

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: magisterský intenzivní péče (MIP)



Bc. Lucie Peluňková

Prožívání pacientů v hluboké analgosedaci

(Experience of patients in deep sedation)

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Novotná

Praha

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním depozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze

Souhlasím – Nesouhlasím*

V Praze, 30. 4. 2010

Peluňková Lucie

* Nehodící se škrtnete

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Novotné za vedení mé diplomové práce, za čas který mi věnovala a také za její odborné a věcné připomínky, které mi pomohly se zaměřit na podstatné informace a odhlédnout od méně důležitých aspektů. Rovněž děkuji FN Motol, která mi umožnila provést průzkumnou sondu na oddělení JIMP.

Identifikační záznam:

PELUŇKOVÁ, Lucie. *Prožívání pacientů v hluboké analgosedaci*. [Experience of patient in deep sedation] Praha, 2010. 87 s., 8 příloh, Diplomová práce (NMgr).. Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta, ÚTPO. Vedoucí závěrečné práce Novotná, Jana

Abstrakt:

Tématem mé diplomové práce je prožívání pacientů v hluboké analgosedaci. Co a jak pacienti vnímají a jak následně tento stav interpretují je to, co zajímá nejen zdravotníky, ale také jejich blízké.

Celá práce je členěna na část praktickou a část teoretickou. V teoretické části se zabývám definováním pojmů vědomí a bezvědomí, dále vnímáním a prožíváním, farmakoterapií analgosedovaných pacientů, novinek v oblasti analgosedace, nejnovějších výsledků výzkumů o analgosedaci a dále tolik podstatnou ošetrovatelskou péčí.

V empirické části se zabývám především otázkami, jak pacienti vnímají sami sebe, jak vnímají své okolí, jak vnímají své blízké nebo zdravotnické pracovníky. Pro zpracování tohoto tématu jsem zvolila metodiku kvalitativního výzkumu, kdy jsem provedla rozhovor s deseti respondenty, kteří odpovídali na otázky, týkající se vnímání a prožívání.

Výstupem této práce je brožura praktických přístupů ke klientovi, který se nachází ve stavu hluboké analgosedace.

Klíčová slova:

Hluboká analgosedace, farmakoterapie, vnímání, prožívání, Bazální stimulace, poruchy vědomí

Abstract:

The main topic of my final project is about Experience of patients in deep sedation. What can patients exactly feel and how they represent this feeling is important not only for medical staff, but also for their close persons.

The entire project is divided into practical and theoretical parts. The theoretical part deals with definition of terms consciousness and unconsciousness, perception and experience, pharmacotherapy of sedation, news about deep sedation. Also includes the latest issues from research in the field of deep sedation. And finally nursing care about these patients which is so important.

In the practical part, I have dealt with issues of how did patients perceive themselves, how did they perceive their surroundings, how did they perceive their loved ones and health professional. I have chosen qualitative research methodology. I had conducted interviews with 10 respondents, who answered my questions of perception and experience

The outcome of this project is a booklet of practical approaches to patients with eclipse in a state of deep sedation

Key words:

Deep sedation, pharmacotherapy, perceptions, feelings, basal stimulation, disturbance of consciousness

Obsah

Prolog.....	8
1 Kde se nalézá přelom mezi vědomím a bezvědomím.....	10
1. 1 Vývoj poznatků o vědomí a lidské psychice	10
1. 2 Definice pojmu vnímání	11
1.3. Bdění a spánek	14
2 Vnímání a prožívání.....	17
2. 1. <i>Funkční systémy mozku</i>	17
2. 2 Psychické funkce	19
2. 3 Vnímání a prožívání.....	19
2. 4 Paměť	24
3. Farmakologie u pacienta v řízeném bezvědomí	26
3. 1 Analgosedace	26
3. 2 Farmakologie analgosedace	27
3.2. 1 Benzodiazepiny.....	28
3.2. 2 Barbituráty	28
3.2. 3 Propofol	28
3. 2. 4 Opioidy	29
3. 2. 5 Nesteroidní analgetika	29
3. 2. 6 Ketamin.....	29
3. 2. 7 Alfa ₂ agonisté.....	30
4 Vývoj poznatků v oblasti analgosedace.....	30
4.1 Moderní analgosedace	31
4.2 Monitoraci hloubky sedace.....	33
5 Ošetrovatelská péče o pacienta v hluboké analgosedaci	34
5.1. Monitorace vitálních funkcí.....	34
5.2 Nutriční podpora a příjem tekutin.....	36
5.3 Hygienická péče.....	37
5. 4 Rehabilitační péče.....	38
5. 5 Prevence dekubitů.....	39
5. 6 Komunikace s nemocným.....	39
5.7 Koncept bazální stimulace	40
5. 7. 1 Základní metodiky bazální stimulace	41
5. 7. 2 Nástavbové metodiky bazální stimulace	42
6. 1 Námět výzkumné sondy.....	45
6. 2 Cíle výzkumné sondy.....	46
6. 3 Metodika výzkumné sondy	46
6. 4 Charakteristika vzorku zkoumaných respondentů	47
6. 5 Časový plán práce.....	47
6. 6 Způsob zpracování výsledků	48
6. 7 Vyhodnocování výsledků průzkumné sondy	48

7	Vyhodnocení průzkumné sondy	49
8	Vyhodnocování dotazníků vzhledem k cílům výzkumné sondy	79
8. 1	Jak pacienti vnímají své okolí?	79
8. 2	Jak vnímají pacienti své tělo?.....	80
8. 3	Jak vnímají pacienti zdravotnické pracovník?.....	81
8. 4	Jak pacienti vnímají svoji rodinu?.....	81
9	Diskuze.....	82
	Epilog.....	86

Prolog

Každý, kdo se setkal s pacientem ve stavu hluboké analgosedace, si kladl otázky typu zdali-li ho nemocný vnímá, nebo jestli je schopen vnímat dění v jeho okolí atd. Velmi často jsem se také setkávala s otázkou blízkých mých pacientů, zda-li je vůbec vnímají. To mě přivedlo na, myšlenku vypracovat na toto téma mou diplomovou práci. Proto jsem se zaměřila na tyto klienty, na jejich prožívání a na interpretaci jejich stavu. Již od počátku bylo zřejmé, že se okruh zkoumaných klientů musí zúžit na ty, kteří byly tlumeni Propofolem, který nepůsobí amnézii, tak aby byli schopni tento stav dále parafrázovat.

Celá práce je členěna na část teoretickou a část empirickou. Hlavní kapitoly teoretické části se věnují definování vědomí a bezvědomí a nalezení přelomu mezi těmito stavy, dále vymezení pojmů vnímání a prožívání, sepsání farmakologické složky, novinek v oblasti analgosedace a nakonec velmi podstatná ošetrovatelská péče o pacienta ve stavu hluboké analgosedace. V těchto hlavních kapitolách jsem se snažila vystihnout nejpodstatnější aspekty této problematiky, aby bylo zřejmé, co je každý z nás schopen vnímat za normálních okolností

Empirická část je tvořena metodou kvalitativního výzkumu a to formou interview s 10. Respondenty. V této části se snažím nalézt odpovědi na mnou stanovené otázky, které se staly také hlavními cíly. Cílem bylo zjistit, co pacienti v hluboké analgosedaci prožívají, jak vnímají své tělo, své okolí, jak vnímají své blízké a také nás, jako zdravotnické pracovníky.

Výstup z této práce je praktické minimum komunikačních zásad pro blízké nemocných a také pro samotné zdravotnické pracovníky. Aby každý, kdo přijde do kontaktu s pacientem v hluboké analgosedaci věděl, co by měl dodržovat, aby nemocnému zprostředkoval co možná nejpříjemnější vjemy.

Část klinická

1 Kde se nalézají přelomy mezi vědomím a bezvědomím

1. 1 Vývoj poznatků o vědomí a lidské psychice

Pojem vědomí se samostatně vyskytuje až s rozvojem moderní psychologie. Nicméně ve všech starověkých kulturách i v pozdějších obdobích jsme schopni vyčíst první poznatky o člověku, jeho vědomí, duševním životě atd. Lze říci že pojem vědomí byl zahrnut v duši a duševním životě. První zmínky o duševním životě pochází již ze 4. tisíciletí před naším letopočtem a to ze starověkého Egypta. Starověcí Egypťané věřili, že podstata člověka tkví v jeho srdci, díky němuž také mohli vstoupit do posmrtného života. To byl také důvod proč v mumifikovaném těle zůstávalo pouze srdce, zbytek orgánů byl poté pohřbíván mimo tělo do zvláštních schránek. Jako důkaz nám slouží starodávné nápisy na stěnách chrámů a tzv. Knize mrtvých, kde mimojiné nalezneme v jedné pasáži rozhovor vzdělaného Egypťana se svým nevědomím. Egypťané jako první zdůraznili význam duše. Zpočátku chápali duši jako tvořivou sílu božského původu „Ka“. Později vystupuje pojem „Ba“, který představuje netělesnou individuální duši.

Ve staré Indii v tzv. Védách je hlavní důraz kladen na propojení těla a mysli. I zde je vše ovlivněno kulturou a náboženským smýšlením. Psychologické myšlení se nazývalo „manas-bráhman“ (světové psychika) a „asu-átman“ (osobní psychika). „Vnitřní zření“ spolu s koncentrací mysli a meditací se staly základním kamenem staroindické psychologie.

Ve staré Číně se psychologické myšlenky odvíjely od hlavních dvou směrů, kterými byl konfucianismus a taoismus. Konfucianismus byl považován za pozitivní směr a taoismus za negativní po kterém se tehdejší čínská společnost mohla vydat.

Ve starém Řecku se dokonce Pythagoras zabývá duševní hygienou. Starořecký Stoicismus vnímá duši jako hmotu a sílu zároveň. Například Aristoteles (384- 322 př. n. l.) se vyjadřoval o duši, jako o všem co je doopravdy skutečné, ve které je obsaženo vše psychické. Nedomníval se však, že duše dlí v srdci.

Ve středověku se duší a psychikou zabývali také sv. Augustin (354-430) nebo sv. Tomáš Akvinský(1225- 1275), ti však spíše ve filozofické rovině. V období renesance se v psychologii vedou spory zejména v pojetí duše a rozumu. Zejména dochází k rozvoji či dementování starořeckých teorií. Zde si můžeme jmenovat například francouzského matematika a filozofa Reného Descartese (1596- 1650), který jako první zkoumal hlouběji pozornost, na něj později navázal Holanďan Baruch Spinoza (1632- 1677). V novověku dochází k rozvoji empirismu, to znamená, že se vše opírá zejména o sbírání zkušeností. V 18. století dochází k osamostatnění psychologie jako samostatné vědy. V tomto období si jako nejvýznamnější osobnosti můžeme jmenovat například Imanuela Kanta či J. F. Herbarta. V tomto období také dochází k významným objevům v oblasti anatomie a fyziologie mozku, začaly být mapovány jednotlivé funkce mozku a tudíž začali být definovány jednotlivé pojmy, jako je vnímání, prožívání atd.

Ve 20. Století se již psychologie větví na několik různých směrů a jsou jasně definovány všechny důležité pojmy a součásti osobnosti.

1. 2 Definice pojmu vnímání

Hlavním tématem této kapitoly je vnímání. To má jistě svou filozofickou, medicínální, ale také psychologickou definici. Kde se však nalézá přelom mezi vědomím a bezvědomím, co je všeobecně považováno za stav, kdy už nás nemocný nevnímá, kdy předpokládáme, že je v tak zvaném umělém spánku? Definujme si nejprve pojmy vědomí a jeho jednotlivé poruchy.

Definice z pohledu moderní psychiatrie (Malá, E., Pavlovský, P., 2002, s. 32)
„Vědomí je stav, v němž probíhají psychické funkce, které si jedinec uvědomuje a je schopen je vztahovat ke svému já. Vědomí je uvědomění sebe samého jako jedinečného individua proti ostatním lidem a světu“¹.

Tito autoři rovněž vystihli pohled neurologický. Neurologie se totiž dívá na vědomí jako na stav bdělosti, to znamená jako na optimální stav centrální nervové soustavy schopné reagovat na podněty. Stejný je pohled z jiných klinických oborů, jakými je například anesteziologie. Za normálních okolností je u zdravého člověka vědomí alterováno pokud spí a nebo je-li v hypnóze. Ve spánku dochází ke snížení vědomí a některé oblasti vědomí jsou méně aktivní.

Pokud jde o poruchy vědomí, zcela tradičně je dělíme na poruchy kvalitativní a kvantitativní. Kvantitativní poruchy vědomí lze nazvat také jako zastřené vědomí a dochází při nich ke snížení čilosti, bdělosti a pozornosti.

Tyto pak dělíme na :

- Somnolenci- stav spavosti, pacient spontánně nemluví, lze s ním navázat krátký slovní kontakt a je schopen reagovat na dotykové, zvukové a jednoduché zrakové podněty.
- Sopor- je charakterizován spavostí, pacienti reagují pouze na silné algické podněty, jeho reakcí mohou být neartikulovatelné zvuky, nesrozumitelná odpověď nebo adekvátní obraná reakce.
- Koma- je těžký stav bezvědomí, pacient postupně ztrácí reaktivitu na zevní podněty. Na bolestivý podnět se nejprve objeví dekortikační či decerebrací odpovědi

¹ MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, 1. Vyd., Praha, Portál, 2002, 144 s. ISBN 80- 7178- 700- 0

nebo vegetativní reakce jako je tachykardie či tachypnoe. V nejhlubším bezvědomí není patrná žádná reakce

Do této kategorie řadíme rovněž synkopu, což je krátká ztráta vědomí, způsobená náhlou hypoxií mozku nebo silným emociálním podnětem.

Poruchy vědomí kvalitativní nazývané rovněž jako obluzené vědomí je charakterizováno jako zkreslené vnímání skutečnosti, zmateností, iluzemi a halucinacemi a dále psychomotorickým neklidem. Zde rozeznáváme dva hlavní pojmy a to delirium a obnubilaci.²

- Delirium je těžká porucha vědomí, vyznačující se ztrátou orientace a neklidem, bohatými iluzemi a halucinacemi, agresivitou atd.
- Obnubilace, neboli mráкотný stav, je náhlá ztráta a opětovný návrat vědomí záchvatovitého charakteru. Tento stav je doprovázen retrográdní amnézií.³

Všeobecně ke stavům poruchy vědomí dochází z různých příčin, sem jistě patří strukturální poruchy centrálního nervového systému, intoxikace, metabolické příčiny oběhové příčiny, křečové stavy, neurotraumata a psychiatrické příčiny.

Samozřejmě snížené vnímání či plné bezvědomí lze navodit také cíleně a to například v oblasti anesteziologie. Zde velice často užíváme sedaci pomocí nejrůznějších farmakologických preparátů, je samozřejmě možné navodit sedaci též zvukovými podněty nebo například pomocí hypnózy. Tyto alternativní postupy se ale příliš nepoužívají.³

² KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*, 1. Vyd., Praha, Grada Publishing, a.s., 2007, 352 s. + 16 stran barevné přílohy, ISBN 978- 80- 247- 1830- 9

³ KASAL, E. *Základy Anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*, 1. Vyd., Praha, Nakladatelství Karolinum, Univerzita Karlova, 2006, 197 s. ISBN 80-246-0556-2

Podrobně se problematice věnuje kapitola 2. Farmakoterapie analgosedace. Samozřejmostí je dnes sledování stavu vědomí a to jak prostým kladením otázek, taktilními podněty tak také centrálním stimulem. Další možností je užití různých škál jako je Glasgow coma scale. U tzv. umělého spánku lze využít například Ramsey skóre atd. (viz. Příloha 1)

Z výše zmíněných údajů tedy vyplývá, že přelom mezi vědomím a bezvědomím se nalézá zhruba tam, kde končí spontánní vnímání jedince, kdy dojde k latenci nebo žádné reakci na konkrétní podnět a všude tam, kde vymizí zcela charakteristický projev jedince, jakožto jeho osobnosti.

1.3. Bdění a spánek

„Organismus a jeho Centrální nervový systém prochází během 24 hodin základními funkčními stavy, bděním a spánkem, mezi nimiž jsou obousměrné přechody.“(Trojan, S. 2003, s. 676)

Celý rytmus spánku a bdění řídí retikulární formace, která se nachází v mozkovém kmeni. Bdění čili vigilita je stav organismu kdy reagujeme na normální sensorické a motorické podněty ve vztahu k zevnímu prostředí. Organismus je za fyziologických okolností dráždivý, přijímá, zpracovává podněty a následně dává příkazy k jednotlivým výkonným orgánům. Všechny funkční stavy lze sledovat pomocí EEG monitorace, kdy má každý stav svou charakteristickou křivku.⁴

Vigilita má hned několik úrovní. Rozlišujeme klidné bdění, což znamená že celý nervový systém funguje na střední hladině vigility. Z tohoto stavu lze přejít do spánku nebo k vyšším stupňům aktivity. Další úrovní vigility je aktivní bdění, kdy se celková pozornost

⁴TROJAN, S. A KOLEKTIV. *Lékařská fyziologie*, 4. Vyd., Praha, Grada Publishing, a. s., 2003, 772 s. ISBN 80-247-0512-5

člověka zvyšuje a dále se soustředí na konkrétní oblast činnosti organismu. Poslední úroveň je ostražitě bdění, vigilita dosahuje nejvyššího stupně.⁴

„Spánek je heterogenní funkční stav organismu, pro který jsou typické rytmické cykly různých stadií a přechodů, z nichž každé je charakterizováno specifickými formami chování, změnami elektrofyziologickými, vegetativními a endokrinními.“ (Trojan, S. 2003, s. 667)

Zmíněná heterogenita znamená, že existují dvě formy spánku. Jednou z nich je non-REM spánek, pomalý spánek také nazývaný jako SWS neboli slow wave sleep. Jde o spánek pomalých vln. Pro tento typ je charakteristická pomalá EEG aktivita (viz příloha č. 2). Přechod bdění do spánku se děje přes přechodné stádium, které nazýváme dřímotou. Snižuje se bdělost, klesá možnost probuzení. Z dalších fyziologických funkcí je alterována srdeční frekvence, která se zpomaluje, klesá krevní tlak a frekvence dýchání, které se stává pomalé a pravidelné, dochází k zúžení zornic, kosterní svalstvo si udržuje stále určitý stupeň tonu. Následuje dřímání, povrchní a hluboký spánek.⁴

Rem (rapid eye movement sleep) spánek neboli spánek rychlých pohybů očí. Tento typ má opět několik typických znaků. EEG aktivita mozku je pomalejší elektromyografická aktivita některých svalů se snižuje až k úplné atonii. Dalším typickým znakem jsou rychlé pohyby očních bulbů pod zavřenými víčky, svalové záškuby celého těla. Výskyt snů je typický právě pro fázi rychlého kmitání očních bulbů. Ze změny vegetativních funkcí dochází ke snížení odporu cév a tím i ke snížení tlaku, rovněž klesá frekvence dýchání.⁴

Do ne zcela utlumeného mozku přicházejí podněty z vnitřního i vnějšího prostředí. Mozek tyto vjemy zpracovává a vznikají sny, které jsou deformací procesů, které probíhaly v bdělém stavu.⁵

Celkově lze říci, že spánek má cyklický charakter a jeho důležitost spočívá v celkové regeneraci organismu. Svou důležitost jistě mají také sny.

⁴ DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*, 2. Vydání, Olomouc, Epava, 2000, 480 s. ISBN 80- 86297- 05- 5

Uvedme si první pokus, který měl demonstrovat důležitost spánku a snění. Roku 1960 William Dement experimentoval se spánkem. Měl určitý vzorek dobrovolníků, kteří byli připojeni na EEG a vždy když se objevil počátek REM fáze spánku, byli probuzeni. Takto činil pokaždé, když se REM fáze objevila a to několik nocí po sobě. To znamená, že dobrovolníkům nebylo umožněno snít a v průběhu páté deprivací noci bylo nutné probouzení až třicetkrát za noc. Po deseti nocích nebylo již možné v pokusu pokračovat, protože dobrovolníci téměř okamžitě po probuzení upadali do REM fáze spánku. V následujících nocích významně narostla REM fáze a to až o 40% z celkové doby spánku. Během tohoto pokusu se prokázalo, že všichni jedinci zbavení spánkové periody byli zpočátku klidní, ovšem po několika dnech byli ve stavu napětí a silně úzkostní, to by se jevilo jako přirozený jev, ale W. Dement chtěl dokázat, že tomu tak není a probouzel další skupinu dobrovolníků a to v jejich NREM fázi spánku. Tj. v době kdy nesníme ty pravé sny a nebo jsme beze snů. Výsledek byl překvapující, tito jedinci totiž nevykazovali změny nálad a chovali se zcela normálně. Zde je zcela patrné, jak je spánek důležitý a že jeho nedostatek může působit také poruchu osobnosti. Není tedy spánek, jako spánek.⁶

Tyto poznatky jsou důležité pro následné pochopení toho, co se odehrává u pacientů, kteří jsou uvedeni do tzv. umělého spánku. Samozřejmě jen tehdy nejsou-li tlumeni farmaky, jež působí amnézií.

⁶<http://psychologie.nazory.eu/sny/21.2.2010> v 16.00h

2 Vnímání a prožívání

Vnímání a prožívání jsou součástí lidské psychiky a bychom pochopili, co jsme schopni vnímat, prožívat, jak následně tyto stavy interpretujeme, co jsme schopni si pamatovat, je nezbytné znát základní pojmy z obecné psychologie. A zároveň mít povědomí o základních funkčních systémech mozku, díky nimž je nám umožněno cítit, vnímat, pamatovat si atd.

2.1. Funkční systémy mozku

Nejrůznější psychické aktivity jsou vázány na jednotlivé funkční oblasti mozku, kde se nalézají oblasti pro jejich konkrétní řízení. Tak jako je každý člověk odlišný a zcela jedinečný je také funkční obraz mozku nepatrně odlišný. Některé znaky jsou však lokalizovány na stejných místech. Na vzniku jednotlivých psychických projevů se podílejí nejrůznější funkční systémy mozku. Zároveň jsou všechny oblasti propojeny tak, aby byly potřebné informace adekvátně přijaty a zpracovány, dále jsou uchovávány ve formě paměťových stop a nakonec se formuje účelné reagování na podnět. K tomuto ději jsou nejdůležitější tzv. asociační oblasti, které zaručují spojení různých okruhů. Nejdůležitější pro naše psychické procesy je mozková kůra, která činí zhruba 80% mozkového objemu, dále bazální ganglia a limbický systém.⁷

Mozek je dělen na dvě hemisféry, které jsou vzájemně propojené svazkem nervových vláken (corpus callosum), i když jsou obě části mozku funkčně odlišné fungují koordinovaně a integrovaně. Pravá hemisféra je důležitá pro vnímání sluchových a zrakových podnětů, zejména nonverbálního charakteru, dále je důležitá pro zpracování podnětů emotivního charakteru, dále vnímání rytmu a udržení pozornosti. Levá hemisféra je důležitá zejména pro rozvoj jazyka a řeči, dále umožňuje logické, analytické myšlení,

⁷Trojan, S. a kol. *Lékařská fyziologie*, 4.vyd., Praha, Grada Publishing, a.s., 2003, 772 s., ISBN 80-247-0512-5

také abstraktní myšlení a řešení problémů. Uplatňuje se při autoregulaci a sebeuvědomování.⁸

Prefrontální systém, jehož základem je kůra čelního mozkového laloku, je propojen s celým Cetrálním nervovým systémem. Zajišťuje celou škálu činností, mezi které patří řízení komplexního chování, integrace informací a následná adekvátní reakce, umožňuje myslet abstraktním způsobem. Díky prefrontálnímu systému jsme schopni se učit, pamatovat si, ovlivňuje koncentraci pozornosti, míru aktivity a také emoční prožívání. Korová centra pro motoriku, senzitivitu, sensoriku a řeč jsou v různých místech kůry mozkové. Jsou důležité pro zpracování zpecifických informací a následné koordinaci této aktivity. Jako příklad poslouží Brocovo motorické centrum řeči, které se nachází v čelní mozkové kůře, nejčastěji v levé hemisféře. Dále Wernickeho senzitivní centrum řeči, které je na rozhraní spánkové a temenní kůry.⁷

Limbický systém (příloha č.3) obsahuje několik mozkových struktur. Tato oblast mozku je však stále předmětem výzkumů. Všeobecně však lze říci, že tento systém má význam pro kontrolu a řízení emočního prožívání, psychickou zkušenost, interpretaci vzpomínek a emočních prožitků.⁸

Velmi důležitá je oblast amygdaly, která je důležitá k hodnocení informací z okolí a dle jejich povahy navozuje následně stavy strachu, zlosti nebo pohody. Oblast, které se říká Hypokampus ovlivňuje učení a paměť a díky této oblasti máme vzpomínky.⁷

Bazální ganglia a jejich spojení jsou uspořádány do drah a vytvářejí nejrůznější okruhy, do nichž vstupují aferentní dráhy z mozkového kmene a mozkové kůry, uvnitř se nacházejí spoje s oblastí talamu, který zde funguje jako převaděč informací, které jdou

⁸ Vágnerová, M. *Základy psychologie*, 1.vyd, Praha, Nakladatelství Karolinum, Univerzita Karlova, 2007, 356 s., ISBN 978-80-246-0841-9

do mozku i z mozku. Dráhy jsou potřebné pro motorickou aktivitu, z hlediska lidské psychiky je důležité uplatnění ve vyjádření a regulaci emocí a kognitivních funkcí.⁷

2. 2 Psychické funkce

Psychické funkce lze didakticky rozdělit na funkce kognitivní, emoční a motivační. Do kognitivních funkcí počítáme takové, které nám pomáhají při zjišťování informací, a to nejen z našeho okolí, ale i o tom, co se děje v nás samotných. Sem tedy patří vnímání, pozornost, paměť, myšlení, učení, inteligence a vědomí. Emoční složka je důležitá proto, že dává každému prožitku osobní charakter a ať má již tento prožitek pozitivní či negativní charakter, je doprovázen změnou fyziologických funkcí. Motivační složka řídí to, co si přejeme děla a co naopak nikoli. Psychické funkce jsou do jisté míry vrozené (pudy a instinkty), je však nezbytné je dále rozvíjet učním a jistě nelze opomenout ani sociální tlak, který je vyvíjen na každého jednotlivce.⁸

Lidská osobnost má svou strukturu a dynamiku, patří sem vlastnosti charakterové a morální, dále sociální, temperamentové, v širším slova smyslu sem řadíme také inteligenci a jistě mnoho dalších, zcela individuálních vlastností, které charakterizují každého jednotlivce.

2. 3 Vnímání a prožívání

(Čechová, V., Rozsypalová, M. 2001) praví, že „Vnímání je psychický proces, kterým poznáváme to, co v přítomném okamžiku působí na naše smyslové orgány.“ Neurologie se dívá na vnímání, tedy čítí jako na schopnost vnímat podněty pomocí tzv. analyzátorů tedy smyslových orgánů, následně je tento podnět přenesen do příslušného

mozkového centra. Neurologie i psychologie se na tuto problematiku nahlíží podobně, jen s tím rozdílem, že psychologie zahrnuje vnímání do psychických procesů. Z pohledu neurologie je vnímání spojeno se základními smysly (zrak, chuť, sluch, čich a hmat) a je zprostředkováváno výkonnými orgány. Tyto orgány potom zprostředkovávají informace z vnějšího prostředí

Vnímání nám umožňuje základní orientaci v prostředí, to znamená v aktuální situaci. Jde tedy o poznávání přítomnosti. Díky vnímání jsme schopni komunikovat s okolím. Informace, které se k nám dostávají z okolí, ale i z vlastního těla zpracováváme a jsme schopni na ně adekvátně reagovat. Vnímání lze chápat jako proces vysoce individuálního zobrazení reality. Samozřejmě se jedná o proces aktivní, který je vždy přizpůsobován konkrétní situaci. Podněty, které k nám přicházejí se snažíme uspořádat do jakéhosi celku a následně tomuto vjemu dát nějaký smysl a řád.

Každý jedinec zaměřuje svou pozornost na konkrétní činnost nebo věc a zároveň selektuje přijímanou realitu. Z toho lze usuzovat, že každý z nás se zaměřuje na to o čem chce nebo si přeje být informován. Na to má jistě vliv vlastní zkušenost, aktuální motivace, které upřednostňují určité situace nebo objekty.⁹

Vnímání je ovlivňováno zkušeností a zvyklostmi, máme tedy tendence vnímat spíše to, co očekáváme. Toto očekávání lze navodit také instrukcí. Dále vnímání ovlivňují také aktuální potřeby příkladem je být pocit hladu. Ve spojitosti s vůní jídla jsme schopni tuto vůni cítit velmi silně. Dalším činitelem, který ovlivňuje vnímání, je emoční ladění, kdy například, pokud jsme zažili nějakou nepříjemnou zkušenost, v souvislosti s nějakým dějem, budeme mít tendence situace podobného charakteru vnímat stejným způsobem.

Nejjednodušším vnímaným prvkem je počitek. Jde o obraz některého jednotlivého znaku předmětu či děje. Zde existují dva pojmy, o kterých je nutno se zmínit. A tím je absolutní práh počitku a rozdílový práh počitku.

⁹ Honzák, R. et al, *Základy psychologie*, 1.vyd., Praha, Karolinum, 2006, 132 s., ISBN 80-246-1138-4

- Absolutní práh počítku je nejmenší možná velikost podnětu, který vyvolá počitek. Podněty jako takové si uvědomujeme až když dosahují určité intenzity, ale co například slyší jeden člověk, např. tikání hodinek, které nemusí slyšet druhý člověk.¹⁰
- Rozdílový práh počítku je nejmenší možný rozdíl podnětů stejného druhu, který jsme schopni rozlišit. Zde je důležité si uvědomit, že smyslové vnímání různých lidí je odlišné zejména v tom jaké podněty téhož druhu jsou schopni odlišit.⁹

Absolutní a rozdílový práh počítku je závislý na vrozených předpokladech a jejich rozvíjení cvičením a praktickou činností.

O něco málo složitější je základní vjem. Kdy máme vjem obrazu, osoby a jiných věcí. Díky spojení vjemů, počítků a dalších percepčních dějů jsme schopni spojovat minulou zkušenost s přítomností a následně situaci vyhodnocovat.

Samozřejmě nelze vynechat smyslové vnímání, které nám umožňuje poznávat jevy na jistou vzdálenost, o kterých se také hovoří jako o smyslech dálkových, mezi které patří zrak, sluch a čich. Další smysly zachycují podněty až ve chvíli, kdy dojde ke kontaktu podnětu se smyslovou buňkou, sem patří chuť a kožní cití. Vestibulární aparát nám napomáhá vnímat polohu a pohyb těla a o stavu vnitřních orgánů nás informují citlivé buňky uložené ve stěnách těchto orgánů.⁷

Abychom pochopili jak člověk může vnímat konkrétní podněty, je důležité vysvětlit úlohu jednotlivých druhů vnímání v činnosti.

- Zrakem přijímáme 80% všech informací, umožňuje vnímat tvar, barvu, velikost předmětů atd. Při mnoha činnostech kontrolujeme svou činnost právě zrakem

¹⁰ Čechová, V., Rozsypalová, M. Obecná psychologie, 5.vyd., Brno, IDV PZ, 2001, 105 s., ISBN 80-7013-343-0

- Sluch informuje o tom, co se děje v okolí nebo upozorňuje na případné blížící se nebezpečí, např. při cvičení pomáhá kontrolovat pravidelnost a rytmičnost pohybů, při hře na hudební nástroj nám zase pomáhá udržet rytmus. Velmi podstatný význam sluchu je při vnímání řeči, při přijímání informací a poznatků nerůznějšího druhu.
- Čich nám umožňuje odlišit pachy a vůně a tím tedy odlišit vhodné látky od nevhodných. Pro orientaci v prostředí nemá čich až tak významnou roli.
- Chuť je významná pro přijímání potravy, informuje o charakteristice pokrmu a o vhodnosti či nevhodnosti potraviny požit (zkažené potraviny apod.)
- Kožní analyzátory slouží pro vnímání tepla, chladu, doteku a jistě tolik důležitému vnímání bolesti, která je nejen varovným příznakem řady chorobných stavů, ale také nás chrání před nebezpečím. Při pohybových činnostech hraje hlavní roli hmat. Ten je zvláštním spojením analyzátoru kožního a pohybového.
- Pohybový analyzátor umožňuje vnímat pohyby a polohu těla. Tvoří základ pro přesné a cílené vykonávání pohybů.⁹

Každý organismus je obdařen schopností adaptace na konkrétní podněty např. na dotekové, zrakové podněty atd. Všeobecně lze říci, že záleží na stavu receptorů a na stavu nervové soustavy, na všímavosti jedince, na zájmech člověka a na předchozí zkušenosti organismu s daným podnětem. Jsme schopni vnímat podněty nejen pomocí chuti, zraku atd, ale vnímáme rovněž čas a prostor. Jsme obdařeni také tzv. sociálním vnímáním, díky němuž jsme schopni vnímat lidi se kterými se setkáváme.

Zůstane-li jeden ze smyslů nevyvinut nebo dojde-li k jeho poškození dochází ke snížení schopnosti vnímání jedince. V takovém případě dochází ke kompenzaci nedostatku vnímání a to vyvážením pomocí jiného smyslu nebo smysly.

Jako příklad si uveďme (Čechová, V., Rozsypalová, M., 2001, s. 71) která cituje knihu Nalezené světlo autorky J. Lusseyran „ Většinou se říká, že slepota zostruje schopnosti sluchu. Nemyslím, že je to pravda. Mé uši neslyšeli lépe než před tím, nýbrž já jich dokázal lépe využívat.“

Smysly umožňují vidět svět reálně, dokáží vyvolat také zkreslený pohled na svět. Jako příklad si uveďme halucinace a bludy. Halucinace je děj, který vnímáme, ale který nemá žádný reálný základ oproti bludu, kde je nějaký reálný základ. Jako příklad bludu poslouží stín který vrhá lampa, kdy můžeme mít pocit, že vidíme stín osoby apod. Zcela normální je však výskyt halucinací ve snech.

Prožívání je záležitostí psychickou, kdy vnímáme sled uvědomovaných psychických zážitků duševního obsahu. Jeho hlavní složky jsou rozum, cit a vůle. Proto má každý psychický prožitek tři složky a to poznávací, citovou a motivační, které probíhají v různých stupních jasnosti vědomí nebo bdělosti.

- City jsou psychické jevy díky nimž jsme schopni hodnotit to, co poznáváme a děláme, hodnocení se pak řídí podle toho co děláme a co chceme. City vyjadřují co se děje v nás samotných a ve světě ve kterém žijeme. Emoce jsou nejenom psychické procesy, ale také citové stavy a vlastnosti, jako je veselá nálada nebo láska.
- Vůle označuje soubor volních procesů a volních vlastností. Jsou to vlastnosti a psychické procesy, které nás vedou k dosažení cílů a to zvláště tehdy, je-li zapotřebí překonávat překážky.
- Rozum je schopnost lidské mysli zobecňovat zkušenost, dělat závěry a předpoklady a samozřejmě jde o schopnost pracovat s abstraktními pojmy. Tento termín se však vyskytuje především ve filosofické rovině.¹⁰

2. 4 Paměť

Aby bylo zřejmé co si je člověk schopen vybavit po hluboké analgosedaci, je důležité zmínit všeobecné informace o paměti. MUDr. Honzák říká, že (Honzák, R., 2006, s. 45) „Paměť je jednou z funkcí mozku a je definována jako schopnost ukládat, skladovat a vybavovat informace.“

Definice dle Vágnerové praví, že (Vágnerová, M., 2005, s.61) „Paměť v širším slova smyslu zahrnuje veškerou aktivitu spojenou s uložením, uchováváním a uplatněním, tj. vybavováním minulých informací, respektive zkušeností. Paměť nemá vlastní obsah, je to funkce spojená s dalšími tělesnými i psychickými procesy.“

Z těchto definic lze říci, že paměť zahrnuje ukládání, udržení a vybavení informací. Některé zdroje uvádějí ještě složku konsekvenční, tedy nepozměnění informace.

Ukládání dat předchází smyslová zkušenost, tento děj je velmi složitý a existují různé druhy. Jednotlivé děje se nikdy nevyskytují samostatně, ale jsou součástí složitého sledu událostí. Tento komplex zřejmě tvoří část naší paměti a naše každodenní zkušenost potvrzuje, jak důležitou roli zde hrají souvislosti a asociace. Nepamatujeme si nikdy jen jednu věc, ale pamatujeme si vždy vše v určitém časoprostorovém kontextu. A zpravidla platí, že čím více je situace dramatická tím lépe si ji pamatujeme. Ačkoli je kapacita schopnosti pamatovat si veliká, nemůžeme si pamatovat všechno. Náš mozek informace utřídí a vyhodnotí, co je podstatnou informací a co nikoli. Nejkratší paměť je paměť ultrakrátká, která se týká zejména sensorických vjemů. Paměť krátkodobou využijeme například tehdy pokud si přečteme nějakou informaci, kterou chceme bezprostředně reprodukovat. Tato paměť má ale svou omezenou kapacitu, zaměřuje se spíše na celek nebo obrazec. Dlouhodobá paměť je schopna ukládat a skladovat informace po dlouhou dobu, některé stopy se nám vryly do paměti spontánně, jiné vyžadovaly několikeré opakování. Zde je možné rozdělit pamatování si doslovně a nebo podle smyslu. Novou informaci jsme schopni si zapamatovat velmi rychle avšak

proces zapomínání nastupuje zhruba za 24 hodin. Celého procesu se účastní limbický systém a hypotalamus, jak již bylo uvedeno výše.

Přesto, že je paměť dokonalým systémem, nemusí být vždy přesná a dokonalá, jako příklad si uveďme pokus na psychologické fakultě (Honzák, R., 2006, s. 47),. Profesor přednášel posluchačům čtvrtého ročníku psychologické fakulty, tedy lidem, kteří již měli slušné znalosti o psychologii. Náhle kdosi zaklepal na dveře posluchárny a vešel muž v modrém obleku, podal profesorovi velkou žlutou obálku a zase odešel. Profesor vyndal kapesní nůž a začal obálku otevírat. V tom se zvenčí přihlítil muž v černém obleku, před katedrou vytáhl revolver a vystřelil na profesora. Ten se proti němu vrhl s nožem v ruce a zahnal ho z posluchárny. Dveřmi vstoupil policista a požádal přítomné, aby zůstali na místech a přesně popsali, co se právě stalo.“ Všichni zúčastnění byli herci, předem domluvené scény, provedení bylo zcela přesvědčivé a studenti o tomto podvrhu neměli ani tušení. Výsledky popisů jednotlivých studentů však byly překvapující. Z více než 30 studentů, popsali pouze 2 tuto situaci přesně včetně vystižení detailů. Zbytek byl ovlivněn předešlými zkušenostmi a jejich popis nebyl přesný.

Pro nemocné je správné zapamatování informací a údajů životně důležité, dle některých studií si pacient zpravidla nepamatuje až jednu třetinu věcí, které mu lékař sdělil. Bylo prokázáno že většina lidí si pamatuje 10 % z toho co čtou, 20 % z toho co slyší, 30 % z toho co vidí, 50 % z toho co slyší a vidí, 70 % z toho co řeknou a 90 % z toho co dělají.

3. Farmakologie u pacienta v řízeném bezvědomí

3. 1 Analgosedace

Problematika analgosedace a její farmakologické složky je velmi složitá. Vyvětleme si nejprve pojem analgosedace, dle Velkého lékařského slovníku (Vokurka, M., Hugo, J. a kolektiv, 2009) je „analgosedace – součást anestezie spojující tlumení bolesti analgezií a zklidnění sedací.“

Jiná definice říká, že (Doležal, T., 2010) „Analgosedace je stav navozený kombinací analgetika se sedativem“.

Z těchto dvou definic je patrné, že takového pacienta sedujeme, aby došlo k jeho úplnému zklidnění a zároveň tlumíme bolest. K navození tohoto stavu užíváme speciálních farmak uvedených v subkapitole 3. 2 Farmakologie analgosedace.

Cílem analgosedace je navození analgezie, psychovegetativní odklonění, to znamená zklidnění agitovaného či úzkostného pacienta. Dále působí anxiolýzu a dle zvoleného preparátu amnézii. Bezesporu dalším cílem je tolerance nutných terapeutických výkonů, popřípadě tolerance umělé plicní ventilace jako takové a s tím spojeného zajištění dýchacích cest. Důležitá je rovněž dostatečná sedace při myorelaxaci, v případech oběhové insuficience, šoku nebo sepsi je cílem sedace stabilizovat klienta. Jistě nelze opomenout také sníženou potřebu kyslíku v limitovaných stavech a omezení zatěžujících výkyvů tělesné teploty. Analgosedace je indikovaná jak pro drobné invazivní výkony, tak i pro dlouhodobou resuscitační péči . Tento stav samozřejmě monitorujeme pomocí klinických skórovacích schémata jako je Glasgow coma scale, Ramsay skóre či skóre hloubky sedace dle Cooka (viz příloha č. 1) nebo pomocí EEG.

3. 2 Farmagologie analgosedace

Již při popisování cílů analgosedace jsem se zmínila o tom, že některá léčiva, užívaná při sedaci nemocných, působí amnézii. Konkrétně jde o farmaka ze skupiny Benzodiazepinů a Alfa₂ agonistů. Nicméně všeobecně se hojně využívají a proto rozhodně v této kapitole nemohou chybět. Nejčastěji se využívá kombinací nejrůznějších preparátů. Jde na příklad o kombinaci analgetika a sedativa, to znamená kombinace Benzodiazepinu a opioidního analgetika. Kombinací léků různých lékových skupin docílíme syneristického účinku.¹¹

Každý z preparátů má své charakteristické účinky, o kterých se zmíním při popisu těch nejvýznamnějších z nich. Co se týká farmakokinetiky a farmakodynamiky, je zcela zřejmé, že v kritickém stavu je tato schopnost alterována. Analgosedaci lze podávat kontinuálně či intermitentně.

Dle dotazníkové studie z roku 2009 Analgosedace na pracovištích typu ARO/JIP v České republice, které se účastnilo celkem 38 pracovišť plyne, že celkem 37% pracovišť užívá protokol pro hodnocení hloubky sedace, 21% pracovišť užívá přerušované sedace alespoň jednou za 24 hodin. Až 92% pracovišť užívá nejčastěji k sedaci Midazolam, 60% dále Propofol. 76% pracovišť užívá k analgézii Sufentanyl a Morfin 52% pracovišť.¹²

Následující subkapitoly se věnují jednotlivým lékovým skupinám, které se v analgosedaci užívají nejčastěji. Vzhledem k tomu, že se jedná o tlumené pacienty, na umělé plicní ventilaci, budou vždy zmiňovány pouze intravenózní formy aplikace, protože jiné podání je většinou nevhodné jako je například per orální podání apod.

¹¹ Sixtus, H., *Farmakologie v kostce*, 2.vyd, Praha, Triton, 2001, 520 s., ISBN 80-7254-181-1

¹² http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek?id=5683&confirm_rules=1 ke dni 15. 3. 2010 v 10.00 hod

3.2. 1 Benzodiazepiny

Patří do skupiny hypnotik. Mají inhibiční účinek na GABAergních synapsích, to znamená, že mají účinek antikonvulzivní, anxiolytický, sedativní a hypnotický. Rovněž působí zmíněnou anterográdní amnézií. Dále mají antirytmický a antifibrilační účinek, působí respirační depresi, jejich účinky se potencují v kombinaci s opioidy. Příkladem je hojně užívaný Midazolam či Diazepam. Nejčastější způsob podání je v případě ventilovaného pacienta intravenózní formou a to kontinuálně přes lineární dávkovač, jistě lze užít i bolusové podání.¹¹

3.2. 2 Barbituráty

Spadají rovněž do skupiny Hypnotik. Užívají se jako úvod do anestezie a v intenzivní péči se užívají jen minimálně. Mají totiž poměrně významný kardiodepresivní a respirační účinek. Příkladem je Thiopental. Barbituráty se aplikují opět intravenózně, nejčastěji bolusově při úvodu do anestezie.¹¹

3.2. 3 Propofol

Propofol je silné hypnotikum bez analgetického účinku, avšak velmi dobře říditelné. V závislosti na dávce působí respirační depresi, rovněž má kardiodepresivní a antiemetický účinek. Propofol se podává jak bolusově, tak také kontinuálně přes lineární dávkovač. Preparáty z této skupiny jsou Propofol, Diprivan nebo Recofol.

3. 2. 4 Opioidy

V dnešní době se jedná o zcela rutinně užívanou komponentu analgésie. Opioidy mají hypnosedativní účinek, celou řadu nežádoucích účinků jako je nauzea, zvracení, možnost návyku, působí respirační depresi. Příkladem je Sufenta, Fentanyl, Morfin atd.¹³ Užívá se intravenózní kontinuální cesta aplikace, také lze využít bolusového podání. Subcutání podání není příliš vhodné, protože nelze okamžitě titrovat dávku farmaka.

3. 2. 5 Nesteroidní analgetika

Nesteroidní analgetika jsou velkou skupinou léčiv, které tlumí bolest a snižují teplotu. Nedokáží však utlumit bolest viscerální nebo jiné velmi silné bolestivé stavy. Mají rovněž antiagregační účinky, jsou vhodné spíše pro bolusové a krátkodobé podání. Zde je rovněž důležité zmínit některé nežádoucí účinky jako je riziko krvácení do zažívacího traktu, mohou způsobit akutní bronchospasmus, zvyšuje také riziko vzniku renálního selhání u hypovolemických nebo septických pacientů, kde dochází k inhibici syntézy prostaglandinu. Příkladem je Novalgin atd.¹¹

3. 2. 6 Ketamin

Ketamin patří do skupiny disociativních anestetik, který je derivátem fencyklidinu. Působí zvýšení nitrolebního tlaku, plicní hypertenzi, má sympatomimetické účinky, dále halucinogení a depersonalizační efekt. Oproti nesteroidním analgetikům působí výrazněji hypnoticky a analgeticky. Po aplikaci je klient snadno probuditelný a dokonce je snížen výskyt psychomimetických reakcí. Příkladem je Narkamon či Narkamon spofa.¹³

¹³ Svítek, M. *Sedace v intenzivní péči, přednáška* KARIM VFN, Praha, 2009

3. 2. 7 Alfa₂ agonisté

Alfa₂ agonisté farmaka se váží na alfa-adrenergní receptory centrálního nervového systému a jiných orgánů. Působí na srdce a krevní oběh, v centru vazodilatačně a na periférii vazokonstrikčně. Má sedativní a hypnotický, anxiolitický a analgetický účinek. Užívá se jako prevence vzniku abstinenčních příznaků při vysazení analgosedace. Stabilizuje dysbalanci v různých neurotransmitterových systémech. Nejčastěji jsou aplikováni intravenózně nebo epidurálně. Příkladem je Klonidin.¹⁴

V resuscitační a intenzivní péči se užívá celá řada dalších lékových skupin jako jsou neuroleptika a antidepresiva, inhalační anestetika, svalová relaxancia atd. Záměrně byly vyjmenovány preparáty, které se hojně užívají a mají návaznost na téma této diplomové práce. Pro lepší přehlednost o účincích těch nevýznamějších látek je k nahlédnutí tabulka (viz. příloha č. 4) . Z ní lze vyvodit, že Propofol a Barbituráty působí sedaci a spánek, Benzodiazepiny vyvolají kombinaci amnézie, sedace a spánku. Alfa₂ agonisté vyvolávají amnézii, sedaci, spánek a analgézii. Opioidy vyvolají sedaci, spánek a analgézii.¹⁴

4 Vývoj poznatků v oblasti analgosedace

Od počátků vývoje poznatků v oblasti medicíny je jedním z hlavních cílů potlačit bolest a dopřát nemocnému spánek. Ve starém Egyptě a Sýrii se podával odvar z mandragory. Hyppokrates již 400 let př. n. l. dával svým pacientům opium. V Itálii roku 1236, lékař Theodorik, doporučoval užívání omamných hub, které byly napuštěny opiem a mandragorou. Takto upravená houba se užívala pro chirurgické výkony k potlačení bolesti, nikoli však jejímu úplnému vymizení. Dříve totiž přetrvával názor, že bolest je důležitým příznakem nemoci a s jako takovým s ním nelze účinně bojovat. S postupem

¹⁴ DOLEŽAL, T. <http://old.lf3.cuni.cz/ustavy/farmakologie/analgesedace/> ke dni 24.2. 2010, čas 13:00

doby a objevů medicinálních plynů Josephem Priestleym dostává anesteziologie zcela jiný rozměr. V roce 1842 v Georgii byla podána porvé celková anestezie Longem a Clarkem. Jako anestetikum byl použit éter. Bohuže svou činnost nikde publikovali.

Jako zakladatele moderní anestezie je považován dentista z Bostonu William Thomas Green Morton, který v roce 1846 použil éterovou anestezii u pacienta s nádorem v dolní čelisti, který vyjmul. V Čechách byla první éterová anestezie užita v Nemocnici na Františku mnichem Celestýnem Opitzem, který v tu dobu ještě neměl lékařský diplom, ale užíval titulu ranhojiče. Dále následoval rozvoj specializovaných oddělení v nemocnicích, kde se zabývali problematikou anestezie, která jako obor spadala pod chirurgická pracoviště. Samostatným oborem se stává až v roce 1963.¹⁵

4.1 Moderní analgosedace

V kapitole 3. Farmakologie u pacienta v řízeném bezvědomí byly podrobně vypsány nejčastěji užívané mediakmenty, jejich indikace, způsob podání atd. Jak je tomu, ale v běžné praxi nás mohou informovat nejrůznější studie. V roce 2007 byla provedena jednodenní prevalenční studie. Ta se zabývala Analgosedací na pracovištích typu ARO/JIP v České republice. Sledovanými ukazateli byly typy mediakmentů, které se užívají k analgézii, sedaci, způsob podávání analgosedace a zda-li konkrétní pracoviště užívá písemný protokol pro podávání svalových relaxancií.

Z výsledků studie vyplynulo, že ze 197 pacientů, bylo celých 49% tlumeno Midazolamem, 12% pacientů bylo tlumeno Propofolem. Nejčastěji užívaným analgetikem byl Sufentanyl to v 45% případů a Morfin byl užít u 11% pacientů.

¹⁵ PACHL, J. <http://old.lf3.cuni.cz/> ke dni 12. 3. 2010, čas12:30

Pro srovnání si uvedme výsledky studie z roku 2001, které se zúčastnilo např. Německo, Lucembursko, Rakousko, Španělsko, Francie atd. Z této studie vyplynulo, že vešina zemí užívá jako analgetikum Fentanyl, Sufentanyl a Morfin. Vyjímkou však bylo Lucembursko, Belgie a Rakousko, kde se užívá Sufentanyl pouze minimálně. V celosvětovém měřítku se však Sufentanyl příliš nepoužívá, příkladem může být Kanada. Morfin je hojně užíván v Norsku, Irsku, Velké Británii, Španělsku atd.

Nejčastěji užívaným sedativem ve světě je Propofol a Midazolam. V České republice se nejčastěji užívá výše uvedený Midazolam v kombinaci s analgetikem, kterým je zejména Sufentanil. Ve Francii se Midazolam kombinuje s Fentanilem. Dle výzkumu, z výše uvedených evropských zemí se Propofol užívá spíše ke krátkodobé sedaci.¹⁶

Škály, které hodnotí hloubku sedace používá pouze 37% pracovišť. Oproti tomu v ostatních evropských zemích se tyto škály užívají na většině pracovišť. Například z norských studií vyplývá, že škály k hodnocení sedace užívá 53% pracovišť, v Německu je to 31% a ve Velké Británii škály užívá 60% pracovišť.

Z výše uvedených výsledků studií lze vyvodit, že moderním trendem analgosedace je kombinace Midazolamu a analgetika jakým je např. Sufentanylu. Dalším závěrem je bezesporu užití Propofolu ke krátkodobé sedaci. Pokud jde o užívání škál hodnotících hloubku sedace, je jistě nutné edukovat pracoviště o vhodnosti užívání těchto škál. Především jde o pacienty a je vhodné redukovat dávky analgosedace dle jejich konkrétních potřeb.

Doporučené dávkování Midazolamu a Propofolu závisí na hloubce požadované sedace. Zahraniční zdroje uvádějí optimální dávkování pro navození hluboké analgosedace dávku 0,06-0,15 mg/kg/h Midazolamu a 3-6 mg/kg/h Propofolu. České zdroje uvádějí optimální dávkování Propofolu 0,3-4 mg/kg/h, Midazolamu potom 0,03-0,2 mg/kg/h. Toto dávkování, je uváděno jako udržovací dávka k sedaci, nikoli jako bolusové podání k úvodu do analgosedace.

¹⁶ *Anesteziologie a intenzivní medicína*, roč.20, č.3, 2009, s. 132-136

Dřívější názor, že správně analgosedovaný pacient nereaguje na žádné podněty a je v hlubokém bezvědomí je již překonán. Analgosedace je velmi složitou problematikou a řídí se doporučovými postupy dle Guide lines. Nelze opomenout ani složku ekonomickou, která je rovněž velmi podstatnou součástí poskytovaných služeb.

4.2 Monitoraci hloubky sedace

Hodnocení hloubky sedace je velmi diskutovaným tématem, jak již bylo uvedeno výše v českém zdravotnictví je monitorace tohoto stavu mírně opomíjena. Jistě tomu však není na všech pracovištích. K dispozici máme klasická skórovací schémata jako je Glasgow coma scale, Ramsey scóre a dále hodnocení hloubky sedace dle Cooka (viz. příloha č.1) Dalším způsobem je monitorace pomocí EEG, Bispektrálního indexu a evokovaných potenciálů.

EEG ukazuje změny napětí elektrických biopotenciálů, ty jsou snímány elektrodami umístěnými na hlavě. Elektrody snímají frekvenční vlny delta, theta, alfa, beta a gama. V klidu se zavřenýma očima, převládá rytmus alfa, pokud ale uvedeme člověka do celkové anestézie klesá EEG aktivita a dominuje výskyt vln beta. Pro potřeby analgosedovaných pacientů lze využít nativního EEG, které je trvale vyhodnocováno na monitoru a umožní tak rychlé rozpoznání mozkových poruch.

Bispektrální index je v praxi uplatňován od roku 1992. Jde o EEG záznam převedený na bezrozměrnou hodnotu od 0 do 100, kdy hodnota 100 odpovídá stavu úplné bdělosti. Jedná se o bispektrální analýzu měnícího se EEG. (Larsena, R. 2004) „Bispektrální index kvantifikuje vztah mezi bazálními a sinusoidálními komponentami EEG záznamu.“ Zjednodušeně řečeno, popisuje korelaci EEG a hloubku sedace.

Poslední jmenovanou metodou monitorace hloubky sedace jsou evokované potenciály, které zachycují elektrickou reakci mozku na opakované dráždivé podněty z periferie. Jako podněty lze využít elektrického, akustického nebo světelného podnětu.¹⁷

5 Ošetrovatelská péče o pacienta v hluboké analgosedaci

Ošetrovatelská péče o pacienta v hluboké analgosedaci je vysoce specializovanou a odbornou činností. Protože se celý výzkum zabývá spíše pacientovými pocity, jeho vnímáním a prožíváním, budou se následující subkapitoly věnovat specifické péči o takového klienta. Vezmeme-li v potaz, že klient je hluboce analgosedovaný, znamená to že je nesoběstačný v běžných činnostech. Zdravotník je ten, kdo přebírá zodpovědnost za péči a je tedy nutné aby věděl, co vše musí zajistit a o co pečovat. Všeobecná sestra musí vždy zvolit nejvhodnější způsoby přístupu v ošetřování pacienta, který se tak stává zcela závislým na její péči

5.1. Monitorace vitálních funkcí

Monitorace vitálních funkcí probíhá na jednotkách inenzivní péče a anesteziologickoresuscitačních odděleních pomocí kombinace bedside a centrálního monitoringu. Zde lze využít invazivních i neinvazivních monitorovacích technik. Proto uvedenu základní parametry monitorace:

- Monitorování centrálního nervového systému - lze využít pouhého oslovení či taktilního podnětu, ke kontrole stavu vědomí nemocného. Také můžeme využít metod zmíněných v kapitole 4.2 Monitorace hloubky sedace, jako jsou EEG,

¹⁷ LARSEN, R. Anestezie, 7., přepracované a doplněné vydání, Grada publishing, a.s. , 2007, 1392 s. ISBN 80-247-0476-5

bispektrální index nebo evokované potenciály. Z invazivních metod využíváme měření nitrolebního tlaku, jugulární oxymetrie, monitorování systémové tkáňkové oxymetrie a monitorování mozkového perfuzního tlaku.

- Monitorování dýchacího systému- sledujeme frekvenci dechu a hloubku jednotlivých dechů buď aspekci nebo pomocí EKG elektrod. Nezbytnou součástí monitorace je také pulzní oxymetrie, kapnografie a kapnometrie
- Monitorování kardiovaskulárního systému - Snímání křivky EKG, která ozřejmí srdeční frekvenci , pravidelnost a případné poruchy rytmu. Dále měření krevního tlaku ať již invazivní či neinvazivní metodou, monitorace centrálního žilního tlaku, měření tlaků v a. pulmonalis a měření srdečního výdeje.
- Monitorování gastrointestinálního traktu - jednou z méně používaných metod je Gastrická tonometrie, která ukazuje regionální perfuzi zažívacím traktem. Rovněž sledujeme zvracení, stolici, jejich intenzitu, patologické příměsy atd.
- Monitorování tělesné teploty- teplotu lze měřit neinvazivně klasickým rtuťovým či digitálním teploměrem, teplotními čidly, které jsou přiloženy na kůži pacienta nebo pomocí tympanálního teploměru. Invazivně lze tělesnou teplotu monitorovat čidly, které jsou zavedeny do tělních dutin a to buď jícnovou sondou, nebo čidlem napojeným na permanentní močový katetr a dále je možno využít čidla, které je součástí Swan-Ganzova katetru.
- Monitorování hemostázy a homeostázy- zjišťujeme pomocí hemokoagulačních vyšetření a dále monitoringem acidobazické rovnováhy.
- Monitorace nitrobřišního tlaku- tento parametr je důležitý pro určení krevního toku splanchnickou oblastí. V péči o kriticky nemocného jde o nesmírně důležitou hodnotu, protože vzestup tohoto tlaku má za následek např. snížení minutového srdečního objemu, snížení žilního návratu a tento stav může mít následně závažné funkční důsledky pro další orgány jako ledniny, játra atd. Způsob monitorace je možný přes močový měchýř a nebo přes žaludek nemocného.

- Monitorace výdeje tělesných tekutin- velmi důležité je také pravidelné sledování příjmu a výdeje tekutin a to měřením množství moče, v potaz musíme brát také např. pocení, průjemové onemocnění, krvácení atd.

V dnešní době nepřehledného množství monitorovaných dat, je nutné upozornit na tzv. data overloading. Velké množství monitorovaných parametrů sebou totiž přináší riziko zhoršené orientace a to na úkor kvality poskytované péče. Mnohdy se stává, že se mezi daty ztrácí nejen zdravotnický personál, ale také samotný pacient. To znamená, že se mnohdy sledujeme pouze parametry na monitoru, ale ne na momentální potřeby pacienta.

5.2 Nutriční podpora a příjem tekutin

Každý pacient a jeho chorobný stav má jiné nutriční požadavky. Je pochopitelné, že klient, který se nachází ve stavu hluboké analgosedace má zvýšené nároky na nutriční podporu. A to nejen z důvodu, neschopnosti normálně přijímat potravu, ale také kvůli celkovému onemocnění, které si vyžádalo analgosedaci a další intervence ke zvládnutí tohoto stavu. Metody ke zjištění stavu nutrice jsou nejrůznější nutriční skóre, antropometrická vyšetření, mezi které patří BMI, měření kožních řas a u spontánně ventilujícího pacienta lze využít nepřímé kalorimetrie. Jednou z nejvhodnějších metod zjištění stavu nutrice je zjištění stavu nutričních laboratorních parametrů, k nimž patří hodnoty kreatininu, albuminu, prealbuminu, transferinu, orosomukoproteinu aj.²

Pacientovi v kritickém stavu je nutno zajistit dostatečný přísun tekutin, sacharidů, proteinů, tuků, stopových prvků, vitamínů atd. Nyní je nutné rozhodnout cestu přísunu nutriční podpory. Srovnáme-li výhody a nevýhody parenterální výživy dostaneme následující výsledky. Enterální výživa je přirozenou cestou přísunu výživy, to znamená že je zachována kontinuita zažívacího traktu a zpětná realimentace probíhá mnohem rychleji. Nelze opomenout ani fakt, že je tento způsob výživy méně finančně náročný.

Problém, který se může nastat je spíše spojen s nesnášenlivostí konkrétní výživy. Na trhu je nepřeberné množství druhů umělých výživ a téměř vždy se najde vhodný typ pro konkrétního klienta. Dalším negativen mohou být problémy spojené se zavedením sondy do zažívacího traktu. Pokud pacient trpí zvracením, regurgitací či krvácením do zažívacího traktu je jistě tento typ nutriční kontraindikován. Na druhé straně stojí parenterální výživa, kterou lze podávat systémem all-in-one, kde jsou již všechny příslušné komponenty a jejich složení je dané. Lze připravit vak all-in-one „na míru“ kdy lékař dle nutričních parametrů rozepíše množství jednotlivých komponent a vše je připraveno v lékárně. A posledním způsobem podání parenterální výživy je tzv. multi-bottle systém, kdy jsou pacientovy nasazeny jednotlivé infuzní roztoky se zastoupením sacharidů, proteinů, tuků atd.

Z výše uvedených informací lze vyvodit, že vždy pokud je to možné zachováme přirozený způsob výživy, to znamená enterální. Parenterální hrazení energetického příjmu zahájíme jako doplněk. Nicméně kriticky nemocní mají zvýšené metabolické nároky a proto je třeba titrovat jednotlivé komponenty. Proto se na odděleních zabývajících se intenzivní medicínou většinou setkáme s kombinací obou typů výživ.

5.3 Hygienická péče

Hygienická péče je plně v kompetenci všeobecné sestry. Vždy se snažíme zajistit co možná největší intimitu a soukromí při celkové hygieně. Samozřejmě není na překážku, pokud do péče zapojíme blízké nemocného. Hygiena by dle většiny metodických pokynů měla probíhat dvakrát denně, a pokud jde o ventilovaného a sedovaného klienta, činíme tak téměř vždy na lůžku. Specifikum péče o takového pacienta spočívá spíše v toaletě dýchacích cest, péče o dutinu ústní, která může být někdy vzhledem k intubační kanyli mírně problematická. Dále péče o oči, kdy je důležité pravidelné vykapávání očí, aby nedocházelo k erozím rohovky. Nelze opomenout ani péči o kůži a sliznice.

Samozřejmostí je aseptický postup při převazech invazivních vstupů, případných kožních defektů či operačních ran.

5. 4 Rehabilitační péče

„Rehabilitační ošetřovatelství je uplatnění rehabilitačních principů do ošetřovatelských úkonů s cílem zkvalitnit základní péči o pacienta.“ (Šamánková, M., Hušková, M., Matoušovic, K., 2004, 247 s.)

Rehabilitační péče je důležitou součástí péče o nemocné, obzvláště u pacientů, kteří jsou zcela odkázáni na péči zdravotnických pracovníků. Tuto péči poskytují nejen fyzioterapeuté, všeobecné sestry a také je možné zapojit do rehabilitace rodinu nemocného. Zejména se zaměřujeme na tzv. sumaci podnětů, kdy opakovaně využíváme jednoduchých, ale účinných rehabilitačních postupů. Tyto metody užíváme s ohledem na aktuální potřeby nemocného po celých 24 hodin denně. Mezi základní činnosti patří polohování, manipulace s pacientem, péče o celkovou kondici pacienta, péče o průchodné dýchací cesty, prevence tromboembolické nemoci. Taková péče má rovněž psychologický efekt.¹⁸ Lze využít nepřeberného množství metod jako je Vojtova metoda, Bobath concept, klasické rehabilitační metody k rozvoji hybnosti končetin nebo dechová cvičení a mnoho jiných. Hlavním cílem rehabilitace je prevence imobilizačního syndromu, dekubitů, svalových kontraktur atd.

¹⁸ ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. Díl, vyd. 1, Praha, Nakladatelství Karolinum, Univerzita Karlova, 2004, s. 275, ISBN 80-246-0477-9

5. 5 Prevence dekubitů

Prevence dekubitů je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Mezi preventivní opatření patří hygienická péče, pacient musí být vždy v čistém a upraveném lůžku. Pozornost sestry se soustředí nejen na tzv. predilekční místa vzniku dekubitů, ale pečuje rovněž o sliznice, kde rovněž mohou tyto defekty vznikat, jako příklad uvádím dekubity po otláčení sondou, katetrem apod. Má-li pacient zavedenou například nasogastrickou sondu, endotracheální kanylu apod, je nutná pravidelná změna polohy těchto zdravotnických pomůcek, kontrola prvních projevů dekubitů a dostatečná hygiena. V případě, že nelze měnit polohu např. nepolohovatelné tracheostomické kanyly (v dnešní době existují také polohovatelné kanyly), věnujeme pozornost podkládání kanyly, aby nedocházelo k přímému kontaktu s kůží a sledujeme pravidelně tlak v obturační manžetě pomocí manometru, aby nedošlo k výskytu dekubitů v průdušnici. Dále je nutno zajistit rehabilitační péči, pravidelné polohování a dostatečnou nutrici pacienta.

5. 6 Komunikace s nemocným

Komunikace je výměna verbálních i nonverbálních signálů mezi dvěma či více jedinci. Komunikace začíná již prvním kontaktem s druhou osobou a ve zdravotnictví tento fakt platí dvojnásob. Vždy musíme mít na paměti, že k nám pacient přichází s obavami, očekáváním a hlavně s nadějí, že mu pomůžeme. Proto jednáme s nemocným, tak aby věděl, že nás jeho problém zajímá, že nám není lhostejný a že nás „neobtěžuje“, protože i s tímto postojem se mnohdy pacienti setkávají. Pokud jde o všeobecná pravidla komunikace s nemocným držíme se zásad jakými jsou, dostatečná intimita při rozhovoru a skutečně se snažit co možná nejlépe porozumět problémům pacienta. Dále hovoříme s nemocným jako se sobě rovným, neužíváme cizích slov a úroveň rozhovoru volíme dle mentálního stavu. Všeobecně se nedoporučuje užívat zdrobnělin př. ručička, nožička atd,

pokud se ovšem nejedná o dětského pacienta, kde tato slova volíme zcela přirozeně a instinktivně. Hovoříme s nemocným a s jeho doprovodem pouze tehdy, pokud potřebujeme získat doplňující informace.

Komunikace s pacientem, který je v hlubokém bezvědomí je problematická, protože nemáme žádnou zpětnou vazbu, která by nás utvrdila o tom, že nás nemocný vnímá. I zde by však mělo platit, že komunikujeme s nemocným, spolupracujeme s jeho rodinou a verbálně doprovázíme každou aktivitu, kterou hodláme provádět. Zdravotník by se měl vyvarovat konzultování svého osobního života nebo svých problémů nad lůžkem nemocného. Vždy je nutný citlivý a ohleduplný přístup, který dle mého názoru zlepšuje celkový psychický stav nemocného a je tak významným činitelem při úspěšné léčbě. Neměli bychom zapomínat ani na to, že komunikace není jen o řeči, ale také o neverbálních projevech jakými je posturologie, proxemika atd. Komunikace je nesmírně důležitá a pro zdravotníky to platí dvojnásob. Proto nezapomínejme na to, že komunikujeme také každým gestem, které uděláme.

5.7 Koncept bazální stimulace

„Bazální stimulace je koncept, který podporuje člověka v nejzákladnější rovině lidského vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embrionální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam. Díky smyslům tedy můžeme vnímat sebe sama a okolní svět. Díky schopnosti vnímat jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Pohyb, vnímání a komunikace se vzájemně ovlivňují. Vnímání umožňuje pohyb a naopak komunikace je umožněna díky pohybu a vnímání“ (Friedlová, 2007). Tato metoda využívá tzv. základních a nastavbových metodik, kterými péči zprostředkovává.

5. 7. 1 Základní metodiky bazální stimulace

- Celková koupel (masáž) uklidňující- jejímž cílem je tělesné uvolnění, redukce neklidných stavů, stimulace vnímání vlastního těla. Je vhodná především pro neklidné, úzkostné, vystrašené klienty, dále při bolestivých stavech, v komatózních stavech, pro klienty s Parkinsonovou a Alzheimerovou nemocí a při změnách vnímání sebe sama atd.
- Celková koupel (masáž) osvěžující - jejím cílem je zlepšit úroveň vědomí, zvýšit svalové napětí, zvýšit srdeční frekvenci a krevní tlak, zvýšit klientovu aktivitu. Používáme ji např. u klientů v bezvědomí, se sníženou frekvencí srdeční činnosti, se sníženým krevním tlakem atd.
- Celková bazálně stimulující koupel - snaží se začlenit postiženou stranu těla do vlastního tělesného schématu, tedy do vnímání sebe sama. Vhodné zejména pro klienty po cévních mozkových příhodách, kteří trpí jednostranným postižením těla tzv. hemiparézou nebo hemiplegií.
- Polohování tzv. „mumie“ - jejím cílem je zprostředkovat vjemy z vlastního těla a pocítit vlastní tělesné hranice. Užíváme ji například u klientů neklidných, zmatených, agresivních, dlouhodobě upoutaných na lůžko nebo při probouzení z kómatu.

Tzv. „ hnízdo“-navozuje odpočinek a příjemné pocity, klient se díky ní cítí v bezpečí. Vhodné např. ve fázi odpočinku, během noci, po vyšetřeních atd.

- Masáž stimulující dýchání - jak je patrné z názvu, díky této stimulaci podporujeme dýchání, nabídneme ji všem klientům, jež trpí povrchním, zrychleným a nepatrným

dýcháním. Zejména pak klientům s bolestí, s depresemi, poruchami spánku, u umírajících, u klientů na ventilátorech a ve fázi odvykání od těchto přístrojů.

- Vestibulární stimulace - díky této stimulaci poskytujeme klientovi informace o poloze a pohybech těla a hlavy. Vhodná je například pro klienty dlouhodobě upoutané na lůžko, v tzv. bdělém kómatu, klienty s apalickým syndromem apod.
- Vibrační stimulace-jejím cílem je pocítit tělesnou hloubku, celkově vlastní tělesnou stabilitu a vlastní tělesné hranice. Užíváme u klientů s jednostranným postižením těla, poruchou vnímání sebe sama apod.

5. 7. 2 Nástavbové metody Bazální stimulace

- Optická stimulace - stimuluje zrakový aparát, to je vhodné zejména pro klienty probouzející se z kómatu, pro zmatené, dezorientované klienty atd.
- Auditivní stimulace - stimuluje sluchový aparát. Užíváme u probouzejících se z kómatu, depresivních, starých klientů apod.
- Orální stimulace - stimuluje ústa a chuťové buňky. Opět jej lze využít u klientů, jež se probouzejí z kómatu, pacienty s apalickým syndromem atd.
- Olfaktorická stimulace - stimuluje čichový aparát. Aplikujeme u probouzejících se z kómatu, apaliků, zmatených klientů aj.

- Taktilně-haptická stimulace - stimuluje hmatovou a dotykovou složku. Užíváme všude tam, kde chceme nacvičovat pohyblivost ruky. Lze ji využít u dlouhodobě ležících, po probuzení z kómatu a nácviku běžných aktivit.¹⁹

Všeobecně lze říci, že Bazální stimulace má veliké úspěchy, zejména v následné péči, péči o seniory i děti. Je téměř neuvěřitelné, že se díky ní podařilo aktivizovat i takové klienty, jimž nebyly dávány šance na jakýkoli samostatný pohyb, díky ní se daří nacvičovat sebeobslužné prvky, uklidňovat neklidné pacienty a naopak povzbuzovat apatické klienty.

Závěrem lze říci, že ošetrovatelská péče o takového klineta je velmi náročná, a to nejen po stránce fyzické, ale také psychické. Na zdravotnické pracovníky jsou kladeny vysoké požadavky, týkající se vzdělání, ale také schopnosti aplikovat teoretické vědomosti do praxe. Péče o pacienta v hluboké analgosedaci je komplexní a vyžaduje mezioborovou spolupráci.

¹⁹ FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči, 1. Vyd., Praha, Grada Publishing, 2007, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4

Empirická část

6. 1 Námět výzkumné sondy

Tématem této diplomové práce je prožívání pacientů v hluboké analgosedaci. Na jednotkách intenzivní péče se běžně staráme o pacienty, kteří jsou z léčebných důvodů uvedeni do hluboké analgosedace, otázkou však zůstává co přesně je schopen nemocný vnímat. Vnímá své okolí nebo přítomné osoby? Nebo lze říci, že „spí“ a nevnímá nic? Představíme-li si modelovou situaci, pacient v tzv. umělém spánku a přístup některých zdravotníků, velice často se setkáme s tím, že podvědomě pečují o nemocného jako o někoho, kdo není chopen vnímat nic. A proto dochází k tomu, že jsou u lůžka nemocného probírány nejrůznější témata a to včetně osobního života zdravotníků. Málokdy na nemocného hovoříme, málo kdy verbálně doprovázíme, co se chystáme právě udělat. Po odeznění analgosedace se nezdá se setkávat s tím, že nám sám nemocný řekne, že si vybavuje zážitky spojené s obdobím kdy byl v hluboké analgosedaci.

Z této zkušenosti jsem vycházela také při výběru tématu diplomové práce. Předpokládám, že každý pacient bez rozdílu užitého sedativa je schopen vnímat podněty. Jako důkaz mohou posloužit výkyvy fyziologických funkcí, jako změna tepové frekvence, změny krevního tlaku atd., jako reakce na podněty z okolí. Otázka toho, co si je pacient schopen pamatovat je poněkud složitější, protože některá farmaka působí amnézii, a proto si po hluboké analgosedaci nevybavují vůbec nebo téměř nic. Proto jsem se zaměřila na pacienty tlumené pouze léky, které nepůsobí amnézii, aby byly schopni interpretovat co prožívali. Oním lékem je Propofol, který je užíván často, ale prvním lékem volby jistě zůstává užívání Benzodiazepinů, které amnézii působí.

6. 2 Cíle výzkumné sondy

Cílem této práce je zjistit :

- Jak vnímají pacienti své okolí
- Jak vnímají pacienti své tělo
- Jak vnímají pacienti zdravotnické pracovníky
- Jak vnímají pacienti svou rodinu

Výstupem této práce je rovněž doporučení nejen pro zdravotnické pracovníky, ale i pro blízké pacienta jak přistupovat k pacientovi ve stavu hluboké analgosedace.

6. 3 Metodika výzkumné sondy

Metodikou této práce se stal kvalitativní výzkum, který byl tvořen rozhovory s jednotlivými respondenty. Celkem bylo vybráno 10 respondentů, kteří byli hospitalizováni na Jednotce intenzivní metabolické péče FN Motol (JIMP), se svolením vedení Interní kliniky (viz. Příloha č. 5).

Faktografické údaje byly získány ze zdravotnické dokumentace a další informace, týkající se prožívání respondentů, metodikou rozhovoru (viz příloha č. 6). Na začátku rozhovoru byl každému z dotazovaných vysvětlen hlavní cíl této práce a zároveň bylo zdůrazněno, že vše je zcela anonymní a že se získanými informacemi bude nakládáno dle Zkona č. 101/ 2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Byly pokládány otázky otevřeného typu, aby byl pro každého jednotlivce poskytnut dostatečný prostor pro vyjádření jeho myšlenek a pocitů. Otázky jsem zaměřila na vybavení prožitků před uvedením i z období hluboké analgosedace. Dále vybavnost taktilních, čichových, sluchových, vizuálních a chuťových podnětů, které mimo jiné měli poskytnout informace o vnímání užití metod jako je Bazální stimulace. Další otázky se týkaly vnímání blízkosti druhých osob, popřípadě zdravotníků a zda-li toto období bylo

vnímáno jako realita nebo sen. Každý respondent měl v závěru rozhovoru možnost vyjádřit další myšlenky, které ho k tomuto tématu napadali.

6. 4 Charakteristika vzorku zkoumaných respondentů

Celkem bylo vybráno 10 respondentů, kteří byli hospitalizováni na Jednotce intenzivní metabolické péče FN Motol v období od 1.1. 2010 do 30. 3. 2010. Všichni respondenti museli splňovat hlavní kritéria, kterými bylo užívání Propofolu k sedaci a dobu sedace delší než jeden týden, aby bylo možné následné interpretování co možná největšího množství informací. Dále mentální statut respondentů, aby byly informace dostatečně validní. Z hlediska diagnózy nebo věku nebyl výběr respondentů omezen.

6. 5 Časový plán práce

- Listopad- Prosinec 2009 sběr informačních zdrojů, četba literatury
- Prosinec 2009- Březen 2010 zpracování teoretické části diplomové práce, tvorba dotazníků a rozmluva s jednotlivými respondenty.
- Duben 2010 písemné zpracování empirické části

6. 6 Způsob zpracování výsledků

Jednotlivé rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně doslovně převedeny do psané formy pro dostatečnou autentičnost pocitů jednotlivých respondentů. Pro omezený vzorek dotazovaných nebylo užito grafů.

6. 7 Vyhodnocování výsledků průzkumné sondy

Výsledky rozhovorů s respondenty byly vyhodnocovány jednotlivě a následně porovnávány s odpověďmi ostatních dotazovaných. Kde bylo zhodnoceno prožívání respondentů, v oblasti fyzického i psychického prožívání. Byly tedy vyhodnocovány vzhledem k základním cílům této práce. A v neposlední řadě přínosu aplikace Bazální stimulace, byla-li prováděna.

7 Vyhodnocení průzkumné sondy

Respondent č.1

Pacient byl hospitalizován pro malnutrici při nádorovém onemocnění, v průběhu jeho pobytu na JIMP došlo ke zhoršení stavu a respirační insuficienci, proto bylo nutné zajistit umělou plicní ventilaci a uvést pacienta do hluboké analgosedace.

Faktografické údaje:

- Pohlaví: muž
- Věk: 46 let
- Diagnóza: CHOPN, malnutrice, Ca recta
- Analgosedace: Propofol 1%
- Doba trvání analgosedace: 20 dní
- Bazální stimulace: nebyla prováděna
- Kontakt s blízkými: ano
- Četnost návštěv: obden

1) Vybavujete si období, před uvedením do umělého spánku? Pokud ano, co si vybavujete?

„No, pamatuju se, že mi bylo špatně a nemož jsem dechat...pak mi doktor řekl, že mě musí uspat, že mi pomůžou s decháním.“

2) Je něco, co si pamatujete z období, kdy jste se nacházel(a) v umělém spánku? Pokud ano, co to bylo?

„Pamatuju si, že sem měl hororový sny. Pořád mě honit pes a chtěl mě pokousat...Byl jsem zpocenej a mam pocit, že jsem sebou i dost mlel v posteli.“

3) Pokud si něco pamatujete, myslíte, že to byl odraz reality nebo sen?

„Asi sen.....no teď vim, že sen, ale v tu chvíli mi to přišlo pravý.“

4) Pokud si něco pamatujete, měly vjemy sluchový, vizuální, chuťový, čichový nebo taktilní charakter?

„To souvisí s tím psem, měl sem pocit, že ho slyším a měl jsem zamlženo před očima když jsem je chtěl otevřít.“

5) Jak jste vnímal(a) to, že se Vás někdo dotýkal?

„To si nevybavuju, jen sem měl pocit, že se kutálim v posteli.“

6) Byl(a) jste schopen(a) vnímat přítomnost blízké osoby? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„Občas jsem slyšel manželku, ale jakoby moc daleko a slyšel jsem ji špatně.“

7) Byl(a) jste schopen(a) vnímat zdravotnické pracovníky? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)

„To ne, nemá pocit, že bych si někoho z vás tady pamatoval.“

8) Je něco co se týká tohoto tématu a chtěl(a) by jste o tom hovořit?

„Vybavuju si úplně do detailu ty sny a celkově to pro mě byla hrozná zkušenost, víte já vím, že je to semnou zlý a k tomu ty sny..no...asi to je tím, že sem pořád, i před tím myslel na to co semnou bude.“

Zhodnocení:

Tento respondent se vyjádřil o období hluboké analgosedace vyloženě v negativním smyslu slova. Měl, dle jeho slov, hororové sny a celkově se mu na toto období špatně vzpomíná. Pocity „kutálení v posteli“ spojují s neustálou manipulací a otáčením v lůžku např. při hygieně nebo polohování. Lze se také domnívat, že celkově špatné sny mohou být spojeny s pocity strachu a nejistoty, který tento respondent pociťoval již před uvedením do hluboké analgosedace

Responent č. 2

Tato pacientka byla hospitalizována na JIMP pro základní diagnózu dekompenzovaného diabetu při hyperglykémii, velmi rychle došlo k rozvoji respirační insuficience, která si vyžádala nutnost umělé plicní ventilace.

Faktografické údaje:

- Pohlaví: žena
- Věk: 52 let
- Diagnóza: Dekompenzace diabetu, hyperglykemie
- Analgosedace: Propofol 1%, Sufenta i.v
- Doba trvání analgosedace: 8 dní
- Bazální stimulace: nebyla prováděna
- Kontakt s blízkými: ano
- Četnost návštěv: denně

1) Vybavujete si období, před uvedením do umělého spánku? Pokud ano, co si vybavujete?

„Ano pamatuji si všechno, trošku hůř se mi dýchalo, ale nebylo to nic hrozného, potom mi sestřička řekla, že mi s tím dýcháním musí pomoci a usmála se a chytla mě za ruku a řekla ať nemám strach.“

2) Je něco, co si pamatujete z období, kdy jste se nacházel(a) v umělém spánku? Pokud ano, co to bylo?

„Měla jsem zlé sny, nepamatuju se, čeho konkrétního se týkaly, jenom mám pocit, že jsem sebou musela házet nebo škubat....víte co mám namysli, takové ty sny, kdy máte třeba pocit, že někam padáte a škubnete sebou až se vzbudíte, tak já měla podobný pocit.“

3) Pokud si něco pamatujete, myslíte, že to byl odraz reality nebo sen?

„Asi sen...já vlastně vim, že jsem spala, tak to musel být sen.“

4) Pokud si něco pamatujete, měly vjemy sluchový, vizuální, chuťový, čichový nebo taktilní charakter?

„Slyšela jsem že mě pořád někdo volá příjmením, nikoho jsem neviděla, ale slyšela jako by po mě někdo něco chtěl, ale nevím co. A taky jsem měla pocity jako by po mě lezli brouci, jako na víc místech na těle, já to totiž nesnáším brouky.“

5) Jak jste vnímal(a) to, že se Vás někdo dotýkal?

„To si nepamatuji.“

6) Byl(a) jste schopen(a) vnímat přítomnost blízké osoby? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„ Tak to nevím, měla jsem sice pocit, že jsem tu nebyla úplně sama, ale třeba dotek jsem necítila.“

7) Byl(a) jste schopen(a) vnímat zdravotnické pracovníky? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„ To ne. To až později, když jsem se probouzela tak jsem věděla, že jsou okolo mě lidi a že semnou pořád něco dělají.“

8) Je něco co se týká tohoto tématu a chtěl(a) by jste o tom hovořit?

„Nevzpomínám na to období ráda, zlé sny mě provází do teď. Ty brouci a celkově špatný pocit...fakt na to nerada vzpomínám.“

Zhodnocení:

Tato klientka nevzpomíná na období analgosedace pozitivně, opět ji trápily sny negativního charakteru. Pocity, kdy respondentka udává, že slyšela své jméno, má pravděpodobně návaznost na oslovování zdravotnickými pracovníky. Ani v tomto případě si respondentka nevybavuje doteky blízkých, ale měla pocity, že jí někdy byly v blízkosti.

Respondent č. 3

Pacient byl hospitalizován na JIMP pro akutní intoxikaci alkoholem, následně došlo k aspiraci žaludečního obsahu a byl přivezen již zaintubován. Po aspiraci následoval rozvoj akutní pneumonie.

Faktografické údaje:

- Pohlaví: muž
- Věk: 19 let
- Diagnóza: Akutní intoxikace alkoholem
- Analgosedace: Propofol 2%,
- Doba trvání analgosedace: 10 dní
- Bazální stimulace: nebyla prováděna
- Kontakt s blízkými: ano
- Četnost návštěv: denně

1) Vybavujete si období, před uvedením do umělého spánku? Pokud ano, co si vybavujete?

„ Já byl v hospodě, tam jsem se nalil, oslavovali sme narození kamarádový dcery...pak byly panáky, piva, šampus...a já nevim co všechno, pak jsem mimo a nevim vůbec nic...“

2) Je něco, co si pamatujete z období, kdy jste se nacházel(a) v umělém spánku? Pokud ano, co to bylo?

„Měl sem pocit, že sem pořád v tý hospodě a že piju jak duha, ale nemůžu se opít, prostě to nejde.“

3) Pokud si něco pamatujete, myslíte, že to byl odraz reality nebo sen?

„Určitě sen, protože kdybych vysál to, co se mi zdálo, tak bych asi umřel.“

4) Pokud si něco pamatujete, měly vjemy sluchový, vizuální, chuťový, čichový nebo taktilní charakter?

„Slyšel sem svoje méno, ale příjmení, měl sem pocit, že na mě volá hostinskéj, pak sem měl pocit, že mi někdo šahá tam dolu...víte kam myslím..a že mi tam něco dělá nebo co.“

5) Jak jste vnímal(a) to, že se Vás někdo dotýkal?

„To nevim, až na to šahání na přirození..to bylo fajn (smích...)“

6) Byl(a) jste schopen(a) vnímat přítomnost blízké osoby? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„Asi ne, ne že bych měl pocit, že sem opuštěnej, ale že by semnou někdo byl, to taky asi ne.“

7) Byl(a) jste schopen(a) vnímat zdravotnické pracovníky? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)

„To ne..aspoň si na to nepamatuju.“

8) Je něco co se týká tohoto tématu a chtěl(a) by jste o tom hovořit?

„Nebylo to zas tak špatný..zdálo se mi že piju a taky to šahání na těle nebylo tak děsný, no jako ne že bych si to chtěl zopáknout, ale trauma z toho asi mít nebudu sestři.“

Zhodnocení:

Tento respondent nevzpomíná na toto období špatně, vzhledem k věku klienta a s přihlédnutím k rozhovoru lze předpokládat, že celou záležitost bere spíše pozitivně, možná jako vtipnou zkušenost, to lze samozřejmě také přikládat k nízkému věku respondenta

Respondent č. 4

Pacient hospitalizován na JIMP pro Vaskulitidu a nutnost provedení série plazmaferéz. Příčinou umělé plicní ventilace byla respirační insuficience, která byla následkem rychlé progresse vaskulitidy.

Faktografické údaje:

- Pohlaví: muž
- Věk: 50 let
- Diagnóza: Vaskulitida, respirační insuficience
- Analgosedace: Propofol 2%, Sufenta i.v
- Doba trvání analgosedace: 15 dní
- Bazální stimulace: byla prováděna, do péče byla zapojena i manželka respondenta
- Kontakt s blízkými: ano
- Četnost návštěv: 3x týdně

1) Vybavujete si období, před uvedením do umělého spánku? Pokud ano, co si vybavujete?

„ Ano pamatuji si, že se mi celkově udělalo zle, že mi dali masku a já měl pocit, že nemůžu popadnout dech, pak už nevím nic. “

2) Je něco, co si pamatujete z období, kdy jste se nacházel(a) v umělém spánku? Pokud ano, co to bylo?

„Měl jsem sny, že jsem na zahrádce a sázím si ty svoje stromečky, ale nebylo mi nijak nepříjemně, bylo to celkem fajn. “

3) Pokud si něco pamatujete, myslíte, že to byl odraz reality nebo sen?

„ Byl to určitě sen. “

4) Pokud si něco pamatujete, měly vjemy sluchový, vizuální, chuťový, čichový nebo taktilní charakter?

„Slyšel jsem manželku, jako by mi něco povídala, ale nevím, co přesně. Měl jsem pocit, že se mně někdo dotýkal, nevím kdo to byl, nebo jestli se mi to zdálo... “

5) Jak jste vnímal(a) to, že se Vás někdo dotýkal?

„ Jo jo, jak jsem říkal, jako by se mě někdo dotýkal, měl jsem takový pocit klidu

6) Byl(a) jste schopen(a) vnímat přítomnost blízké osoby? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„ Asi jsem slyšel svojí ženu, jak mi něco říká a to mě tak nějak uklidňovalo. “

7) Byl(a) jste schopen(a) vnímat zdravotnické pracovníky? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)

„ To asi ne, ty doteky možná byly nějakého zdravotníka, ale v tu chvíli jsem to nevnímal. “

8) Je něco co se týká tohoto tématu a chtěl(a) by jste o tom hovořit?

„ Asi ne, ale děkuju, že se na to ptáte, ještě se mě nikdo neptal na to, jak se cítím, nebo jak jsem se cítil. Je to moc milé “

Zhodnocení:

V případě tohoto respondenta lze říci, že pociťoval doteky druhých, nedokázal specifikovat kdo se jej dotýkal, ale celkově mu vyvolali příjemné pocity a pocity uklidnění. Měla jsem možnost spolupracovat s jeho manželkou a jeho sny o zahrádkaření budou zřejmě spojeny s tím, že mu jeho žena pokaždé vyprávěla, o tom, jak zase bude pracovat na zahrádce a že koupila nové květiny. Bezsporně tento klient nemá špatné vzpomínky a tento stav také ovlivnilo zapojení rodiny do péče a poskytování podnětů z konceptu Bazální stimulace.

Respondent č. 5

Pacientka byla přijata na JIMP pro intoxikaci léky a alkoholem v suicidálním úmyslu. V průběhu převozu byla zaintubována pro aspiraci žaludečního obsahu a následnou respirační insuficienci. V akutní fázi klientka nebyla tlumena, později pro nutnost umělé plicní ventilace byl nasazen Propofol.

Faktografické údaje:

- Pohlaví: žena
- Věk: 30 let
- Diagnóza: akutní intoxikace benzodiazepiny a alkoholem
- Analgosedace: Propofol 1%,
- Doba trvání analgosedace: 7 dní
- Bazální stimulace: nebyla prováděna
- Kontakt s blízkými: ano
- Četnost návštěv: denně

1) Vybavujete si období, před uvedením do umělého spánku? Pokud ano, co si vybavujete?

„Vim, že jsem snědla ty prášky a zapila je alkoholem, situace byla neúnosná, víte zjistila jsem, že jsem sama, partner semnou ani nechce bydlet, nemám ani děti a už bych je chtěla, vždycky když mam problém, tak na mě každej kašle a hustěj mi do hlavy jen svoje problémy. Víte berou mě jako takovou vrbu a pod tímhle presem jsem to nevydržela a řekla si že bude lepší, když to ukončím, že si toho ani nikdo nevšimne, možná tehdy až se budou ostatní potřebovat vypovídat. Pak si pamatuju ségru, jak na mě křičí a pak usínání, pak už nevím nic, jen že jsem v sanitce.“

2) Je něco, co si pamatujete z období, kdy jste se nacházel(a) v umělém spánku? Pokud ano, co to bylo?

„Zdalo se mi, že sem byla na pláži s malým dítětem a říkalo mi mami..bylo to hezký, pak jsem slyšela výčitky od rodičů a partnera.“

3) Pokud si něco pamatujete, myslíte, že to byl odraz reality nebo sen?

„ To dítě byl sen a ty výčitky? To byla podle mě skutečnost, protože potom když jsem mluvila s rodičema a partnerem, tak říkali totéž, co jsem slyšela když jsem spala.“

4) Pokud si něco pamatujete, měly vjemy sluchový, vizuální, chuťový, čichový nebo taktilní charakter?

„Uplně jsem cítila jak mě to dítě chytá za ruku, ale jinak nic..ale když nad tím přemýšlím, měla jsem pocit, že cítím jeho voňavku, myslím přítelovu.“

5) Jak jste vnímal(a) to, že se Vás někdo dotýkal?

„ To si nepamatuju až na ten sen o dítěti.“

6) Byl(a) jste schopen(a) vnímat přítomnost blízké osoby? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„ Já nevím , jsem se až potom dozvěděla, že sem mamka chodila denně a přítel taky, asi jsem to vnímala, že tu semnou jsou. Jsem blbá, myslela jsem, že mě nikdo nemá rád a zatím jsem udělala jen ostudu a trápení.“

7) Byl(a) jste schopen(a) vnímat zdravotnické pracovníky? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)

„ To ne, až potom, když jsem se probírala, tak si pamatuju Vás a pak takovou tu krátkovlasou blondýnku, že jste se o mě starali...a pak když už jsem byla bez toho dechacího přístroje, tak už si pamatuju všechny. “

8) Je něco co se týká tohoto tématu a chtěl(a) by jste o tom hovořit?

„Víte, co je zvláštní? Že jsem si přála říct, co mě trápí někomu ze svojí rodiny nebo kamarádů a nikdo mě neposlouchal a pak přijdete Vy a ptáte se a já nemam zábrany všechno říct. “

Zhodnocení:

Tato respondentka se potýkala s psychickými problémy, deficitem seberealizace a lásky. Měla pocity, že ji nikdo nevnímal a poté se pokusila o sebevraždu. Z jejích snů lze usuzovat, že její tužba mít potomka se promítla i do jejího snu a navodila jí příjemné pocity. Výčitky od rodiny, které slyšela mají dle mého názoru reálná podklad, vzhledem k tomu, že jsem měla možnost vyslechnout některé rozmluvy její rodiny a partnera ke klientce samotné. Na tuto respondentku jsem se snažila co možná nejvíce hovořit a verbálně doprovázet vše co hodlám udělat

Respondent č. 6

Pacientka hospitalizována jako překlad z plicní JIP na JIMP pro katetrovou sepsi. Základní onemocněním byla těžká pneumonie při silném astmatu, kterým klientka trpěla. Přeložena byla již ve stavu hluboké analgosedace a připojena k umělé plicní ventilaci.

Faktografické údaje:

- Pohlaví: žena
- Věk: 40 let
- Diagnóza: Astma bronchiale, pneumonie
- Analgosedace: Propofol 1%,
- Doba trvání analgosedace: 13 dní
- Bazální stimulace: byla prováděna
- Kontakt s blízkými: ano
- Četnost návštěv: obden

1) Vybavujete si období, před uvedením do umělého spánku? Pokud ano, co si vybavujete?

„ Ano pamatuju si, jak jsem nastydla a měla příšernej kašel, do toho to moje astma a pak jsem jela do nemocnice, kde jsem byla na plicní jipce a tam mi řekli, že mě budou muset zaintubovat. Pak už nevím. “

2) Je něco, co si pamatujete z období, kdy jste se nacházel(a) v umělém spánku? Pokud ano, co to bylo?

„Měla jsem pocit, že vařím, nebo cítím jídlo. “

3) „ Pokud si něco pamatujete, myslíte, že to byl odraz reality nebo sen?

„Myslím, že sen i když něco asi realita byla..třeba to že sem slyšela svoje děti a ty poznám vždycky a všude, smích.“

4) Pokud si něco pamatujete, měly vjemy sluchový, vizuální, chuťový, čichový nebo taktilní charakter?

„ Slyšela jsem děti, jak sem říkala a pak něco jako pípání mobilu. A taky, že vařím, cítila jsem nějaký jídlo, ale nevím jaký to bylo a občas jsem měla pocit, že cítím něco sladkýho na jazyku. Jinak nic víc...“

5) Jak jste vnímal(a) to, že se Vás někdo dotýkal?

„ Nevím o nikom konkrétním, že by na mě šahal, ale cítila jsem takový to teplo co cejtíte, když vás někdo pohladí..myslím to teplo tý ruky.“

6) Byl(a) jste schopen(a) vnímat přítomnost blízké osoby? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„ Nevím to určitě, ale myslím, že manžel a děti mě hladily, možná se mi to zdálo.“

7) Byl(a) jste schopen(a) vnímat zdravotnické pracovníky? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)

„ Až když jsem se trošku probírala pamatuju si, že mi byla zima, asi jsem neměla nic na sobě a někdo se u mě bavil o dovolený...“

8) Je něco co se týká tohoto tématu a chtěl(a) by jste o tom hovořit?

„Když si na to vzpomenu spíš je mi tak nějak vnitřně úzko, nevím proč, nepamatuju se, že by mě něco bolelo, nebo mi někdo ubližoval, ale není mi z toho moc dobře.“

Zhodnocení:

Tato respondentka si vybavuje hlas svých blízkých a svých dětí, kteří ji pravidelně navštěvovali. Pocity spojené s vařením, nebo vnímáním vůně jídla lze rovněž postavit na reálný základ, protože klientka ležela na pokoji s dalším pacientem, který byl plně při vědomí a dostával pravidelnou vařenou stravu. Pocity sladkosti v ústech připisují efektu orální bazální stimulace, kterou jsem prováděla. Vkládala jsem ji do úst gumové medvídky obalené v mulovém čtverci. I v tomto případě pacientka pocítovala spíše pocity úzkosti i když neměla vyloženě negativní konkrétní podnět. Popisovala rovněž jakési pípání mobilního telefonu, které lze spojovat se zvuky, které vydávají nejrůznější zdravotnické přístroje.

Respondent č. 7

Pacientka byla přeložena z interního oddělení pro plicní edém, následovala zástava srdeční, resuscitace a intubace s podporou dýchání.

Faktografické údaje:

- Pohlaví: žena
- Věk: 61 let
- Diagnóza: astma cardiale, CHOPN
- Analgosedace: Propofol 2%, Sufenta i.v
- Doba trvání analgosedace: 28 dní
- Bazální stimulace: byla prováděna
- Kontakt s blízkými: ano
- Četnost návštěv: dvakrát týdně

1) Vybavujete si období, před uvedením do umělého spánku? Pokud ano, co si vybavujete?

„Pamatuju si, jak mě sem přivezli a pak už si nepamatuju nic.“

2) Je něco, co si pamatujete z období, kdy jste se nacházel(a) v umělém spánku? Pokud ano, co to bylo?

„Měla jsem pocit, že slyším pořád hroznej hluk, ale nevím z čeho.“

3) Pokud si něco pamatujete, myslíte, že to byl odraz reality nebo sen?

„Ten hluk byl úplně zřetelnej, to ostatní se mi asi zdálo.“

4) Pokud si něco pamatujete, měly vjemy sluchový, vizuální, chuťový, čichový nebo taktilní charakter?

„ Jak jsem říkala, slyšela jsem rámus, jako by tu jezdila tramvaj nebo pak pískání, jako třeba zvuk píšťalky. A jinak myslim, že nic jinýho. “

5) Jak jste vnímal(a) to, že se Vás někdo dotýkal?

„ Většinou jsem měla pocit, že je mi nepříjemně, jako ten pocit, když se vám zdá, že se ocitnete na ulici bez oblečení. “

6) Byl(a) jste schopen(a) vnímat přítomnost blízké osoby? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„ Myslim, že ne, alespoň si na to nevzpomínám. “

7) Byl(a) jste schopen(a) vnímat zdravotnické pracovníky? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)

„Myslíte jako v tu dobu, co jsem spala?... (pacientka se chvíli přemýšlí).....Myslim, že ne, někdy jako bych sebou šubla, jako by mě někdo někam tahal, ale to si taky myslim, že byl sen. “

8) Je něco co se týká tohoto tématu a chtěl(a) by jste o tom hovořit?

„ Asi ne, ale když si vzpomenu, tak Vám to řeknu jo? (úsměv), ale znovu už bych to zažít nechtěla. “

Zhodnocení:

Respondentka číslo 7 si vybavuje věci, které se udály jen velmi matně. Pocity které popisuje jako „ tahání, nebo šubání“ opět připisují manipulaci v lůžku. Jinak si neuvědomovala doteky konkrétních osob. Sluchové vjemy opět spojují s přístrojovou technikou, kterou je pokoj vybaven. Bazální stimulace byla u této klientky prováděna, ačkoli ne v takové intenzitě v jaké by bylo potřeba.

Respondent č. 8

Pacient byl přijat na JIMP pro metabolický rozvrat, respektive metabolickou acidózu, která si vyžádala nutnost umělé plicní ventilace.

Faktografické údaje:

- Pohlaví: muž
- Věk: 42 let
- Diagnóza: diabetes mellitus, metabolická acidóza
- Analgosedace: Propofol 1%, Sufenta i.v
- Doba trvání analgosedace: 10 dní
- Bazální stimulace: nebyla prováděna
- Kontakt s blízkými: ne
- Četnost návštěv: 0

1) Vybavujete si období, před uvedením do umělého spánku? Pokud ano, co si vybavujete?

„Pamatuji si, jak jsem byl u praktického doktora a potom, že mě posílal k lékaři, byl jsem tady na ambulanci a pak mě přivezli sem a to už jsem byl unavený a pak už je to jakoby zamlžené.“

2) Je něco, co si pamatujete z období, kdy jste se nacházel(a) v umělém spánku? Pokud ano, co to bylo?

„Asi se mi něco zdálo, ale opravdu Vám nedokážu popsat co...ale asi to nebylo nic příjemného, když si na to vzpomenu mám nepříjemné pocity“

3) Pokud si něco pamatujete, myslíte, že to byl odraz reality nebo sen?

„ Určitě sen. “

4) Pokud si něco pamatujete, měly vjemy sluchový, vizuální, chuťový, čichový nebo taktilní charakter?

„Mám pocit, že jsem zcela nespál, že to nebyl ten pocit, jako když spíte a nevnímáte nic. Já nedokážu popsat něco konkrétního...znáte ten pocit, když usínáte u televize??...vnímáte jen tak napůl...asi tak bych to charakterizoval“

5) Jak jste vnímal(a) to, že se Vás někdo dotýkal?

„ Doteky si vlastně moc nevybavuji, spíš jako nějaké tahání nebo něco na ten způsob. “

6) Byl(a) jste schopen(a) vnímat přítomnost blízké osoby? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„ Myslim, že za mnou ani nikdo nebyl, pokud myslíte rodinu..ale netroufám si říct, jestli bych je poznal. “

7) Byl(a) jste schopen(a) vnímat zdravotnické pracovníky? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)

„ To ne, až potom, kdy jsem byl napůl vzhůru, tak vím, že se řešila svatba nějaké sestřičky a že mě u toho myly na lůžku. “

8) Je něco co se týká tohoto tématu a chtěl(a) by jste o tom hovořit?

„ Myslim, že ne...(úsměv). “

Zhodnocení:

Tento respondent si nevybavuje příliš mnoho konkrétních informací, na toto období vzpomíná spíše negativně. Z pozdějších období si vybavuje pouze jakési „tahání“, které lze připisovat manipulaci v lůžku. Rozhovor, který si pacient vybavuje, může být dle mého názoru reálný, vzhledem k aktuálnímu dění na oddělení. Jsem toho názoru, že pokud by tento respondent dostával více stimulů v podobě bazální stimulace a také v podobě kontaktu s rodinou, jeho nepříjemné pocity z tohoto období by se dali zmírnit.

Respondent č. 9

Pacient byl přijat na JIMP pro septický stav. V průběhu několika hodin na tomto oddělení pacient desaturuje až na SpO₂ 70 % a dochází k rozvoji metabolického rozvratu, proto byl pacient zaintubován a byla zahájena umělá plicní ventilace.

Faktografické údaje:

- Pohlaví: muž
- Věk: 33 let
- Diagnóza: Septický stav (zaveden Broviac katetr k domácí parenterální výživě), Syndrom krátkého střeva
- Analgosedace: Propofol 2%, Sufenta i.v
- Doba trvání analgosedace: 12 dní
- Bazální stimulace: nebyla prováděna
- Kontakt s blízkými: ano
- Četnost návštěv: 4x týdně

1) Vybavujete si období, před uvedením do umělého spánku? Pokud ano, co si vybavujete?

„ Jasně, byl jsem tady u Vás, byla tu moc pěkná sestřička, jsem začal mít ty horečky, byl jsem unavenej a chtělo se mi spát, pak už nevím“

2) Je něco, co si pamatujete z období, kdy jste se nacházel(a) v umělém spánku? Pokud ano, co to bylo?

„ (smích) no měl jsem pocit, že souložím (toto slovo bylo nahrazeno pro přílišnou vulgaritu, slova použitého respondentem) s stou sestřičkou ...pořád se mi zdálo jen o tom souložení“

3) Pokud si něco pamatujete, myslíte, že to byl odraz reality nebo sen?

„ Kéž by to nebyl sen..ale je mi jasný, že tady by se to asi nestalo..nejsem ve filmu“.

4) Pokud si něco pamatujete, měly vjemy sluchový, vizuální, chuťový, čichový nebo taktilní charakter?

„ Vobčas sem cejtil, jako by mi někdo šahal mezi nohy a to bylo celkem příjemný (smích).“

5) Jak jste vnímal(a) to, že se Vás někdo dotýkal?

„ Až na ten rozkrok si nepamatuju nic....“

6) Byl(a) jste schopen(a) vnímat přítomnost blízké osoby? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„ Myslim, že tu zamnou byla mladá...ale jinak asi ne“

7) Byl(a) jste schopen(a) vnímat zdravotnické pracovníky? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„ Řikam, měl sem pocit, že mi tady pořád někdo šahá tam dolu, mam pocit, ž sem cejtil, jak mi ho někdo myje.“

8) Je něco co se týká tohoto tématu a chtěl(a) by jste o tom hovořit?

„ Ne“

Zhodnocení:

Tento respondent měl sny erotického charakteru a v podstatě každý stimul vnímal se sexuálním podtextem. Nicméně pocity vnímání provádění hygieny jsou jistě možné. A to je pravděpodobně důvodem jeho erotických snů.

Respondent č. 10

Pacientka byla přijata na JIMP pro metabolický rozvrat, při renální insuficienci. Pro celkové zhoršení stavu byla pacientka zaintubována a převeden na umělou plicní ventilaci.

Faktografické údaje:

- Pohlaví: žena
- Věk: 63 let
- Diagnóza: Metabolický rozvrat při renální insuficienci,
- Analgosedace: Propofol 2%, Sufenta i.v
- Doba trvání analgosedace: 30 dní
- Bazální stimulace: byla prováděna
- Kontakt s blízkými: ano
- Četnost návštěv: 5x týdně

1) Vybavujete si období, před uvedením do umělého spánku? Pokud ano, co si vybavujete?

„ Ano, pamatuju...bylo mi čím dál tím hůř..a potom vim , že mi pani doktorka říkala, že mi musíte pomoci s dýcháním a že celkově to pro mě bude lepší a budu spát, pak už nevím nic...myslim tím třeba jak mě uspávali. “

2) Je něco, co si pamatujete z období, kdy jste se nacházel(a) v umělém spánku? Pokud ano, co to bylo?

„ To je těžký takhle říct...víte Já spala a přitom mi přišlo, jako bych se občas napůl budila a někdy mi přišlo, že mam spíš nepříjemný pocity, jako bych sebou házela. Jinak když na to myslim, tak když jsem spala, tak mi asi bylo příjemně, neměla jsem pocit ,

že by mi třeba někdo ubližoval, jestli myslíte tohle. A sny jsem měla o mojí vnučce, občas jako bych jí vážně slyšela zpívat, ona krásně zpívá(úsměv).“

3) Pokud si něco pamatujete, myslíte, že to byl odraz reality nebo sen?

„ To házení sebou určitě realita, já to fakt cejtla, jen to bylo třeba jako házení když máte kašel nebo kejchnete. A pak asi sen“.

4) Pokud si něco pamatujete, měly vjemy sluchový, vizuální, chuťový, čichový nebo taktilní charakter?

„ Asi ne, kromě dotýkání, ale bylo to jako masáž rukou a nohou a nebo zad..ale ne pořád, spíš jen občas..ale nevím jestli se mi to nezdálo.“

5) Jak jste vnímal(a) to, že se Vás někdo dotýkal?

„ No tak jestli to, co sem cítila nebyl sen, tak to bylo moc příjemný, jako v lázních (úsměv)“

6) Byl(a) jste schopen(a) vnímat přítomnost blízké osoby? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?

„ Myslim, že ne, až na ty pocity, že jsem slyšela hlásek vnučky.“

7) Byl(a) jste schopen(a) vnímat zdravotnické pracovníky? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)

„ To ne,ale potom, když už jsem se dostávala k sobě, tak jsem vnímala, byla jsem jak opilá, ale někdo na mě třeba mluvil a to bylo fajn, jinej se bavil o všem možnym jen ne o mě“

8) Je něco co se týká tohoto tématu a chtěl(a) by jste o tom hovořit?

„ Asi ne, ale kdybych na něco přišla, tak Vám určitě řeknu“

Zhodnocení:

U této klientky byly prováděny základní i nastavbové metodiky bazální stimulace, proto dle mého názoru popisovala příjemné prožitky spojené s dotýkáním. Zároveň jsem zapojila do péče její rodinu a požádala, aby přinesli to, co jejich blízká ráda sledovala či poslouchala, přinesli CD s písničkami, které nazpívala vnučka respondentky. Proto měla klientka pocity, že vnímala hlas své vnučky. Celkově se zdá, že tato respondentka neměla nepříjemné pocity. Tomu faktu napomohla péče zdravotníků, zapojení rodiny klientky a také stimulace klientky.

8 Vyhodnocování dotazníků vzhledem k cílům výzkumné sondy

8.1 Jak pacienti vnímají své okolí?

Jedním z cílů tohoto průzkumu bylo zjistit, jak pacienti ve stavu hluboké analgosedace vnímají své okolí. K tomuto cíli se také vztahovaly otázky z mého dotazníku o výbavnosti situace v období před uvedením do hluboké analgosedace, dále pamatují-li si nějaké vjemy z období, kdy se již v umělém spánku nalézali a pokud si něco pamatovali, jaký měly tyto vjemy charakter. Další otázka byla zaměřena na interpretaci celé situace, zda-li ji dotazovaní vnímali jako realitu nebo jako sen.

V období před uvedením do hluboké analgosedace si téměř každý z dotazovaných pamatoval jak se cítil, kde se nalézal, popřípadě s kým a o čem hovořil. Z období samotné hluboké analgosedace popisují respondenti č. 5 a č. 6 schopnost vnímat vůně, taktilní podněty popisovali respondenti č. 3, č. 4, č. 5, č. 9 a č. 10. Sluchové podněty uváděli respondenti č. 2, č. 3, č. 4, č. 6 a č. 7, dokonce dotazovaní č. 2 a č. 3 uvedly pocity, že byli někým osloveni jménem.

Rozhodně, ale nelze říct, že si dotazovaní pamatovali ucelený sled událostí. Jsou to pouze jakési fragmenty reality, sami se však vyjadřovali o celé věci jako o snu. Respondenti hovořili o tomto období jako o snu, některé sny měly děsivý charakter, tak jak jej uvádí respondenti č. 1 a č. 2, ti totiž uváděli sny o broucích lezoucích po těle nebo o agresivním psu. Pokud se ale zaměříme na charakter snů a aplikace Bazální stimulace, u konkrétního respondenta, zjistíme, že popisované sny již neměli tak negativní charakter, mnohdy se jednalo dokonce o sny pozitivní, kde se vyskytoval prvek něčeho z reálného života. To byl shodný prvek u respondentů č. 4, č. 5, č. 6 a č. 9. Blíže neurčené pocity popisovali respondenti č. 8 a č. 10, ti se totiž nevyjádřili o konkrétním snu, nýbrž o velmi nepříjemných pocitech, které mají, vzpomenu-li si na období kdy se nacházeli ve stavu hluboké analgosedace. Pokud se však zaměříme na interpretaci tohoto období, jak jej popisují respondenti č. 5, č. 6, č. 7 a č. 10 zjistíme, že situaci popisovali jako sen,

ale zároveň se jim některé podněty zdály být zcela reálnými jako příklad uvádím odpověď respondentky č. 7, která vnímala zcela reálné zvuky, respondentka č. 6 dokonce uváděla, že slyšela své potomky a její odpověď zahrnovala rovněž pocity vnímání jakýchsi zvuků

Odpovědi dotazovaných č. 2, č. 5, č. 6, č. 8 a č. 10, kteří zcela spontánně začali hovořit o tom, co pociťovali v období „probouzení“ ze stavu hluboké analgosedace zjistíme, že vnímali nejen péči, ale také některé zdravotnické pracovníky, nebo jejich rozhovory, které skutečně s péčí o nemocné nemají nic společného a jistě do tohoto prostředí nepatří. Zde bych zmínila odpověď respondentky č. 6, která vyslechla rozhovor o dovolené jednoho ze zdravotníků, respondent č. 8, který slyšel konverzaci zdravotníků o svatbě a respondentka č. 10 vyztíhla situaci slovy, že bylo diskutováno mnohé, jen jí se žádné z témat netýkalo.

6. 2 Jak vnímají pacienti své tělo

Dalším cílem mého průzkumu, bylo zjistit, jak klienti vnímají své tělo. K tomuto cíli se vážala otázka, zda-li byli respondenti schopni vnímat doteky. V období hluboké analgosedace popisovali respondenti č. 1, č. 2, č. 7, č. 8 a č. 10 pocity jakého si „ házení“ nebo „ kutálení“ v lůžku. To byla také jeden z důvodů, proč dotazovaní měli velmi nepříjemné pocity z období hluboké analgosedace. Respondenti č. 3, č. 4, č. 6, č. 9 a č. 10 se shodovali v odpovědi schopnosti vnímat doteky.

Lze říci, že byla-li využita Bazální stimulace, tak jak tomu bylo u respondentů č. 4, č. 6 a č. 10 vyjadřovali se dotazovaní o vnímání příjemných dotyků. Nebyli však schopni říci kým konkrétně byly tyto stimuly poskytovány. Respondentka č. 7 měla pocity nahoty a respondentka č. 6 pociťovala chlad, jako by dle jejích slov „neměla nic na sobě. Tato respondentka rovněž popsala vjem sladké chuti v ústech. Tento fakt je vázán na orální Bazální stimulaci, kterou jsem prováděla pomocí sladkých potravin Respondent č. 3 a č. 9 se shodli v odpovědi pociťování doteků v intimních partiích, které dle všeho

souvisely s prováděním hygienické péče. Nikdo z dotazovaných se nezmiňoval o tom, že by pociťoval např. bolest, což je rovněž pozitivní výsledek.

1. 3 Jak vnímají pacienti zdravotnické pracovníky

Třetím cílem bylo zjistit, jak klienti vnímali zdravotnické pracovníky, respondenti 1, č. 3, č. 4 a č. 7 odpověděli, že si zdravotníky nepamatují. Pouze ve fázi probouzení se ze stavu hluboké analgosedace respondentka č. 5 uvedla, že si některé konkrétní zdravotníky vybavuje a dokonce i jimi poskytovanou péči. Respondenti č. 6, č. 8 a č. 10 se shodovali nad tím, že zdravotníci diskutovali velice často o záležitostech, které se samotných klientů ani vzdáleně netýkali. Rovněž respondenti č. 2 a č. 5 vypověděli, že v pozdějším období byli schopni vnímat zdravotnické pracovníky.

8.4 Jak vnímají pacienti svou rodinu

Posledním cílem bylo zjistit jak vnímají klienti rodinné příslušníky a přátelé, byla většinou rovněž zastřena vnímáním reality jako snu. Respondenti č. 1, č. 4, č. 5, č. 6 a č. 9 popisovali pocity, že „za nimi někdo byl“, většinou se domnívali, že šlo o jejich blízké osoby, respondentka č. 10 dokonce vnímala hudební CD, které jsem jí pouštěla, nazpívané její vnučkou. Respondentka č. 5 slyšela výčitky od rodičů pro její suicidální pokus, kterých jsem byla svědkem. Dotazovaní č. 1, č. 4 slyšely hlas své partnerky, které je velmi často navštěvovali a respondentka č. 6 dokonce uvedla že cítila doteky od jejích dětí a partnera. Z těchto výsledků lze vyvodit závěr, že blízké osoby jsou nemocnými podvědomě vnímány a poskytují jim tak obrovský stimul.

9 Diskuze

Z celkového množství deseti respondentů odpovídalo na otázky 5 žen a 5 mužů. Věk dotazovaných se pohyboval od 19 do 63 let. Všichni dotazovaní splňovali společný parametr a to tlumení Propofolem, který nepůsobí amnézii, tak aby byli schopni odpovědět na kladené otázky. Doba trvání analgezie byla nejméně 7 dní, nejdéle však 30 dní. Za 9. z deseti respondentů, pravidelně docházeli blízcí. Co se týká bazální stimulace, byla prováděna poze u 4 z 10. respondentů.

Mezi nejčastější příčinu uvedení do stavu hluboké analgosedace patřili: respirační insuficience, aspirace žaludečního obsahu u intoxikovaných klientů, respirační insuficience při CHOPN, asthma bronchiale, asthma cardiale, metabolický rozvrat při diabetes mellitus nebo při renální insuficienci a dále septický stav.

Srovnáme-li si odpovědi jednotlivých respondentů dostaneme zhruba tyto výsledky. Otázka, která se týkala výbavnosti sledu událostí kolem uvedení do stavu hluboké analgosedace zjistíme, že všichni respondenti byli schopni popsat situaci před uvedením do stavu hluboké analgosedace. Respondenti č. 1, č. 2, č. 6, č. 10 byly schopni popsat rozmluvu se zdravotnickým pracovníkem, o důvodu uvedení do hluboké analgosedace. Pouze u akutních případů, kde došlo k náhlému zhoršení zdravotního stavu popisovali respondenti, co se událo, ale období těsně před samotnou analgosedací si pamatují buď pouze mlhavě a nebo na toto období mají amnézii. To dle mého názoru také souvisí s medikamenty, které jim pro úvod do hluboké analgosedace, byly aplikovány.

Období hluboké analgosedace je parafrázováno respondenty jako sen. Nicméně i tak byli schopni popsat jakési fragmenty reality, které se skutečně časoprostorově i obsahem informace samotné, shodovali s aktuálním děním na oddělení JIMP. Odpovědi respondentů č. 1 a č. 2 se shodovali tím, že měli sny děsivého charakteru jako pronásledování psem, sny o hmyzu nebo jiné nepopsatelné, ale silně nepříjemné pocity. Jako uváděli respondenti č. 8 a č. 10. Dotazovaní č. 3 a č. 9 popisovali vnímání doteků v intimních partiích. Domnívám se, že tyto stavy měly návaznost na provádění hygienické

péče. Všimněme si také informace, kterou uvedly respondenti č. 1, č. 2, č. 7, č. 8 a č. 10 a tou jsou jakési vůlí neovladatelné pohyby. Dle mého názoru se jednalo o manipulaci v lůžku, která je prováděna zdravotníky většinou bez upozornění a zcela rutinně. Nikdo z respondentů však nebyl schopen říci, kým konkrétně byly taktilní stimuly poskytovány.

Na otázku, zda-li měli sny vizuální, chuťový či jiný charakter se respondenti č. 3, č. 4, č. 6, č. 9 a č. 10 shodovali ve vnímání taktilních podnětů, u tří z těchto respondentů byla prováděna Bazální stimulace, která jistě měla vliv na velmi pozitivní prožitky z doteků. Byly popisovány rovněž pocity toho, že nemocného někdo drží za ruku. Tento pocit byl jistě u většiny respondentů postaven na reálných základech vzhledem k tomu, že každý z blízkých se minimálně na pár okamžiků nemocných dotýkal. Podněty sluchového rázu uváděli respondenti č. 1 a č. 4, ti se shodovali ve vnímání hlasu svých partnerek, dotazovaná č. 5 slyšela výčitky od rodičů pro její suicidální pokus. I zde je jasně patrné, že klienti skutečně vnímali i když zcela nedokázali popsat obsah informací, které jim jejich blízcí sdělovali.

Velmi zajímavá byla rovněž odpověď respondentů č. 6 a č. 7, které se shodovali v tom, že vnímali jakési zvuky, které však byly velmi nepříjemné. Domnívám se, že se mohlo jednat o zvuky, které vydává přístrojová technika. V běžném provozu zdravotnickým pracovníkům tyto zvuky splývají a tvoří jakousi zvukovou kulisu. Pro nemocného jde ale o zvuky neznámé, dosti hlasité a dle všeho velmi nepříjemné. Ne vždy, ale musí znamenat zvuková podnět cosi negativního, důkazem toho je výpověď respondentky č. 10, která uvedla, že slyšela zcela zřetelně zpěv své vnučky. Tento fakt měl spojitost s hudebním CD, které bylo zapůjčeno rodinou klientky, na kterém byl opravdu zaznamenán zpěv její vnučky.

Dalším předmětem mého zkoumání se stalo vnímání blízkých osob a zdravotnických pracovníků samotnými respondenty. Respondenti č. 1, č. 4, č. 5, č. 6 a č. 9 měli pocit, že se v jejich blízkosti někdo nacházel, většinou se domnívali, že šlo o jejich blízké. I zde mohu potvrdit pravdivost jejich pocitů, vzhledem k tomu, že jsem na oddělení JIMP trávil spoustu času pozorováním vybraných respondentů a mohu

potvrdit, že byli velmi často navštěvováni. Některí dotazovaní uváděli informaci o tom, že si nejsou vědomi, že by s nimi někdo byl v tomto období v kontaktu.

Zdravotnické pracovníky si ve stavu hluboké analgosedace nikdo konkrétně nevybavoval, nicméně v období tzv. odtlumování si respondenti č. 6, č. 8 a č. 10 vybavovali konverzaci zdravotníků, které se bohužel nemocného vůbec netýkaly. Skutečně mohou potvrdit, že rozhovory které klienti vyslechly mohou být postaveny na reálných základech, vzhledem k aktuálnímu dění na oddělení

V poslední otázce dotazníků, která dávala prostor každému z respondentů pro vlastní vyjádření, 4. z nich spontánně uvedli, že šlo o stav, který je pro ně spojen s negativními vnitřními emocemi. Je samozřejmé, že nikdo si nepřeje dostat se znovu do tak těžkého stavu, aby si žádal nutnost hluboké analgosedace a s tím spojené umělé plicní ventilace.

Dle výše uvedených informací je tedy partneré, že skutečně nešlo jen o „spánek“, že určitým způsobem každý z respondentů některý z podnětů vnímal. Bohužel téměř všichni nemocní jsou plni negativních pocitů z tohoto období. Proto jsem se začala zabývat myšlenkou, zda-li není skutečně lepší aplikace amnézii působících léků. Jsou výhodnější s ohledem na amnézii a zabránění negativních pocitů či děsivých snů, které nemocný díky amnézii nepocituje. Je však nutno zkonstatovat, že výskyt nepříjemných pocitů je vykoupen vnímáním blízkých osob a některých stimulů, které jsou jim poskytovány například Bazální stimulací. Jistě je diskutabilní, co by si každý z nás zvolil, kdyby měl možnost volby, tj. mít či nemít amnézii na období hluboké analgosedace

Dle všech informací však lze říci, že amnézie na toto období je v mnoha ohledech výhodnější. Dle mého názoru lze říci, že i klienti, kteří jsou tlumeni např. Midazolamem vnímají to, co jiní nemocní tlumení Propofolem, ale nejsou schopni tento stav nijak interpretovat. Pokud se však jedná o nemocné, kterým jsou aplikovány vysoké dávky sedativ např. z důvodu velkého operačního výkonu a následné péče, která si vyžaduje stav hluboké analgosedace. Jsem toho názoru, že celá skutečnost bude alterována konkrétním

klientem a také léčivem, kterého bylo užito. A rovněž v těchto případech je amnézie žádoucím výsledkem s ohledem na stav, který je tolik traumatizující a bolestivý.

Respondenti z mé studie však nepodstupovali nikterak bolestivé výkony, ačkoli jim dříve či později byla aplikována rovněž analgetika nikdo z nich nepopisoval bolestivé stavy. Ale většina z nich by nerada tyto okamžiky prožila znovu. Bylo evidentní, že každý z dotazovaných dokázal některé okamžiky interpretovat a proto je na nás zdravotnických pracovnících abychom jim toto těžké období co možná nejvíce zpříjemnili. Chovali se jako profesionálové a představili si třeba sami sebe nebo své blízké na místě pacientů, o které se staráme. Je na místě volit vhodný přístup ke všem klientům a poskytovat jim co možná největší množství stimulů například pomocí konceptu Bazální stimulace.

Epilog

Z mého průzkumu vyplynulo, že každý z klientů dokázal vnímat určité fragmenty reality i když nebyli schopni popsat ucelený sled událostí během hluboké analgosedace. Na počátku mé diplomové práce jsem si položila několik základních otázek, které se staly také hlavními cíly této práce. A to zjistit, jak pacienti vnímají své okolí, své tělo, jak vnímají své blízké a zdravotnické pracovníky. Dostala jsem se k závěru, že ze svého okolí jsou schopni vnímat zvuky, vůně, hlasy, někdy i útržky rozhovorů. To je důkaz toho, že i nepatrný stimul pacienti mohou vnímat

Oslovení respondenti také vnímali doteky, ačkoli většina z nich nebyla schopna identifikovat osoby, kterými byly tyto stimuly poskytovány. Byli schopni sdělit, že vnímali své blízké, konkrétně slyšeli buď jejich hlas, nebo dokonce cítili jejich doteky. Většině respondentů způsobovali doteky příjemné pocity. Nicméně i zde se nacházel jeden společný faktor a to popisování jakých si vůli neovladatelných pohybů v lůžku. To je podle mého názoru následek manipulace v lůžku, kterou zdravotníci provádějí zcela rutinně, bez jakéhokoli upozornění. Myslím si, že alespoň částečným řešením tohoto problému je oslovovat pacienta jménem a každou aktivitu, kterou hodláme provádět je nutné také verbálně doprovázet.

Zdravotnické pracovníky klienti vnímali až ve fázi, kdy koncentrace Propofolu v jejich těle nebyla v takové hladině, aby zajistila hlubokou analgosedaci. Bohužel jsem ale zjistila ne příliš povzbudivý fakt a to, že se zdravotníci v oné chvíli ve svých rozhovorech zaobírali věcmi, které se pacienta vůbec netýkali. Předmětem jejich rozhovorů se například stávali věci z osobního života zdravotníků. Je pochopitelné, že pokud nás pacient, byť jen minimálně vnímá, a slyší rozhovor, ve kterém nehraje sebemenší roli, má jistě pocit, že je tu jaksi „ navíc“ nebo že nám na něm nezáleží. Že je zde pouze jako závažná diagnóza a nikoli jako člověk, o kterého nám jde především.

Z mého průzkumu rovněž vyplynulo, že pacienti byly schopni vnímat svou rodinu. Někteří slyšeli jejich hlas, jiní měli pocit jako by se samotných klientů někdo dotýkal.

Nebyli sice schopni říci, co konkrétně jim jejich blízcí říkali, ale věděli, že nejsou sami a to je to podstatné. Tento fakt dle mého názoru působil velmi pozitivně na celkový stav klientů. Jde spíše o psychologický faktor, který je však důležitý, protože již samotné nemocniční prostředí je velmi stresující, pro úplnou ilustraci uvádím několik fotografií z pohledu klienta upoutaného na lůžko (viz příloha č. 7)

Aplikace konceptu Bazální stimulace se ukázala jako velmi přínosná. Protože zprostředkovala nemocným spoustu příjemných podnětů. Nicméně i když např. blízcí nemocného nebo zdravotníci tento koncept neznají, stačí zapojit pouze vlastní fantazii pokusit se věnovat nemocnému co možná nejvíce a pouze si představit, co bychom chtěli my, kdybychom se ocitli v jejich situaci

Hlavní přínos mého průzkumu vidím v tom, že jsem si ověřila informace o tom, že pacienti v hluboké analgosedaci vnímají a že potřebují profesionální přístup a péči víc než kdokoli jiný. Proto je výstupem této diplomové práce Praktické minimum přístupů k pacientovi ve stavu hluboké analgosedace (viz. Příloha č. 8), které může pomoci nejen zdravotnickým pracovníkům, ale hlavně blízkým pacientů, kteří jsou plni otázek, ale nenalézají odpověď. Je tedy na nás jak s těmito informacemi naložíme a jak budeme příště postupovat až bude v naší péči klient ve stavu hluboké analgosedace.

Seznam informačních zdrojů:

ČERNÝ, V. a kol Analgosedace na pracovištích typu ARO/JIP v České republice- výsledky dotazníkové studie, *Anesteziologie a intenzivní medicína*, roč.20, č.3, 2009, s. 132-136

ČECHOVÁ, V., Rozsypalová, M. *Obecná psychologie*, 5.vyd., Brno, IDV PZ, 2001, 105 s., ISBN 80-7013-343-0

DOLEŽAL, T. <http://old.lf3.cuni.cz/ustavy/farmakologie/analgosedace/> ke dni 24.2. 2010, čas 13:00

DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*, 2. Vydání, Olomouc, Epava, 2000, 480 s. ISBN 80- 86297- 05- 5

HONZÁK, R. et al, *ZÁKLADY PSYCHOLOGIE*, 1.vyd., Praha, Karolinum, 2006, 132 s., ISBN 80-246-1138-4

HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*, 2. Vyd, Praha, Galén, 1999, 165 s., ISBN 80-7262-032-0

http://bionoid.net/images/research/limbic_system.gif 24. 1 2010 v 16.00 hod.

http://psychologie.nazory.eu/sny_21.2.2010

http://www.google.com/imgres?imgurl=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/picrender.fcgi%3Fbook%3Dneurosci%26part%3DA1974%26blobname%3Dch28f5.jpg&imgrefurl=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi%3Fbook%3Dneurosci%26part%3DA1974&usq=__IQgYjQ1uSpgXetFMoRHRJuFsBss=&h=287&w=649&sz=106&hl=en&start=7&itbs=1&tbnid=GM7DNwOVKdjwM:&tbnh=61&tbnw=137&prev=/images%3Fq%3Deeg%2Bactivity%2Bduring%2Bsleeping%2BREM%2Bnon-REM%26hl%3Den%26sa%3DG%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1 20. 3. 2010 ve 12.

00

http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_pediatrics_and_neonatology/volume_12_number_1_8/article/deep-sedation-with-propofol-by-pediatric-intensive-care-physician-during-magnetic-resonance-imaging-procedures-a-prospective-experience.html

http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek?id=5683&confirm_rules=1 23, 3. 2010

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, 1. Vyd., Praha, Grada Publishing, a.s., 2007, 352 s. + 16 stran barevné přílohy ISBN 978- 80- 247- 1830- 9

KASAL, E. *Základy Anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*, 1. Vyd., Praha, Nakladatelství Karolinum, Univerzita Karlova, 2006, 197 s. ISBN 80-246-0556-2

KOCINOVÁ, S., ŠTĚRBÁKOVÁ, Z. *Přehled nejužívanějších léčiv*, 4. Vyd., Praha, Informatorium, spol. s. r. o, 2003, 93 s., ISBN 80-7333-012-1

LARSEN, R. *Anestezie*, 7. Vyd., Praha, Grada Publishing, a. s, 2004, 1392 s, ISBN 80-247-0476-5

MALÁ, E.; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, 1. Vyd., Praha, Portál, 2002, 144 s. ISBN 80- 7178- 700- 0

PACHL, J. <http://old.lf3.cuni.cz/> ke dni 12. 3. 2010, čas12:30

PETRŮ, M. *Fyziologie mysli*, 1. Vyd., Praha, Triton, 2007, 385 s., ISBN 978-80-7254-969-6

SIXTUS, H., *Farmakologie v kostce*, 2.vyd, Praha, Triton, 2001, 520 s., ISBN 80-7254-181-1

SVÍTEK, M. *Sedace v intenzivní péči*, přednáška KARIM VFN, Praha, 2009

ŠAMÁNKOVÁ, M. A KOLEKTIV. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. Díl*, 1.vydání, Praha, Nakladatelství Karolinum, Univerzita Karlova, 2004, 274 s. ISBN 80-246-0477-9

TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie*, 4.vyd., Praha, Grada Publishing, a.s., 2003, 772 s., ISBN 80-247-0512-5

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*, 1.vyd, Praha, Nakladatelství Karolinum, Univerzita Karlova, 2007, 356 s., ISBN 978-80-246-0841-9

VONDRÁČEK, V.;HOLUB, F. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*, 3. Vyd., Praha, Columbus, 1993, 323 s. ISBN 80-7136-030-9

WATSON, D *Conscious Sedation/Analgesia*, Mosby, 1998, 262 s., ISBN 0815192657

PŘÍLOHOVÁ ČÁST

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 ukázka hodnotících škál hloubky sedace a vědomí

Příloha č. 2 EEG aktivita během spánku

Příloha č. 3 Lymbický systém

Příloha č. 4 Poločas působení farmak po infúzním podání a přehled účinků působení farmak

Příloha č. 5 Žádost o umožnění výzkumné činnosti

Příloha č. 6 Dotazník

Příloha č. 7 Ukázka pohledu klienta z lůžka na JIMP

Příloha č. 8 Praktické minimum přístupů k pacientovi ve stavu hluboké analgosedace

Příloha č. 1 ukázka hodnotících škál hloubky sedace a vědomí

VIII. RAMSEY SCALE pro dospělé pacienty na JIP s monitorovanou sedací

Úroveň/stupeň vědomí	PROJEVY
1	Úzkostný, neklidný, agitovaný
2	Spolupracuje, orientovaný, klidný
3	Spavý, reaguje „pouze“ na výzvu/podnět,
Úroveň/stupeň spánku	PROJEVY
4	Pohotová reakce na hlasitou výzvu nebo na poklep na kost čelní nad kořenem nosu (glabela)
5	Opožděná, zpomalená, odpověď na zvukové podněty nebo na poklep na glabelu
6	Žádná reakce na zvukové a taktilní podněty

Hodnocení

2-3 „optimální“ skóre

„Optimální“ hodnota skóre se může lišit podle účelu, pro který lékař sedativa ordinuje. Sestra proto postupuje při hodnocení individualizovaně a stav pacienta konzultuje s lékařem.

Ramsey škála hodnotí úroveň sedace, stav bdělosti pacienta a jeho vědomí, intenzitu neklidu či agitovanosti.

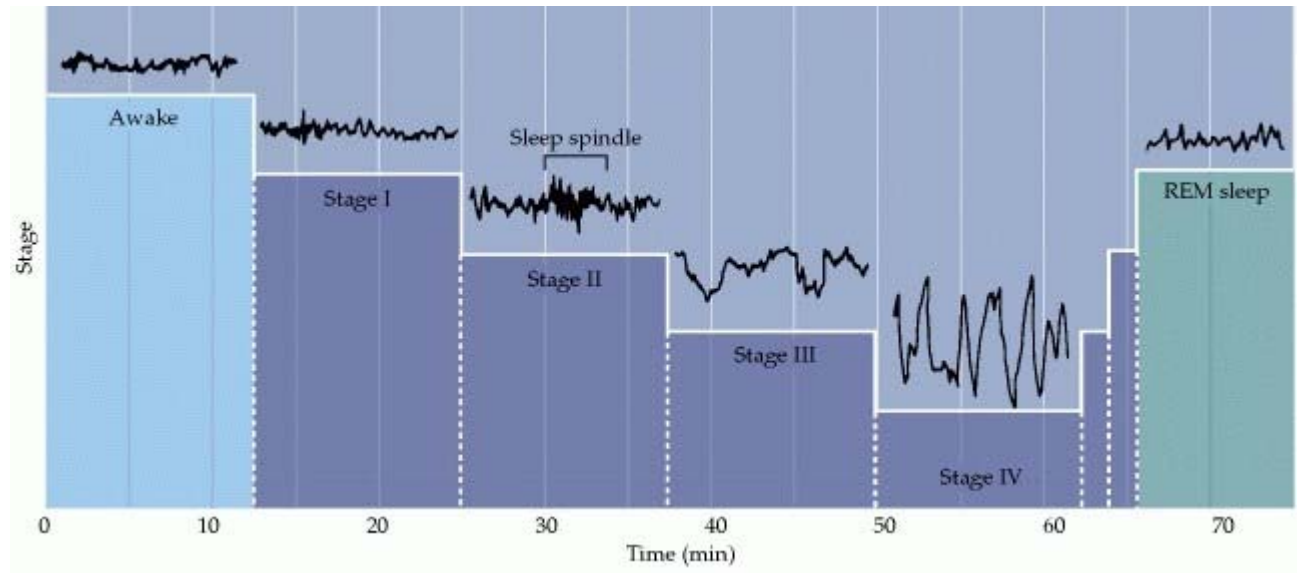
Zdroj: FN Motol Metodický pokyn Monitorace hloubky sedace a vědomí ke dne 12. 2. 2010

Glasgow coma scale

Otvírání očí		Spontánní Na slovní výzvu Na bolestivý podnět Nereaguje	4 3 2 1	Reakce zornic ++ = rychle + = pomalu - = nereaguje C = oči zavřeny (otok)
Nejlepší motorická odpověď	na slovní výzvu na bolestivý podnět	Adekvátní Lokalizuje bolest Úhyb Flexe na bolest Extenze na bolest Bez odpovědi	6 5 4 3 2 1	CELKOVÉ SKÓRE: 15 plné vědomí 13 žádná nebo lehká porucha 9 – 12 střední porucha vědomí 8 a méně těžká porucha vědomí 3 hluboké bezvědomí
Nejlepší slovní odpověď	Plně orientovaný, konverzuje Dezorientován, konverzuje Neadekvátní výrazy a slova Nesrozumitelné zvuky Bez odpovědi		5 4 3 2 1	DÍTĚ DO DVOU LET 5 usmívá se, naslouchá, sleduje 4 pláč - utišitelný 3 vytrvalý pláč - přechodně utišitelný 2 pláč - neutišitelný, agitovanost, neklid 1 nereaguje

Zdroj: FN Motol Metodický pokyn Monitorace hloubky sedace a vědomí dne 12. 2. 2010

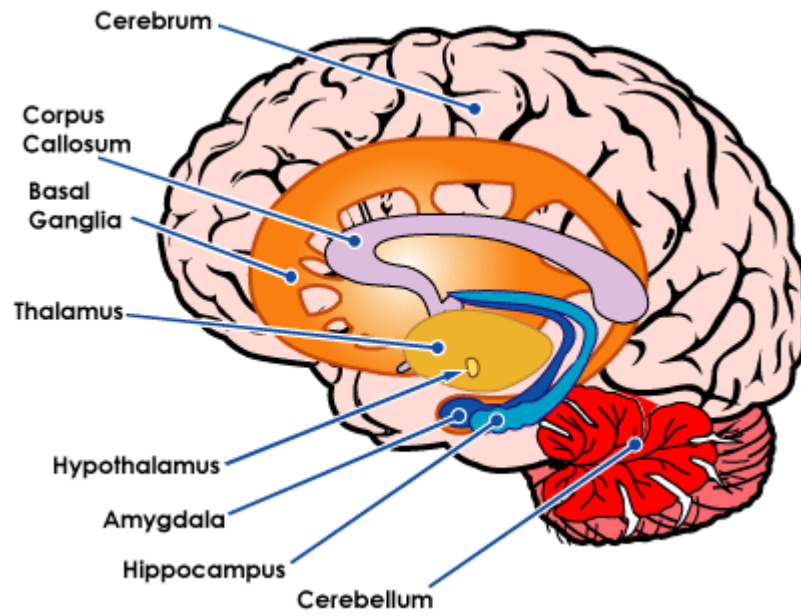
Příloha č. 2 EEG aktivita během spánku



Zdroj:

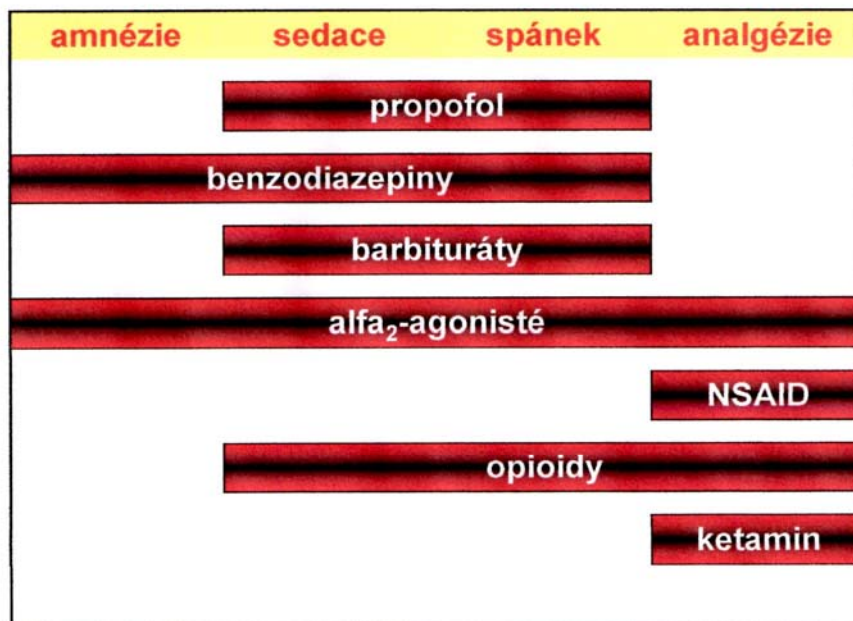
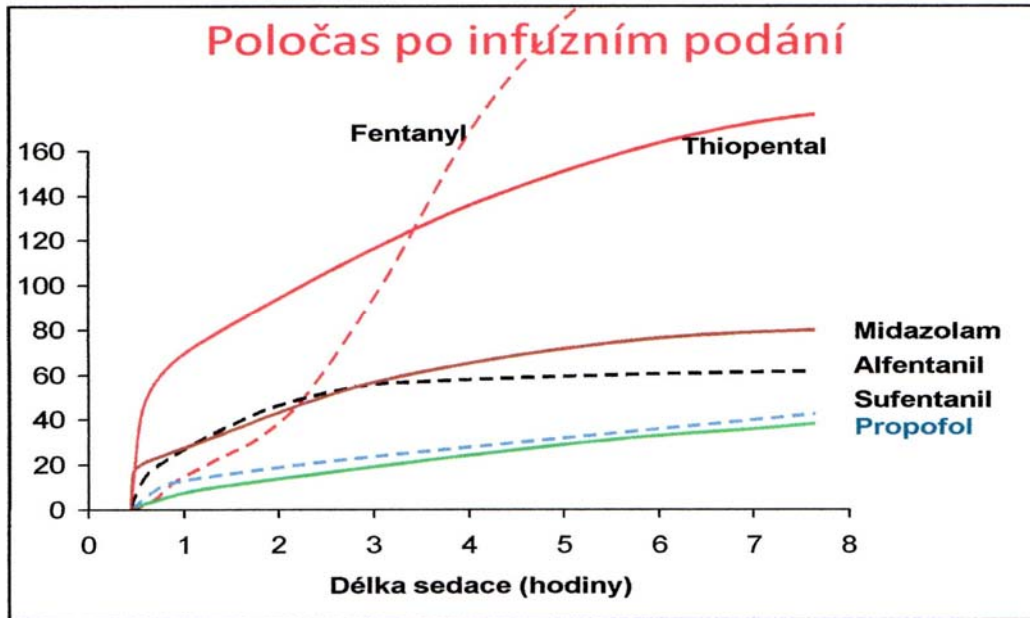
http://www.google.com/imgres?imgurl=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/picrender.fcgi%3Fbook%3Dneurosci%26part%3DA1974%26blobname%3Dch28f5.jpg&imgrefurl=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi%3Fbook%3Dneurosci%26part%3DA1974&usg=__IQgYjQ1uSpgXetFMoRHRJuFsBss=&h=287&w=649&sz=106&hl=en&start=7&itbs=1&tbnid=GM7DNwOVKdjwM:&tbnh=61&tbnw=137&prev=/images%3Fq%3Ddeeg%2Bactivity%2Bduring%2Bsleeping%2BREEM%2Bnon-REM%26hl%3Den%26sa%3DG%26gbv%3D2%26tbs%3Disch:1 dne 20. 3. 20010 ve 12.00 hod

Příloha č. 3 Lymbický systém



Zdroj: http://bionoid.net/images/research/limbic_system.gif dne 24. 1. 2010 v 16. 00 hod.

Příloha č. 4 Poločas působení farmak po infúzním podání a přehled účinků působení farmak



Zdroj: SVÍTEK, M. , Sedace v intenzivní péči, KARIM, 1. Lf UK, Praha, 2009

Příloha č. 5 Žádost o umožnění výzkumné činnosti

V Praze dne 11.3.2010

Žádost

Věc: Žádám o umožnění výzkumné činnosti


Vážená paní Schmittová, žádám o umožnění provedení výzkumné části k mé závěrečné magisterské práci, na téma „Prožívání pacientů v hluboké analgosedaci“. Výzkum bych prováděla na Jednotce intenzivní metabolické péče FN Motol, a to metodikou rozhovoru, s několika klienty. Všechny údaje budou zcela anonymní a se všemi informacemi bude nakládáno dle zákona 101/2000 sb. o Ochraně osobních údajů a dále se budu řídit vnitřními předpisy FN Motol.

Děkuji

Lucie Peluňková, Bc.

Jarmila Schmittová-Vrchní sestra interní kliniky


.....


Jarmila Schmittová
vrchní sestra
I. interní klinika
tel.: 243 4005
.....

Příloha č. 6 Dotazník

Dobrý den, jsem studentkou 2. ročníku Navazujícího magisterského studia Intenzivní péče, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. K úspěšnému absolvování tohoto programu je zapotřebí sepsání závěrečné diplomové práce. Jako téma jsem si zvolila „Prožívání pacientů v hluboké analgosedaci“. Níže uvedené otázky jsou specificky zaměřené na problematiku prožívání pacientů v hluboké analgosedaci. Otázky jsou tvořeny tak, aby pacient mohl vytvořit vlastní odpověď. Se všemi informacemi bude nakládáno v souladu se Zákonem č. 101/ 2000 Sb., o ochraně osobních údajů, dotazník je tedy zcela anonymní.

Za pomoc předem děkuji Bc. Lucie Peluňková

Faktografické údaje:

Pohlaví:

- Muž
- Žena

Věk:

Diagnóza:

Analgosedace:

Doba trvání analgosedace:

Bazální stimulace:

Kontakt s blízkými osobami:

- Ano
- Ne

Četnost návštěv:

- 1) Vybavujete si období, před uvedením do umělého spánku? Pokud ano, co si vybavujete?
- 2) Je něco, co si pamatujete z období, kdy jste se nacházel(a) v umělém spánku? Pokud ano, co to bylo?
- 3) Pokud si něco pamatujete, myslíte, že to byl odraz reality nebo sen?
- 4) Pokud si něco pamatujete, měly vjemy sluchový, vizuální, chuťový, čichový nebo taktilní charakter?
- 5) Jak jste vnímal(a) to, že se Vás někdo dotýkal?
- 6) Byl(a) jste schopen(a) vnímat přítomnost blízké osoby? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?
- 7) Byl(a) jste schopen(a) vnímat zdravotnické pracovníky? Pokud ano, jak by jste situaci popsal(a)?
- 8) Je něco co se týká tohoto tématu a chtěl(a) by jste o tom hovořit?

Příloha č. 7 Ukázka pohledu klienta z lůžka na JIMP

Pohled ležícího klienta na strop



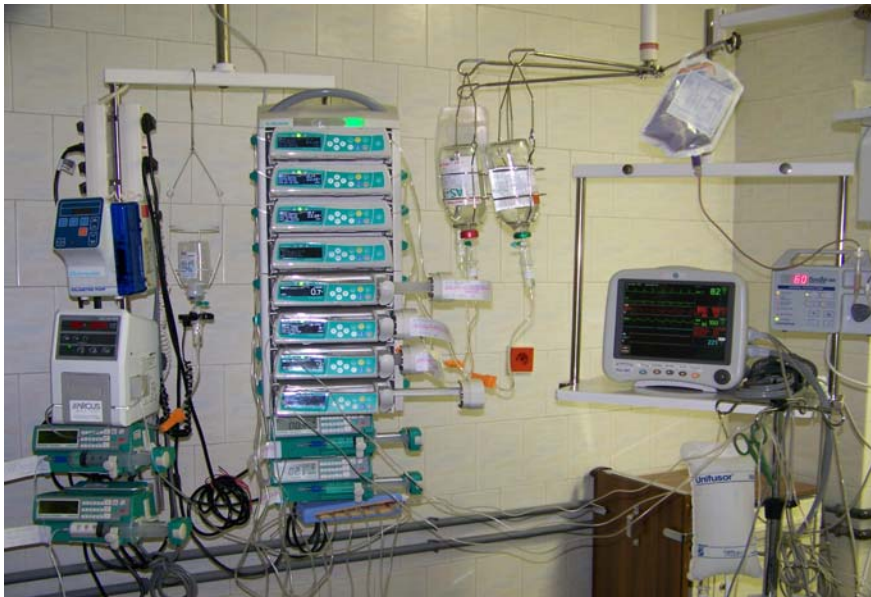
Pohled klienta upoutaného na lůžku na strop



Pohled ležícího klienta před sebe



Pohled ležícího klienta do strany



Příloha č. 8 Praktické minimum přístupů k pacientovi ve stavu hluboké analgosedace

Praktické minimum přístupů k pacientovi ve stavu hluboké analgosedace

Jistě se ptáte, zda-li vás nemocný, který je v tzv. „ Umělém spánku“ vnímá a jak k němu máte přistupovat, proto bylo vytvořeno toto praktické komunikační minimum, které by Vám mělo tuto nelehkou situaci pomoci zvládnout.

- Oslovujte nemocného jménem

Samozřejmě volte oslovení vhodné pro vaši pozici, jste-li zdravotník oslovujte příjmením a tituluje nemocného panem či paní. Jste-li blízký nemocného volte oslovení jaké jste užíval/a dříve

- Nebojte se doteků či osobního kontaktu

Nebojte se dotknout nemocného, chyťte jej například za ruku, nebo jinak projevit svou přízeň. Opět záleží na vztahu k nemocnému, jste-li zdravotník nebo blízký. Jste-li zdravotník předem verbálně projevte, co hodláte s nemocným provádět např. otáčení na bok atd.

- Mluvte na nemocného

Zásadou je komunikovat a sdělovat informace nemocnému. Pokud jste zdravotník verbálně doprovázejte jakoukoli aktivitu, kterou hodláte s nemocným provádět. Oprostěte se však od debat osobního charakteru

Jste-li blízký nemocného hovořte o všem co Vás napadne, třeba o tom jaká je situace doma, co hezkého Vás potkalo, nebo co jste pro nemocného připravili.

Je prokázáno, že hlas nemocní vnímají i když mnohdy nejsou schopni popsat obsah toho, co jste mu říkali. Důležité však je, že Vás slyší a navozujete mu tím velmi příjemné pocity.

- Aplikujte prvky Bazální stimulace

Pokud neznáte koncept Bazální stimulace požádejte pracovníky oddělení aby Vám tuto metodu ozřejmily, její pomocí totiž lze zprostředkovat nemocnému spoustu příjemných podnětů. Stane-li se, že i přes to Vám nebude nikdo schopen tuto metodu přiblížit, nezoufejte, zapojte pouze vlastní fantazii a přemýšlejte, co by mohlo vašeho blízkého potěšit, např. oblíbená hudba, fotky nebo oblíbená vůně....

- Zbavte se strachu

Strach je hlavním nepřítelem a to jak zdravotníků, tak i blízkých nemocného. Proto v tuto chvíli nemyslete na sebe a potlačte vlastní pocity strachu a snažte se co možná nejvíce podpořit nemocného.

- Zapojte se do péče

Tento bod je určen hlavně pro Vás, pro blízké nemocného. Můžete se například zapojit pouhou masáží končetin, nebo čtením novin. Jakákoli činnost je vítána.

- Buďte sami sebou

Zdravotník musí být profesionál, který za každých okolností bude ctít intimitu, soukromí a individualitu nemocného.

Blízký člověk našeho nemocného by si naopak měl zachovat svéráznost své vlastní osobnosti, tak jak ji pacient znal před tím než byl hospitalizován. Tím jste schopni zprostředkovat velmi intenzivní vjem z vaší návštěvy.

