vašeho blízkého ukončena a další postup bude záviset na vývoji jeho zdravotního stavu. V případě zlepšování jej budeme podporovat, v případě zhoršení nebude zahájena další intenzivní léčba, ale přejdeme k paliativní péči.
- Přejedání k paliativní péči – ukončíme plnou léčbu a zaměříme se na zajištění komfortu a přání Vašeho blízkého. Cílem paliativní péče je kvalitní prožití závěru života podle aktuálních možností a zajištění co nejpřirozenější, klidné a důstojné smrti.

O všech možnostech, konkrétních postupech a jejich možných výsledcích budete vždy informováni lékařem. Protože Váš blízký nemusí být vlivem onemocnění i léčby schopný se sám rozhodnout, jaký postup další péče by si chtěl zvolit, můžete být požádáni, abyste toto rozhodnutí učinili Vy. Při rozhovoru s Vámi se bude lékař ptát informace o Vás i o Vašem blízkém, zejména na Vaše i jeho hodnoty, životní postoj, přání a preference. Konečné rozhodnutí o další léčbě by mělo vycházet nejen z Vašeho přání, ale zejména z předpokládaného přání Vašeho blízkého.

Co přesně znamená paliativní péče?

Úkolem paliativní péče je zajistit pacientovi co nejkvalitnější prožití zbývajících života, zajistit mu klidnou a důstojnou smrt a podpořit jeho blízké. Znamená to zejména tišení všech nepříjemných projevů, jakými jsou například bolest, dušnost a nevolnost, zajištění sociální pohody díky přítomnosti blízkých osob a duchovní útěchu nejen v podobě náboženských rituálů, ale zejména splněním možných přání pacienta (ochutnat oblíbené jídlo, poslechnout si hudbu, sdělit si důležitá poslední slova apod.).

Mezi konkrétní postupy paliativní péče patří:

- Tišení bolesti, dušnosti, nevolnosti a jiných symptomů – fyzický komfort pacientů zajišťujeme podáváním vhodných léků. K dosažení úlevy může být zapotřebí podávat vyšší dávky léků, než je obvyklé, přesto je dávkování vždy bezpečné a nemůže zapříčinit smrt pacienta.
- Možnost návštěv – pro pacienty i jejich blízké je vzájemná blízkost přínosem. Po domluvě s ošetřujícím personálem je možné navštívit pacienta v závěru života kdykoliv během dne i mimo doporučené návštěvní hodiny. Pacientům a jejich blízkým se snažíme během návštěv zajistit maximální soukromí.
- Ukončení podpory funkce orgánů – připojení pacienta k přístrojům a podávání některých léků podporuje funkce určitých orgánů. V závěru života nemusí být tyto postupy pro pacienty účelné a může být vhodnější ukončit přístrojovou podporu (např. dialýzu) i podávání léků (např. těch, které nutí srdce pracovat rychleji a usilovněji).
- Terminální extubace – znamená ukončení umělé plicní ventilace, tedy odpojení pacienta od plicního ventilátoru a odstranění trubičky z úst. Připojení k ventilátoru je pro pacienta nepříjemné, trubička v ústech deformuje jeho tvář. Odpojení pacienta od ventilátoru nezkracuje dobu jeho dožití, naopak zvyšuje jeho komfort a umožňuje příbuzným důstojnější rozloučení s milovanou osobou.
- Ukončení výživy a hydratace – v závěru života již podávání výživy ani tekutin nemá pro pacienty význam, naopak může být pro vyčerpaný a vyhasínající organismus zatěžující. Pokud má pacient žízeň, je

vhodnější svlažit mu rty a ústa vodou či oblíbeným nápojem. Při ukončení výživy a hydratace nenastává smrt hladem ani žízní.

- Péče o blízké pacienta – paliativní péče nezahrnuje pouze péči o pacienty, ale i o jejich blízké, kterým poskytujeme podporu, rady a v případě potřeby i profesionální pomoc.

Pozn.: vytvořeno s použitím informací obsažených v článku Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how⁹² a na posteru Vliv terminální extubace na délku umírání kriticky nemocných po přechodu na paliativní péči⁹³.

Etiketa u lůžka umírajícího

Být přítomen u Vašeho milovaného, který umírá, je velmi náročné. Nevědět, co dělat a co očekávat je zcela normální. Abychom Vám alespoň trochu pomohli, nabízíme Vám rady a postřehy těch, kteří si touto zkušeností již prošli – příbuzných a blízkých, sester, odborníků na paliativní péči a dalších.

- Věnujte pozornost tomu, co si Váš blízký přeje. Pokud je to možné, vyhovte mu, snažte se ho podpořit, dejte mu najevo, že jste tu pro něj.
- Přítomnost u lůžka pro Vás může být vyčerpávající, zkuste si proto najít čas na načerpání nových sil. Udělejte si přestávku, snězte něco, nebo alespoň nezapomínejte pít.
- Krátce informujte ostatní příbuzné a přátele o podstatných změnách. Výhodné je využití skupinového chatu, emailové konverzace apod.
- Zvažte krátkou návštěvu dětí – některé děti mohou mít potřebu se s blízkým rozloučit. Alternativou může být telefonát, video, předání vzkazu apod.
- Není nutné zachovávat u lůžka ticho – klidná konverzace nebo hudba může být pro všechny uklidňující.

⁹² MERCADANTE, Sebastiano, Cesare GREGORETTI a Andrea CORTEGIANI. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology* [online]. 2018, **18**(1) [cit. 2021-3-21]. ISSN 1471-2253. Dostupné z: doi:10.1186/s12871-018-0574-9.

⁹³ SCHMIDT, Matouš et al. Vliv terminální extubace na délku umírání kriticky nemocných po přechodu na paliativní péči [poster][online]. In: *X. kongres české intenzivní medicíny 2016*, 25.-27.5. 2016 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: doi:10.13140/RG.2.1.2397.2725.

- Umírající lidé mohou mluvit o mrtvých lidech, kteří k nim přichází a mluví na ně. Nenechte se tím znepokojit, nevyvracejte to, naslouchejte.
- Neváhejte říct to, co je pro Vás důležité – mám Tě rád, děkuji Ti, omlouvám se...
- Držet svého blízkého za ruku může být mocnější než všechna slova.
- Ujistěte svého milovaného, že může odejít. Někteří umírající to potřebují slyšet.
- Nechejte svého blízkého odpočívat, v závěru života je častý spánek normální.
- Nebud'te frustrování, pokud Váš blízký zemře ve chvíli, kdy (byť na okamžik) odejdete, stává se to často. Nevyčítejte si, že jste zrovna v tu chvíli nebyli u svého milovaného přítomní, možná to právě tak potřeboval a čekal na to.
- Během umírání se mění dýchání – mezi nádechy se objevují dlouhé pauzy, nádechy mohou být lapavé, těžké, chrčivé či bublavé. V takovou chvíli je smrt velmi blízko.
- Pokud Vás něco znepokojí, nebojte se požádat o radu či pomoc.

Pozn.: vytvořeno překladem a úpravou informačního letáku Deathbed etiquette⁹⁴.

Truchlení

Ztráta milovaného člověka je velmi bolestná zkušenost, která tvrdě zasáhne naše nitro, naše pocity, myšlenky, prožívání i jednání. Krátce po úmrtí blízké osoby se dostavuje šok, zmatenost, svět se nám může v některých ohledech zdát neskutečný nebo „obrácený naruby“. Možná máme pocit, že to není pravda a že náš milovaný je tu pořád s námi. Po oznámení o smrti blízkého je možné setkat se s nejrůznějšími reakcemi. Často přichází pláč, tichý a klidný, potlačovaný či zadržovaný, ale také doprovázený hlasitým lkaním. Někteří lidé reagují zlostně, mohou být vzteklí a třeba i rozbíjet věci kolem sebe. Jiní se cítí otupěle, zavřou se na klidném místě, kde setrvají dlouhé hodiny v nečinnosti. Další vypadají, jako by se nic nestalo, odejdou

⁹⁴ *The Art of Dying Well: Deathbed etiquette* [online]. Twickenham: St. Mary's University, 2021 [cit. 2021-3-18]. Dostupné z: <https://www.artofdyingwell.org/caring-for-the-dying/deathbed-etiquette/etiquette/>

do práce, odjedou na chalupu, vyhledají společnost přátel. Každý ztrátu blízkého prožívá jinak a potřebuje jiný způsob, jak se s touto skutečností vyrovnat, proto není třeba se za své chování stydět. Je důležité respektovat, že každý na úmrtí reaguje a následně i truchlí „po svém“.

Obecná představa o truchlení nad ztrátou blízkého se omezuje zejména na pocity smutku, lítosti a prázdnoty, truchlení toho však zahrnuje mnohem víc. Úmrtí milované osoby s sebou přináší mnohem více pocitů a všechny jsou úplně normální. Je v pořádku být smutný, naštvaný, cítit lítost, mít pocit prázdnoty, křivdy, viny i bezmoci. Stejně tak je v pořádku být vděčný, mít radost, cítit úlevu a pocit vysvobození. Všechny tyto pocity mohou přicházet postupně, vzájemně se střídat a paradoxně i nastávat současně. Někdy veškeré pocity zmizí a zanechají po sobě prázdnotu, otupělost a vyčerpání. Truchlení se odráží i na našem fyzickém stavu a chování – únava a potřeba více spát i poruchy spánku, nechutenství a nevolnost i zvýšená chuť k jídlu, apatie a nechuť k veškerým činnostem i potřeba zaměstnat se jakoukoliv prací, zapomnětlivost, bolest svalů, nervozita. Nebraňme se emocím, které přicházejí, nenuťme se násilím do toho, co je nám nepříjemné, ale dopřejme si to, co naše tělo i mysl potřebují. Všechny tyto prožitky se časem zmírní, naše pocity se nebudou střídat jako na houpačce a vzpomínky na zemřelého už nebudou tak bolestné, ale nalezneme v nich útěchu, radost a klid.

Truchlení je dlouhodobý proces a normálně trvá několik měsíců až rok. Během této doby by měly intenzivní prožitky a pocity pomalu ustupovat. K významnějšímu truchlení může docházet na důležitá výročí zemřelého (den narození, úmrtí, svátek), na místech, která jsou s ním silně spojená (oblíbená restaurace, místo poslední společné dovolené) a během důležitých částí roku (Velikonoce a Vánoce). Pokud truchlení vážným způsobem ovlivňuje běžné fungování pozůstalých nebo pokud trvá déle než jeden rok, je na místě požádat o odbornou pomoc.

Pozn.: vytvořeno volně podle webové stránky Umírání.cz⁹⁵.

⁹⁵ Ztráta blízké osoby. *Umírání.cz: informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Praha: Cesta domů, 2021 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/ztrata-blizke-osoby>

Dárcovství orgánů po smrti mozku

Dar nového života

Úmrtí člena rodiny je vždy velmi náročnou zkušeností. Vyrovnání se se ztrátou blízkého člověka je obtížným úkolem, obzvlášť jedná-li se o smrt náhlou, neočekávanou. Posmrtné darování orgánů nabízí možnost nalezení smyslu a důstojnosti ve smrti, pokračování odkazu pro dárce a pocit útěchy pro pozůstalou rodinu. Darování orgánů jako nejvyšší projev velkorysosti a dobré vůle může blízkým dárce pomoci překonat zármutek z náhlého odchodu milované osoby.

O Vašem blízkém lze při stanovení smrti mozku uvažovat jako o možném dárce orgánů. Tato brožurka Vám pomůže zodpovědět některé Vaše otázky a objasnit to, co s Vámi tým zdravotníků probral nebo bude probírat při osobním setkání.

Co je to smrt mozku?

Smrt mozku znamená kompletní a nevratnou zástavu veškerých mozkových funkcí (myšlení, paměť, smyslové vnímání, řízení pohybu, ale i základní životní funkce, jako je dýchání). Vzniká nejen na základě úrazu samotného mozku, ale i jako důsledek jiného úrazu či onemocnění, kdy do mozku neproudí krev. Pokud není mozek dostatečně zásoben krví, rychle odumírá. Tento proces je bohužel nevratný, protože buňky mozku se nedokážou obnovit ani znovu dorůst. Smrt mozku je ze zákona považována za smrt člověka. Smrtí mozku končí život člověka ve smyslu biologickém i právním.

Smrt mozku může být způsobena těžkým úrazem, krvácením do mozku, útlakem mozkové tkáně nitrolebním nádorem, zástavou přívodu okysličené krve při dlouhém oživování po zástavě srdce a z dalších příčin. V prostředí mimo nemocnici ustává po odúmrtí mozku spontánní dýchání a jedinec umírá. V prostředí intenzivní péče je možno pomocí přístrojů udržet dýchání i srdeční činnost po omezenou dobu i po smrti mozku, a tím umožnit darování orgánů.

Kdo a jak diagnostikuje smrt mozku?

V České republice je postup diagnostiky smrti mozku definován transplantačním zákonem (zákon č. 285/2002 Sb.) tak, aby byla s jistotou vyloučena chyba. Smrt mozku musí nezávisle na sobě po provedení vyšetření pacienta potvrdit

dva lékaři s dokončenou specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a intenzivní medicína, neurologie nebo neurochirurgie.

Vyšetření k prokázání smrti mozku zahrnuje:

- Ověření, že stav pacienta není ovlivněn žádnými vratnými nebo léčitelnými příčinami (jako je vliv tlumivých léků, podchlazení apod.) a že je přítomno onemocnění, na jehož základě lze o diagnóze smrti mozku uvažovat.
- Klinické vyšetření, které má za cíl ověřit, že chybí všechny vnější projevy mozkové činnosti včetně činností mozkového kmene. Vyšetřuje se nepřítomnost reakce na bolest, stahování zornic na světlo, kašláni, mrkání apod. Pokud o to požádáte, můžete být u tohoto klinického vyšetření přítomni.
- Apnoický test – poslední mozkový reflex, který vyhasíná, je spontánní dýchání. Po důkladném okysličení se pacient pozoruje po odpojení z ventilátoru po dobu několika minut, zda se neobjeví spontánní dýchání.
- Vyšetření nepřítomnosti průtoku krve mozkem – provádí se jako doplňkové vyšetření, pokud není chorobným procesem zničen přímo mozkový kmen. Smrt mozku je potvrzena tehdy, pokud jím neprotéká krev. Toto vyšetření se provádí buď nástřikem kontrastní látky (angiografie, CT angiografie) nebo značeného farmaka (scintigrafie), případně ultrazvukem.

Nemůže se vyšetření plést?

Způsob vyšetření je podle zákona nastaven tak, že omyl je nad vší rozumnou míru vyloučen. V médiích se sice vyskytly zprávy, že někdo tzv. přežil mozkovou smrt, vždy se ale jednalo o nepravdivou informaci.

Proč stále bije srdce? Není to jen kóma?

Srdce je do jisté míry samostatně pracující orgán – pokud není poškozené a dokud má dostatek kyslíku, nepřestává bít. Impulzy, které ho nutí pracovat, totiž vychází ze speciálních buněk přímo v samotném srdci. Dokud je Váš blízký připojený na plicní ventilátor, který mu pomáhá okysličovat krev, srdce mu stále bije,

má teplou, růžovou kůži a vypadá, jako by jen spal. Jeho mozek je však nenávratně poškozený. Je to právě mozek, který definuje „já“, a tím i život.

Kóma je hluboká porucha vědomí a může mít nejrůznější příčiny, přičemž některé z nich jsou vratné a mohou odeznít. Pacienti v kómatu mají z vratných příčin zachované určité funkce mozku a existuje šance, že se z kómatu probudí. Při smrti mozku už mozek žádné funkce nevykazuje a není žádná šance, že by se pacient mohl někdy probudit. Oba tyto stavy lze spolehlivě rozlišit pomocí klinických a zobrazovacích vyšetření.

Pozor, u pacientů se smrtí mozku se mohou vyskytnout trhavé pohyby končetin způsobené absencí tlumivého vlivu mozku na míšní reflexy, nazývají se spinální automatismy. Lékaři je umí dobře poznat a při návštěvě u lůžka Vás na tuto možnost upozorní.

Co se děje po potvrzení smrti mozku?

Poté, co je druhým testem nebo zobrazovacím vyšetřením definitivně potvrzena smrt mozku, je pacient prohlášený za mrtvého. Tento čas je také zapsán v úmrtním listu (čas úmrtí není stanovený okamžikem odpojení pacienta od plicního ventilátoru).

Pokud je Váš blízký určený jako vhodný kandidát a během svého života nevyslovil nesouhlas s dárcovstvím, náš právní systém předpokládá, že by si přál po své smrti pomoci jiným lidem, a proto nevyžaduje souhlas rodiny s posmrtným darováním orgánů. Lékař s Vámi probere vše, co Vás zajímá.

Vždy dostanete možnost se se svým blízkým důstojně rozloučit. Pokusíme se Vám zajistit maximální soukromí pro návštěvu u lůžka a umožníme Vám provést případné náboženské rituály, pokud si to přejete. Teprve poté bude tělo Vašeho blízkého převezeno k darování orgánů. Pokud je tělo zemřelého ve vzácných případech shledáno nevhodným pro dárcovství, nikam se nepřeváží a přístrojová podpora se ukončí přímo na oddělení.

Odběr orgánů – a co dál?

Pokud je Váš blízký určen jako vhodný dárcce orgánů, je kontaktováno koordinační centrum transplantací, které rozhodne o dalším postupu. Na základě vyšetření je určeno, které orgány je možné darovat. Jeden dárcce může zachránit až devět těžce nemocných pacientů. Nejčastěji je možné transplantovat ledviny, játra, srdce, slinivku, plíce a tenké střevo. Kromě toho je možné odebrat také oční rohovku a v rámci klinické studie i dělohu.

Odběr orgánů se provádí ve specializovaném transplantačním centru v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM), kam je tělo zemřelého převezeno. Orgány se poté transplantují příjemcům v transplantačních centrech v celé České republice. Ze zákona není možné Vám sdělit, komu byly orgány Vašeho blízkého transplantovány, dárcce i příjemce zůstává vždy v anonymitě. Je však možné Vám sdělit jaké orgány byly transplantovány, zda je příjemce muž či žena a jak se příjemci daří.

Po odběru orgánů je ze zákona provedena pitva zemřelého. O místě, kde je tělo Vašeho blízkého uloženo, budete informováni – tuto informaci je nutné předat Vámi vybrané pohřební službě, která zajistí převoz zemřelého a vše ostatní k poslednímu rozloučení.

Přestože je hodnota pomoci se záchranou života těžce nemocných pacientů nevyčísitelná, ze zákona máte nárok na finanční pomoc s vypravením pohřbu dárci ve výši 5000 Kč. O tento příspěvek můžete požádat do jednoho roku ode dne vypravení pohřbu. Více informací a formulář žádosti naleznete na webových stránkách <https://www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/naroky-dle-zakona/a-3106/>.

Pozn.: vytvořeno volně podle informační brožury BRAIN DEATH – A Simple Explanation⁹⁶ s použitím dalších informací obsažených v zákoně č. 285/2002 Sb.⁹⁷ a na webu IKEM – dárci orgánů⁹⁸.

⁹⁶ *BRAIN DEATH: A Simple Explanation* [online]. New York: National Kidney Foundation, 2013 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/13-60-06204.pdf>

⁹⁷ Zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). In: *Sbírka zákonů*. 28. 6. 2002. ISSN 1211-1244.

⁹⁸ *IKEM: DÁRCI ORGÁNŮ* [online]. Praha: Institut klinické a experimentální medicíny, 2021 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/a-3102/>

Dárcovství orgánů po nevratné zástavě krevního oběhu

Dar nového života

Úmrtí člena rodiny je vždy velmi náročnou zkušeností. Vyrovnání se se ztrátou blízkého člověka je obtížným úkolem, obzvlášť jedná-li se o smrt náhlou, neočekávanou. Posmrtné darování orgánů nabízí možnost nalezení smyslu a důstojnosti ve smrti, pokračování odkazu pro dárce a pocit útěchy pro pozůstalou rodinu. Darování orgánů jako nejvyšší projev velkorysosti a dobré vůle může blízkým dárce pomoci překonat zármutek z náhlého odchodu milované osoby.

O Vašem blízkém lze při stanovení vážného poškození mozku, které je neslučitelné s kvalitním životem bez podpory plicního ventilátoru, uvažovat jako o možném dárci orgánů. Tato brožurka Vám pomůže zodpovědět některé Vaše otázky a objasnit to, co s Vámi tým zdravotníků probral nebo bude probírat při osobním setkání.

Co je to nevratná zástava krevního oběhu?

Nevratná zástava krevního oběhu nastává poté, co srdce nezvratně přestane bít. Po zástavě srdce přestane v těle cirkulovat krev, která přenáší kyslík a živiny do všech orgánů a tkání, ty krátce poté začínají odumírat. Okamžik, kdy srdce přestane bít, je považován za čas smrti a je takto zapsán do úmrtního listu.

Kdo může být dárcem orgánů po zástavě srdce?

Dárci orgánů bývají nejčastěji pacienti s prokázanou smrtí mozku – v takovém případě mozkem neprotéká žádná krev, mozek nevykazuje žádné funkce a je mrtvý. Pacient s prokázanou smrtí mozku nemá žádnou šanci na uzdravení a je podle zákona prohlášený za mrtvého.

V některých případech dochází u pacientů k velmi vážnému poškození mozku, které zásadním způsobem ovlivňuje většinu mozkových funkcí. Protože však mozkem může protékat krev a mozek může vykazovat některé funkce (zejména základní reflexy, např. kašláním při podráždění v krku, mrkání při doteku oka), nelze těmto pacientům stanovit smrt mozku. Tito pacienti přesto bývají v hlubokém bezvědomí, nemohou se hýbat nebo mluvit a k životu potřebují trvalé připojení k plicnímu ventilátoru a nitrožilní podávání léků, které podporují funkci ostatních

orgánů. Většinou neexistuje šance na zlepšení jejich stavu, protože poškozené buňky mozku se nedokážou obnovit ani znovu dorůst. Pokud žádná dostupná léčba nedokáže pacientův zdravotní stav zlepšit, mohou lékaři prohlásit další léčbu za marnou a ukončit ji, neboť pokračování v marné léčbě je neúčelné a z hlediska pacienta také neetické. V takovém případě se přechází na léčbu paliativní (soucitnou) a je možné začít o pacientovi uvažovat jako o možném dárci orgánů.

Co se děje po ukončení léčby?

Pokud žádný léčebný postup nezlepší zdravotní stav Vašeho blízkého, přecházíme na tzv. paliativní (soucitnou) péči. Tato péče je zaměřená na komfort pacienta i jeho blízkých. Přejít k paliativní péči s Vámi vždy probere lékař, současně Vám vysvětlí všechno, co Vás zajímá. Pokud je Váš blízký určený jako vhodný kandidát a během svého života nevyslovil nesouhlas s dárcovstvím, je jednou z možností právě darování orgánů.

Vždy dostanete možnost se se svým blízkým důstojně rozloučit. Pokusíme se Vám zajistit maximální soukromí pro návštěvy Vašeho blízkého a umožníme Vám provést případné náboženské rituály, pokud si to přejete. Teprve poté bude ukončena přístrojová podpora a podávání léků, které ovlivňují činnost orgánů. Vašemu blízkému budou ponechány pouze léky, které tlumí bolest a další nepříjemné symptomy. U svého blízkého můžete zůstat až do úplného konce.

Odběr orgánů – a co dál?

Pokud je Váš blízký určen jako vhodný dárcce orgánů, je kontaktováno koordinační centrum transplantací, které rozhodne o dalším postupu. Na základě vyšetření je určeno, které orgány je možné darovat. Jeden dárcce může zachránit až devět těžce nemocných pacientů. Nejčastěji je možné transplantovat ledviny, játra, srdce, slinivku, plíce a tenké střevo. Kromě toho je možné odebrat také oční rohovku a v rámci klinické studie i dělohu.

Odběr orgánů se provádí v nemocnici, ve které je Váš blízký hospitalizovaný. Jakmile srdce Vašeho blízkého přestane bít a lékaři jej prohlásí za zemřelého, bude urychleně převezen na operační sál, kde již připravený transplantační tým provede odběr. Odběr orgánů nezpůsobí Vašemu blízkému žádnou bolest a nemá za následek

smrt, protože Váš blízký v tom okamžiku nemůže nic cítit a je již oficiálně prohlášený za zemřelého.

Orgány se poté transplantují příjemcům v transplantačních centrech v celé České republice. Ze zákona není možné Vám sdělit, komu byly orgány Vašeho blízkého transplantovány, dárce i příjemce zůstává vždy v anonymitě. Je však možné Vám sdělit jaké orgány byly transplantovány, zda je příjemce muž či žena a jak se příjemci daří.

Po odběru orgánů je ze zákona provedena pitva zemřelého. O místě, kde je tělo Vašeho blízkého uloženo, budete informováni – tuto informaci je nutné předat Vámi vybrané pohřební službě, která zajistí převoz zemřelého a vše ostatní k poslednímu rozloučení.

Přestože je hodnota pomoci se záchranou života těžce nemocných pacientů nevyčísitelná, ze zákona máte nárok na finanční pomoc s vypravením pohřbu dárce ve výši 5000 Kč. O tento příspěvek můžete požádat do jednoho roku ode dne vypravení pohřbu. Více informací a formulář žádosti naleznete na webových stránkách <https://www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/naroky-dle-zakona/a-3106/>.

Pozn.: vytvořeno volně podle informační brožury DONATION AFTER CIRCULATORY DEATH – A Basic Explanation for Donor Families⁹⁹ s použitím dalších informací obsažených v zákoně č. 285/2002 Sb.¹⁰⁰ a na webu IKEM – dárce orgánů¹⁰¹.

⁹⁹ *DONATION AFTER CIRCULATORY DEATH: A Basic Explanation for Donor Families* [online]. New York: National Kidney Foundation, 2014 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: https://www.kidney.org/sites/default/files/03-60-0119_FBE_CirculatoryDeath_Bro_v5.pdf

¹⁰⁰ Zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). In: *Sbírka zákonů*. 28. 6. 2002. ISSN 1211-1244.

¹⁰¹ *IKEM: DÁRCI ORGÁNŮ* [online]. Praha: Institut klinické a experimentální medicíny, 2021 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/a-3102/>

2.2.5 Návštěvy na intenzivní péči

Základní informace

Z provozních důvodů je doporučená doba návštěv denně od 15 do 17 hod, neboť v tomto čase je již ukončena většina běžných ošetrovatelských činností i plánovaných výkonů. Po dohodě s ošetřujícím personálem je však možné Vašeho blízkého navštívit individuálně i mimo doporučenou dobu. Vzhledem k tomu, že u kriticky nemocných pacientů mají vždy léčebné a ošetrovatelské úkony přednost před návštěvami příbuzných, může se stát, že budete požádáni o strpení před zahájením návštěvy nebo bude Vaše návštěva na chvíli přerušena, abychom se mohli o pacienty řádně postarat.

Doporučujeme přítomnost nejvýše dvou osob u lůžka pacienta, a to nejen z prostorových důvodů, ale také k zajištění soukromí ostatních pacientů. Prosíme, abyste se při větším počtu návštěvníků u lůžka vystříдали. Častější návštěvy po menších skupinkách budou pro Vašeho blízkého větším přínosem.

Po zazvonění prosím vyčkejte příchodu sestry, která Vás uvede k Vašemu blízkému a pomůže Vám zorientovat se v prostředí oddělení. Může Vám také poskytnout informace o ošetrovatelské péči o nemocného. Informace o zdravotním stavu podává pouze lékař. Pokud budete mít v průběhu návštěvy jakékoliv dotazy, nebojte se obrátit na ošetrovatelský personál.

Protože kriticky nemocní pacienti mohou být ohroženi na životě i banálními nemocemi, prosíme Vás o dodržování hygienického režimu. Po vstupu na oddělení si odložte svrchní oděv na vyhrazeném místě, dle pokynů sestry si oblékněte ochranné pomůcky (návleky na obuv, jednorázový plášť) a použijte dezinfekci na ruce, která je k dispozici také u lůžka Vašeho blízkého. Pokud se necítíte zcela zdraví, zvažte prosím odložení své návštěvy, nebo požádejte sestru o ústenku. V případě, že se nakažlivé onemocnění objeví naopak u pacienta a ošetřující personál Vám návštěvu umožní, dbejte prosím jeho pokynů, použijte všechny ochranné pomůcky, které Vám budou poskytnuty (návleky na obuv, plášť, čepice, ústenka, případně rukavice či jiné) a mějte je po celou dobu pobytu u lůžka správně nasazené. Pomáháte tím chránit nejen svoje zdraví, ale i zdraví personálu a ostatních pacientů.

Co mohu u lůžka pacienta očekávat?

Pokud přicházíte na návštěvu poprvé, personál Vás nejprve uvede do tzv. tiché místnosti, kde s Vámi ošetřující lékař a sestra proberou zdravotní stav Vašeho blízkého a seznámí Vás s tím, co konkrétně můžete při návštěvě očekávat. Více se dozvíte v části „První pohovor s rodinou“.

Váš blízký může v kritickém stavu vypadat jinak, než jak jste zvyklí. Nejnápadnějšími změnami jsou:

- porucha vědomí – z důvodu samotného onemocnění může být pacient v bezvědomí, nebo může být pomocí léků uveden do tzv. „umělého spánku“. V obou případech se pacient obvykle nehýbe, neotevře oči, nemluví, nereaguje na podněty.
- přítomnost četných invazivních vstupů (hadiček a trubiček) v těle pacienta, pomocí kterých jsou podávány léky a výživa nebo odváděny odpadní látky z těla ven. Trubice v ústech nebo krku pacienta slouží k připojení na ventilátor, pomáhá tedy nemocnému dýchat.

Dle povahy onemocnění či úrazu mohou mít pacienti dále otoky, změněnou barvu kůže, modřiny, odřeniny, obvazy či dlahy na různých částech těla. Pokud mají pacienti vysokou tělesnou teplotu nebo je potřeba sledovat rány a drény, mohou být pod příkrývkou nazí. Vždy ale respektujeme jejich intimitu, důstojnost a právo na soukromí.

V okolí lůžka Vašeho blízkého je umístěno množství přístrojů, které mohou svítit, blikat a hlasitě alarmovat. Tyto přístroje snímají a vyhodnocují životní funkce pacientů, pomáhají jim dýchat, automaticky jim dávkuje léky nebo očišťují jejich krev od zplodin metabolismu. Alarmy upozorňují ošetřující personál na jakékoliv změny vyhodnocovaných údajů nebo značí nutnost vyměnit léky a roztoky za novou dávku. Pokud přístroje alarmují, nemačkejte prosím žádná tlačítka, ani s přístrojem jiným způsobem nemanipulujte, veškerou obsluhu přístroje vykoná sestra.

Co mám u lůžka blízkého dělat?

Ačkoliv se může zdát, že Váš blízký nereaguje na žádné podněty, je vhodné poskytnout mu tělesný kontakt a mluvit na něj. Nebojte se dotýkat se jej běžným způsobem, můžete jej například vzít za ruku, hladit, v některých případech může být

prospěšná masáž končetin. Pokud si nejste jistí, jak nejvhodnějším způsobem navázat s Vaším blízkým kontakt, nebojte se požádat o radu sestru. Z léčebných důvodů může být Váš blízký v určité poloze (v polosedu, na boku), proto Vás prosíme, abyste jeho polohu neměnili.

Pro Vašeho blízkého bude velkým přínosem, pokud uslyší Váš hlas. Mluvte na něj klidně, přirozeně, jak jste na komunikaci s ním zvyklí. Není třeba zvyšovat hlas. Můžete svému blízkému pokládat jednoduché otázky, nejlépe takové, na které lze odpovědět ANO/NE, nechte mu prostor na reakci (i v případě, že je v bezvědomí a nereaguje). Nemluvte o tématech, která jsou pro Vás obtížná, ani svému blízkému nelžete. Pokud nevíte, o čem máte mluvit, můžete mu přečíst kousek oblíbené knihy, seznámit ho s novými zprávami, jestliže je pravidelně sleduje, sdělit mu výsledky sportovního utkání nebo zcela mlčet. I Vaše tichá přítomnost u lůžka má svůj nezastupitelný význam.

Pokud se nebudete cítit dobře, nestyďte se přerušit návštěvu nebo požádat personál o pomoc. Váš blízký se bude cítit lépe, pokud i Vy budete v pořádku, proto o sebe pečujte a neváhejte udělat si přestávku na kávu, chvílku samoty nebo procházku.

Mohu se zapojit do péče?

Po dohodě s ošetřující sestrou či lékařem můžete svému blízkému přinést toaletní potřeby, které běžně používá, hudební přehrávač s oblíbenou hudbou, drobné osobní předměty ke zpříjemnění hospitalizace, případně i oblíbené potraviny a nápoje. Vždy o přinesených předmětech informujte ošetřující sestru, která je převezme a zaznamená.

Pokud máte zájem a stav Vašeho blízkého to dovolí, můžete se zapojit do některých běžně prováděných ošetřovatelských činností, např. holení, péče o pokožku, masáž končetin, podávání stravy a nápojů. Vždy se prosím zeptejte ošetřujícího personálu, zda je vhodné tyto činnosti provádět, případně jakým způsobem vzhledem k aktuálnímu stavu Vašeho blízkého.

Můžu na návštěvu přivést dítě?

Návštěva dětí na oddělení se nedoporučuje, vždy ale záleží na domluvě s dítětem i s ošetřujícím personálem.

Existují dva základní důvody, proč nejsou návštěvy dětí vhodné:

- stresující prostředí a vážný stav Vašeho blízkého mohou dítě velmi rozrušit
- děti, obzvlášť pokud navštěvují mateřskou či základní školu, jsou častými bezpříznakovými nosiči různých onemocnění, která mohou Vašeho blízkého ohrozit

Pokud se dítě rozhodne, že chce svého blízkého navštívit, je nutné mu vysvětlit, co na oddělení uvidí – zejména jak pacient vypadá a proč tomu tak je a k čemu slouží přístroje obklopující jeho lůžko.

Pozn.: vytvořeno s použitím informací obsažených na webových stránkách Informace pro příbuzné hospitalizovaných pacientů¹⁰², v letáku Informace pro návštěvy ARO/JIP¹⁰³ a Information sheet for parents or carers¹⁰⁴.

¹⁰² Informace pro příbuzné hospitalizovaných pacientů. *NEMOCNICE JIHLAVA 170 LET 1849-2019* [online]. Jihlava: Nemocnice Jihlava, 2021, 2010 [cit. 2021-3-8]. Dostupné z:

<https://www.nemji.cz/informace-pro-pribuzne-hospitalizovanych-pacientu/ms-8023/p1=53>

¹⁰³ *INFORMACE PRO NÁVŠTĚVY ARO/JIP* [online]. Prostějov: Nemocnice Agel [cit. 2021-3-8].

Dostupné z: <https://nemocniceprostejov.agel.cz/verejnost/ke-stazeni/informace-pro-pacienty-a-navstevy-aro-jip.pdf>

¹⁰⁴ WHITE, Catherine. *Information sheet: For parents or carers* [online]. London: ICUsteps [cit. 2021-3-8]. Dostupné z: <https://icusteps.org/assets/files/activity-book/infosheet.pdf>

2.3 *Výsledky a diskuse*

Při rešerši bylo zjištěno, že zatímco v cizích jazycích lze najít velké množství webových portálů a na webu volně dostupných informačních materiálů pro pacienty hospitalizované na intenzivní péči a jejich příbuzné, v českém jazyce takovýto ucelený soubor informací neexistuje. Většina českých nemocnic na svých webových stránkách sice uvádí informace pro příbuzné a návštěvy pacientů hospitalizovaných na ARO či JIP, ty však nejčastěji obsahují pouze povolenou dobu návštěv, pravidla, kterými jsou návštěvy povinné se řídit, a seznam věcí, které mají příbuzní svým blízkým k hospitalizaci přinést. Výjimku tvoří leták ÚVN obsahující informace o zdravotnickém týmu, který o pacienty pečuje, slovníček nejčastěji používaných pojmů a tipy pro návštěvy, a webová stránka VFN, která popisuje monitoraci pacientů, umělou plicní ventilaci, analgosedaci a výživu nemocných.

Protože podobný projekt v češtině dosud nevznikl, byl vytvořen Průvodce po intenzivní péči – ucelený informační materiál pro příbuzné pacientů hospitalizovaných na intenzivní péči. Tento průvodce byl vložen na webové stránky KAR FNKV. Kromě toho byl rozčleněn do několika celků pro tištěné brožury (Průvodce po intenzivní péči, Tracheostomie, Když intenzivní péče nepomáhá, Dárcovství orgánů po smrti mozku a Dárcovství orgánů po nevratné zástavě krevního oběhu), které mohou nahradit webového Průvodce těm, kteří nemají přístup k internetu nebo nejsou jeho uživateli, případně je lze předat příbuzným pacientů v konkrétních situacích. Formát průvodce byl inspirovaný existujícími zahraničními materiály a upravený pro konkrétní potřeby oddělení RES I a RES II Kliniky anesteziologie a resuscitace FNKV. Při tvorbě bylo dbáno na dodržení obecných doporučení a závěrů z odborných studií popsaných v teoretické části této práce. Průvodce byl po odborné stránce schválen doc. MUDr. Františkem Duškou, Ph.D., text byl po jazykové stránce a srozumitelnosti schválen copywriterem Davidem Kettnerem. Tímto byl naplněn cíl práce: vytvoření Průvodce po intenzivní péči pro příbuzné pacientů.

Jelikož se jedná o první projekt tohoto typu v českém jazyce, počítá se do budoucna se změnami a úpravami podle potřeb příbuzných i pacientů. Po propagaci a distribuci Průvodce by měla následovat fáze ověření srozumitelnosti a použitelnosti

příbuznými pacientů formou dotazníků spokojenosti, rozhovorů či možností zanechat zpětnou vazbu ve formuláři na webu. Podle reakcí příbuzných by měl být Průvodce upravený tak, aby co nejlépe odpovídal jejich potřebám a přáním. Nelze zapomínat ani na samotné pacienty, kteří si prošli hospitalizací na intenzivní péči. V anglickém jazyce je jim věnován celý web, na kterém lze najít také překlady do mnoha světových jazyků. Pokud by se ukázalo, že bývalí pacienti žádají konkrétní informace o svém pobytu na intenzivní péči či o následném zotavování, bylo by možné vytvořit jim v Průvodci samostatnou sekci a podrobněji se věnovat i jejich přáním. Některé zahraniční informační materiály obsahují i sekci pro děti, která v Průvodci také zcela chybí a je možné ji v budoucnu na přání vytvořit. Kromě hodnocení příbuznými a pacienty je potřeba Průvodce nechat zhodnotit také zdravotnickými pracovníky, lékaři i nelékařským personálem, zda jej považují za vhodnou pomůcku při komunikaci s příbuznými či pacienty. Celkově se do budoucna počítá s mnohými úpravami, aby vznikl užitečný a funkční nástroj k předávání adekvátního množství relevantních, aktuálních a srozumitelných informací.

Závěr

Informační materiály pro pacienty hospitalizované na intenzivní péči i jejich příbuzné jsou vhodným zdrojem doplňujících informací, které zlepšují porozumění prostředí intenzivní péče a prováděných procedur. Zatímco v cizích jazycích, zejména v angličtině, lze na internetu snadno nalézt mnoho takových materiálů pro pacienty i jejich příbuzné, ať už jde o celé weby, webové stránky nebo brožury dostupné k volnému stahování v PDF, v českém jazyce podobné materiály nejsou dostupné.

Cílem práce bylo vytvoření Průvodce po intenzivní péči, uceleného souboru informací, který má příbuzným pacientů hospitalizovaných na intenzivní péči pomoci pochopit, co se s jejich blízkým děje, zorientovat je v prostředí intenzivní péče a poskytnout jim rekapitulaci informací, které v ústní formě dostávají od zdravotnického týmu v průběhu rodinných konferencí i každodenního setkávání. Tento cíl byl vytvořením rozsáhlého textu doplněného fotografiemi naplněn. Průvodce byl vložen na web KAR 3. LF UK a upraven do podoby několika samostatných brožur určených k tisku. Kromě Průvodce byl vytvořen jednoduchý letáček se základními informacemi a odkazem na Průvodce v digitální webové i tištěné podobě, který má sloužit k jeho propagaci. Průvodce však nebyl dosud z hlediska srozumitelnosti a funkčnosti ověřen příbuznými pacientů ani zdravotníky z resuscitačních oddělení, k tomuto kroku by mělo dojít v průběhu následujících měsíců, během kterých bude Průvodce upravován a aktualizován tak, aby splňoval požadavky příbuzných pacientů i zdravotnických pracovníků resuscitačních oddělení FNKV.

Aby byl naplněn účel Průvodce, je třeba jej vhodným způsobem šířit. Celý Průvodce je proto volně dostupný, aby jej ostatní organizace mohly v případě zájmu převzít a prezentovat v rámci vlastních webových stránek nebo tištěných materiálů. Text by však měly před zveřejněním upravit tak, aby odpovídal rozsahu poskytované péče na jejich konkrétním pracovišti, a opatřit vlastními fotografiemi odpovídajícími skutečnosti.

Abstrakt

Klíčová slova: intenzivní péče; rodina; informační zdroje; web

Dostatečná informovanost rodinných příslušníků pacientů hospitalizovaných na intenzivní péči je jednou z jejich nejdůležitějších potřeb. K předávání informací však dochází ve stresující situaci a v neznámém prostředí, které zhoršují schopnost porozumění a zapamatování informací poskytnutých zdravotnickým týmem. Vhodným nástrojem doplňujícím ústní komunikaci s rodinnými příslušníky jsou informační materiály, které mohou mít tištěnou i digitální podobu. Zatímco na zahraničních webech lze takových informačních materiálů nalézt téměř nepřehledné množství, v českém jazyce podobný ucelený soubor informací neexistuje. Cílem této práce bylo vytvoření Průvodce po intenzivní péči. Průvodce byl inspirován dostupnými zahraničními webovými materiály a upravený podle rozsahu poskytované péče na resuscitačních odděleních KAR FNKV. Jednotlivá témata Průvodce byla navržena s ohledem na možnost použití u všech pacientů hospitalizovaných na intenzivní péči a rozdělena do sekcí tak, aby poskytovala příbuzným pacientů informace v logickém sledu: Představení intenzivní péče, Příjem pacienta, Průběh hospitalizace, Ukončení hospitalizace a Návštěvy na intenzivní péči. Text byl doplněn fotografiemi z prostředí oddělení RES I a RES II FNKV. Průvodce byl vložen na web KAR FNKV a upraven také do podoby k tisku. Tisková podoba byla rozdělena do více samostatných brožur použitelných ve specifických situacích: Průvodce po intenzivní péči, Tracheostomie, Když intenzivní péče nepomáhá, Dárcovství orgánů po smrti mozku a Dárcovství orgánů po nevratné zástavě krevního oběhu.

Abstract

Key words: intensive care; relatives; information resources; web

One of the most important ICU patient's family members' needs is to be sufficiently informed. However, the information transfer occurs in stressful circumstances and in an unfamiliar environment, which impairs the ability to remember and understand the information provided by the healthcare team. Information materials, which can be both printed and digital, are a useful tool to complement verbal communication with family members. While there is a plethora of such information materials available on foreign websites, there is no similar comprehensive set of information in the Czech language. The aim of this work was to create a Guide throughout Intensive Care Unit. The guide was inspired by available foreign web materials and adapted to the scope of care provided in the intensive care units of the Department of Anaesthesia and Intensive Care Medicine, Charles University, 3rd Faculty of Medicine and FNKV. The individual topics of the Guide were designed to be applicable to all patients admitted to intensive care unit and divided into sections to provide information to the patients' relatives in a logical sequence: Introduction to Intensive Care, Patient Admission, During the Stay, Leaving the Intensive Care Unit, and Visiting the Intensive Care Unit. The text was supplemented with photographs from the environment of the ICU I and ICU II wards of the FNKV. The guide has been uploaded to the Department of Anaesthesia and Intensive Care Medicine FNKV website and edited for printing. The print version was divided into several separate brochures applicable to specific situations: Guide throughout Intensive Care Unit, Tracheostomy, When Intensive Care Fails, Organ Donation after Brain Death and Organ Donation after Circulatory Death.

Seznam použité literatury

AZOULAY, Elie et al. Impact of a Family Information Leaflet on Effectiveness of Information Provided to Family Members of Intensive Care Unit Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [online]. 2002, **165**(4), 438-442 [cit. 2020-12-8]. ISSN 1073-449X. Dostupné z: doi: 10.1164/ajrccm.165.4.200108-006oc.

BARTŮŇEK, Petr et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4343-1.

CHIANG, Vico Chung et al. Fulfilling the psychological and information need of the family members of critically ill patients using interactive mobile technology: A randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2017, **41**, 77-83 [cit. 2021-1-15]. ISSN 09643397. Dostupné z: doi: 10.1016/j.iccn.2017.03.006.

HASHIM, Faridah a Rosnani HUSSIN. Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. 2012, **36**, 103-111 [cit. 2020-12-8]. ISSN 18770428. Dostupné z: doi: 10.1016/j.sbspro.2012.03.012.

KULOVANÁ, Kristýna. *Informovanost rodinných příslušníků pacientů ošetřovaných v intenzivní péči*. Praha, 2021. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Mgr. Rambousková Kateřina, DiS.

LAUTRETTE, Alexandre et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *New England Journal of Medicine* [online]. 2007, **356**(5), 469-478 [cit. 2021-1-7]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: doi: 10.1056/NEJMoa063446.

MATHEW, Jacob Eapen et al. Do they hear what we speak? Assessing the effectiveness of communication to families of critically ill neurosurgical patients. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology* [online]. 2015, **31**(1), 49-53 [cit. 2020-12-18]. ISSN 0970-9185. Dostupné z: doi: 10.4103/0970-9185.150540.

MERCADANTE, Sebastiano, Cesare GREGORETTI a Andrea CORTEGIANI. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology* [online]. 2018, **18**(1) [cit. 2021-3-21]. ISSN 1471-2253. Dostupné z: doi:10.1186/s12871-018-0574-9.

MISTRALETTI, Giovanni et al. A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: an Italian multicenter before-and-after study. *Intensive Care Medicine* [online]. 2017, **43**(1), 69-79 [cit. 2020-12-8]. ISSN 0342-4642. Dostupné z: doi: 10.1007/s00134-016-4592-0.

MISTRALETTI, Giovanni et al. Improving communication toward ICU families to facilitate understanding and reduce stress. Protocol for a multicenter randomized and controlled Italian study. *Contemporary Clinical Trials* [online]. 2019, **86** [cit. 2020-12-20]. ISSN 15517144. Dostupné z: doi: 10.1016/j.cct.2019.105847.

MOLTER, Nancy C. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart&Lung*. 1979, **8**(2), 332-339. PMID: 253712.

OTHMAN, Hamidah et al. The Effect of Information Booklets on Family Members' Satisfaction with Decision Making in an Intensive Care Unit of Malaysia. *Journal of Young Pharmacists* [online]. 2016, **8**(2), 128-132 [cit. 2020-12-8]. ISSN 09751483. Dostupné z: doi: 10.5530/jyp.2016.2.13.

PADILLA-FORTUNATTI, C. et al. Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enfermería Intensiva* [online]. 2018, **29**(1), 32-40 [cit. 2020-12-11]. ISSN 11302399. Dostupné z: doi: 10.1016/j.enfi.2017.09.001.

PAUL, Fiona, Charles HENDRY a Louise CABRELLI. Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2004, **13**(3), 396-405 [cit. 2021-1-7]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00876.x.

PEIGNE, Vincent et al. Important questions asked by family members of intensive care unit patients*. *Critical Care Medicine* [online]. 2011, **39**(6), 1365-1371 [cit. 2020-12-8]. ISSN 0090-3493. Dostupné z: doi: 10.1097/CCM.0b013e3182120b68.

PEREZ, Leanne, Derrek ALEXANDER a Lowell WISE. Interfacility Transport of Patients Admitted to the ICU: Perceived Needs of Family Members. *Air Medical Journal* [online]. 2003, **22**(5), 44-48 [cit. 2020-12-11]. ISSN 1067-991X. Dostupné z: doi: 10.1067/mmj.2003.66.

RUSINOVA, Katerina et al. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives – the DEPRESS study. *BMC Psychiatry* [online]. 2014, **14**(1) [cit. 2021-1-19]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: doi: 10.1186/1471-244X-14-21.

SCHEUNEMANN, Leslie P. et al. Randomized, Controlled Trials of Interventions to Improve Communication in Intensive Care. *Chest* [online]. 2011, **139**(3), 543-554 [cit. 2021-1-13]. ISSN 00123692. Dostupné z: doi: 10.1378/chest.10-0595.

SCHMIDT, Matouš et al. Vliv terminální extubace na délku umírání kriticky nemocných po přechodu na paliativní péči [poster][online]. In: *X. kongres české intenzivní medicíny 2016, 25.-27.5. 2016* [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: doi:10.13140/RG.2.1.2397.2725.

SCHNOCK, Kumiko O. et al. Identifying Information Resources for Patients in the Intensive Care Unit and Their Families. *Critical Care Nurse* [online]. 2017, **37**(6), e10-e16 [cit. 2020-12-8]. ISSN 0279-5442. Dostupné z: doi: 10.4037/ccn2017961.

SCOTT, Pamela, Patricia THOMSON a Ashley SHEPHERD. Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. *Nursing Open* [online]. 2019, **6**(3), 698-712 [cit. 2020-12-12]. ISSN 2054-1058. Dostupné z: doi: 10.1002/nop2.287.

SÖDERSTRÖM, Ing-Mari K. et al. Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive and Critical Care Nursing* [online]. 2009, **25**(5), 250-257 [cit. 2020-12-8]. ISSN 09643397. Dostupné z: doi: 10.1016/j.iccn.2009.06.006.

SOLTNER, Christophe et al. Written information that relatives of adult intensive care unit patients would like to receive—A comparison to published recommendations and opinion of staff members*. *Critical Care Medicine* [online]. 2009, **37**(7), 2197-2202 [cit. 2020-12-8]. ISSN 0090-3493. Dostupné z: doi: 10.1097/CCM.0b013e3181a03063.

VALENTIN, Andreas. et al. Recommendations on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Medicine* [online]. 2008, **34**(4), 771-776 [cit. 2021-04-19]. ISSN 0342-4642. Dostupné z: doi: 10.1007/s00134-007-0975-6.

VELASCO BUENO, J.M., et al. Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva* [online]. 2018, **42**(6), 337-345 [cit. 2021-1-18]. ISSN 02105691. Dostupné z: doi: 10.1016/j.medin.2017.09.007.

Zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). In: *Sbírka zákonů*. 28. 6. 2002. ISSN 1211-1244.

Webové stránky

HUCI *Humanizando los Cuidados Intensivos: GUÍA DE ATENCIÓN A FAMILIARES* [online]. Madrid: Proyecto HUCI, 2020 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://proyectohuci.com/es/guia/>

ICUsteps [online]. Londýn: ICUsteps, 2021 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://icusteps.org/>

IKEM: DÁRCI ORGÁNŮ [online]. Praha: Institut klinické a experimentální medicíny, 2021 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/darcovstvi-organu/a-3102/>

Informace pro příbuzné hospitalizovaných pacientů. *NEMOCNICE JIHLAVA 170 LET 1849-2019* [online]. Jihlava: Nemocnice Jihlava, 2021, 2010 [cit. 2021-3-8]. Dostupné z: <https://www.nemji.cz/informace-pro-pribuzne-hospitalizovanych-pacientu/ms-8023/p1=53>

Intensive care society: Patients and relatives [online]. Londýn: The Intensive Care Society, 2020 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.ics.ac.uk/ICS/ICS/patients-and-relatives.aspx>

KARIM Klinika Anesteziologie, Resuscitace a Intenzivní medicíny 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze: NEMOCNÝ NA RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ [online]. Praha: Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1.LF UK Všeobecná fakultní nemocnice, 2019 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <http://www.karim-vfn.cz/cz/pro-pacienty/intenzivni-pece-co-a-jak.html>

Mid and South Essex NHS Foundation Trust: Patients and visitors [online]. Essex: Mid and South Essex NHS Foundation Trust, 2020 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.meht.nhs.uk/patients-and-visitors/patient-information-leaflets/>

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.: Resuscitační oddělení [online]. Jablonec nad Nisou: Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., 2021 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.nemjbc.cz/cs/oddeleni/aro/informace-o-aro/resuscitacni-oddeleni.html>

Nemocnice Kyjov: ARO [online]. Kyjov: Nemocnice Kyjov, 2021 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.nemkyj.cz/aro>

TAN HON, Liang. *SGICU* [online]. Singapur, 2021 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.sgicu.com/>

The Art of Dying Well: Deathbed etiquette [online]. Twickenham: St. Mary's University, 2021 [cit. 2021-3-18]. Dostupné z: <https://www.artofdyingwell.org/caring-for-the-dying/deathbed-etiquette/etiquette/>

Ztráta blízké osoby. *Umírání.cz: informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Praha: Cesta domů, 2021 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/ztrata-blizke-osoby>

Informační letáky

BAILEY, J. a L. HODGSON. *Unité des soins intensifs: Information pour les familles et amis* [online]. Montreal: Hôpital Général Juif, 2008 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: https://cdn.ciussscentreouest.ca/documents/hgj/PEN/Submissions/JGH_ICU-French-2012singlesLR.pdf?1541434913

BRAIN DEATH: A Simple Explanation [online]. New York: National Kidney Foundation, 2013 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/13-60-06204.pdf>

DONATION AFTER CIRCULATORY DEATH: A Basic Explanation for Donor Families [online]. New York: National Kidney Foundation, 2014 [cit. 2021-3-21]. Dostupné z: https://www.kidney.org/sites/default/files/03-60-0119_FBE_CirculatoryDeath_Bro_v5.pdf

INFORMACE PRO NÁVŠTĚVY ARO/JIP [online]. Prostějov: Nemocnice Agel [cit. 2021-3-8]. Dostupné z: <https://nemocniceprostejov.agel.cz/verejnost/ke-stazeni/informace-pro-pacienty-a-navstevy-aro-jip.pdf>

LAU, Arthur C.W. *Tracheostomy Patient Education Leaflet (English Version)*. Hong Kong: The Hong Kong Society of Critical Care Medicine, 2010 [cit. 2021-3-15]. Dostupné z: <https://www.hkscm.org/images/stories/PatientPage/tracheostomy%20leaflet.pdf>

ÚVN ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE Vojenská fakultní nemocnice Praha: Pro pacienty KARIM [online]. Praha: Ústřední vojenská nemocnice, 2021 [cit. 2021-3-2]. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/pro-pacienty-karim>

WHITE, Catherine. *Information sheet: For parents or carers* [online]. London: ICUsteps [cit. 2021-3-8]. Dostupné z: <https://icusteps.org/assets/files/activity-book/infosheet.pdf>

Seznam zkratek

ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
CCU	critical care unit
CT	počítačová tomografie
DIOP	dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
ECMO	extrakorporální membránová oxygenace
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
HDU	high-dependency unit
ICU	intensive care unit
JIMP	jednotka intermediální péče
JIP	jednotka intenzivní péče
JIRP	jednotka intenzivní a resuscitační péče
KARIM	klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
NIP	následná intenzivní péče
OCHRIIP	oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče
ORIM	oddělení resuscitační a intenzivní medicíny
ORL	otorinolaryngologie
PDF	portable document format
RES	resuscitační oddělení
TEN	tromboembolická nemoc
UCI	unidad de cuidados intensivos
USI	unité de soins intensifs
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
1. LF UK	první lékařská fakulta Univerzity Karlovy
3. LF UK	třetí lékařská fakulta Univerzity Karlovy

Seznam obrázků

Obrázek 1: příjmové místo na oddělení Urgentního příjmu – RES I	37
Obrázek 2: plicní ventilátor	39
Obrázek 3: připojení pacienta k ventilátoru endotracheální intubací	40
Obrázek 4: dialyzační přístroj	42
Obrázek 5: monitor životních funkcí	44
Obrázek 6: infuzní pumpy a lineární dávkovače	45
Obrázek 7: pacient s tracheostomií	48

Seznam příloh

Příloha č. 1: úvodní stránka webového Průvodce po intenzivní péči (printscreen)

Příloha č. 2: závěr stránky s navigačními odkazy (printscreen)

Příloha č. 3: ukázka brožury Dárcovství orgánů po smrti mozku

Příloha č. 4: informační leták

Příloha č. 5: galerie Virtuální prohlídka oddělení (printscreen)

Přílohy

Příloha č. 1

Průvodce po intenzivní péči

Představení intenzivní péče

Resuscitační oddělení jsou specializovaná pracoviště mnohooborové intenzivní péče, kam jsou 24 hodin denně přijímáni nemocní ve velmi závažném zdravotním stavu po úrazech, při náhle vzniklých závažných onemocněních, při vážném zhoršení již probíhajícího onemocnění nebo po rozsáhlých operacích. Naši pacienti obvykle vyžadují podporu či náhradu některé z orgánových funkcí, nejčastěji se jedná o nutnost připojení na umělou plicní ventilaci.

Intenzivní péče je týmová práce. Kolem lůžka Vašeho blízkého můžete potkat mnoho lidí, všichni by měli mít visačku a představit se Vám. Pokud ne, klidně se jich zeptejte, kdo jsou:

- **Lékaři a lékařky** – každý pacient má přiděleného svého ošetřujícího lékaře nebo lékařku, kteří se o pacienta starají po celou dobu hospitalizace (ordinuje vyšetření, nastavuje léčbu a hodnotí její efekt). Ošetřující lékaři také předávají podrobné informace o zdravotním stavu pacienta příbuzným. Mimo pracovní dobu je na oddělení přítomna lékařská služba, která řeší náhle vzniklé změny zdravotního stavu všech pacientů. K pacientům dochází na konzilium také lékaři a lékařky dalších oborů (neurologové, kardiologové, ortopedi...), kteří se podílí na léčbě pacienta v rámci své specializace.
- **Sestra** – je přítomna u lůžka pacienta 24 hodin denně a obvykle má na starosti pouze jednoho pacienta. Sleduje a hodnotí stav pacienta, podává naordinované léky, odebírá vzorky pro laboratorní vyšetření, pečuje o pacienta (provádí hygienu, polohuje pacienta, odsává sekrety z dýchacích cest, pečuje o rány), ovládá přístroje. Může být bodem Vašeho kontaktu pro každodenní komunikaci o stavu pacienta, bude vždy přítomná u Vašich rozhovorů s lékařem.
- **Sanitáři a sanitářky** – pomáhají s péčí o pacienta (provádí hygienu, polohování, transport), udržují čistotu prostředí, doplňují potřebný materiál.
- **Fyzioterapeuti a fyzioterapeutky** – pravidelně dochází provádět rehabilitaci. S pacienty v bezvědomí rehabilitují pasivně (dechová rehabilitace, udržení pohyblivosti končetin), s pacienty při vědomí rehabilitují aktivně (pomáhají při odvykání od ventilátoru, nacvičují sebeobsluhu, posilují ochablé svalstvo).
- Ostatní specialistky a specialisté, které můžete potkat, jsou z oboru klinická farmacie (sledují dávkování, slučitelnost a vhodnost lékové terapie tak, aby podávané léky přinášely pacientovi maximální užitek a minimum nežádoucích účinků), klinická mikrobiologie (sledují osídlení pacienty mikroby a radí s antibiotickou léčbou), bioetika (poskytují etické konzultace u těžkých rozhodování a někdy i komunikují s rodinami v roli mediátorů), klinická výživa, klinická psychologie, logopedie a dalších lékařských i nelékařských oborů.
- Ve specifických situacích lze využít služeb duchovních či přizvat tým paliativní péče.

Příloha č. 2

První pohovor s rodinou

První informace o zdravotním stavu jsou obvykle podávány za přítomnosti lékaře i ošetřující sestry v tzv. tiché místnosti. Lékař Vám vysvětlí, v jakém stavu se Váš blízký aktuálně nachází a jaká vyšetření a léčbu podstupuje. Prognózu není vždy možné s určitostí stanovit, je třeba dát pacientovi dostatek času, aby mohl zareagovat na léčbu.

Pro lékařský tým je tato schůzka zároveň příležitostí dozvědět se více o Vašem blízkém – jeho nemocech, užívaných lécích, funkčním stavu, ale i životních postojích, hodnotách a preferencích. Tyto informace jsou zásadní pro plánování další léčby, která by měla být v souladu nejen s Vaším přáním, ale zejména s přáním Vašeho blízkého.

Během schůzky se ptejte na vše, co Vás zajímá. Pokud něčemu zcela neporozumíte, požádejte o vysvětlení. Není neobvyklé, že si lidé ve stresu nezapamatují všechny důležité informace, nebo že si je vyloží jinak, proto Vám vše rádi zopakujeme.

Pokud již nebylo určeno dříve, při první osobní návštěvě si zvolíte komunikační heslo, které Vám umožní se o dalším průběhu léčby informovat telefonicky (nejlépe po 10. hodině). Prosíme Vás, abyste si zvolili jednu osobu, která bude telefonicky získané informace předávat ostatním členům rodiny. Zásadní změny zdravotního stavu nebo léčebných cílů jsou komunikovány za účasti lékaře a všech blízkých nejlépe osobně.

Pro více informací pokračujte na další stránky:

[Průběh hospitalizace](#)

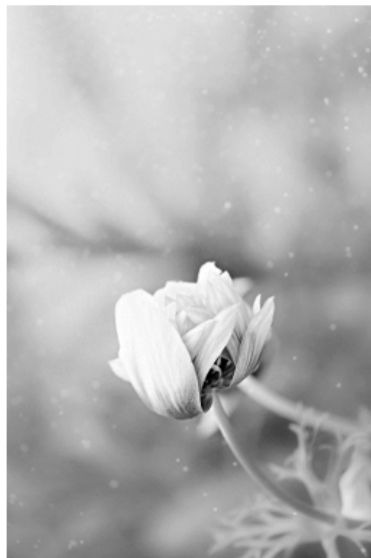
[Ukončení hospitalizace](#)

[Pro návštěvy](#)

[Zpět na úvod](#)

Příloha č. 3

Smrt mozku může být způsobena těžkým úrazem, krvácením do mozku, útlakem mozkové tkáně nitrolebním nádorem, zástavou přívodu okysličené krve při dlouhém ožívování po zástavě srdce a z dalších příčin. V prostředí mimo nemocnici ustává po odúmrť mozku spontánní dýchání a jedinec umírá. V prostředí intenzivní péče je možno pomocí přístrojů udržet dýchání i srdeční činnost po omezenou dobu i po smrti mozku, a tím umožnit darování orgánů.



Co je to smrt mozku?

Smrt mozku znamená kompletní a nevratnou zástavu veškerých mozkových funkcí (myšlení, paměť, smyslové vnímání, řízení pohybu, ale i základní životní funkce, jako je dýchání). Vzniká nejen na základě úrazu samotného mozku, ale i jako důsledek jiného úrazu či onemocnění, kdy do mozku neproudí krev. Pokud není mozek dostatečně zásoben krví, rychle odumírá. Tento proces je bohužel nevratný, protože buňky mozku se nedokážou obnovit ani znovu dorůst. Smrt mozku je ze zákona považována za smrt člověka. Smrtí mozku končí život člověka ve smyslu biologickém i právním.

Poškozený mozek neregeneruje, proto nelze smrt mozku vyléčit ani zvrátit.

Příloha č. 4

Informace o zdravotním stavu Vašeho blízkého Vám podá vždy pouze lékař, a to osobně, případně telefonicky (nejlépe po 10. hodině).

Jméno ošetřujícího lékaře:

.....
Abychom Vám mohli podat informace po telefonu, je nutné mít předem stanovené komunikační heslo, díky kterému sdělíme informace pouze oprávněným osobám. Bez tohoto hesla nemůžeme volajícím předávat informace o Vašem blízkém.

Vaše komunikační heslo:

Pro telefonický kontakt použijte prosím tato čísla:

RES I: 267 163 410

RES II: 267 163 017

Návštěvy jsou doporučené **mezi 15. a 17. hodinou**, po předchozí domluvě je možné umožnit Vám návštěvu i v jiném čase. Po zazvonění u vstupu prosím vyčkejte na příchod sestry, která Vás uvede k Vašemu blízkému.



Informační leták pro příbuzné pacientů

Vážení příbuzní,

Váš blízký byl hospitalizován na resuscitačním oddělení. Chtěli bychom Vás ujistit, že tým sester a lékařů je zde připraven poskytnout nejlepší možnou péči Vašemu blízkému a podpořit také Vás samé ve dnech, které jsou pro Vás nejspíš jedny z nejtěžších v životě.

V šoku, který možná právě prožíváte, je těžké zapamatovat si vše důležité, co Vám bylo řečeno, proto jsme pro Vás vytvořili tento leták, na kterém naleznete základní informace a potřebné kontakty.

Pokud máte zájem dozvědět se o resuscitačním oddělení více informací, navštivte náš web

www.kar3lf.cz/res

nebo požádejte o tištěnou brožurku Průvodce po intenzivní péči.

Neváhejte se na nás kdykoliv obrátit, jsme tu nejen pro Vašeho blízkého, ale i pro Vás.

Tým KAR FNKV

Příloha č. 5



Na oddělení RES II jsou pacienti umístěni na jedno- až třílůžkových boxech.



Oddělení RES I je otevřené.



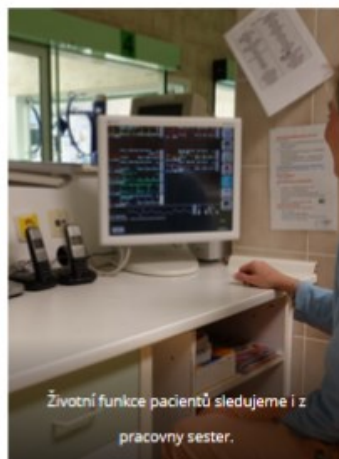
Disponujeme také operačním sálem pro urgentní výkony.



Lůžko pacienta a jeho okolí. Vpravo plicní ventilátor, vlevo infuzní pumpy a dávkovače léků, nad lůžkem monitor životních funkcí.



Monitor životních funkcí pacienta. Nahoře EKG (činnost srdce), dále krevní tlak, saturace (nasycení krve kyslíkem) a dechová činnost. Žluté číslo značí teplotu.



Životní funkce pacientů sledujeme i z pracovní sestry.



Dialyzační přístroj očisťuje pacientovu krev při špatné funkci ledvin.



Drobné výkony (např. zavádění katétrů) provádíme přímo na lůžku pacienta. Okolí se pak stává malým operačním sálem.