

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**PACIENT SE STATUSEM DNR V PRAXI VŠEOBECNÉ  
SESTRY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**CAMILLA NOVAC**

**Praha 2019**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**PACIENT SE STATUSEM DNR V PRAXI  
VŠEOBECNÉ SESTRY**

Bakalářská práce

CAMILLA NOVAC

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

Praha 2019

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 1. 3. 2019

*podpis*

## **Poděkování**

Mé poděkování patří vedoucímu práce doc. MUDr. Ladislavu Horákovi, DrSc., za jeho odborné rady a vedení mé práce, a také za jeho trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří mi předali cenné informace, které mi velmi pomohly o rozšíření mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat především rodičům, kteří mě během studia podporovali a doprovázeli.



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Novac Camilla**  
**3. A VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 3. 5. 2016 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Pacient se statusem DNR v praxi všeobecné sestry

*Patient with DNR Status in General Nursing*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 1. 11. 2016

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## ABSTRAKT

NOVAC, Camilla. *Pacient se statusem DNR v praxi všeobecné sestry*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Praha, 2019. 49 s.

Bakalářská práce byla zaměřena na pacienta se statusem DNR v praxi všeobecné sestry. Teoretická část je členěna do několika kapitol, které jsou zaměřené na problematiku příkazu neresuscitovat, problematiku příkazu Do Not Resuscitate, neodkladnou resuscitaci, ordinaci DNR ve zdravotnické praxi, problematiku práva spojenou s příkazem DNR, dříve vyslovená přání, problematiku nevyлéčitelně nemocných a život prodlužující léčbu, odstoupení od léčby, etiku a příkaz DNR očima sester, DNR ordinace z hlediska ošetrovatelské péče. Praktická část se zabývá kazuistikou pacienta se statusem DNR na oddělení následné intenzivní péče.

Klíčová slova

Etika. Paliativní péče. Racionalizace terapie. Status Do Not Resuscitate.

## ABSTRACT

NOVAC, Camilla. *Patient with DNR Status in General Nursing*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. (University of Health, Inc.). Qualification Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc. Praha, 2019. 48 p.

The bachelor thesis was focused on a patient with DNR status in general nurse practice. The theoretical part contains the DNR command, the Do Not Resuscitate issue, the Urgent Resuscitation issue, the DNR command in medical practice, the issue of Law associated with the DNR command, the previously expressed wishes, the issue of the ill incurably and their lifestyle-extending treatment, the Withdrawal from treatment, the Ethics and the DNR command by the nurses' eyes, the DNR surgery in terms of nursing care. The practical part deals with case reports of patients with DNR status following intensive care.

### Keywords

Ethics. Palliative care. Rationalization of therapy. Status Do Not Resuscitate.

# OBSAH

SEZNAM ZKRATEK.....	10
SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ.....	11
PŘEDMLUVA.....	12
ÚVOD.....	13
1 PROBLEMATIKA STATUSU DO NOT RESUSCITATE.....	16
1.1 Neodkladná resuscitace.....	16
1.1.1 Základní neodkladná resuscitace.....	16
1.1.2 Rozšířená neodkladná resuscitace.....	17
1.2 Kategorizace léčby.....	18
1.2.1 Plná terapie.....	18
1.2.2 Withdrawing.....	18
1.2.3 Withholding.....	19
1.3 Život prodlužující léčba.....	19
1.3.1 Dystanázie.....	20
1.4 Status Do Not Resuscitate.....	20
1.4.1 Historie DNR.....	21
2 PRÁVNÍ ASPEKTY SPOJENÉ SDNR.....	23
2.1 Dříve vyslovená přání.....	23
2.1.1 Historie dříve vysloveného přání.....	24
2.1.2 Formální podoba dříve vysloveného přání.....	24
2.1.3 Podmínky pro praktické uplatnění dříve vysloveného přání.....	25
2.1.4 Předběžné prohlášení.....	26
2.2 Informovaný souhlas.....	26
3 SPECIFIKA NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČE.....	28
3.1 Psychologická problematika umírání a smrti.....	29
3.1.1 Fáze umírání.....	30
3.2 Zásady přístupu k nemocným a umírajícím.....	31



3.3 Péče o umírajícího.....	31
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE STATUSEM DNR .....	33
4.1 Identifikační údaje .....	33
Zdroj Informací .....	36
Lékařská a ošetřovatelská dokumentace, rodinní příslušníci - dcera.....	36
4.2 Anamnéza .....	37
Rodinná anamnéza: .....	37
4.3 Medicinský management .....	44
5 KATAMNÉZA - PRŮBĚH LÉČBY .....	47
5.1 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 25. 6. 2017 .....	47
6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA I TAXONOMIE II.....	48
6.1 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II dne 25. 6. 2017 .....	48
Dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace .....	48
Neefektivní tkáňová per fuze.....	50
Porušená tkáňová integrita .....	52
Riziko infekce .....	53
Riziko aspirace .....	55
Riziko imobilizačního syndromu .....	56
Riziko pádů.....	58
6.2 Hodnocení ošetřovatelské péče ke dni 26. 6. 2017 .....	60
ZÁVĚR.....	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	63
SEZNAM PŘÍLOH .....	65

## SEZNAM ZKRATEK

**ARO** - Anesteziologicko-resuscitační oddělení

**CŽK** - Centrální žilní katetr

**DNR** - Do Not Resuscitate - neresuscitovat

**ETK** - Endotracheální kanyla

**i. v.** - Intravenózně

**JIP** - Jednotka intenzivní péče

**KPR** - Kardiopulmonální resuscitace

**NANDA** - North American Nursing Diagnosis Association

**NIP** - Následná intenzivní péče

**NOR** - Noradrenalin

**NR** - Neodkladná resuscitace

**PMK** - Permanentní močový katetr

**TSK** - Tracheostomická kanyla

**PŽK** - Periferní žilní katetr

**s. c.** - Subkutánně

**tbl.** - Tableta

**TK** - Tlak krevní

**TT** - Tělesná teplota

**UPV** - Umělá plicní ventilace

(<http://lekarske.slovníky.cz>)

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**arterie** - tepna

**cyanóza** - namodralé zbarvení kůže a sliznic, je důsledkem vyššího obsahu neokysličeného hemoglobinu v krvi

**dekubitus** - proleženina, ohraničené odumření tkáně jako následek dlouho trvajících tlaku způsobujících poruchu prokrvení

**diabetes melitus** - cukrovka, úplavice cukrová, onemocnění způsobené nedostatkem inzulinu nebo jeho malou účinností

**embolie** - vmetení, zaklínění vmetku v cévách s jejich následným ucpáním, které vede k následné ischemii

**hypertenze** - vysoký krevní tlak

**hypoxie** - nedostatek kyslíku v těle nebo jednotlivých tkáních

**percepce** - vnímání

**trachea** - průdušnice

**vena** – žíla

(<http://lekarske.slovniky.cz>)

## **PŘEDMLUVA**

Téma bakalářské práce jsem si vybrala ze zájmu a nadšení do oboru intenzivní péče, ve kterém již čtyři roky pracuji.

Každé oddělení má svá specifika, oddělení následné intenzivní péče je však z dohledaných zdrojů výjimečné svojí komplexností - dostávají se sem různorodí pacienti s mnohačetnými fatálními poraněními po autonehodách, úrazech nebo pacienti po náročných operacích, například po transplantaci plic. Ošetrovatelská péče je tak všestranná a zároveň vysoce specializovaná - zahrnuje péči o invazivní vstupy, dialyzační katetry, práci s umělou plicní ventilací, prevenci dekubitů, rehabilitaci. Vyžaduje spolupráci s logopedy, ergoterapeuty, uplatňují se zde prvky bazální stimulace.

Bohužel, jedním ze specifík takto náročného pracoviště je i přes špičkovou multioborovou péči častá úmrtnost pacientů na následky poranění neslučitelných se životem. Výjimkou nejsou ani situace, kdy snaha resuscitovat pacienta naráží na základní etické otázky spadající do problematiky DNR, které je tato práce věnována.

## ÚVOD

Medicína sebou již ze své podstaty přináší spoustu etických otázek, ta intenzivní obzvlášť. Jádrem intenzivní péče je kardiopulmonální resuscitace, tedy neodkladný, život zachraňující úkon, jehož výsledek se odvíjí od míry závažnosti pacientova stavu před srdeční zástavou a reakcí na léčbu. Na základě pacientových prognóz lze udělit pacientovi statut DNR - Do not resuscitate, čili neresuscitovat ani nepokračovat v léčbě. Dle Königové (2011) jsou obecně vytyčeny dvě situace, kdy přistupujeme k tomuto rozhodnutí:

- na základě autonomie pacienta, jenž si nepřeje KPR, nebo, je-li nekompetentní, na základě rozhodnutí rodinných příslušníků či pacientova zástupce
- povinností lékaře není poskytovat léčebné zákroky, pokud jsou posouzeny jako marné, zbytečné.

Mitka (2003) uvádí, že kardiopulmonární resuscitace byla jako nezbytná součást zdravotní péče definována v roce 1988, jejím zakladatelem Peterem Safarem, jako věda, technologie a praktická snaha zvrátit terminální stavy a klinickou smrt. Život zachraňující výkony jsou jádrem intenzivní medicíny. Inovace v medicíně přinesly možnosti v minulosti nevídané, mající ale i své stinné stránky, mezi které patří velké finanční náklady a v neposlední řadě otázky etické a morální - neproduzují leckdy výdobytky moderní zdravotnické techniky pouze pacientovo utrpení?

Snaha o maximální možnou terapii za každou cenu s sebou přináší nemalé množství dilemat souvisejících s tím, zda vůbec a za jakých podmínek léčbu zahájit, kdy a jak ji naopak ukončit, jakou kvalitu života a uspokojení z žití můžeme pacientovi zajistit (za předpokladu, že je však nanejvýš individuální) a jak se postavit k nereálným nárokům na léčbu ze strany rodinných příslušníků. Jestliže nahlížíme na medicínu taktéž jako na humanitní vědu, docházíme ke zjištění, že přežití pacienta nemusí být v určitých případech jediným kritériem pokroku.

První část práce shrnuje teoretické informace o resuscitaci a statusu Do Not Resuscitate, shrnuje právní aspekty, definuje pojmy umírání a smrt, zaměřuje se na charakteristiku oddělení následné intenzivní péče a popisuje specifika ošetrovatelské péče na tomto pracovišti. Navazující praktická část formou kazuistiky popisuje péči o pacienta se statusem DNR a poukazuje na její komplexnost. Cílem bakalářské práce je shrnout z dohledaných zdrojů informace o problematice dříve vyslovených přání a poukázat na specifika dlouhodobé intenzivní péče.

**Pro teoretickou část bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1**

Shrnout, z dohledaných zdrojů, informace o statusu DNR včetně etických a právních dilemat.

**Cíl 2**

Na základě dohledaných zdrojů shrnout specifika ošetrovatelské péče u pacienta se statusem DNR.

**Pro praktickou část bakalářské práce byly stanoveny cíle:**

**Cíl 1**

Vypracovat individuální ošetrovatelský proces u pacientky se statusem DNR na oddělení následné intenzivní péče.

**Cíl 2**

Vypracovat doporučení pro praxi pro všeobecné sestry na odděleních ARO, JIP, NIP.

**Vstupní literatura**

HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. 4. rozšířené vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.

MUNZAROVÁ, M., 2005b. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1025-0.

### **Popis rešeršní strategie:**

Dohledání odborných publikovaných poznatků, které jsou zdrojem pro vypracování této práce, proběhlo v období únor 2017 až březen 2018. Materiál ke zpracování rešerše byl čerpán z Národní lékařské knihovny v Praze. Zdrojem odborné literatury byla databáze Medvik, CINAHL, Academic Search Complete, Medline, Theses.

Hlavní kritéria pro zařazení dohledaných publikací do zpracování bakalářské práce bylo tematické zaměření odpovídající stanoveným cílům bakalářské práce v českém, slovenském nebo anglickém jazyce v časovém období 2007 až po současnost. Vyřazovacími kritérii byla obsahová nekompatibilita se stanovenými cíli bakalářské práce a publikace s nízkým stupněm odbornosti. Pro tvorbu bakalářské práce bylo využito 21 z 27 českých knižních zdrojů, 8 online zdrojů z odborných institucí.

# 1 PROBLEMATIKA STATUSU DO NOT RESUSCITATE

Sláma (2007, s. 31) uvádí, že: „*Současný zdravotnický pracovník by neměl mít pouze vzdělání na úrovni nejnovějších vědomostí a dovedností, ale součástí jeho kvalit by měla být i lidskost a schopnost mravního rozhodování.*”

Pod ordinací Do Not Resuscitate chápeme příkaz k zastavení veškerého snažení k záchraně a obnovení životně důležitých orgánů a funkcí, mezi které řadíme dýchání a rdeční aktivitu. Jedná se o důrazný pokyn k nezačínání resuscitace. Status DNR vztahujeme buď na veškeré zásahy s resuscitací spojené, nebo pouze na některé dílčí kroky. DNR se vztahuje pouze na pacienty hospitalizované v nemocničním zařízení. Mimo nemocniční zařízení, v tzv. přednemocniční péči, může pacient předem vyjádřit přání nebyť resuscitován. Post a kol. (2007) uvádějí, že toto přání se vztahuje i na oživování při nepříznivých prognózách závažných stavů spojených s bezvědomím nebo vigilním kómatem. Je však nezbytné, aby toto pacientovo stanovisko bylo možné doložit.

## 1.1 Neodkladná resuscitace

Dle Knora, Fraňka a Truhláře (2009) k neodkladné resuscitaci přistupujeme v momentě náhlé zástavy krevního oběhu. Jedná se o situaci, kdy je přerušeno tok krve v systémovém řečišti a je nutné přistoupit k souboru na sebe navazujících léčebných postupů, které vedou k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u postižení osoby s cílem zamezit nezvratným poškozením především srdce a mozku. Všichni občané jsou povinni poskytnout základní neodkladnou resuscitaci, přičemž absence pomůcek není důvodem k nezačínání procesu oživování postiženého. Neodkladnou resuscitaci dělíme na základní a rozšířenou.

### 1.1.1 Základní neodkladná resuscitace

Základní neodkladnou resuscitací rozumíme resuscitaci laickou, tedy poskytovanou nezdravotníkem. Přelomové bylo vydání Guidelines, tedy souboru doporučení, který zjednodušuje a sumarizuje život zachraňující úkony pro širokou veřejnost. První



Guidelines byly vydány v roce 2005, od té doby jsou průběžně aktualizovány. Zahrnují například doporučený poměr dechů vůči kompresím, poskytují doporučený postup první pomoci při aspiraci cizího tělesa nebo při resuscitaci dětí a kojenců.

Knor, Franěk a Truhlář (2009) uvádějí, že indikací k zahájení neodkladné resuscitace je stav, kdy dotčený nereaguje na podněty, nedýchá, nebo má pouze lapavé dechy, tzv. gasping a mimo ně nevyvíjí spontánní aktivitu. Od hmatání pulzu na velkých cévách se již ustupuje pro riziko nespolehlivého výsledku.

V současné době jsou dle Pokorného (2011) na místa s větší koncentrací lidí instalovány automatické externí defibrilátory. Defibrilace je tak součástí základní neodkladné resuscitace, přičemž platí, že nepřímá srdeční masáž je jako život zachraňující úkon nadále považována za prioritní.

Resuscitace se nezahajuje, jsou-li u osoby, u které došlo k selhání vitálních funkcí, přítomny jisté známky smrti (posmrtné skvrny, ztuhlost), pokud by pokusy o resuscitaci byly spojeny s bezprostředním rizikem ohrožení druhé osoby a je-li selhání vitálních funkcí způsobeno terminální fází onemocnění, které je podle současných možností lékařství neléčitelné.

Kapounová (2007, s. 29) uvádí, že: *Resuscitaci lze ukončit, dojde-li k obnově efektivního spontánního oběhu a ventilace, nevede-li resuscitační úsilí k obnovení základních vitálních funkcí při vyčerpání dostupných možností, při rozpoznání jistých známek smrti, při vyčerpání záchránce do té míry, že nemůže v resuscitaci pokračovat, a pokud by pokračování resuscitace mohlo způsobit ohrožení záchranářů nebo dalších občanů.*

### **1.1.2 Rozšířená neodkladná resuscitace**

Dle Knora, Fraňka a Truhláře (2009) se jedná o resuscitaci, kterou zajišťuje tým zdravotnických profesionálů na místě, kde došlo u postiženého k selhání základních životních funkcí. Týmu velí lékař a jeho cílem je navázat na základní laickou resuscitaci, stabilizovat stav nemocného a zjistit transport do nemocnice za účelem následné intenzivní

péče. Do rozšířené resuscitace spadá monitoring, podávání léků, zajištění dýchacích cest a žilního vstupu.

## **1.2 Kategorizace léčby**

Dle Kapounové (2007, s. 185) se *V oborech intenzivní péče střetává maximální využití všech možností diagnostiky a léčby s mnohdy nepříznivým vývojem pacientova stavu a nereálnými šancemi na příznivý výsledek nebo obnovení přijatelné kvality života. Dosavadní způsob léčby je třeba průběžně přehodnocovat, k čemuž slouží kategorizace léčby. Jednotlivé kategorie jsou přehodnocovány celým ošetrovatelským týmem a měněny pouze na základě shody zúčastněných. Veškeré záznamy jsou součástí ošetrovatelské dokumentace nemocného. Lékaři se mohou shodnout na neefektivitě léčby a na jejím neposkytování i za situace, kdy pacient nebo jeho rodinní příslušníci intenzivní léčbu vyžadují. Zdravotnický tým na jednotce intenzivní medicíny potřebuje znát velmi specifické prognostické údaje o posouzení stavu nemocného a vyjádření o prognóze od různých specialistů napříč obory. Do procesu rozhodování o změně kategorizace léčby jsou tedy zapojeni všichni, kdo o nemocného pečují.*

### **1.2.1 Plná terapie**

Jedná se o první kategorii léčby, do které jsou zařazováni pacienti ihned po přijetí na lůžko. Plná terapie předpokládá po propuštění pacientovu dlouhodobou kvalitu života a využívá všech dostupných možností příznivě ovlivňujících vývoj pacientova stavu. Při selhání životně důležitých orgánů se přistupuje k resuscitaci.

### **1.2.2 Withdrawing**

Pařízková (2006, s. 69) uvádí, že tzv. „zadržovaná léčba uplatňuje dosavadní léčbu, ale již se nepřístupuje k novým diagnosticko-terapeutickým postupům z důvodu nemožnosti zastavit postupující chorobu či nemožnosti odvrátit smrt či návrat ke zdraví. Pacientovi se poskytuje léčba bazální, která zahrnuje analgosedaci, výživu a umělou plicní ventilaci. K withdrawingu řadíme vysazení postupů pro orgánovou podporu, například katecholaminová podporu, ventilační podporu nebo hemodialýzu. Patří sem i tzv. terminální weaning. To znamená ukončování ventilační podpory postupným snižováním ventilačních parametrů až odpojení od ventilátoru.”

Terminální weaning a extubace se provádí za důsledného zajištění analgosedace. Pokud je odpojování prováděno pomalu, postupně a je zajištěná analgosedace, nedochází k distresu způsobenému obstrukcí dýchacích cest a náhlou hypoxií. Správně prováděný terminální weaning může být pro pacienta komfortem. U nás nejsou ani terminální weaning ani terminální extubace považovány za postupy standardní, jak uvedl Sláma (2009). Terminální weaning není zatím příliš rozšířen. Nejčastěji se v prvních stádiích upouští od hemodialýzy a katecholaminové podpory, antibiotika, výživa a analgosedace se zachovávají co možná nejdéle. Vysazení výživy je možné pouze za předpokladu jasného určení, že výživa není léčba a nezvyšuje kvalitu pacientova života a pouze se podílí na jeho utrpení a umírání.

### ***1.2.3 Withholding***

Pod tímto pojmem rozumíme nezahajování léčebného postupu. Léčba není indikována a tudíž ani zahájena. Stávající terapie je vnímána jako dostačující a maximální možná.

Omezování léčby má několik předpokladů. Jedná se o týmový proces, k omezení léčby se přistupuje na základě týmové diskuze. I kdyby pouze jeden člen týmu vyslovil nesouhlas s omezením, následuje oddálení rozhodnutí a terapie se omezuje. Veškeré kroky je nutné zdůvodnit a zdokumentovat, opakovaně aktualizovat a přehodnocovat, konzultace s pacientovou rodinou je nutná. Pacientovi je po celou dobu zajištěn maximální možný komfort.

## **1.3 Život prodlužující léčba**

Šimek (2008) uvádí, že díky moderní medicíně hovoříme v případě umírání o delším procesu, kdy je nevléčitelně nemocný pacient velmi dlouho vystavován snahám zdravotníků nepříznivou prognózu změnit. Šimek v článku Etické problémy urgentní medicíny zmiňuje mravní dilema moci medicíny, kdy jsou pacienti „odsouzeni k životu“, přičemž se předpokládá, že kdyby mohli sami volit, volili by ukončení dobrovolně. Obecně neexistuje ve společnosti shoda, jaká kvalita života je přijatelná, plnohodnotná a jak vyhovět přáním nemocného - kromě biologických faktů je totiž nejednoznačné, co je a

není správné z podstaty lidské individuality. Proto je v centru zájmu současného ošetrovatelství snaha o definici a měření kvality života.

### **1.3.1 Dystanázie**

Dystanázie představuje jeden z velkých etických problémů, poprvé byl pojmenován v polovině minulého století. Pojmenovává situace, při nichž je cíleně oddalována pacientova smrt, ačkoliv adekvátní pomoc již v silách lékaře ani moderní medicíny není. Podle Haškovcové (2007, s. 23) *dystanázie neboli zadržaná smrt je pak nepříjemným, ale logickým důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby nemocného vyžadují paliativní přístup.*

### **1.4 Status Do Not Resuscitate**

Pokyn neresuscitovat se dle Drábkové (2011) rozšířil z původního odmítnutí resuscitace pouze v případě náhlé srdeční zástavy i na situace, kdy má pacient nepříznivou prognózu stavu nebo se nemůže sám rozhodovat. V takovém momentě však ordinace DNR naráží na nevyžádaný postup s volbou pro dobu budoucí bez časového vymezení. Zápis DNR bez autonomního rozhodnutí, s neurčitým časovým odstupem a například i za změněného klinického stavu pacienta je podroben kritice. V intenzivní péči se chápe nezahájení neodkladné resuscitace jako přechod na péči paliativní.

Sláma (2009, s. 47) uvádí, že: *„praxe nezahájení resuscitace se v České republice uplatňuje ve čtyřech obecných rovinách:*

*1. DNR jako specifická kategorie v rámci stanovené kategorizace pacientů na pracovištích jednotek intenzivní a resuscitační péče, kdy je DNR kolektivním rozhodnutím učiněným zdravotnickým týmem u pacienta s jednoznačně nepříznivou prognózou, bez konzultace s pacientem a jeho blízkými.*

*2. DNR jako kolektivní rozhodnutí zdravotnického týmu, které je poznačeno ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Ve většině případů se rovněž jedná o jednostranné rozhodnutí zdravotníků, rodina bývá v některých případech informována. Pacient je informován o tomto rozhodnutí zcela výjimečně.*

3. DNR jako implicitní součást souhlasu s přechodem na paliativní léčebnou péči, obvykle spojenou s hospitalizací pacienta v hospicu. Součástí hospicové péče není resuscitace, neboť je vnímána jako jednoznačně pro pacienta neprospěšná.

4. S příkazem DNR se setkáváme jako s ad hoc rozhodnutím ošetřujícího nebo pohotovostního lékaře neresuscitovat pacienta, který se jeví jako terminálně nemocný, a to i v případě, že v ostatních oblastech léčby k němu takto přistupováno nebylo. Tato praxe bývá kritizována jako nevhodná, a to z klinického, etického i právního hlediska.”

#### **1.4.1 Historie DNR**

Ačkoliv je resuscitace přijímána jako standardní léčebný postup, prognóza u polymorbidních a pokročile nemocných jedinců je velmi špatná. Důležitý je fakt, že KPR nebyla nikdy zamýšlena jako jediná standardní léčba u každé zástavy oběhu. Jako každá jiná metoda, i KPR má své indikace.

Koncem 60. let minulého století se objevily první články, reflektující nedůstojné umírání terminálně nemocných, kteří byli před smrtí opakovaně resuscitováni. Z této doby je zaznamenána praxe předstírané, neúplné KPR, která byla ve svém důsledku samozřejmě neúspěšná a pro pacienta neprospěšná. Cílem bylo předejít případným stížnostem pacientovy rodiny na nedostatečně intenzivní léčbu. Ve zdravotnické dokumentaci pacienta, který dle názoru ošetřujícího lékařského týmu nebyl vhodným kandidátem na „plnou“ KPR, byla tato skutečnost označena např. barevnou tečkou v dekursu, kryptogramy „SC“ nebo „HC“ (tzv. „show code“ nebo „Hollywood code“). Rozhodnutí, že pacient nebude resuscitován se přádávalo mezi lékaři a sestrami ústně bez toho, že by tato skutečnost byla zaznamenána v dokumentaci. V roce 1974 Americká lékařská asociace (AMA) jako vůbec první profesní lékařská organizace vydala doporučení, aby každé předběžné rozhodnutí o nezahájení resuscitace bylo formálně zdůvodněno a zapsáno ve zdravotnické dokumentaci a současně bylo jasným a jednoznačným způsobem sděleno všem ošetřujícím zdravotníkům. AMA ve svém dokumentu s odvoláním na základní klasické publikace o metodě CPR deklaruje: *KPR není indikovaná v případě nevratného terminálního onemocnění, kde oběhová zástava ani smrt nejsou neočekávané.* V dalších letech se, dle Posta a kol. (2007), postupně zaváděly v amerických nemocnicích standardy upravující rozhodování o udělování statusu DNR, o jeho záznamech do dokumentace.

Problematicce se věnovala i komise ustanovená prezidentem USA, která ve svém výstupním dokumentu došla k závěru, že dospělý a mentálně způsobilý pacient má právo odmítnout léčbu, která prodlužuje život a odmítnutí může formulovat i předem. Je předpokladem, že pacientova rodina má právo rozhodovat o pacientovi v případě, že on sám nebude schopen. Obecně se má za to, že každý člověk primárně souhlasí se zahájením resuscitace a její případné odmítnutí musí být zdůvodněno a vycházet z vůle pacienta či být k jeho dobru.

Kutnohorská (2007) uvádí, že v 90. letech byly jednotlivé státy v USA vyzývány, aby zajistily občanům právo naplánovat předem postupy, které by si ve stavu umírání, dlouhého a nevratného bezvědomí, těžkého postižení mozku a v podobných situacích přáli nebo nepřáli. Cílem bylo zohlednit autonomní rozhodnutí, které pak nebude možné vyjádřit. Parlamentní shromáždění Rady Evropy v roce 1999 vydává podobná doporučení a vyzývá členské státy, aby ochraňovaly základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob, která jsou dnes ohrožena mnoha faktory jako například malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti, nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby apod.

## 2 PRÁVNÍ ASPEKTY SPOJENÉ SDNR

Stolínová a Mach (2010) uvádějí, že lékař postupuje lege artis, jestliže na základě etických zásad usnadňuje pacientovi závěr života. Poskytovat zdravotní péči lege artis je stěžejním pilířem zdravotníka. Pojmem lege artis rozumíme postup v souladu se současnými a dostupnými poznatky medicíny. Tato podmínka a další zhodnocení, zda byla péče poskytnuta lege artis či non lege artis, může být předmětem polemik a diskuzí. Důležité je mít na paměti, že hodnocení, co je postup lege artis, přísluší medicíně, nikoli právu.

Dle Knora, Fraňka a Truhláře (2009) v České republice dosud neexistuje dokument zastřešující problematiku ordinace DNR, který by měl právní závaznost, nicméně věnují se mu materiály mezi, které řadíme Doporučený postup výboru České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně – Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof – Neodkladná resuscitace z roku 2009, poskytování paliativní péče u pacientů s nezvratným orgánovým selháním a doporučení České lékařské komory k postupu o změně léčby z intenzivní na paliativní léčbu u nemocných v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, jenž bylo sepsáno na základě již zmíněného Konsenzuálního stanoviska. Výše uvedené materiály jsou „pouhá“ doporučení a nejsou stanovena právním řádem jakožto povinná.

### 2.1 Dříve vyslovená přání

Vyjádřit souhlas nebo nesouhlas se způsobem léčby je snadné do doby, dokud je člověk schopen. Těžko se však vlastní zájmy prosazují, jakmile člověk není z důvodu závažného zdravotního stavu schopen. Existuje institut dříve vysloveného přání, který se umožňuje vyjádřit k léčbě předem, dříve, než náročná situace nastane. Člověk tak prostřednictvím dříve vysloveného přání může ovlivnit léčbu předem pro budoucí případy.

Tato možnost byla zanesena do českého právního řádu zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách; dále jen „ZZS“), který nabyl účinnosti dne 1. 4. 2012. Příslušná ustanovení ZZS vychází z ustanovení čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (dále jen „Úmluva“), dle

kterého bude brán vpotaz na dříve vyslovené přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku nebude ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.

Dle Tomešové (2012) v původním znění § 36 odst. 3 ZZS byla platnost dříve vysloveného přání omezena na 5 let. S účinností od 10. 12. 2012 bylo toto časové omezení zrušeno nálezem Ústavního soudu s odkazem na rozpor tohoto omezení právě s citovaným čl. 9 Úmluvy. Ústavní soud zde vyjádřil názor, že není slučitelné s právem pacienta podle čl. 9 Úmluvy, aby na jeho dříve vyslovené přání nemohl být brán zřetel jen v důsledku uplynutí zákonem stanovené doby jeho platnosti, pokud tento pacient nebude mít současně skutečnou možnost toto přání svým projevem vůle obnovit. V návaznosti na to dnes není platnost přání zákonem nijak omezena.

### ***2.1.1 Historie dříve vysloveného přání***

Dokument vyjadřující svobodnou vůli člověka pro případ budoucí léčby byl formulován v USA v 50. letech 20. století. Autorem je právník L. Kutner, který jej označil názvem “living will” nebo “advance directives”. Každý stát má svoji právní úpravu institutu, ve kterém pacient může odmítnout konkrétní podobu léčby, popřípadě si vybrat svého opatrovníka či zastupující osobu, která bude o jeho léčbě rozhodovat.

Pearlman, Tonelli et al. (2014) uvedli, že v USA, kolébce institutu dříve vysloveného přání, se má za to, že celé plánování předběžné péče je proces, který vede k zamyšlení se nad hodnotami a preferencemi člověka, nutí člověka mluvit o svých preferencích s blízkými členy rodiny a poskytovateli péče, zároveň se dokument považuje za předběžnou směrnicí, která je pravidelně aktualizována. Obecně je vyzdvižováno, že institut maximalizuje pravděpodobnost, že zdravotní péče slouží výhradně cílům pacienta, zároveň minimalizuje pravděpodobnost nadměrné nebo nedostatečné léčby, snižuje pravděpodobnost konfliktů mezi rodinou, pacientem a zdravotníky.

### ***2.1.2 Formální podoba dříve vysloveného přání***

Aby byl institut dříve vysloveného přání platný, je třeba, aby byl písemně a opatřen úředně ověřeným podpisem pacienta. Spis také obsahuje písemné poučení o důsledcích tohoto rozhodnutí. Písemné poučení zajistí pacientův praktický lékař, doporučuje, aby jej také následně podepsal. Pacient obvykle vyjadřuje svoje postoje k umělému podávání



výživy, resuscitaci, připojení na umělou plicní ventilaci apod. Je třeba přesně vymezit situace a medicínské zásahy, na které se dříve vyslovené přání vztahuje. Doporučuje se konzultace s lékařem, který pacientovi vysvětlí všechna léčebná opatření připadající v úvahu a jejich důsledky. Z každého dříve vysloveného přání musí jasně vyplývat, že pacient bere na vědomí veškeré důsledky a chápe je.

Pacient může učinit předem vyslovené přání i v průběhu samotné hospitalizace. To je pak součástí zdravotnické dokumentace, záznam podepisuje mimo pacienta i ošetřující lékař a svědek, za těchto okolností se podpisy již úředně neověřují. Důležitý je fakt, že za těchto podmínek podepsaný institut je závazný pouze pro zdravotnické zařízení, ve kterém je pacient aktuálně hospitalizován.

### ***2.1.3 Podmínky pro praktické uplatnění dříve vysloveného přání***

Aby mohlo být dříve vyslovené přání respektováno, je třeba splnit několik podmínek. Nejprve musí nastat situace, kdy se pacient není schopen vyjádřit k léčbě, v opačné situaci se vždy upřednostňuje jeho vůle vyjádřená osobně v aktuálně daný moment. Zdravotnické zařízení musí mít dokument s dříve vysloveným přáním k dispozici. Vzniká tedy otázka, komu svěřit dokument do úschovy. Nabízí se rodinní příslušníci či úschova v nejbližším zdravotnickém zařízení, ve kterém se předpokládá případná péče.

Dříve vyslovené přání musí být formulované přesně a jasně, musí se vztahovat ke konkrétním medicínským úkonům, poskytovatelé péče mají tendence držet se striktně doslovného výkladu, aby se vyhnuli případným nařčením ze zanedbání péče. Dříve vyslovená přání nelze uplatnit v momentě, kdy by mohlo ohrozit jiné osoby nebo kdy by nabádalo k výkonům, které aktivně způsobí smrt. Do formulace vysloveného přání je vhodné zahrnout i situace, kdy při nevědomosti o přání pacienta je odmítaná léčba zahájena a pacient si v takovéto situaci bude výslovně přát ukončení léčby. Dříve vyslovené přání nelze uplatnit u nezletilých nebo nesvéprávných pacientů.

Podle Tomešové (2012) je přání obecně chápáno jako informovaný souhlas či nesouhlas pacienta s postupem léčby, které je nadřazené i nad povinností zdravotnického pracovníka poskytovat zdravotní služby a první pomoc v souladu se ZZS, zejména ustanovením § 19 odst. 1. Pokud tedy pacient ve dříve vysloveném přání odmítl určitý zákrok a zdravotník o tomto přání ví, neměl by tento zdravotník zákrok provést ani

v případě, kdy je nutný pro záchranu života pacienta. Pacient může ve svém přání odmítnout jakoukoliv léčbu, tedy i tu, která vede k záchraně jeho života.

Ve vysvětlující zprávě k Úmluvě o biomedicině je uvedeno:

*To, že předem vyslovená přání se mají zohlednit, neznamená, že by musela být splněna za každých okolností. Pokud byla přání vyjádřena dlouho před zákrokem a věda mezitím pokročila, mohou existovat důvody, aby přání pacienta splněno nebylo. Lékař by si tedy měl být pokud možno jist, že se přání pacienta týkají současné situace a jsou stále platná, zejména s ohledem na současný stav vědy a technický pokrok v medicíně (Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicině, odstavec 62, Zákon č. 96/2001 Sb.).*

#### **2.1.4 Předběžné prohlášení**

V praxi se ještě doporučuje, aby pacient mimo dříve vysloveného přání sepsal ještě tzv. předběžné prohlášení pro případ, že se pacient nebude schopen svých přání dovolat. Dle předběžného prohlášení může pacient projevit vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitou osobou nebo přímo určí osobu, která se následně stane jeho opatrovníkem. Toto prohlášení může být sepsáno ve formě veřejné listiny, musí obsahovat náležitosti jako dříve vyslovené přání včetně úředně ověřeného podpisu pacienta a dvou svědků. V prohlášení je nutné vymezit člověka, který bude pacienta zastupovat v rozhodování o léčbě a kdo bude jeho opatrovníkem. Je vhodné, aby vybraná osoba byla oprávněna k nahlížení do zdravotnické dokumentace pacienta a byla seznámena jak s jeho zdravotním stavem, tak s přesným zněním institutu dříve vysloveného přání. S pojmem delegování svého přání na jinou osobu se pojí termín „health care proxy”.

## **2.2 Informovaný souhlas**

Informovaný souhlas pacienta dokládá, že mu je péče poskytována na základě jeho souhlasu. Pokud se s výkonem ještě nezačalo nebo jeho ukončení by samotného pacienta ohrozilo, souhlas může odebrat. Informovaný souhlas je součástí Zákonu o zdravotních službách a je součástí Nového občanského zákoníku. V zákonu o zdravotních službách se v § 2642 doslova píše: *Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.*

*(1) Ke každému úkonu v rámci péče o zdraví se vyžaduje souhlas ošetřovaného, ledaže zákon stanoví, že souhlasu není třeba. Odmítne-li ošetřovaný souhlas, potvrdí to poskytovateli na jeho žádost v písemné formě.*

*(2) Požádá-li o to poskytovatel nebo ošetřovaný, poskytne mu druhá strana v písemné formě, k čemu byl souhlas udělen.*

Těšínová (2014) uvádí, že je nezbytné, aby byl souhlas svobodný, srozumitelný, kvalifikovaný a informovaný, tedy pacient by měl být poučen, měl by znát příčinu a důvod původ nemoci, účel, povahu přínos a rizika výkonu, alternativní možnosti výkonu, měl by znát možnosti navazující léčby a případná omezení ve způsobu života či doporučení pro stav po výkonu. Písemný souhlas je vždy součástí pacientovy dokumentace, kde se se dále provádí záznam o tom, že je pacient poučen.

Česko (2012, 372/2011 Sb., § 28, odst. 1) uvádí: *V případě, že pacient není schopen, souhlas za něho může podávat osoba určená pacientem, není-li nikdo takový určen, následuje pořadí manžel, rodič, jiná osoba způsobilá k právním úkonům. Pacienta lze také hospitalizovat bez souhlasu v případech, kdy není možný jiný postup. Hospitalizaci je v takovém případě nutné oznámit soudu do 24 hodin, ten následně do 7 dnů rozhodne.*

Česko (2012, § 99) o poskytnutí zdravotních služeb bez souhlasu říká: *Je-li život člověka v náhlém a patrném nebezpečí a nelze-li souhlas ve stavu nouze získat ani v jiné než stanovené formě, lze okamžitě zakročit, pokud to je ve prospěch zdraví dotčené osoby nezbytné.*

### 3 SPECIFIKA NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČE

Každé oddělení má svá specifika, oddělení následné intenzivní péče je však výjimečné svojí komplexností - na oddělení následné intenzivní péče (NIP) jsou přijímáni pacienti po kritickém onemocnění či úrazu, jejichž stav je již víceméně stabilní, nicméně vyžadují podporu některé ze základních životních funkcí, nejčastěji podporu dýchání. Pacienti jsou přijímáni ze všech typů oddělení intenzivní i resuscitační péče. Nejčastěji jsou hospitalizováni pacienti po úrazech hlavy či komplikovaných úrazech více orgánů, pacienti po úrazech páteře a míchy, po závažných cévních mozkových příhodách, po rozsáhlých operacích a pacienti s nejrůznějšími chronickými onemocněními plic. Ošetrovatelská péče je tak všestranná - úkolem dlouhodobé intenzivní péče je nejen stabilizace a dořešení akutního zdravotního problému, ale i nácvik základních životních dovedností a počátek snahy o resocializaci pacienta. Zároveň je zdejší péče vysoce specializovaná - zahrnuje péči o invazivní vstupy, dialyzační katetry, práci s umělou plicní ventilací, prevenci dekubitů, rehabilitaci. Vyžaduje spolupráci s logopedy, ergoterapeuty, uplatňují se zde prvky bazální stimulace.

Nezastupitelnou roli v celém procesu léčby a resocializace pacienta hrají rodinní příslušníci a co nejčastější návštěvy. V individuálních případech je možné, aby rodina aktivně participovala například na rehabilitaci, výživě či nácviku některých základních životních návyků postiženého.

Cílem oddělení je pokračování v zavedené léčbě, zbavení pacientovy závislosti na podpoře základních životních funkcí (pokud to povaha onemocnění vůbec umožňuje), intenzivní každodenní fyzioterapie a zahájení, případně pokračování v nácviku základních životních návyků, ať se již jedná o schopnost komunikace s okolím, příjem potravy či vyměšování.

Poslání oddělení NIP je obvykle u cíle v momentě, kdy se povede stav pacienta zlepšit natolik, že již nadále není závislý na podpoře základních životních funkcí. Pacient je schopen dýchat bez jakékoliv podpory, je schopen účinně odkašlat a přijímat potravu. V tomto momentě je přistoupeno k překladi pacienta podle jeho celkového stavu buď na lůžkové rehabilitační oddělení, interní oddělení, neurologické oddělení, chirurgické oddělení, lůžka následné péče, případně oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské

péče v případě pacientů, kteří ještě mohou chvílemi vyžadovat zvýšenou péči o dýchací cesty.

Bohužel, jedním ze specifíků takto náročného pracoviště je i přes špičkovou multioborovou péči častá úmrtnost pacientů na následky poranění neslučitelných se životem. Výjimkou nejsou ani situace, kdy snaha resuscitovat pacienta naráží na základní etické otázky. V takových momentech, více než kdy jindy, je nezbytné umění komunikace s rodinou, svoji nezastupitelnou roli v komunikačním procesu zastává právě všeobecná sestra.

### **3.1 Psychologická problematika umírání a smrti**

Smrt, latinsky exitus, chápe medicína a biologie jako stav, kdy postupně dochází k zastavení životních funkcí, jejichž obnovení není možné. Je to trvalá, nevratná ztráta vědomí. Setkáváme se také s pojmem klinická smrt, při němž dochází k zástavě srdeční akce a dechu, přesto je metabolismus mozkových buněk ještě zachován. V rámci fyzikálního vyšetření neregistrujeme dech, nelze nahmatat pulz ani změřit krevní tlak.

Umírání je postupný proces, který smrti předchází – postupně dochází k ustávání životně důležitých funkcí. Z psychologického hlediska je umírání jednou z fází života a začíná tehdy, vejde-li v povědomost fakt, že nemoc člověka je neslučitelná se životem. Jedná se o relativně dlouhý časový úsek.

Podle Dubcové (2011) nelze etickou péči o umírající oddělit od komunikace s umírajícím, protože právě ona je projevem morální péče. V procesu umírání pacienta jsou velmi důležité psychologické intervence ze strany zdravotníků. Pozornost na pacienta nesmí být v závěrečných fázích života zaměřena „jen“ profesionálně. Lidé věří, že svým blízkým pomohou nejlépe, když jim zajistí ty nejúčinnější a nejmodernější léčebné postupy, vypadá to, jako kdyby umírání bylo odbornou záležitostí lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků. V podstatě se stalo obecným územ, že se umírá „na něco“, nikoli proto, že jsme smrtelní. Otevřená komunikace zdravotníků s rodinou je základním pilířem v péči na oddělení následné intenzivní péče.

### 3.1.1 Fáze umírání

Přední americká lékařka švýcarského původu, Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004), zasvětila svůj život práci s umírajícími a svými psychologickými studiemi téma smrti odtabuizovala. Autorka sestavila pětistupňový model procesu vyrovnávání se se smrtí, na kterém dokazuje, jak smrt vnímá sám umírající, rodina i profesionálové.

#### Stadia umírání podle E. Kübler-Rossové

1. stadium - popírání a izolace /negace/ - Projevuje se nepřijetím závažné diagnózy, nedůvěrou k lékaři. Obranný mechanismus. Pacient zmobilizuje své síly a zmírňuje negativní účinek při sdělení závažné diagnózy.
2. stadium - zlost - Nastávají chvíle, kdy si je nemocný nucen diagnózu připustit, potom nastupují pocity zlosti, nenávisti a vzteku. Myšlenky typu: Proč zrovna já...? Obvykle tato zlost pramení ze strachu, neboť se nemocný bojí, aby nebyl zapomenut.
3. stadium- smlouvání - Pochopení závažnosti problému, snaha prodloužit život smlouváním. Touží po prodloužení života nebo určitém období stráveném bez bolesti nebo zlepšení fyzických obtíží. Slibuje, že celý svůj další život zasvětil pomoci potřebným nebo do služeb bohu, či věnuje po smrti své tělo k vědeckým účelům.
4. stadium - deprese - Nemoc nadále omezuje, zhoršuje se zdravotní stav. Pocity zlosti vystřídají pocity velkých ztrát (ztráty končetin, ztráty prsu, nebo ženských orgánů, stomie nebo jiné změny vzhledu těla). Postižena celá rodina, a to ať už po stránce ekonomické nebo i po stránce vlastní funkčnosti, tím stoupá pocit viny
5. stadium- akceptace - Nastává tehdy, jestliže měl pacient dostatek času a někdo mu pomohl prožít a zvládnout dříve popsaná stadia. Není deprimován, necítí zlost na svůj osud, je schopen vyjádřit své předchozí pocity, na svůj nadcházející konec pohlíží v tichém očekávání. Jeho zájmy se zužují. V tomto okamžiku je nutné vnímat rodinu nemocného, která prochází těžkými chvílemi.

Podle Kübler – Rossové (2015) výše uvedenými stadii v různém možném pořadí neprochází pouze pacient samotný, ale i jeho blízcí, což je obzvlášť důležitá skutečnost v zájmu efektivní komunikace s rodinnými příslušníky vážně nemocných pacientů.

### **3.2 Zásady přístupu k nemocným a umírajícím**

Haškovcová (2007) uvádí zásady ke komunikaci s nemocným:

- pravdivě informovat, pokud pacient tyto informace vyžaduje (pacient má právo na pravdu, neřeší se, zda pravdu ano či ne, ale: kdy, kde, jak kolik toho říci)
- informace o zdravotním stavu má podávat lékař (sestra nesděljuje, poskytuje prostor pro negativní emoce, vypovídání se, podává informace o prožívání nemocného)
- každému nemocnému musí zůstat naděje na zlepšení nebo vyléčení, bez naděje se nelze s chorobou vyrovnat
- neodhadovat čas, který nemocnému zbývá (pokud naléhá, zjistit, proč je pro nemocného čas tak důležitý)
- nepoužívat slova, která posilují strach a úzkost (ne rakovina, nádor, lépe: nemocné buňky, změněná tkáň)
- prvořadou potřebou umírajících je fyzická přítomnost a tělesný kontakt blízkých lidí (nezaměňovat klid za samotu)
- dopřát dostatek času nemocnému i rodině k rozhovoru
- pomáhat rodině i po úmrtí, přiznat čas na truchlení

### **3.3 Péče o umírajícího**

Období pre finem

Fáze pre finem může být velmi dlouhá a časově obsáhnout nejen několik měsíců, ale i let. Pojem umírání v lékařské terminologii je synonymem terminálního stavu. Terminální stav je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Nemocnému je poskytována aktivní ošetrovatelská péče s ohledem na individuální potřeby, respektujeme pacienta jako autonomní bytost a dbáme na jeho důstojnost. Sestra plní lékařovy ordinace a poskytuje péči, která se zaměřuje především na monitoraci intenzity bolesti - léčba bolesti by měla být preventivního charakteru, analgetika se většinou aplikují kontinuálně, pacient je utlumován. Sestra dále pečuje o veškeré pacientovy invazivní vstupy, pacienta polohuje.

#### Období in finem

Vytejčková a kol. (2013) uvádějí, že fáze in finem reprezentuje umírání ve vlastním slova smyslu, jedná se o období přechodu od života ke smrti, jedná se o umírání v bezvědomí, doslova tím chápeme předsmrtný stav. Základní životní funkce jsou ještě zachovány, ale u pacienta dochází k multiorgánovému selhání. Centrální nervová soustava vykazuje známky soporu nebo somnolence, reakce na bolest prakticky nejsou, srdeční činnost je zpomalena a puls je téměř nehmatný, krevní tlak klesá. Agonický stav může trvat až dvě hodiny, než je konstatována smrt. Povinností sestry je zaznamenávat fyziologické funkce pacienta. V případě DNR se nezahajuje resuscitace, sestra zaznamená čas zástavy fyziologických funkcí a na základě nejistých známek smrti předpokládá úmrtí a volá lékaře. Monitor je zapnutý do příchodu lékaře, který konstatuje smrt.

#### Post finem

V organismu dochází k nevratným změnám na základě zástavy fyziologických funkcí. Toto období je charakteristické péčí o tělo zemřelého.



## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA SE STATUSEM DNR

Dne 23. 6. 2017 byla na oddělení následné intenzivní péče ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady přeložena z kliniky anesteziologie a resuscitace z Všeobecné fakultní nemocnice v Praze pacientka XX s diagnózou respiračním selháním s nutností UPV po KPR 3. 6. 2017 pro hypoxickou bradykardii (identifikační údaje byly v práci změněny).

### 4.1 Identifikační údaje

*Tabulka 1 Identifikační údaje*

Jméno a příjmení	XY	Datum narození	1952
Rodné číslo	52.....	věk	65 let
Pohlaví	ženské	Bydliště	Davle u Prahy
Zaměstnání	v důchodu	Vzdělání	Středoškolské
Národnost	česká	Státní občanství	ČR
Datum příjmu	23. 6. 2017	Čas příjmu	10:27
Typ příjmu	přeložena z VFN v Praze - ARK	Účel příjmu	Terapeutický
Oddělení	lůžkové	Přijímací lékař	MUDr. XX
Pacient byl poučen o léčebném řádu.			ne – nelze
Informovaný souhlas s léčbou.			zahájení detence

**K přijetí doporučen s diagnózou:**

J96.9 - respirační selhání

**Diagnóza základní:**

J96.9 - respirační selhání

**Vedlejší medicínské diagnózy:**

R572 - septický šok

N178 - akutní selhání ledvin, anurie

I269 - plicní embolie bez akutního cor pulmonare

I802 - flebidita a tromboflebidita jiných hlubokých cév dolních končetin

J448 - chronická obstruktivní plicní nemoc

J9600 - akutní respirační selhání, Typ I (hypoxický)

I480 - paroxyzmální fibrilace síní

N178 - diabetes melitus II.

I10 - esenciální (primární) hypertenze st. p. TTE, TE, APPE, op. kýly, HYE, AS Th. L. páteře

**Přijata s diagnózou:**

Po úspěšné KPR s respiračním selháním (UPV), přijata k odpojení od UPV a další terapii.

**Vitální funkce při příjmu:**

*Tabulka 2 Vitální funkce při příjmu*

P: 90/min	Výška: 172 cm
TK: 135/89	Hmotnost: 89 kg

P: 90/min	Výška: 172 cm
DF: 15/min	BMI: 30,08
TT: 36,3 °C	Pohyblivost: omezená
Stav vědomí: analgosedace	Krevní skupina: A Rh+

Stav pacientky neumožňuje souhlas s realizací lékařských výkonů a vyšetření. Nelze prohlásit, že informacím o svém zdravotním stavu, o navrhovaném způsobu léčby i o možných komplikacích spojených s lékařskými zákroky rozuměla. Informovaný souhlas s léčbou nepodepsala. Vzhledem k zdravotnímu stavu pacientky bylo zahájeno soudní detenční řízení dne 23. 6. 2017.

#### **Nynější onemocnění:**

1. 6. 2017 pacientka transportována RZS na MJIP III. IK. (dle dcery a pacientky stolice asi 7x, zvracení 6x). Následně bolesti břicha v dolním podbřišku po, kterých má pacientka tachypnoe. Při příjmu na MJIP pacientka výrazně tachypnoická, neklidná. Dle výsledků hyperglykémie, těžká metabolická acidóza, renální selhání s těžkým minerálovým rozvratem, zahájena masivní tekutinová resuscitace krystaloidy a glukózou, podán bikarbonát. Následně porucha vědomí, bradykardie, zahájena KPR, podáno 1x 0,1 mg i. v. adrenalinu, zavedena laryngeální maska, ROSC 4min, volán KAR. Po příchodu lékaře KARIMu, OTI, dále zajištění pacientky před převozem, zavedení CŽK cestou vena jugularis int l. dx., dále arteriální kanyla a. brachialis l. dx.. Po základní stabilizaci překlád na RES - UP VFN. Průběh na KARIM VFN - RES UP: po přijetí zahájena CRRT, rozvoj oběhového selhání s NOR 1,0 ug/kg/min, MAC s PH 6,8, elvace laktátu na 21 mmol/l, dle TTE dobrá kinetika LK i PK, známky hypovolémie bez významných chlopenních vad, bez výpotku v perikardu, SONO hrudníku bez PNO, bez výpotku. Kritické respirační selhání s parametry ARDS. Empiricky zahájena ATB terapie. Při rostoucí katecholimanové podpoře přidán vasopresin, přetrvává těžká metabolická acidóza i přes kontinuální přísun bikarbonátu, agresivní ventilační režim, aplikována pronační poloha s efektem.

2. 6. 2017 stop CRRT.

3. 6. 2017 pokles O<sub>2</sub> dependence, spontánní pourie.
4. 6. 2017 pro perzistující FIS s rychlou odpovědí komor nasazen Propafenon, následně EKV - úspěšně. Pokračující iontová substituce, postupné odtlumení ke kontrole neurologického stavu.
5. 6. 2017 pacientka bez sedace, otevírá oči, na oslovení stiskne velmi slabě ruce na výzvu a latenci. Setrvale pokles zánětlivých parametrů s normalizací vnitřního prostředí. Oběhová stabilizace. Ventilační stabilizace, regrese ARDS.
10. 6. 2017 lepší se neurologický stav na výzvu stiskne horní končetiny bilat. spont. hybnost DK. Pokles vasopresorické podpory, PSV.
12. 6. 2017 paroxyzmus flutteru síní, farmakologická verze neúspěšně, proto EKV, 1x 150 J, dále SR.
13. 6. 2017 mírný vzestup zánětlivých parametrů, trvale bez sedace, náznak kontaktu, pro dlouhodobou potřebu UPV nekompikované PPTS. Vzástup jaterních enzymů, kontrolní SONO břicha, kde nález mnohočetné cholecistolitiázy bez známek zánětu, dilatace žlučových cest. Trvá potřeba vasopresorické podpory.
14. 6. 2017 vzestup zánětlivých parametrů, trvá vzestup jaterních testů, nasazen Ursosan, pro trombocytózu kyselina acetylsalicyová, opakovaně tekutinové výzvy s efektem.
- 15.-18. 6. 2017 lepší se, ale undulující vědomí, pokles NOR za pozitivní tekutinové bilance, plně enterálně živena. Zahájena antidepressivní medikace.
23. 6. 2017 překlad k další péči ETOILE NIP.

**Přítomný stav:**

Přijata na naše oddělení, pokračujeme ve weaningu. Ve studii nahlášena do detence, pacientka v bez vědomí, ventilace s inspirační podporou.

**Zdroj Informací**

Lékařská a ošetrovatelská dokumentace, rodinní příslušníci - dcera.

## 4.2 Anamnéza

### Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 69 letech na cévní mozkovou příhodu

Otec: dlouho se léčil, zemřel v 74 letech na karcinom plic

Manžel: tragicky zemřel při autonehodě

Sourozenci: nemá

Děti: dcera - zdravá

### Osobní anamnéza:

V dětství: plané neštovice, zánět průdušek, chřipka

Operace: plicní embolie s akutním cor pulmonale

Interně: diabetes melitus II.

Úrazy: bez úrazu

Očkování: povinné

### Léková anamnéza:

*Tabulka 3 Léková anamnéza*

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Novorapid	inj.	100 U/ML	dle glyk.	antidiabetika
Metformin	tbl.	500 mg	1-1-1	antidiabetika
Bisoprolol	tbl.	5 mg	0,5-0-0	betablokátory
Moxonidin	tbl.	0,2 mg	1-0-0	antihypertenziva
Gleperil	tbl.	4 mg	1-0-0	antihypertenziva
Clopidogrel	tbl.	75 mg	0-1-0	protidestičková léčiva

**Alergologická anamnéza:**

Léky, potraviny, chemické látky: neguje

Jiné: včely, jód

**Abúzy:**

Alkohol: neguje

Drogy: neguje

Léky: bez závislosti

Kouření: nekuřačka, kouřila v mládí asi 10 cigaret denně

**Psychologická anamnéza:**

Nelze hodnotit.

**Sociální anamnéza:**

Stav: vdova

Bytové podmínky: domek na venkově

Vztahy: žije sama, ale v okolí má dobré přátele, se kterými se často stýká a žije zde i rodina dcery

Záliby: četba, setkávání s přáteli, zahradničení, chov králíků, sledování televize

**Pracovní anamnéza:**

Vzdělání: středoškolské s maturitou

Pracovní zařazení: dříve účetní, nyní důchodce

Ekonomické podmínky: přiměřené

**Spirituální anamnéza:**

Religiózní praktiky: ateista

## FYZICKÝ STAV

Tabulka 4 Fyzický stav pacienta

SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Hlava a krk	v bez vědomí	<p>Hlava mesocefalická, bulby středem. Skléry bílé, zornice +/-, dutina ústní - čistá, chrup vlastní, NGS. Krk - pulzace karotid symetricky, bez šelestu, náplň krčních žil nezv., štítnice nezvětšená, tracheostomie - okolí mírně zarudlé. CŽK - v jug. sin. okolí klidné.</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> hodnocení infekce v ráně</p> <p><b>Oš. problém:</b> zarudnutí rány v okolí TSK</p>
Hrudník a dýchací systém	v bez vědomí	<p>Hrudník klene se symetricky, dýchání bilat. symetrické, sklípkové, bez vedlejších fenoménů, odsává se bělavé sputum. DF 15/min, SpO<sub>2</sub> 95%.</p> <p><b>Použitá měřicí technika:</b> Downes score - 5 bodů (snížená průchodnost DC).</p> <p><b>Oš. problém:</b> velké množství sputa v DC</p>

Srdce a cévní systém	v bez vědomí	Srdce - srdeční ozvy ohraničené. Na podpoře NA, v malé dávce, při přijetí do medikace Gutron. TK 135/89 torr, sinus 90/min, periferie prokrvená, pulzace slabě hmatné, kapilární návrat v normě. <b>Použitá měřicí technika: 0</b> <b>Oš. problém: 0</b>
Břicho a GIT trakt	v bez vědomí	Břicho - rozlité, nad niveau, měkké prohmatné, bez hm. rezistence, bez zn. perit. dráždění, peristaltika +. Játra i slezina nezvětšené. Výživa do NGS - toleruje. <b>Použitá měřicí technika: BMI</b> <b>Oš. problém: výživa NGS</b>
Močový a pohlavní systém	v bez vědomí	Moč - PMK, hematurie, podpora FSM. Močový měchýř nezvětšený. <b>Použitá měřicí technika: 0</b> <b>Oš. problém: inkontinence moče</b>
Kosterní a svalový systém	v bez vědomí	Pohyblivost - omezená. Svalový tonus - v normě bez spasmů. Lýtka měkká, prohmatná, bez známek TEN, bez aktivního zánětu, venózní insuficience na DK. Bez svalové síly. <b>Použitá měřicí technika: Northonové škála – 9 bodů</b> <b>Oš. problém: imobilizace</b>



Nervový a smyslový systém	v bez vědomí	Pacientka je v bezvědomí. Při příjmu je klidná, nespolupracuje. Je dalekozraká, brýle používá jen na čtení. <b>Použitá měřicí technika:</b> Glasgow Coma Scale – 3 body <b>Oš. problém:</b> závažná porucha vědomí
Endokrinní systém	v bez vědomí	Diabetes melitus II. typu - NGS - Glucerna. Dále medikace. Štítná žláza - v normě. <b>Použitá měřicí technika:</b> 0 <b>Oš. problém:</b> do NGS podávána umělá výživa Glucerna.
Imunologický systém	v bez vědomí	Alergie - včely, jód. Lymfatické uzliny - nezvětšené. Tělesná teplota - 36,3 °C. <b>Použitá měřicí technika:</b> měření TT <b>Oš. problém:</b> 0
Kůže a její adnexa	v bez vědomí	Kůže - bez zjevných defektů, bez výrazných otoků, dekubity nepřítomné. Vlasy a nehty - čisté. Celkový vzhled odpovídá věku. <b>Použitá měřicí technika:</b> Nortonové škála – 9 bodů <b>Oš. problém:</b> 0

Poznámky z tělesné prohlídky: Pacient při vyšetření nespolupracuje, nelze navázat kontakt.

## AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Tabulka 5 Aktivity denního života

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Stravování a pitný režim	v bez vědomí	BMI: 30,08 V nemocnici - sledování glykémie, aplikace inzulínu dle ordinace lékaře, sledování příjmu tekutin, strava do NGS dle ordinace lékaře. Z části hrazen příjem tekutin infuzí. Bilance tekutin. <b>Použitá měřicí technika:</b> Glasgow Coma Scale – 3 body <b>Oš. problém:</b> aspirace
Vylučování moče a stolice	v bez vědomí	V nemocnici - zaveden permanentní močový katetr (20. 6.), sledování diurézy. Vylučování stolice inkontinentní (22. 6.). <b>Použitá měřicí technika:</b> Barthelové skóre – 0 bodů <b>Oš. problém:</b> inkontinence moče i stolice
Spánek a bdění	v bez vědomí	V nemocnici - spánkový režim porušen. Analgosedace. <b>Použitá měřicí technika:</b> 0 <b>Oš. problém:</b> bezvědomí

Aktivita a odpočinek	v bez vědomí	V nemocnici - pasivní RHB s fyzioterapeutem. Bazální stimulace. <b>Použitá měřicí technika:</b> 0 <b>Oš. problém:</b> nulová aktivita svalů, bezvědomí
Hygiena	v bez vědomí	V nemocnici - osobní hygiena na lůžku zabezpečená personálem. Pravidelná výměna ložního prádla. <b>Použitá měřicí technika:</b> Barthelové skóre – 0 bodů <b>Oš. problém:</b> nesoběstačná
Samostatnost	v bez vědomí	V nemocnici - vysoký stupeň závislosti. <b>Použitá měřicí technika:</b> Barthelové skóre – 0 bodů <b>Oš. problém:</b> nesoběstačná

## POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Tabulka 6 Posouzení psychického stavu

	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
Vědomí	v bez vědomí	Nelze navázat kontakt.
Orientace	v bez vědomí	Nelze hodnotit.
Nálada	v bez vědomí	Nelze hodnotit.
Paměť	v bez vědomí	Nelze hodnotit.
Myšlení	v bez vědomí	Nelze hodnotit.
Temperament	v bez vědomí	Nelze hodnotit.
Sebehodnocení	v bez vědomí	Nelze hodnotit.
Vnímání vlastního zdraví	v bez vědomí	Nelze hodnotit.

### Posouzení sociálního stavu

Pacientka je v bezvědomí, výzvě nevyhoví. Zahájena detence.

### Sociální role

Primární - žena, 65 let

Sekundární - vdova, důchodkyně, dcera

Terciální - zahájena detence

Sociální interakce - o diagnostických metodách a léčbě informována rodina

### 4.3 Medicínský management

**Ordinované vyšetření:** kontrola glykémie každé 3 hod, CVP každých 12 hod, péče o TSK, invaze, prevence dekubitů

**Sledovat:** EKG, TK, P, TT, DF, SpO<sub>2</sub> à 1 hod, diuréza à 6 hod

**Ventilace:** Odsávání cílenými cévkami z TSK, UPV PRESURE SIMV FD 12 Vd 500 PPS  
18 PEEP 7, Fio2 0,4

**Konzervativní léčba:** NGS - Glucerna 100 ml + 50 ml čaje à 4 hod dle tolerance - při  
odpadech sondy na spád

**Medikamentózní léčba:**

**P. O.:** VEROSPIRON 25 mg 1-0-1

**STOP:**

DORETTA 325 mg 1-1-1

NEUROL 0,5 mg 1-0-1

CITALEC 20 mg 1-0-0

GUTRON 7,5 mg dle TK 1-1-1

**ATB:** AMIKACIN 0,5 g i. v. 9:00

INVANZ 1 g i. v. 12:00

**S. C.:** FRAXIPARINE 0,4 ml 0-0-1

INSULIN dle glykémie

**I. M.:** KANAVIT 1 amp i. m. 0-1-0

**I. V.:** HELICID 40 mg 1-0-0

DEGAN 10 mg 1-1-1

PARACETAMOL 1 g 1-1-1

DITHIADEN 1 mg 1-0-1

DICYNON 250 mg 1-1-1

**Infuse:** ISOLYTE 1000 ml/24 hod 12-12

+ 10 ml 10% MgSO<sub>4</sub>

+ 70 ml 10% NaCl

+ 40 ml calcium glukonas

KABIVEN SMOFF 500 ml/24 hod 12-12

**Injektomaty:** 1. MORFIN 50 mg + MIDAZOLAM 50 mg ve FR 5 ml/h

**STOP:**

2. HMR inz. 50 j do 50 ml 5% G 1-5 ml/h, glykémie 5-8 mmol/l

3. DOBUTAMIN 250 mg v 5% G, 2 ml/h

4. NORADRENALIN 10 mg do 5% G, k MAP 75-80, nyní 5 ml/h

5. FSM forte 250 mg ve FR k HD 80-100 ml, nyní 10 ml/h (nenavyšovat)

## 5 KATAMNÉZA - PRŮBĚH LÉČBY

**23. 6. 2017**

Pacientka byla na lůžkové oddělení následné intenzivní péče ETOILE ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady přeložena z RES VFN v Praze s diagnózou respiračního selhání. Při příjmu byla pacientka v bezvědomí, analgosedována, klidná na podpoře NOR. Pacientka s TSK na UPV, zaveden CŽK a ART kanyla - funkční. PMK - funkční.

**24. 6. 2017**

Došlo k velkému zhoršení stavu pacientky. Pacientky stav je vysoce nepříznivý a nejistý. Nereaguje na navyšování podpory NOR a zhoršily se fyziologické funkce. Pacientce byly nabrány kompletní kontrolní náběry a mikrobiologie. UPV byla navýšena na 100% kyslíku, ale i přesto dochází k poklesu SpO<sub>2</sub> na 75 %. Lékařem byla provedena bronchoskopie, bez známek zlepšení. Byla navýšena analgosedace. V posledních hodinách byla diuréza 10-15 ml/hod s maximální dávkou FSM.

### 5.1 SITUAČNÍ ANALÝZA KE DNI 25. 6. 2017

65 letá pacientka přijata 23. 6. 2017 na NIP ETOILE po úspěšné KPR s respiračním selháním UPV, k odpojení od UPV a další terapii. Vzhledem k velkému zhoršení pacientky předešlý den a nezabírání podávané medikace, lékaři konsenzuálně zavedli status DNR s nerozšiřováním terapie. V případě, že dojde k zástavě oběhu, nebude u pacientky zahájena KPR. Stav pacientky se nadále zhoršuje k netoleranci výživy do NGS, byla zredukována medikace z per os na i. v. a NGS ponechána na spád. Hydratace a výživa pacientky převedena na periferní - Kabiven Smoff a Isolyte do CŽK. TT: 35,7 °C, TK: 60/35, P: 42/min, DF: 9/min, SpO<sub>2</sub>: 80%.

Pohybová aktivita: nesoběstačná, v bezvědomí, komunikaci nelze navázat. Centrální žilní katetr: ano, arteriální katetr: ano, permanentní močový katetr: ano, tracheostomická kanyla: ano. Umělý chrup: ne. Vylučování moči a stolice – kontinuální. Hygienu neprovede. V analgosedaci.

## 6 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DLE NANDA I TAXONOMIE II

NANDA I Taxonomie II představuje klasifikaci ošetřovatelských diagnóz podle 13 diagnostických domén. Každá doména se specifikuje v diagnostických třídách. Třídy obsahují ošetřovatelské diagnózy označené kódy. Ošetřovatelské diagnózy jsou uspořádány podle určitého principu s cílem vytvořit standartní názvy ošetřovatelských diagnóz. Mikšová (2006) uvádí, že klasifikační systém umožňuje doplňování ošetřovatelských diagnóz podle potřeb praxe.

### 6.1 Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA I Taxonomie II dne 25. 6. 2017

Dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace 00034

Neefektivní tkáňová perfuze 00024

Porušená tkáňová integrita 00044

Úplná inkontinence moči 00021

Inkontinence stolice 00014

Riziko infekce 00004

Riziko aspirace 00039

Riziko imobilizačního syndromu 00040

Riziko pádů 00155

Pro potřeby bakalářské práce jsou rozpracovány pouze ošetřovatelské diagnózy s vysokou prioritou dne 25. 6. 2017.

#### **Dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace**

**Definice:** respirační selhání s napojením na UPV

**Doména IV:** Aktivita a odpočinek

**Třída 4:** Kardiovaskulární a pulmonální odezva

**Diagnóza:** Dysfunkční odpojování umělé plicní ventilace



**Kód:** 00034

**Určující znaky:**

- nárůst dechové frekvence oproti frekvenci před odpojením
- nárůst srdeční frekvence o 20 úderů srdečních za minutu oproti hodnotě před odpojováním
- cyanóza
- mělké, lapavé dýchání
- hojné pocení
- s ventilátorem nekoordinované dýchání.

**Související faktory:**

- pacientka
- nezvládá energetickou náročnost odpojování

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** pacientka bude do 2 měsíců odpojena od UPV a bude spontánně dýchat.

**Cíl krátkodobý:** pacientka vydrží být několik krátkých intervalů 4x 30 min odpojena od UPV, do 2 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- pacientce neklesá SpO<sub>2</sub> do 2 dnů
- pacientka má v normě fyziologické funkce do 2 měsíců
- pacientka vydrží odpojená od UPV 4x 30 min do 2 dnů
- pacientka spontánně dýchá do 2 měsíců

**Ošetrovatelské intervence:**

1. odpojuj pacientku v krátkých intervalech od UPV na AYERO-T 4x 30 min dle ordinace lékaře - všeobecná sestra
2. sleduj na monitoru kontinuálně životní funkce pacientky a případný pokles SpO<sub>2</sub> nebo nárůst DF a P - všeobecná sestra
3. využij podpůrných psychogenních prostředků každých 10 min (zájem, uklidňování, vlídné slovo) - všeobecná sestra
4. odsávej dle ordinace lékaře sputum z DC dle potřeby nebo poklesu SpO<sub>2</sub> – všeobecná sestra
5. zaznamenávej vzhled, barvu a zápach sputa z DC – všeobecná sestra, vždy
6. podávej INH dle ordinace lékaře – všeobecná sestra

7. Vše pravdivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy

**Realizace:**

- Odpojila jsem pacientku od UPV na AYERO-T na 30 min dle ordinace lékaře.
- Sledovala jsem kontinuálně pacientčin celkový stav (fyziologické funkce, nadměrné pocení, lapavé dýchání).
- Podala jsem inhalace dle ordinace lékaře - Brodila 1 ml + 4 ml FR.
- Po 30 min jsem zpět připojila pacientku na UPV.
- Odsávala jsem pacientku z DC dle potřeby.
- Zaznamenala jsem vzhled, barvu a zápach sputa z DC.
- Po 1 hodině jsem opakovala odpojení.
- Pacientce po 15 min začala klesat SpO<sub>2</sub> na 76 % odsála jsem cílenou cévkou DC a připojila zpět na UPV. Pacientku jsem již od UPV neodpojila.
- Vše jsem pravdivě zaznamenávala do dokumentace.

**Hodnocení 25. 6. 2017:** Pacientka nezvládla odpojení od UPV v krátkých intervalech. Krátkodobý cíl nebyl splněn, pokračují intervence 1-7. Dlouhodobý cíl trvá, pokračují intervence 1-7.

**Neefektivní tkáňová per fuze**

**Definice:** renální selhání

**Doména IV:** Aktivita a odpočinek

**Třída 4:** Kardiovaskulární a pulmonální odezva

**Diagnóza:** Neefektivní tkáňová pertuse

**Kód:** 00024

**Určující znaky:**

- určující znaky renální jsou hematurie
- anurie
- krevní tlak mimo fyziologické hodnoty

**Související faktory:**

- hypovolemie

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** pacientka bude mít do týdne vyvážené bilance bez podpory FSM a hematurie.

**Cíl krátkodobý:** pacientka bude močit 80-100 ml/h a bude sledována hodinová diuréza a příjem tekutin do 2 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- pacientka přijímá dostatek tekutin (1500 ml/den) – do 1 den
- pacientka má dostatečnou hodinovou diurézu – do 2 dne
- pacientka dostatečně močí bez podpory FSM do 1 týdne

**Ošetrovatelské intervence:**

1. sleduj moč pacientky na hodinové diuréze a podle ml/h upravuj výši FSM - všeobecná sestra
2. pokud bude dosažena předepsaná výše FSM a hodinová diuréza stále nedostatečná informuj ošetřujícího lékaře – všeobecná sestra, vždy
3. sleduj vzhled moči každou hodinu, pokud se objeví hematurie, propláchni PMK případně vyměň PMK - všeobecná sestra
4. kontroluj krevní tlak pacientky každou hodinu, při změně informuj ošetřujícího lékaře - všeobecná sestra
5. pokud nepůjde PMK propláchnou, vyměň PMK – všeobecná sestra, vždy
6. udržuj dostatečnou hygienu pohlavních orgánů pacientky – všeobecná sestra, vždy
7. vše pravdivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy

**Realizace:**

- Sledovala jsem hodinovou diurézu pacientky,
- Upravovala jsem rychlost prekursorů s FSM dle hodinové diurézy podle ordinace lékaře.
- Kontrolovala jsem krevní tlak pacientky každou hodinu.
- Když se objevila hematurie, propláchla jsem pacientce PMK.
- Udržovala jsem dostatečnou hygienu pohlavních orgánů pacientky dle potřeby.
- Vše jsem pravdivě zaznamenala do dokumentace.

**Hodnocení 25. 6. 2017:** Pacientka močí 70-80 ml/h na vysoké podpoře FSM. Krátkodobý cíl nebyl splněn, pokračují intervence 1-7. Dlouhodobý cíl trvá, pokračují intervence 1-7.

## **Porušená tkáňová integrita**

**Definice:** stav poškození podkožních tkání, sliznic a kůže

**Doména XI:** Bezpečnost a ochrana

**Třída 2:** Fyzické poškození

**Diagnóza:** Porušená tkáňová integrita

**Kód:** 00044

**Určující znaky:**

- poškozená nebo zničená tkáň

**Související faktory:**

- mechanické vlivy (při manipulaci s nepohyblivým pacientem)
- sekrece
- porušená tělesná mobilita
- změny oběhu

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** zhojení poškozené tkáně do měsíce, pacientka má dostatečně prokrvenou, vyživenou a hydratovanou tkáň.

**Cíl krátkodobý:** okolí TSK není zarudlé do 2 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- okolí TSK není zarudlé do 2 dnů
- pacientka má ránu bez sekrece a krvácení do 5 dnů
- pacientka má kůži na ohrožených místech neporušenou do měsíce

**Ošetřovatelské intervence:**

1. sleduj fyziologické funkce každou hodinu - všeobecná sestra
2. asistuj při diagnostických vyšetřeních - všeobecná sestra, vždy
3. při každém převazu sleduj stav rány - všeobecná sestra
4. ránu převazuj vždy asepticky - všeobecná sestra
5. ránu převazuj 4x denně nebo dle potřeby při vysoké tvorbě sputa z DC- všeobecná sestra
6. podávej antibiotika dle ordinace lékaře - všeobecná sestra
7. manipuluj opatrně s TSK při odsávání DC – všeobecná sestra, vždy
8. manipuluj opatrně s pacientkou, aby nedošlo ke zvětšení poškozené tkáně – všeobecná sestra, vždy

9. vše pravdivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy

**Realizace:**

- Každou hodinu jsem sledovala stav pacientky a její fyziologické funkce.
- Při každém převazu jsem sledovala stav rány a zaznamenala rozměry, barvu, zápach rány, stav kůže v okolí rány.
- Ránu jsem převazovala vždy asepticky.
- Ránu jsem převazovala 4x denně nebo dle potřeby.
- Dle ordinace lékaře jsem podávala antibiotikum v 9:00 Amikacin 0,5 g i. v., ve 12:00 Invanz 1 g i. v.
- Manipulovala jsem šetrně s TSK při odsávání z DC.
- Při polohování pacientky jsem dávala pozor na ránu.
- Vše jsem pravdivě zaznamenávala do dokumentace.

**Hodnocení 25. 6. 2017:** Poškozená tkáň v okolí TSK je mírně zarudlá. Krátkodobý cíl nebyl splněn, pokračují intervence 1-9. Dlouhodobý cíl trvá, pokračují intervence 1-9.

**Riziko infekce**

**Definice:** stav zvýšeného rizika invaze patogenních mikrobů do organismu

**Doména XI:** Bezpečnost a ochrana

**Třída 1:** infekce

**Diagnóza:** Riziko infekce

**Kód:** 00004

**Určující znaky:**

- bolest v souvislosti s ránou
- invazivní procedury
- prostředí zvýšeně vystavené patogenům
- zvýšená teplota
- otok
- zarudnutí v okolí rány
- zápach rány
- nažloutlé nebo nazelenalé povlaky rány

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** pacientka nemá do měsíce známky celkové ani místní infekce.

**Cíl krátkodobý:** pacientce se rána hojí per primam do 5 dnů.

**Očekávané výsledky:**

- pacientka má invazivní vstupy bez známek infekce do 3 dnů,
- pacientčina rána je bez známek infekce do 4 dnů
- pacientka nemá známky celkové ani místní infekce do 30 dnů

**Ošetrovatelské intervence:**

1. opakovaně každou hodinu měř teplotu a kontroluj tepovou frekvenci na monitoru - všeobecná sestra
2. sleduj stav rány a jejího okolí - všeobecná sestra, denně
3. pátrej po místních známkách infekce v místech invazivních vstupů při každé manipulaci s pacientkou - všeobecná sestra
4. u všech invazivních zákroků dodržuj aseptický postup - všeobecná sestra, vždy
5. aplikuj ATB terapii dle ordinace lékaře - všeobecná sestra
6. pečuj o dostatečnou hydrataci pacientky - všeobecná sestra, vždy
7. dodržuj pravidelnou hygienu pacientky – všeobecná sestra, dle potřeby
8. dodržuj aseptický přístup při ošetřování – všeobecná sestra, vždy
9. vše pravdivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy

**Realizace:**

- Dle ordinace lékaře jsem měřila teplotu a tepovou frekvenci pacientky každou hodinu. Denně jsem sledovala a zaznamenávala stav rány a stav invazivních vstupů.
- Převezvy a invazivní zákroky jsem prováděla za naprosto sterilních podmínek.
- Antibiotikum Amikacin 0,5 g i. v. v 9:00 a Invanz 1 g i. v. ve 12:00 hodin jsem aplikovala dle ordinace lékaře.
- Pečovala jsem o dostatečnou hydrataci pacienta.
- Pátrala jsem po místních známkách infekce invazivních vstupů při každé manipulaci s pacientkou.
- Dbala jsem na pravidelnou hygienu a čistotu pacientky.
- Vše jsem pravdivě zaznamenávala do dokumentace.

**Hodnocení 25. 6. 2017:** Příznaky infekce neodezzněly, rána byla v okolí TSK zarudlá. Ostatní invazivní vstupy bez známek infekce. Krátkodobý cíl nebyl splněn, pokračují intervence 1-9. Dlouhodobý cíl trvá, pokračují intervence 1-9.

### **Riziko aspirace**

**Definice:** zvýšené riziko vdechnutí tekutiny do dýchacích cest

**Doména XI:** Bezpečnost a ochrana

**Třída 2:** Tělesné poškození

**Diagnóza:** Riziko aspirace

**Kód:** 00039

#### **Určující znaky:**

- zvýšený žaludeční tlak
- podávání výživy a tekutin NGS
- poruchy vědomí
- tracheostomie nebo endotracheální intubace
- porušené polykání
- sondování žaludečního traktu
- chirurgické zákroky na obličeji, v ústech nebo krku
- omezení dávivého reflexu

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** pacientka bude do 14 dnů plynule převedena z umělé výživy do NGS na výživu podávanou per os.

**Cíl krátkodobý:** pacientka bude tolerovat umělou výživu do NGS do 1 dne.

#### **Očekávané výsledky:**

- pacientka toleruje umělou výživu do NGS do 1 dne
- pacientka toleruje mletou stravu per os bez aspirace do 1 týdne
- pacientku není potřeba dokrmovat a hydratovat pomocí NGS do 14 dnů
- pacientka je schopna se najíst per os bez nafouknuté manžety v TSK do 14 dnů

#### **Ošetřovatelské intervence:**

1. zkoušej podávat mletou stravu per os v malých dávkách - všeobecná sestra, 1x denně
2. sleduj SpO<sub>2</sub> hodnotu pacientky - všeobecná sestra, každou hodinu
3. vertikalizuj pacientku do sedu - všeobecná sestra, před každým jídlem

4. nafoukni balóněk TSK, aby nedošlo k aspiraci - všeobecná sestra, před každým jídlem
5. podávej do NGS výživu pomalu bez použití násilí - všeobecná sestra, vždy při podávání stravy
6. zkontroluj po zavedení NGS, zda je NGS v žaludku a ne v dýchacích cestách - všeobecná sestra, vždy
7. pokud začne pacientka zvracet, dej NGS na spád – všeobecná sestra, vždy
8. vše pravdivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy

**Realizace:**

- Po zavedení NGS jsem pořádně zkontrolovala, zda je NGS v žaludku.
- Při prvním krmení do nově zavedené NGS jsem podala nejdříve malé množství čaje a kontrolovala SpO<sub>2</sub> pacientky.
- Nafoukla jsem tlakovou manžetu TSK, aby nedošlo k aspiraci.
- Každou hodinu jsem sledovala SpO<sub>2</sub> pacientky.
- Umělou výživu jsem podávala v množství dle ordinace lékaře.
- Pacientku jsem si při krmení přizvedla.
- Nepodávala jsem výživu do NGS pod tlakem.
- Vše jsem pravdivě zaznamenala do dokumentace.

**Hodnocení 25. 6. 2017:** Pacientka netolerovala výživu do NGS dle ordinace lékaře. Krátkodobý cíl nebyl splněn, pokračují intervence 1-8. Dlouhodobý cíl trvá, pokračují intervence 1-8.

**Riziko imobilizačního syndromu**

**Definice:** prevence vzniku dekubitů u pacientky z komplikací imobility

**Doména IV:** Aktivita a odpočinek

**Třída 2:** Aktivita - pohyb

**Diagnóza:** Riziko imobilizačního syndromu

**Kód:** 00040

**Určující znaky:**

- silná bolest
- vynucené nebo předepsané upoutání na lůžko



- změny vědomí

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** pacientka bude soběstačná do 3 měsíců.

**Cíl krátkodobý:** pacientce nevznikne dekubit do 1 týdne.

**Očekávané výsledky:**

- pacientka používá polohovací pomůcky do 1 měsíce
- pacientka je dostatečně polohována přes den po 2 hod, v noci po 3 hod do 2 týdnů
- pacientka má zajištěnou dostatečnou hygienu a čistotu dle potřeby do 1 měsíce
- pacientka sama zvládne manipulaci na lůžku do 2 týdnů
- pacientka s pomocí zvládne postavení se vedle lůžka do měsíce
- pacientka zvládne sama chůzi 50 metrů s pomůckami do 2 měsíců

**Ošetřovatelské intervence:**

1. polohuj pacientku po 2 hod přes den a po 3 hod v noci - všeobecná sestra
2. použivej všech dostatečných polohovacích pomůcek při každém polohování - všeobecná sestra
3. dbej na dostatečnou hydrataci pacientky - všeobecná sestra, vždy
4. promazávej pokožku při každé změně polohy na zádech a v okolí sakra zinkovou mastí - všeobecná sestra
5. předcházej vzniku opruzenin v okolí sakra - všeobecná sestra, při každé změně polohy
6. zaznamenávej každou změnu na kůži do dokumentace pacientky - všeobecná sestra, vždy
7. dávej pozor na otlaky na těle pacientky vznikem přístrojových kabelů, invazivních vstupů a infuzních setů při každé manipulaci – všeobecná sestra, vždy
8. dbej na dostatečnou hygienu a čistotu pacientky – všeobecná sestra, vždy
9. rehabilituj s pacientkou pasivně i aktivně 2x denně - fyzioterapeut
10. vše pravdivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy

**Realizace:**

- Dle časových intervalů ve dne po 2 hodinách a v noci po 3 hodinách jsem polohovala pacientku na boky a záda.
- Polohovala jsem pomocí polohovacích pomůcek k tomu určených.
- Poctivě jsem promazávala a hydratovala pacientčinu kůži gely a krémy.

- Snažila jsem se předejít vzniku opruzenin v okolí sakra, dostatečnou hygienou a pravidelným promazáváním.
- Veškeré změny na kůži jsem patřičně ošetřila a zaznamenala do dokumentace pacientky a informovala jsem o nich lékaře i zdravotnický personál.
- Dávala jsem pozor, aby nedošlo k otlakům vlivem infuzních setů, invazivních vstupů a přístrojových kabelů.
- Dbala jsem na dostatečnou hygienu a čistotu pacientky dle potřeby.
- Vše jsem pravdivě zaznamenala do dokumentace.

**Hodnocení 25. 6. 2017:** U pacientky zatím nevznikl dekubit, ale objevují se drobné otlaky na kůži. Krátkodobý cíl nebyl splněn, pokračují intervence 1-10. Dlouhodobý cíl trvá, pokračují intervence 1-10.

## **Riziko pádů**

**Definice:** prevence rizika pádu pacientky upoutané na lůžko

**Doména XI:** Bezpečnost a ochrana

**Třída 2:** Tělesné poškození

**Diagnóza:** Riziko pádů

**Kód:** 00155

**Určující znaky:**

- věk nad 65 let
- seniorský věk (častěji ženy)
- akutní onemocnění
- cévní onemocnění
- vliv novotvarů (například vyčerpání, omezení mobility)
- zvýšení glykémie po jídle
- porušená tělesná mobilita

**Priorita:** vysoká

**Cíl dlouhodobý:** pacientka se pohybuje bez opory a bezpečně do 3 měsíců.

**Cíl krátkodobý:** pacientce upoutané na lůžko nevznikne pád z lůžka do 1 týdne hospitalizace.

**Očekávané výsledky:**

- pacientka má postel zabezpečenou zábradlím - ihned
- pacientka má v dosahu signalizační zařízení - ihned
- pacientka je monitorována nepřetržitým kamerovým systémem - ihned
- pacientka dodržuje pohybový režim do 3 měsíců
- -pacientka se pohybuje bez opory do 3 měsíců

**Ošetrovatelské intervence:**

1. zajisti vše potřebné k lůžku - všeobecná sestra, vždy
2. zajisti dostupnou signalizaci - všeobecná sestra, vždy
3. dbej na bezpečnost pacientky po celou dobu její hospitalizace - všeobecná sestra
4. nenechej nikdy pacientku bez dozoru a bez ochranných pomůcek - všeobecná sestra
5. hygienu na lůžku prováděj vždy v dostatečném počtu zdravotnického personálu - všeobecná sestra
6. podávej dle ordinace lékaře medikaci při neklidu pacientky – všeobecná sestra
7. při neklidu pacientky použij dle ordinace lékaře omezující prostředky - všeobecná sestra
8. vše pravdivě zaznamenávej do dokumentace – všeobecná sestra, vždy

**Realizace:**

- Zajistila jsem vše potřebné k lůžku.
- Zajistila jsem dostupnou signalizaci.
- Dbala jsem na bezpečnost pacientky.
- Nenechávala jsem ji bez dozoru bez ochranných pomůcek.
- Hygienu a veškerou manipulaci s pacientkou jsem prováděla v dostatečném počtu zdravotnického personálu.
- O každé změně stavu vědomí pacientky jsem informovala ošetřujícího lékaře.
- Vše jsem pravdivě zaznamenala do dokumentace.

**Hodnocení 25. 6. 2017:** Pacientka je stále sedována. Krátkodobý cíl nebyl splněn, pokračují intervence 1-8. Dlouhodobý cíl trvá, pokračují intervence 1-8.

## **6.2 Hodnocení ošetrovatelské péče ke dni 26. 6. 2017**

Zdravotní stav pacientky byl velmi vážný již před přeložením na oddělení následné intenzivní péče ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Její prognóza byla od přijetí nejistá a vysoce nepříznivá. Přes veškeré snahy lékařů a zdravotnického personálu k rozšíření další a další terapie a medikace se nadále stav pacientky zhoršoval.

Od 25. 6. 2017 s ohledem k vývoji onemocnění, opakovanému selhání při weaningu, vyčerpané kapacitě organismu a při základním onemocnění byl u pacientky konsenzuálně zaveden status DNR s nenavyšováním terapie a v případě oběhové zástavy nebude zahajována KPR a v další péči byl kladen důraz na komfort pacientky - analgosedaci, hydrataci a výživu.

Ordinace lékaře byly zredukovány na analgosedaci, hydrataci a výživu. Byla ponechána minimální medikace a antibiotická léčba. Vzhledem k netoleranci výživy do NGS byla medikace převedena z tbl. na i. v. léčbu. NGS odváděla velké množství odpadů a byla ponechána na spád. Pacientka byla hydratovaná infuzemi a periferní výživou Kabiven do CŽK. Všechny ošetrovatelské diagnózy pokračují a stanovené intervence přetrvávají.

## **6.3 Doporučení pro praxi**

Téma bakalářské práce je zaměřeno na problematiku příkazu DNR v českých podmínkách. Literatura ani legislativa České republiky téměř pojem DNR nezná. I přes tento nedostatek v právním systému víme, ve zdravotnické praxi, kdo a jakým způsobem je zodpovědný za neposkytnutí pomoci při ohrožení života. Pokud se pustíme do hledání pojmu DNR v české literatuře, nalezneme pouze několik krátkých tematických článků, případně nějakou monografii. Ucelenější informace lze najít v cizojazyčné literatuře, ovšem pro české podmínky je naprosto nevyhovující. Opravdovou teoretickou oporou pro příkaz DNR se stávají dokumenty např. České lékařské komory, nebo České asociace sester, které jsou však jen doporučením v postupech pro praxi zdravotníků. V teoretické

části jsou nastíněna témata, která nám přispěla k lepší orientaci a pochopení péče o pacienta, pro kterého je vydán příkaz DNR.

U terminálně nemocného pacienta, kde se očekává smrt, může lékař nebo, je-li to možné i pacient, dát souhlas s pokynem k neprovedení resuscitace. Tento pokyn by měl být obnovován každých 48 hodin. Pokud tuto ordinaci lékař zaznamená do dokumentace, sestra v případě zástavy srdeční či dechové akce, resuscitaci nezahajuje. Pokyny k DNR jsou právně uznávané a sestra v tomto případě neponese žádnou zodpovědnost za smrt pacienta.

Pro zdravotnické pracovníky na ARO, JIP, NIP:

- Pacient se statusem DNR má nárok na stejnou ošetrovatelskou péči jako pacient s plnou terapií. Tento fakt by si měl uvědomit veškerý zdravotnický personál. I když je pacient v terminálním stádiu umírání, nemělo by se polevit zejména v hygieně, polohování a empatickému přístupu.
- Dalším doporučením je zařadit do konceptu paliativní péče i ordinaci DNR. Podíl sestry je v oblasti paliativní péči nezastupitelný, pozornost věnovaná péči o pacienta je výrazem respektu vůči člověku. Pacienti v bezvědomí potřebují především fyzickou péči a zájem o ně je jedním ze způsobů, jak může sestra dokázat rodině, že i umírající pacient má nárok na kvalitní péči.
- S ordinací DNR se nejčastěji setkáváme u pacientů v terminálním stádiu, pacientů v bezvědomí nebo s vědomím nemocí narušeným a u pacientů napojených na UPV. V těchto případech je komunikace s pacientem nemožná, proto by se měla komunikace obrátit na rodinu. Komunikace s rodinou pacienta je nezbytnou součástí péče. Za hlavní úkol sestry považují zajištění dobré péče o pacienta a případné začlenění rodiny do péče. Pro někoho je důležité, že se může podílet na péči, že tam není zbytečný. Obvykle stačí jen informovat rodinu o tom, co u pacienta děláme, třeba je naučit trochu rehabilitovat, nebo je edukovat o tom, co mohou přinést. Většina lidí potřebuje hlavně vědět, že je o jejich blízké postaráno, že netrpí, a to je hlavní úloha sestry - umět je o tom přesvědčit.

## ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce měla za úkol shrnout problematiku ošetrovatelské péče u pacientů se statusem DNR, jejíž léčba je složitým procesem a v mnoha případech již nevratná. Jedná se o pacienty na jednotkách intenzivní péče, kdy se z plné léčby přechází na léčbu paliativní. Teoretická část byla vypracována s pomocí knižních zdrojů, internetových stránek a odborných konzultací s lékaři a odborných zdravotnických pracovníků. Důraz byl kladen i na etickou stránku věci. Informace získané studiem odborné literatury přispěly k našemu prohloubení vědomostí v dané problematice. Seznámili jsme se s problematikou příkazu DNR, s péčí o DNR pacienta a legislativou vázanou k resuscitaci a tím byly splněny cíle bakalářské práce.

Cílem praktické části bylo sestavit a uplatnit ošetrovatelský plán pro pacientku se statusem DNR. Byl proveden sběr objektivních i subjektivních dat týkajících se konkrétní pacientky, dále bylo provedeno komplexní hodnocení pacientčina stavu, byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a byl vypracován a realizován individuální ošetrovatelský proces. Vypracováním individuálního ošetrovatelského procesu a doporučení pro praxi byly splněny cíle praktické bakalářské práce.

Samotné zpracování této práce bylo vzhledem k tématu velmi zajímavé. Rádi bychom ocenili spolupráci s oddělením následné intenzivní péče ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, spolupráci všeobecných sester a lékařů.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČESKO, 2011. Zákon č. 372, o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 14. 2. 2018]. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p28>>.
- ČESKO, 2012. Občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 28. 2. 2018]. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#p2642>>
- DRÁBKOVÁ, J., 2011. *Etika a kritické stavy*. In PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Gradis. ISBN 978-80-247-3976-2.
- DUBCOVÁ, I., 2011. *Etika umírání a smrti*. [online]. [cit. 2. 2. 2018]. Dostupné také z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti-461772>
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-471-3.
- KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KNOR, J, O. FRANĚK a A. TRUHLÁŘ, 2009. *Neodkladná resuscitace. Doporučený postup výboru ČLS JEP – společnosti UM a MK. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof*. 29. 6. 2009. *Urgentní medicína*. 12 (2), s. 27-30. ISSN 1212-1924. Dostupné také z: [http://www.urgmed.cz/postupy/2011\\_nr.pdf](http://www.urgmed.cz/postupy/2011_nr.pdf)
- KÜBLER-ROSS, E., 2015. *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- PAŘÍZKOVÁ, R., V. ČERNÝ, K. CVACHOVEC, I. NOVÁK, V. ŠRÁMEK a D. NALOS, 2006. *Postoj lékařů ARO/JIP k otázkám omezení rozsahu poskytované léčby u nemocných v intenzivní péči-národní studie*. *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 17(5), 251–260.
- PEALRMAN, R.A., M.TONELLI et al., 2014. *Advance Care Planning*. [online]. Dostupné také z: <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/adcare.html>
- POKORNÝ, J., 2011. *Nové postupy resuscitace Guidelines 2010 – a co dál? Zdravotnické noviny*. [online]. 31. 1. 2011. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/nove-postupy-resuscitace-guidelines-2010-a-co-dal-457766>
- POST, F.L, J, BLUSTEIN and N.N. DUBLER, 2007. *Handbook for Health Care Ethic Committees*. 1. vydání. USA: John Hopkins University Press. ISBN 0-8018-8448-9.

SLÁMA, O., L. KABELKA, J. VORLÍČEK a kol., 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0

SLÁMA, O., 2009. *Klinické, etické a právní aspekty rozhodování o kardiopulmonální resuscitaci u terminálně onkologicky nemocných pacientů*. Dizertační práce. Masarykova univerzita Brno. 93 s., Školitel dizertační práce Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

STOLÍNOVÁ, J. a J. MACH, 2010. *Právní odpovědnost v medicíně*. (2.vyd.). Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-686-1

ŠIMEK, J. 2008. Etické problémy urgentní medicíny. *Urgentní medicína*. 11(4), s. 31-33. ISSN 1212-1924.

TĚŠINOVÁ, J., 2014. *Základní principy a terminologie v medicínském právu* [přednáška k předmětu Veřejné zdravotnictví a medicínské právo, obor Všeobecné lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze]. Praha. 3. 3. 2014.

TOMEŠOVÁ J., 2012. *Dříve vyslovená přání - předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby*. [online]. [cit. 8. 2. 2018]. Dostupné také z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>

VYTEJČKOVÁ, R a kol., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Speciální část. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3420-0.

[www:http://lekarske.slovniky.cz/](http://lekarske.slovniky.cz/)



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Příloha B – Čestné prohlášení

Příloha C – Rešerše

# Příloha A



## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	NOVAC CAMILLA							
Studijní obor	VŠEOBECNÁ SESTRA	Ročník 3AVS						
Téma práce	PACIENT SE STATUSEM DNR V PRAXI VŠEOBECNÉ SESTRY							
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	<table border="1"> <tr> <td>1 S</td> <td>ETOILE CZ a.s.</td> </tr> <tr> <td>IČP 10 663</td> <td>oddělení následné intenzivní péče NIP 1 Šrobárova 50, Praha 10, 100 00 primář MUDr. Dan Romportl</td> </tr> <tr> <td>001</td> <td>tel. 267 16 3808 odbornosť 708 IC: 289 73 976</td> </tr> </table>		1 S	ETOILE CZ a.s.	IČP 10 663	oddělení následné intenzivní péče NIP 1 Šrobárova 50, Praha 10, 100 00 primář MUDr. Dan Romportl	001	tel. 267 16 3808 odbornosť 708 IC: 289 73 976
1 S	ETOILE CZ a.s.							
IČP 10 663	oddělení následné intenzivní péče NIP 1 Šrobárova 50, Praha 10, 100 00 primář MUDr. Dan Romportl							
001	tel. 267 16 3808 odbornosť 708 IC: 289 73 976							
Jméno vedoucího práce	doc. PhDr. JANA ANTONIOVA (M.D.)							
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště							
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím							
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím							

.....  
studenta

V PRAZE dne 14. 1. 2019

podpis

prim. MUDr. Dan Romportl

**Příloha B - Čestné prohlášení studenta k získání pokladu pro zpracování  
bakalářské práce**

**Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem zpracovala podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem „Pacient se statusem DNR v praxi všeobecné sestry“ v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 1. 3. 2019

Camilla Novac

## **Příloha C**

### **PRŮVODNÍ LIST K REŠERŠI**

**Jméno:** Camilla Novac

**Název práce:** Pacient se statutem DNR v praxi všeobecné sestry

**Jazykové vymezení:** čeština, angličtina

**Klíčová slova:**

DNR – neresuscitovat – resuscitace - lékařská etika - resuscitační směrnice - resuscitační péče - pacientova přání ohledně budoucí terapie - dříve vyslovené přání - paliativní péče

**Klíčová slova angličtina:**

Do Not Resuscitate – DNR – Resuscitation - Ethics, Medical - Resuscitation Orders - Life Support Care - Advance Directives - Living Wills - Palliative Care

**Rešeršní strategie**

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH

**Časové vymezení:** 2007-2017

**Počet záznamů:**

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu

tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

**České zdroje:** záznamů: 51 (knihy: 27, kapitoly: 24)

**Zahraniční zdroje:** záznamů: 59

**Použitý citační styl:**

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

**Zdroje:**

Katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz)) a databáze BMČ  
Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

**Zpracoval:**

PhDr. Ondřej Burský

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb  
Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: [bursky@nlk.cz](mailto:bursky@nlk.cz)