

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Galina Holomojová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Galina Holomojová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PROBLEMATIKA KOMUNIKACE U PACIENTA S
TRACHEOSTOMIÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

PLZEŇ 2019

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2019.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Holomojová Galina

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika komunikace u pacienta s tracheostomií

Vedoucí práce: Mgr. Jana Křivková

Počet stran – číslované: 104

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 11

Počet titulů použité literatury: 21

Klíčová slova: tracheostomická kanyla; umělá plicní ventilace; komunikace; komunikační metody; komunikační pomůcky; edukace

Souhrn:

Bakalářské práce je věnována problematice komunikace u pacienta s tracheostomií v intenzivní péči a na standardním lůžkovém oddělení. Teoretické část popisuje anatomii a fyziologii dýchacích cest, vymezení pojmu tracheostomie, druhy tracheostomických kanyl, komplikace tracheostomie a ošetrovatelskou péči o pacienta s tracheostomií. Závěr této části je věnován komunikaci, komunikačním metodám a pomůckám používaných u těchto pacientů. V empirické části jsou zpracovány kazuistiky dvou pacientů s tracheostomií, hospitalizovaných na oddělení intenzivní péče a standardním lůžkovém oddělení. Součástí této části jsou i rozhovory se sestrami, které tyto pacienty ošetrovaly. Cílem bakalářské práce bylo zjistit rozdílnost komunikace u pacienta s tracheostomií v intenzivní péči a na standardním lůžkovém oddělení. Jaké komunikační metody a pomůcky sestry při komunikaci u pacienta s tracheostomií používají a zda jsou dostatečně v této oblasti edukovány. Tento cíl se podařilo splnit.

Abstract

Surname and name: Holomojová Galina

Department: Department of Nursing Care and Midwifery

Title of thesis: The issue of communication in a patient with a tracheostomy

Consultant: Mgr. Jana Křivková

Number of pages – numbered: 104

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 11

Number of literature items used: 21

Keywords: tracheostomy tube; artificial pulmonary valve; communication; communication methods; communication aid; education

Summary:

The bachelor work deals with communication problems of patients who suffer from tracheostomy. These patients are hospitalized in an intensive care unit or a standard ward. The theoretical part describes anatomy and physiology of respiratory track, definition of tracheostomy, kinds of tracheostomy tubes, complications of tracheostomy and nursing care about patients with tracheostomy. The end of this part deals with communication, communication methods and aids using by these patients. The empirical part contains analysis of two case report of patients who suffered from tracheostomy. They were hospitalized in the intensive care unit and the standard ward. There are also interviews with nurses, who cared about these patients. The aim of this work was to detect the differences of communication of tracheostomy patients in the intensive care unit and the standard ward. What kinds of communication methods are used by nurses when they communicate with tracheostomy patients and if they are educated enough in this field. The aim of the bachelor work was accomplished.

Předmluva

Tato bakalářská práce byla napsána z důvodu získání informací o komunikaci, komunikačních metodách a pomůckách u pacienta s tracheostomií v intenzivní péči a na standardním lůžkovém oddělení. Účelem bakalářské práce bylo poskytnout dostatek informací o komunikačních metodách a pomůckách, které mohou sestry využívat při komunikaci u pacienta s tracheostomií. Jakým způsobem se dokáží s pacientem s tracheostomií dorozumět. Cílem bakalářské práce bylo zjistit rozdílnost komunikace u sester v intenzivní péči a na standardním lůžkovém oddělení. Zjistit jaké metody a pomůcky ke komunikaci u pacienta s tracheostomií používají. Zda jsou dostatečně edukovány o komunikačních metodách a pomůckách, zda dokáží v této oblasti edukovat i pacienty. Výstupem této bakalářské práce bylo vytvoření edukačního návodu pro sestry, aby byly informovány i o dalších komunikačních metodách a pomůckách a zavedení afatického slovníku mezi komunikační metody, využívané pro komunikaci u pacientů s tracheostomií.

Poděkování

Velice ráda bych chtěla poděkovat paní Mgr. Janě Křivkové za odborné vedení mé bakalářské práce. Za poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Za trpělivost, kterou mi věnovala po celou dobu tvorby mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala sestřičkám za čas, který mi věnovaly při rozhovorech.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	17
TEORETICKÁ ČÁST	18
1 ANATOMIE DÝCHACÍCH CEST	18
1.1 Rozdělení dýchacích cest.....	18
1.2 Horní cesty dýchací	18
1.2.1 Tvorba hlasu	19
1.2.2 Tvorba řeči.....	19
1.3 Dolní cesty dýchací.....	19
1.3.1 Artikulační ústrojí.....	20
1.4 Plíce	20
1.5 Fyziologie dýchacích cest.....	20
1.5.1 Mechanika dýchání.....	21
1.5.2 Regulace dýchání.....	21
1.5.3 Základní terminologie.....	21
1.5.4 Obranné reflexy	22
2 ZAJIŠTĚNÍ DÝCHACÍCH CEST	23
2.1 Neinvazivní způsoby zajištění dýchacích cest.....	23
2.2 Invazivní způsoby zajištění dýchacích cest	23
2.2.1 Tracheostomie	23
2.2.2 Klasická chirurgická tracheostomie.....	23
2.2.3 Punkční dilatační tracheostomie.....	24
2.2.4 Indikace k provedení	24
2.2.5 Druhy tracheostomických kanyl	24
2.2.6 Komplikace tracheostomie	25
2.2.7 Dekanylace	27
2.2.8 Komplikace dekanylace.....	27
2.2.9 UPV a ventilační režimy.....	27
2.2.10 Odvykání od ventilátoru	28
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S TRACHEOSTOMIÍ	29
3.1 Předoperační příprava	29
3.1.1 Bezprostřední předoperační příprava.....	29
3.2 Pooperační péče	30

3.3	Ošetřování tracheostomické kanyly	30
3.3.1	Toaleta dýchacích cest.....	31
3.3.2	Zvlhčování vdechované směsi.....	31
3.3.3	Laváž dolních dýchacích cest.....	32
3.3.4	Inhalační léčba.....	32
3.4	Edukace pacienta	33
4	KOMUNIKACE PACIENTA S TRACHEOSTOMIÍ	35
4.1	Definice a rozdělení komunikace	35
4.2	Komunikační bariéry	35
4.3	Komunikační metody u pacienta s tracheostomií.....	36
4.3.1	Komunikační metody u pacienta s tracheostomií na UPV	36
4.3.2	Komunikační metody u pacienta s tracheostomií se spontánní ventilací	37
4.4	Alternativní hlasové metody	38
4.5	Edukace pacienta a rodiny	39
	PRAKTICKÁ ČÁST	40
5	FORMULACE PROBLÉMU	40
6	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	41
6.1	Hlavní cíl.....	41
6.2	Dílčí cíle.....	41
7	VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY	42
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	43
9	METODIKA PRÁCE	44
10	ORGANIZACE VÝZKUMU	45
11	KAZUISTIKA Č. 1 (PACIENTKA ARO).....	46
11.1	Katamnéza.....	46
11.2	Anamnéza.....	46
11.3	Objektivní nález	47
11.4	Vyšetření	48
11.5	Průběh hospitalizace.....	48
11.6	Ošetřovatelský proces dle modelu Virginie Hendersonové	58
11.7	Plán ošetřovatelské péče.....	62
11.7.1	Aktuální ošetřovatelské diagnózy.....	62
11.7.2	Potenciální ošetřovatelské diagnózy.....	67
11.8	Edukační plán.....	70
12	KAZUISTIKA Č. 2 (PACIENT INTERNÍHO ODDĚLENÍ).....	71
12.1	Katamnéza.....	71
12.2	Anamnéza.....	71

12.3	Objektivní nález	72
12.4	Vyšetření	73
12.5	Průběh hospitalizace.....	73
12.6	Ošetrovatelský proces dle modelu Virginie Hendersonové	81
12.7	Plán ošetrovatelské péče.....	86
12.7.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	86
12.7.2	Potenciální ošetrovatelské diagnózy.....	91
12.8	Edukační plán	93
13	VÝSLEDKY ROZHOVORŮ SESTER	94
13.1	Identifikační údaje sester.....	94
13.2	Rozčlenění do jednotlivých kategorií z rozhovorů se sestrami.....	94
	DISKUZE.....	98
	ZÁVĚR.....	103
	SEZNAM LITERATURY.....	105
	SEZNAM PŘÍLOH	107
	PŘÍLOHY	108
	Příloha A – Edukační návod pro sestry	108
	Příloha B – Informovaný souhlas s výzkumným šetřením.....	113
	Příloha C – Informovaný souhlas pro sestry	114
	Příloha D – Rešerše	115
	Příloha E – Skórovací systémy.....	118
	Příloha F – Hodnocení rizika pádu	119
	Příloha G – Barthelův test běžných denních činností.....	120
	Příloha H – Nutriční skóre a BMI	121
	Příloha CH – VAS	122
	Příloha I – Rozhovor s respondentkou 1 (R1).....	123
	Příloha J – Rozhovor s respondentkou 2 (R2).....	125

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Schéma zpracování rozhovorů.....	97
---	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Edukační plán pacientky ARO 70

Tabulka 2: Edukační plán pacienta interního oddělení.....93

SEZNAM ZKRATEK

ABR	Acidobasická rovnováha
ACC	Acetylcystein
APPE	Appendektomie
APTT	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas
ARO.....	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
arteria radialis sin.....	tepna vřetenní zavedená vlevo
ASA	American Society of Anesthesiologists
BE.....	Base excess
BIPAP.....	Biphasic Positive Airway Pressure
BMI.....	Body Mass Index
cm	centimetr
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CRP.....	C-reaktivní protein
CT	Computed tomography
CŽK	Centrální žilní katétr
DC.....	Dílčí cíl
DF.....	Dechová frekvence
EKG	Elektrokardiograf
FiO ₂	Množství kyslíku ve vdechované směsi
FR	Fyziologický roztok
g /l.....	gram na litr

GCS Glasgow Coma Scale

HCO₃ Hydrogenuhličitan, bikarbonát

HME systém Výměník tepla a vlhkosti

CHE Cholecystektomie

CHOPN..... Chronická obstrukční plicní nemoc

i. v. intravenózní podání, nitrožilní podání

INR International Normalized Ratio

IPPV Intermittent Positive Pressure Ventilation

JIP Jednotka intenzivní péče

kg kilogram

kPa kilopascal

l /min..... litr za minutu

MDI Pressurized metered-dose inhaler

mg /l..... miligram na litr

mg miligram

min. minuta

ml mililitr

mmol /kg..... milimol na kilogram

mmol /l..... milimol na litr

MV Minutová ventilace

n. recurens..... nervus recurens

NIS..... Nemocniční informační systém

ORL Otorinolaryngologie

PAD Perorální antidiabetikum

pCO₂ Parciální tlak oxidu uhličitého

PEEP..... Pozitivní přetlak na konci výdechu

pH Potential of hydrogen, potenciál vodíku

PIP Maximální inspirační tlak

PMK Permanentní močový katétr

pO₂..... Parciální tlak kyslíku

RASS Richmond Agitation and Sedation Scale

RTG plic Rentgenový snímek plic

RV..... Reziduální objem

s sekunda

s. c..... subkutánní podání, podkožní podání

SIMV Synchronized intermittent mandatory ventilation

SMS zpráva Short Message Service

SpO₂..... Saturace krve kyslíkem

tbl tableta

TEF Tracheozofageální fistula

TEN Tromboembolická nemoc

TF Tepová frekvence

TK..... Tlak krve

TLC..... Celková plicní kapacita

TSC..... Tracheostomická kanyla

TSK..... Tracheostomická kanyla
TT Tělesná teplota
umol /l..... mikromol na litr
UPV Umělá plicní ventilace
VAS Vizuální analogová škála
VC..... Vitální kapacita plic
vena jugularis dxt. hrdelní žíla zavedená vpravo
VO Výzkumná otázka
VT..... dechový objem

ÚVOD

Komunikace ve zdravotnictví je velice důležitá a v dnešní době zdravotnickým personálem dosti opomíjená. Kvalitní komunikace pacienta s ošetřujícím personálem celkově podporuje zvýšení úspěšnosti léčby a tím zároveň snižuje délku jejího trvání. Nesprávnou komunikací dochází k narušení vztahu mezi pacientem a ošetřujícím zdravotnickým personálem a k celkovému nepochopení, nedůvěře, uzavřenosti a nespolupráci pacienta. Proto je potřeba se komunikaci věnovat a využívat všech dostupných metod a pomůcek k jejímu zlepšení.

U pacientů s tracheostomií se spontánní ventilací či na umělé plicní ventilaci a ošetřujícím zdravotnickým personálem, ale i rodinnými příslušníky je komunikace často náročná. Provedením tracheostomie a tím vyřazením hlasivek z fyziologické činnosti, ztrácí pacient schopnost verbálně komunikovat. Nedokáže tak dokonale vyjádřit svoje potřeby, přání, problémy, pocity a touhy. A právě sestra by měla svým empatickým přístupem, trpělivostí, ochotou, a hlavně dostatkem času pacienta správně motivovat, podporovat, edukovat a společně s pacientem hledat vhodnou komunikační metodu či pomůcku, která by zlepšila komunikaci mezi nimi a pomocí které by se dobře dorozuměli.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že sama pracuji na anesteziologicko-resuscitačním oddělení již řadu let a s pacienty s tracheostomií se setkávám dosti často. Také sama dobře vím, že najít vhodný způsob, jak s těmito pacienty komunikovat je poměrně těžké a náročné. Každý pacient je jedinečný, má svoje zvyky, návyky, potřeby, touhy a přání a splnit tyto požadavky je pro sestru mnohdy velice obtížné, zvláště, když pacient nemůže verbálně komunikovat a svoje přání vyslovit nahlas. Proto si myslím, že je potřeba se tomuto problému věnovat, získávat nové informace o vhodných metodách a pomůckách, edukovat jak pacienta a jeho rodinu, ale především ošetřující sestry. Informace o této problematice jsem čerpala i z rešerše vytvořené Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje (Příloha D).

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE DÝCHACÍCH CEST

1.1 Rozdělení dýchacích cest

Dýchací cesty rozdělujeme na horní a dolní cesty dýchací a vlastní dýchací orgán plicí. K horním dýchacím cestám patří zevní nos, dutina nosní, vedlejší dutiny nosní, nosohltan a hrtan. Dolní cesty dýchací tvoří průdušnice, pravá a levá průduška, průdušinky a plicní sklípky. Hranici mezi horními a dolními dýchacími cestami tvoří hlasové vazy. Dýchací cesty se skládají ze soustavy trubic a dutin, tvořených chrupavkami, vazy a svaly. Sliznice je pokryta řasinkovým epitelem, je velice dobře prokrvena a bohatě zásobena lymfatickými cévami a uzlinami. Hlenové žlázy epitelu produkují sekret, který dokonale zvlhčuje vdechovaný vzduch. Řasinky svým kmitavým pohybem zajišťují odstranění hlenu, prachových částic a nečistot směrem ven z dýchacích cest (Marková, 2009, s. 12).

1.2 Horní cesty dýchací

Zevní nos má chrupavčitý a kostěný podklad. Má tvar trojboké pyramidy. Uvnitř je vystlaný sliznicí a zevně pokryt kůží. V horní třetině se nachází čichová oblast obsahující čichové buňky.

Dutina nosní je prostor ohraničený po stranách kostěnými výběžky horní čelisti. Strop tvoří čelní a čichová kost. Nozdrami přechází do nosohltanu. Přepážkou je rozdělena na dva samostatné úseky. Z boční stěny vybíhají do dutiny tři nosní skořepy, které ji rozdělují na horní, střední a dolní průduch.

Vedlejší dutiny nosní tvoří párové čelní dutiny, párové čelistní dutiny, čichové dutiny a dutina klínová. Hlavní funkcí těchto dutin je předebrátí, očištění a zvlhčení vdechovaného vzduchu. Při tvorbě hlasu slouží jako rezonanční prostory (Čihák, 2013, s. 198-208).

Nosohltan tvoří horní část hltanu. Vzduch je do nosohltanu přiváděn nozdrami z dutiny nosní. Po obou stranách zde ústí Eustachovy trubice, které jej spojují se středním uchem. Tyto trubice slouží k vyrovnávání tlaku ve středoušní dutině. V blízkosti ústí trubic se nacházejí nosohltanové mandle, vytvářející ochrannou bariéru proti infekci šířící se vzduchem.

Hrtan je nepárový dutý orgán, dlouhý asi 6 cm a uložený na přední straně krku. Má tvar přesýpacích hodin. Ke spodině lebeční je zavěšen pomocí jazylky. Je tvořen pohyblivými

chrupavkami, vazy a drobnými klouby. Největší je chrupavka štítná tvořící, zejména u mužů nápadnou vyvýšeninu na přední ploše krku. Pod ní se nachází chrupavka prstencová, ke které jsou ze zadní strany připojeny dvě chrupavky hlasivkové. Mezi hlasivkami se nachází hlasová štěrbinu, která je nejužším místem hrtanu (Tomová, 2016, s. 61). Vchod do hrtanu uzavírá hrtanová příklopka. Při dýchání se příklopka otevírá a při polykání uzavírá, čímž zabraňuje vdechnutí sousta do plic. Důležitým vazem spojujícím chrupavku štítnou a prstencovou je ligamentum cricotyroideum. Protětím tohoto vazy se provádí tzv. koniotomie.

V bakalářské práci se zabýváme problematikou komunikace u pacienta s tracheostomií, proto se nyní zaměříme na artikulační orgány, tvorbu hlasu a řeči.

1.2.1 Tvorba hlasu

Hlas se vytváří pomocí hlasivek. Působením hrtanových svalů se hlasové vazy napínají, vzájemně přibližují a oddalují. Proud vzduchu vydechovaného z plic prochází hlasovou štěrbinou a rozkmitává napjaté hlasové řasy, čímž dochází ke vzniku hlasu. Počet kmitů určuje výšku tónu hlasu. Síla hlasu je dána silou vydechovaného proudu vzduchu (Dlouhá, Černý, 2012, s. 132). Rozkmitáním hlasivek vzniká slabý a řezavý tón, který je až průchodem rezonančními dutinami formován do barvy lidského hlasu. Muži mají hlasivky delší, a proto je jejich hlas hlubší (Trojan, 2007, s. 42).

1.2.2 Tvorba řeči

Vznik samohlásek a souhlásek probíhá v dutině ústní. Samohlásky vznikají rezonancí. Jejich podoba je dána tvarem dutiny ústní, polohou jazyka a postavením rtů. Souhlásky vznikají průchodem vzduchu určitými zúženými místy např. mezi zuby (s, z, t), mezi jazykem a patrem (z, r) nebo nárazem vzduchu mezi rty (b, p, v) (Čihák, 2012, s. 208).

1.3 Dolní cesty dýchací

Průdušnice je chrupavčitá trubice dlouhá 12 cm. Navazuje na prstencovou chrupavku ve výši 6. krčního obratle a končí ve výši 4. hrudního obratle rozvětvením (bifurkací) na pravou a levou průdušku. Přední strana je tvořena 16-20 podkovovitými chrupavkami. Zadní stěna průdušnice je složena z vaziva a hladké svaloviny. Uvnitř je vystlána řasinkovým epitelem, který posunuje sekret ven z dýchacích cest (Marková, 2009, s. 19).

Průdušky se rozdělují na pravou a levou. Pravá průduška je kratší a probíhá téměř v přímém úhlu průdušnice. Dělí se na tři lalokové průdušky (pravá plíce je složena ze tří laloků), které se dále dělí na deset segmentových průdušek. Levá průduška je delší, užší a odstupuje pod větším úhlem (vlivem uložení srdce). Dělí se na dvě lalokové a osm

segmentových průdušek. Aspirovaná tělesa se proto díky anatomickému uspořádání častěji dostávají do pravé průdušky. Větvení pokračuje dále až na terminální průdušinky a plicní sklípky. Toto mnohonásobné dělení průdušek se nazývá bronchiální strom. Postupným větvením se stěny ztenčují (Dylevský, 2000, s. 223-225).

Plicní sklípky jsou konečným úsekem dýchacích cest. Jsou to velmi malé dutinky obklopené sítí krevních vlásečnic, ve kterých dochází k výměně krevních plynů. Stěnu sklípků tvoří plicní buňky a elastická vlákna. Buňky produkují tzv. surfaktant, který snižuje povrchové napětí a zabraňuje kolapsu plicních sklípků (Marková, 2009, s. 20).

1.3.1 Artikulační ústrojí

Artikulační orgány tzv. mluvidla, se podílejí na tvorbě hlásek a slov. Mluvidla tvoří hlasové ústrojí (hlasivky) a artikulační ústrojí (nadhrtanové dutiny, rty, jazyk, zuby, dásně, měkké a tvrdé patro a čelisti). Pasivní artikulační orgány poskytují oporu pohyblivým orgánům a tvoří je tvrdé, měkké patro a horní zuby. Aktivní artikulační orgány vytvářejí samotnou artikulaci. Mezi aktivní artikulační orgány řadíme dolní ret, dolní čelist a jazyk. Nadhrtanové dutiny neboli rezonátory tvoří dutina nosní, hrdelní a ústní. Svým tvarem a velikostí ovlivňují barvu a výšku tónu (Tomová, 2016, s. 62).

1.4 Plíce

Plíce jsou párové orgány, v nichž probíhá výměna plynů mezi vzduchem a krví. Mají tvar kužele a vyplňují dutiny hrudní. Vrcholky plic se nazývají plicní hroty. Plochy, kterými plíce naléhají na bránici tvoří plicní baze. Do plic vstupují průdušky, cévy a nervy plicními stopkami. Pravá plíce je rozdělena na tři laloky, levá plíce na dva laloky. Povrch plic je pokryt lesklou serosní blánou poplicnicí, která je pevně srostlá s povrchem plic. Pohrudnice vystýlá dutinu hrudní. Mezi těmito listy je pohrudniční dutina vyplněná malým množstvím tekutiny a tvořená podtlakem (tlak nižší, než je tlak atmosférický). Tento podtlak udržuje plíce stále rozepjaté. Plicní tepny vstupující do plic, přivádějí odkysličenou krev z pravé srdeční komory. V plicích se dále větví a rozpadají v síť krevních vlásečnic. Okysličená krev je odváděna plicními žilami do levé síně. Vytvářejí tak malý, tzv. plicní oběh (Dylevský, 2000, s. 226).

1.5 Fyziologie dýchacích cest

Základním úkolem dýchání je zásobování organismu potřebným množstvím kyslíku a odstranění oxidu uhličitého vznikajícího při metabolismu. Vdechovaný vzduch obsahuje 78 % dusíku, 21 % kyslíku, 1 % vzácných plynů a vodní páry (Kittnar, 2011, s. 264-273).

Jako zevní dýchání označujeme výměnu plynů mezi plicními sklípky a zevním prostředím přes alveolo-kapilární membránu. Vnitřní dýchání je výměna plynů mezi krví a tkáněmi.

1.5.1 Mechanika dýchání

Dechový cyklus se skládá z nádechu, výdechu a krátké pauzy. Vdech je aktivní děj. Je zajišťován pomocí bránice (hlavní dýchací sval) a pomocí podtlaku v pohrudniční dutině. Důležitými vdechovými svaly jsou zevní mezižeberní svaly, které se na nádechu podílejí až při zvýšené ventilační potřebě. Pomocnými dýchacími svaly jsou svaly krku, zadní šíjové svaly, trapézové svaly a některé zádové svaly. Výdech je děj pasivní a je dán především pružností plic, hrudní stěny a hmotností hrudníku. Mezi výdechové svaly patří svaly břišní stěny a vnitřní mezižeberní svaly, které se při klidovém dýchání nezapojují (Klimešová, 2011, s. 10).

1.5.2 Regulace dýchání

Regulačními mechanismy, které řídí dýchání jsou mechanismy nervové a chemické. Systém volní regulace dýchání se nachází v mozkové kůře a systém dechové automaticity (dechové centrum) je uložen v mozkovém kmeni. Mezi chemické regulační mechanismy patří změny v chemickém složení krve. Nervové ústředí je přímo ovlivňováno hodnotou parciálního tlaku oxidu uhličitého, kyslíku a pH krve. Regulací mezi dýcháním a složením, tlakem a množstvím krve zajišťují tzv. chemoreceptory. Chemoreceptory jsou drobná tělíska, které tvoří specializované buňky s velkým množstvím nervových zakončení. Chemoreceptory se spojují s receptory v dechovém centru a jsou velice citlivé na chemické změny ve složení krve. Největší chemoreceptory jsou uloženy v oblouku srdečnice a v místě větvení vnitřní krkavice (Klimešová, 2011, s. 11).

1.5.3 Základní terminologie

Ventilace plic je opakující se proces nadechování a vydechování vzduchu. Cílem ventilace je udržení parciálního tlaku kyslíku a oxidu uhličitého v arteriální krvi v normálním rozmezí (parciální tlaky kyslíku 10 – 13,3 kPa a oxidu uhličitého 4,7 – 6,0 kPa). Základem dýchání je dechový objem (VT), což je objem vzduchu, který nadechneme/vydechneme během jednoho dechového cyklu. U dospělého člověka při klidném dýchání je to 500 ml vzduchu. Dechová frekvence je počet dechů za 1 minutu. U dospělého člověka se pohybuje mezi 12-20 dechy. Zvýšení dechové frekvence nad 30 dechů/min se nazývá tachypnoe (např. při zvýšené tělesné námaze či teplotě). Bradypnoe je snížení počtu dechů pod 10/min (např. ve spánku, vlivem léků). Součin dechové frekvence a dechového objemu nazýváme minutovou ventilací (MV). Jde o množství vzduchu, které se vymění v plicích během jedné

minuty. U dospělého člověka je klidová hodnota MV 6-10 litrů. Snížená MV je označována jako hypoventilace, zvýšená jako hyperventilace. Dalším důležitým pojmem je vitální kapacita plic (VC), což je maximální objem vzduchu, který vydechneme po maximálním nádechu. Hodnota u dospělého je 5-6 litrů. Objem vzduchu, který i po maximálním výdechu v plicích zbývá, označujeme jako reziduální objem (RV). Jeho hodnota činí 1,2 litru. Celková plicní kapacita (TLC) je objem vzduchu v plicích po maximálním nádechu. Jde o součet VC a RV, jehož hodnota je přibližně 5800 ml. Objem vzduchu, který se během dýchání nedostane do plicních sklípků a nepodílí se tedy na výměně plynů označujeme pojmem mrtvý prostor. U dospělého člověka tvoří 150-200 ml vzduchu (Klimešová, 2011, s. 9).

1.5.4 Obranné reflexy

K základnímu obrannému reflexu horních cest dýchacích patří kýchání. Vzniká podrážděním sliznice dutiny nosní drobnými částicemi např. prachu, pylu, ale i viry a bakteriemi. Kýchání udržuje dutinu nosní průchodnou a napomáhá dýchacím cestám zbavovat se cizích látek. Kašel je důležitým obranným reflexem dolních dýchacích cest. Vybavuje se chemickým či mechanickým podrážděním receptorů na sliznici a je důležitou ochranou před vdechnutím cizího tělesa. Vyřazením tohoto obranného reflexu z jeho činnosti, je ohrožena i samočisticí schopnost dýchacích cest zvláště u oslabených pacientů v resuscitační péči (Marková, 2009, s. 22).

2 ZAJIŠTĚNÍ DÝCHACÍCH CEST

Zajištění dýchacích cest je základním krokem v péči o pacienty s poruchou spontánního dýchání. Ke krátkodobému či dlouhodobému zajištění se využívají různé druhy pomůcek a postupů. Zajištění dýchacích cest můžeme rozdělit na neinvazivní a invazivní způsoby.

2.1 Neinvazivní způsoby zajištění dýchacích cest

Mezi neinvazivní způsoby zajištění dýchacích cest patří nosní a ústní vzduchovod, COPA vzduchovod (speciální vzduchovod s těsnící manžetou), laryngeální maska a kombinovaná rourka. Tyto pomůcky se zavádí naslepo nad úroveň hrtanové příklopky. Z důvodu snadnějšího zavedení se mohou zavádět navlhčené vodou nebo speciálním gelem. Slouží k dočasnému zajištění dýchacích cest a nejsou určeny pro dlouhodobou ventilaci. Využívají se ke krátkodobé celkové anestezii nebo v situacích, kdy nelze zajistit dýchací cesty jinými způsoby (Tomová, 2016, s. 62).

2.2 Invazivní způsoby zajištění dýchacích cest

Nejpoužívanější způsob invazivního zajištění dýchacích cest v intenzivní péči je tracheální intubace. Dalšími invazivními způsoby jsou tracheostomie, koniopunkce a koniotomie. Speciální pomůcky se zavádí pod úroveň hrtanové příklopky za hlasivkové vazy. Slouží především k dlouhodobému zajištění dýchacích cest. Tyto způsoby zajišťují dostatečnou průchodnost dýchacích cest, chrání pacienta před vdechnutím potravy, umožňují odsávání sekretů z dýchacích cest a napojení pacienta na UPV (Klimešová, 2011, s. 13).

Bakalářská práce je věnována komunikaci u pacienta s tracheostomií, proto i následující kapitoly budou věnovány pouze invazivnímu zajištění dýchacích cest pomocí tracheostomie.

2.2.1 Tracheostomie

Tracheostomie je stav, kdy je průdušnice uměle vyvedena na povrch kůže. Jde o chirurgický výkon, kdy je vytvořen otvor (stomie) v přední stěně průdušnice. Podle naléhavosti provedení se tracheostomie dělí na urgentní a plánovanou. Dle potřeby délky zavedení se dělí na tracheostomii dočasnou a trvalou. Podle způsobu provedení ji dělíme na tracheostomii provedenou klasickou chirurgickou metodou nebo punkční dilatační technikou (Ševčík, 2014, s. 74).

2.2.2 Klasická chirurgická tracheostomie

Klasická chirurgická tracheostomie je operační výkon prováděný na operačním sále v celkové anestezii. U pacienta v poloze na zádech se zakloněnou hlavou se provede řez ve

výši 2. a 3. prstence průdušnice. Do uměle vytvořeného otvoru se zavádí tracheostomická kanyla s manžetou. Výkon trvá zpravidla 20 až 40 minut a pacient musí být k operaci řádně připraven (Kapounová, 2007, s. 220).

2.2.3 Punkční dilatační tracheostomie

Jde o punkci průdušnice speciální punkční jehlou. Následně se zavede kovový vodič a provede se dilatace do příslušné šířky. Tracheostomická kanyla s manžetou se zavede až poté, co je dilatace provedena do optimální velikosti. Punkční tracheostomie se provádí v celkové anestezii. V případě, že je pacient v bezvědomí je možné punkci provést v lokální anestezii. Výkon trvá v průměru 5 až 20 minut a je možné ho provádět i na lůžku pacienta (Marková, 2009, s. 29). Nevýhodou této techniky je, že ji nelze provádět u všech pacientů (např. u obézních pacientů s nepříznivými anatomickými poměry krku).

2.2.4 Indikace k provedení

Nejčastější indikací k provedení tracheostomie je obstrukce dýchacích cest způsobená zánětlivým otokem krku, alergickou reakcí, aspirací cizího tělesa v hltanu nebo hrtanu, rozsáhlými tumory hrtanu a průdušnice, poraněními v oblasti krku a hlavy nebo těžkou formou spánkové apnoe. Další oblastí indikací jsou stavy po rozsáhlých výkonech v ORL a stomatologii, zejména z důvodu zhoubného nádoru např. po totální laryngektomii. Třetí oblastí je potřeba dlouhodobé plicní ventilace. Poslední oblastí indikací k provedení tracheostomie je zajištění dýchacích cest u spontánně ventilujících pacientů ve stavu, kdy je potřeba zlepšit toaletu dýchacích cest, usnadnit ventilaci či zabránit aspiraci. Jde nejčastěji o pacienty v bezvědomí, po cévní mozkové příhodě, s onkologickým onemocněním či respirační insuficiencí (Chrobok, 2004, s. 37).

2.2.5 Druhy tracheostomických kanyl

Tracheostomické kanyly umožňují výměnu plynů mezi dolními dýchacími cestami a vnějším okolím. Stejně jako orotracheální kanyly zajišťují ochranu dýchacích cest před aspirací a toaletu dýchacích cest. Navíc ale usnadňují odvykání od umělé plicní ventilace, umožňují snadnější péči o dutinu ústní, zlepšují polykání a komunikaci pacienta. Jsou vyráběny v různých tvarech, velikostech a délkách. Nejčastější rozdělení je podle materiálu, z kterého jsou vyrobeny (Vytejčková, 2013, s. 92).

Umělohmotné kanyly jsou vyráběny z různých druhů PVC, silikonu či teflonu. Jsou odolné vůči vyšší teplotě, dezinfekčním přípravkům a díky své povrchové úpravě mohou zabraňovat usazování povlaků. Mohou být opatřené **těsnící manžetou**, která se plní vzduchem a

utěsňuje tak prostor mezi manžetou a stěnou průdušnice. Zabraňují aspiraci sekretu a krve do dýchacích cest a umožňují napojení pacienta na plicní ventilaci. Brání však tvorbě hlasu. Některé druhy kanyl mohou být vybaveny odsávací cévkou umožňující odsávání sekretu z prostoru nad těsnící manžetou. Důležitá je pravidelná kontrola tlaku v těsnící manžetě, která nesmí převyšovat 20-25 mmHg, aby nedošlo k poškození sliznice průdušnice. Měří se pomocí manometru minimálně 2x denně. Kanyly **bez těsnící manžety** jsou určeny pro pacienty spontánně dýchající, s dobrou svalovou silou, schopností polykat, ale neschopné zajistit si dostatečnou toaletu dýchacích cest. Tyto kanyly neumožňují opětovné napojení pacienta k ventilátoru a nezajišťují ochranu před aspirací (Tomová, 2016, s. 64-68).

Kovové kanyly jsou vyrobeny ze slitiny stříbra a určeny k dlouhodobému používání. Nejsou opatřeny těsnící manžetou, proto není možné je připojit na umělou plicní ventilaci. Jejich výhodou je pevnost, dlouhá životnost a snadná sterilizace. Nevýhodou je vyšší riziko vzniku dekubitů na stěně průdušnice. V dnešní době jsou používány jen ojediněle (Marková, 2009 s. 71).

Perforované kanyly, označované též jako fonační kanyly, jsou opatřeny otvory, umožňující tvorbu hlasu. Chce-li pacient mluvit, uzavře vnější otvor prstem. Součástí některých kanyl je i mluvící ventil, umožňující komunikaci pacienta. Tyto kanyly používají spontánně dýchající pacienti s dobrou schopností polykat. Mohou být opatřeny těsnící manžetou nebo bez manžety (Klimešová, 2011, s. 24).

Nedílnou součástí tracheostomických kanyl jsou pěnové fixační pásky nebo tkalouny k upevnění kanyly kolem krku pacienta.

2.2.6 Komplikace tracheostomie

Každý výkon je spojen s určitými riziky vzniku komplikací. Stejně tak je tomu i u chirurgické a punkční dilatační tracheostomie. Součástí každého výkonu by měla být kvalitní předoperační příprava, ale i pooperační péče, která brání vzniku těchto komplikací. Komplikace se mohou vyskytnout v průběhu operace, v pooperačním období, ale i později v domácím ošetřování.

Aspirace žaludečního obsahu do dýchacích cest je závažný stav, který může vést až k rozvoji aspirační pneumonie. Při zavádění tracheostomické kanyly může dojít k aspiraci malého množství krve, které většinou nemá žádný klinický význam.

Obtížné polykání (dysfagie) pevné či tekuté stravy může být způsobeno tlakem těsnící manžety na přední stranu jícnu, ale i bolestí při polykání.

Porucha tvorby hlasu (dysfonie) je způsobená zavedením kanyly s těsnící manžetou, která neumožňuje pacientovi tvorbu hlasu.

Krvácení z kanyly nebo okolí se může objevit v průběhu operačního výkonu, ale i v pooperačním období. Ke krvácení může dojít i po nešetrném odsávání z dýchacích cest nebo během pravidelných výměn kanyl. Masivní krvácení je vzácné.

Obtížné dýchání až dušení způsobuje obstrukce tracheostomické kanyly zasychajícím sekretem nebo krevním koagulem nebo její špatná poloha. K obstrukci dochází častěji u kanyl menšího průměru a při nedostatečné ošetrovatelské péči.

Proleženiny od tracheostomické kanyly jsou nejčastěji způsobené příliš vysokým tlakem vzduchu v těsnící manžetě.

Infekce v okolí tracheostomatu vzniká, pokud je výkon prováděn v zánětlivém terénu nebo pokud při zavádění nejsou dodržovány pravidla asepse. K infekci může dojít i při poruše polykání a zanesení nesterilního obsahu dutiny ústní do prostoru nad těsnící manžetou nebo nesprávně prováděnou ošetrovatelskou péčí.

Podkožní a mediastinální emfyzém je patologická přítomnost vzduchu v podkoží nebo mediastinu. Mediastinální emfyzém je mnohem závažnější. Příčinou je perforující poranění průdušnice, průdušek nebo jícnu.

Obrna zvratného nervu (n. recurrens) vede k nepohyblivosti až zúžení hlasivek, ke vzniku chrapotu a inspirační dušnosti. Vzniká v průběhu operace nešetrnou chirurgickou technikou.

Tracheozofageální píštěl se může objevit u pacientů s dlouhodobě zavedenou tracheostomickou kanylou. Příčinou vzniku je tlak těsnící manžety nebo vzájemný tlak kanyly a žaludeční sondy na sliznici. Po rozpadu odumřelé stěny se vytváří komunikace mezi průdušnicí a jícnem.

Tracheomalacie je kolaps stěn průdušnice s výrazným změknutím chrupavek. Je způsobena vyšším tlakem v těsnící manžetě či nevhodně zvolenou délkou kanyly (Chrobok, 2004, s. 96-102).

2.2.7 Dekanylace

Odstranění tracheostomické kanyly (dekanylace) je výkon, který by měl být prováděn po splnění podmínek potřebných k zajištění dostatečné spontánní ventilace přirozenými dýchacími cestami. Dekanylace by měla být prováděna v podmínkách, které umožňují bezpečné zajištění dýchacích cest v případě komplikací. Odstranění kanyly je významným posunem v léčbě a pro pacienta má zásadní význam, jak po stránce obnovení dýchání, fonace, polykání, tak i z pohledu kvality života. Hlavním předpokladem dekanylace je schopnost pacienta spontánně ventilovat, účinně odkašlat a polykat. Za dostačující považujeme dobu spontánní ventilace 24 až 48 hodin. K ověření schopnosti pacienta spontánně ventilovat se zavádí perforovaná kanyla nebo kanyla s menším průměrem bez těsnící manžety uzavřená sterilní zátkou. Během této doby musí být pacient pečlivě monitorován, zda se neobjeví ventilační potíže. Pokud je schopen tolerovat uzavření kanyly celých 24 hodin a nedojde k žádným dechovým potížím, lze provést její odstranění (Freeman, 2011, s. 54).

2.2.8 Komplikace dekanylace

Bezprostředně po odstranění tracheostomické kanyly může dojít u pacienta k náhlému pocitu dušnosti a vzniku akutního stavu paniky z nedostatku vzduchu. Tento stav označujeme jako **dekanylační panika**. Po proběhlých zánětlivých komplikacích, rozpadlých stomiích, kdy nedojde k uzavření kanálu vzniká porucha **hojení tracheostomického kanálu**. Je nutné provést plastiku či suturu operační rány. Při neuzavření kanálu může vzniknout patologické spojení průdušnice s kůží a vytvoření **tracheokutánní píštěle**. Častou komplikací je tzv. **keloidní jizva**, která po nedokonalém zhojení vyčnívá nad úroveň kůže a pro pacienta představuje značný kosmetický problém (Chrobok, 2004, s. 102-105).

2.2.9 UPV a ventilační režimy

Umělá plicní ventilace (UPV) je metoda nahrazující nedostatečné nebo zcela vymizelé, nepřítomné spontánní dýchání. Jde o mechanické střídání vdechu a výdechu zajištěné přístrojem. Vdech je prováděn aktivním vpravením směsi vzduchu a kyslíku do dýchacích cest a plic pod tlakem a výdech je pasivní. UPV může být krátkodobá, např. po operacích, nebo může pacienta provázet dlouhodobě (Drábková, 2018, s. 191-196). Nejčastěji nastaveným parametrem ventilace je dechový objem, dechová frekvence, množství kyslíku ve vdechované směsi (FiO_2), poměr nádech/výdech, výše maximálního inspiračního tlaku (PIP) a pozitivní tlak v dýchacích cestách na konci výdechu (PEEP). Ventilační režimy se rozlišují dle řídicího parametru, kterým je tlak nebo objem. Základní ventilační režim zajišťující plně řízenou ventilaci u spontánně nedýchajícího pacienta je IPPV. Ventilační režimy používané

u pacientů s částečně zachovanou spontánní dechovou aktivitou jsou SIMV a BIPAP. Při těchto režimech je akceptována pacientova dechová aktivita a případné spontánní dechy režim prohloubí a podpoří. Postupnou úpravou parametrů je možno dovést pacienta až k režimu CPAP a jeho prostřednictvím k úplnému odpojení od ventilátoru. CPAP režim lze kromě odvykání od UPV využít zejména jako hlavní režim v neinvazivní plicní ventilaci (Dostál, 2014, s. 98-118).

2.2.10 Odvykání od ventilátoru

Odpojování, odvykání (weaning) je proces postupného odvykání pacienta od ventilátoru. Rychlost a způsob odpojování pacienta se odvíjí od základního onemocnění. Hlavní podmínkou ukončení plicní ventilace je spontánně dýchající pacient, s uspokojivými hodnoty fyziologických funkcí, s dobrou svalovou silou, spolupracující, v uspokojivém nutričním stavu a dobrém psychickém stavu bez účinku sedativ, hypnotik či svalových relaxantií. Časný weaning je možný u pacientů bez známek plicního poškození, kteří byli ventilováni z důvodu překlenutí bezprostřední pooperační doby. U dlouhodobě ventilovaných pacientů je odvykání složitější. Pacienti jsou plně závislí na pomoci druhých, ale i na podpoře přístrojů. Do skupiny dlouhodobě ventilovaných patří pacienti, kteří nejsou schopni spontánní ventilace z důvodu základního onemocnění (CHOPN), ale také pacienti, kteří jsou na ventilátoru psychicky závislí (Kapounová, 2007, s. 234).

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA S TRACHEOS- TOMIÍ

3.1 Předoperační příprava

Cílem předoperační přípravy je minimalizovat operační a anesteziologické riziko a předcházení komplikací během operace ale i po ní. Předoperační příprava zahrnuje obecnou, speciální a psychologickou přípravu. Součástí obecné přípravy je seznámení pacienta s výkonem, nutností provedení operačního výkonu, jeho popisem a možnými riziky. Informace podává pacientovi vždy lékař. Sestra informuje pacienta o ošetrovatelské péči po operaci, o obtížích především o bolesti, odsávání, poruše komunikace i o způsobu jejich řešení. Na základě dostatečně podaných informací, pacient podepisuje informovaný souhlas s výkonem. Proveďte se základní laboratorní screening, především vyšetření krevního obrazu, biochemické a koagulační vyšetření. Mezi další předoperační vyšetření patří vyšetření EKG, RTG plic ev. spirometrické vyšetření. Interní vyšetření spočívá ve zhodnocení pacienta po interní stránce, zda je kompenzován a schopen operačního výkonu. Anesteziologické konzilium je vyšetření prováděné anesteziologem, který na základě všech výsledků vyšetření stanoví anesteziologické riziko dle ASA a navrhne pacientovi vhodný způsob anestezie. Pacientovi vysvětlí postup anestezie a možné nežádoucí účinky spojené s podáním anestezie. Poté navrhne vhodnou premedikaci event. doplňující ordinace před výkonem. Vše řádně zaznamená do dokumentace pacienta (Marková, 2009, s. 30–31).

Obecná příprava zahrnuje i přípravu kůže. Pacient večer před operací provede celkovou hygienickou koupel. Pokud není schopen, provádí celkovou koupel na lůžku sestra. Z důvodu prevence zvracení je nutné lačnění pacienta alespoň 6 hodin před operací. Dle ordinace lékaře se podá večerní premedikace ke zklidnění a dobrému spánku (Marková, 2009, s. 30-31).

3.1.1 Bezprostřední předoperační příprava

Jde o časové období zhruba jedné hodiny před odvozem pacienta na operační sál. Úkolem sestry je vybandážování dolních končetin elastickým obinadlem nebo nasazení stahovacích punčoch jako prevence trombolytické nemoci. Odstranění zubní protézy u pacientů s vyjímatelným chrupem. Odstranění šperků. Provedení kontroly kůže, nehtů a vlasů. Vyprázdnění močového měchýře. Změření fyziologických funkcí a podání premedikace dle ordinace anesteziologa. Podané ordinace a hodnoty fyziologických funkcí sestra zaznamená

do dokumentace. Připravená dokumentace se předává společně s pacientem na operačním sále anesteziologické sestře.

3.2 Pooperační péče

Pooperační péče o pacienta s tracheostomií je odlišná především z důvodu, zda je pacient na umělé plicní ventilaci nebo spontánně ventilující s dočasnou nebo trvalou tracheostomií. Po převzetí pacienta z operačního sálu a uložení na lůžko, je nutné napojení pacienta na EKG monitor a sledování fyziologických funkcí (tlak, pulz, dech, stav vědomí, teplota) v pravidelných intervalech. Pacienta uložit do polohy v polosedě. Pravidelně kontrolovat stav operační rány, zda nedochází ke krvácení. Pokud je pacient napojen na umělou plicní ventilaci, sledovat ventilační parametry, hodnoty saturace hemoglobinu kyslíkem a hodnoty krevních plynů. V případě bolesti podávat analgetika dle ordinace lékaře. Šetrně pacienta odsávat z dýchacích cest, u spontánně ventilujících pacientů nutit k odkáslávání. V případě zasychání sekretu v dýchacích cestách provádět laváž dýchacích cest. Pravidelně sledovat tlak v těsnící manžetě a polohu kanyly. Sledovat zarudnutí, otok v okolí tracheostomie, přítomnost zápachu či hnisavé sekrece z důvodu možné infekce. Naměřené hodnoty fyziologických funkcí a případné změny zaznamenávat do dokumentace a ihned hlásit lékaři (Marková, 2009, s. 32-36).

3.3 Ošetřování tracheostomické kanyly

Velkou pozornost je třeba věnovat ošetřování kanyly především kůži v okolí tracheostomatu. Kanylu je nutné sterilně převazovat 2x denně a vždy v případě potřeby. Před každým převazem je potřeba pacienta odsát a odstranit původní mulový čtverec. Provést dezinfekci kůže (Prontosan, Betadine, Braunol) a poté překrýt sterilním mulovým čtvercem. Pokud se objeví známky zarudnutí, mokvajících či hnisajících sekrece lze aplikovat absorpční krytí nebo krytí se stříbrem (Mepilex, Argogen spray) (Koutná, 2015, s. 129-130). Kanylu kolem krku pacienta lze fixovat tkalounem nebo speciální fixační páskou. Fixace nesmí být příliš těsná, aby nedošlo k zaškrcení a porušení integrity kůže kolem krku nebo ke změně polohy kanyly a tím k její dislokaci. Při fixaci tkalounem je třeba jej podkládat mulovými čtverci. Důležitou součástí ošetřovatelské péče je sledování tlaku v těsnící manžetě pomocí manometru v rámci celkové hygieny pacienta. Pokud dochází k úniku vzduchu, je nutné vzduch v manžetě pomocí manometru přidat či ubrat. Zvláštní péči je třeba věnovat hygieně dutiny ústní. U ležících pacientů může zatékat obsah dutiny ústní do prostoru nad těsnící manžetou a důsledkem může být vznik infekce a špatné hojení operační rány. Sekret z dutiny

ústní je potřeba pravidelně odsávat a provádět výplachy antiseptickým přípravkem (Skinsept mucosa, ProntOral). Součástí ošetrovatelské péče je i pravidelná výměna tracheostomické kanyly dle standardu oddělení (Kapounová, 2007, s. 225). Výměnu provádí lékař, který nejdříve pacienta seznámí s postupem výměny. První výměna kanyly je doporučována za 7 až 10 dní, kdy je již vytvořený tracheostomický kanál.

3.3.1 Toaleta dýchacích cest

Dalším důležitým krokem v ošetrovatelské péči o tracheostomii je i péče o toaletu dýchacích cest. Frekvenci odsávání je třeba přizpůsobit potřebám pacienta a množství sekrece. Pro pacienta je odsávání velmi nepříjemným často až dráždivým výkonem, proto je nutné jej vždy na odsávání včas upozornit. Sestra by měla postupovat velice šetrně a co nejkratší dobu (maximálně 5 vteřin). Při opakovaném odsávání by měla nechat pacienta odpočinout na 2 až 3 dechové cykly nebo využít tzv. preoxygenace (předzásobením pacienta 100 % kyslíkem po dobu 3-5 min). Odsávat je možné tzv. otevřeným způsobem, kdy je nutné dýchací okruh rozpojit. Sestra odsává za pomoci jednorázových sterilních odsávacích cévek a sterilní pinzety. K odsávání je nutné použít rukavice, ústenku, ochranné brýle, jednorázovou zástěru, sterilní cévky, sterilní pinzetu a funkční odsávací přístroj. Odsávání tzv. uzavřeným způsobem probíhá pomocí speciálních uzavřených odsávacích systémů (Trach-care, Optiflo care) napojených na vstup tracheostomické kanyly. Systém je napojen do dýchacího okruhu a není potřeba jej rozpojovat. Ošetřující personál je tak lépe chráněn před infekcí, protože nedochází k úniku sputa do prostoru, jako při odsávání otevřeným způsobem. Dýchací okruh není potřeba rozpojovat a nedochází tak ani k poklesu hodnot ventilačních parametrů (MV, FiO₂, PEEP). Výměna uzavřeného odsávacího systému je dána výrobcem (obvykle 72 hodin). Nevýhodou jsou vyšší finanční náklady. Při odsávání uzavřeným způsobem není potřeba ochranných brýlí a ústenky. Proplach cévky se provádí pomocí injekční stříkačky se sterilní vodou napojenou na speciální proplachovací vstup. Nešetrným odsáváním mohou vzniknout i různé komplikace. Mezi nejčastější patří poškození tracheální sliznice, zanesení infekce do dýchacích cest, krvácení, hypertenze, tachykardie, hypoxemie, nebo vyvolání srdečních arytmií. Úkolem sestry při odsávání není jen sledování srdeční, dechové frekvence, hodnot SpO₂, charakteru a množství sputa, souladu s plicním ventilátorem, ale i bolestivých reakcí či zvýšeného dráždění ke kašli pacienta (Kapounová, 2007, s. 224-227).

3.3.2 Zvlhčování vdechované směsi

Napojením pacienta na umělou plicní ventilaci jsou vyřazeny z činnosti horní cesty dýchací a tím nedochází ke kvalitnímu zvlhčení a ohřátí vdechovaného vzduchu. Z tohoto

důvodu je nutné u ventilovaného pacienta zajistit dokonalé zvlhčení a ohřátí vzduchu a předejít tak vysychání sliznic dýchacích cest, snížení vazkosti hlenu, tvorbě hlenových krust, atelektáz a rozvoji infekce dolních dýchacích cest. Zvlhčování je možné provádět aktivním způsobem pomocí komorového systému, ve kterém se po nastavení určité teploty, ohřívá sterilní voda. Zvlhčení aktivním způsobem je sice kvalitní, ale jeho nevýhodou je vysoké riziko pomnožení mikroorganismů ve vodní náplni. Pasivní zvlhčování probíhá pomocí tzv. výměníku tepla a vlhkosti (HME systém), který je napojen do dýchacího okruhu pacienta. Výměník při výdechu zadržuje teplo i vlhkost a při nádechu je předává do vdechované směsi. Schopnost zvlhčení tímto způsobem je méně efektivní, a navíc zvyšuje velikost mrtvého prostoru. U spontánně ventilujících pacientů je možné využít pasivní zvlhčovač tzv. umělý nos nasazený na tracheostomickou kanylu. Tento speciálně upravený filtr umožňuje zvlhčení jen na krátkou dobu (transport, vyšetření, sprcha). Nevýhodou je, že při usilovném kašli může dojít k jeho uvolnění. Úkolem sestry je pravidelné doplňování sterilní vody do systému, udržování čistoty nádoby a provádění pravidelné výměny celého HME systému dle standardu oddělení (Kapounová, 2007, s. 227).

3.3.3 Laváž dolních dýchacích cest

V případech, že se nedaří odsát hlen z dýchacích cest, dochází k jeho zasychání na sliznici a k ucpávání tracheostomické kanyly, je možné provést laváž. Laváž je výkon, kdy je vpraveno malé množství naředěného sekretolytika do dýchacích cest. Sekretolytikum se ředí fyziologickým roztokem v poměru 1:1 (Mistabron, Ambrobene, ACC). U ventilovaného pacienta s uzavřeným odsávacím systémem je možné naředěnou směs aplikovat přes speciální vstup. Po aplikaci léčiva do dýchacích cest se pacient nechá prodechnout ventilátorem (2 až 3 dechové cykly) a poté se sekret odsaje. U spontánně ventilujícího pacienta se aplikuje směs injekční stříkačkou přímo do tracheostomické kanyly. Ihned po aplikaci se pacient odsaje. V některých případech může sestra laváž provádět za pomoci samorozpínacího vaku (Ambu vak) napojeného na přívod kyslíku. Po vpravení směsi do dýchacích cest pacienta několikrát prodýchne pomocí samorozpínacího vaku a poté hlen znovu odsaje. Laváž lze dle ordinace lékaře provádět opakovaně (Kapounová, 2007, s. 227).

3.3.4 Inhalační léčba

Součástí péče o ventilovaného pacienta je i inhalační léčba. Sestra aplikuje léky dle ordinace lékaře v pravidelných intervalech nebulizací nebo dávkovači aerosolů (MDI). Při nebulizaci je lék ve formě aerosolů aplikován do dýchacích cest tryskovým nebo ultrazvukovým nebulizátorem. Ultrazvukové nebulizátory vytvářejí aerosol pomocí

vysokofrekvenčního vlnění, které se přenáší na hladinu směsi. Z té se pak uvolňují částičky, které putují do plic. Tryskové nebulizátory vytvářejí aerosol prouděním stlačeného vzduchu přes trysku. Připravenou směs aplikuje sestra do nebulizační nádoby injekční stříkačkou. Před nebulizací je potřeba pacienta odsát a odstranit z nádoby předchozí směs. U pacientů na umělé plicní ventilaci poté navolí na ventilátoru režim umožňující nebulizaci. U spontánně ventilujících připojí k nádobce přívod kyslíku. Nebulizátor může být po každé manipulaci z okruhu odstraněn a překryt sterilní rouškou nebo je v okruhu ponechán po celou dobu. Výměna nebulizátoru je prováděna dle standardu oddělení. Častým rozpojováním dýchacího okruhu a pomnožením mikroorganismů v nádobce se zvyšuje i riziko vzniku infekce dýchacích cest. Dávkovací aerosoly (MDI) jsou inhalátory, kterými si sám pacient se spontánní ventilací aplikuje dávku aerosolu. Před aplikací musí být sestrou řádně poučen, jak správně aplikovat inhalační dávku. U pacienta na UPV se do okruhu zařadí tzv. spacer, přes který je možné pacientovi při nádechu lék aplikovat. Nejčastěji se podávají bronchodilatacia, expektorancia, kortikoidy, adrenalin a antibiotika (Kapounová, 2007, s. 228).

3.4 Edukace pacienta

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče o pacienta s tracheostomií je edukace pacienta ale i rodinných příslušníků. Lékařem by měl být pacient poučen o svém onemocnění, důvodu provedení tracheostomie, rizicích, komplikacích a léčbě. Sestra by měla pacienta edukovat o bolesti po operaci, poruše polykání a komunikace. Měla by pacienta naučit, jak správně pečovat o tracheostomii, ošetřovat okolí kanyly, jaké pomůcky používat k ošetřování a jaké techniky využívat ke komunikaci. Před edukací je nutné provést celkové posouzení pacienta. Posoudit schopnost jeho vědomostí, spolupráce, míru soběstačnosti a motivace. Důležitou roli v procesu edukace hraje i věk, vzdělání, společenské postavení či ekonomická situace pacienta, zdravotní a psychický stav pacienta (Svěráková, 2012, s. 29-36). Dalším krokem je stanovení cíle edukace. Cíl kognitivní (poznávací, vzdělávací) je zaměřen na myšlení, tvořivost, paměť pacienta např. zda pacient dokáže vyjmenovat pomůcky potřebné k ošetřování tracheostomie. Afektivní cíl (postojový) zahrnuje oblast postojů a citů např. zda si pacient uvědomuje důležitost ošetřování kanyly. Cíl psychomotorický (dovednostní) je zaměřen na motorické dovednosti např. sám si ošetřuje okolí tracheostomie. Edukace by měla probíhat v příjemném prostředí, po určitou dobu a měli by být použity vhodné metody výuky a pomůcky (letáky, brožury, výukové filmy, rozhovor, instruktáž) (Juřeníková, 2010, s. 48-51). Závěrem každé edukace je zhodnocení, zda byl daný cíl splněn. Každá oblast edukace by měla být zaznamenána do edukačního záznamu, který je součástí dokumentace

pacienta. Důležité je do procesu edukace zapojit i rodinu. Účinná edukace podporuje u pacienta samostatnost, snižuje výskyt komplikací, zvyšuje zodpovědnost za sebe a svoje zdraví, zlepšuje kvalitu života a poskytuje získání nových poznatků, zručností, postojů i změn v chování (Špirudová, 2015, s. 105–108).

4 KOMUNIKACE PACIENTA S TRACHEOSTOMIÍ

U pacienta s tracheostomií dochází vyřazením funkce hrtanu k poruše tvorby hlasu, které mu způsobují problémy s komunikací. Neschopnost dorozumět se s ošetřujícím personálem vyvolává u pacienta pocity nejistoty, úzkosti, strachu, paniky a sociální izolace.

4.1 Definice a rozdělení komunikace

Komunikace je výměna informací mezi dvěma a více živými bytostmi. Člověk, který informace vysílá je označován jako komunikátor. Informace, kterou komunikátor předává druhým lidem se nazývá komuniké. Komunikace probíhá v prostoru tzv. komunikačním kanálu. Komunikantem je označován člověk, který vyslanou informaci přijímá. Komunikační cyklus může být narušen komunikačním šumem. Komunikační šum jsou všechny signály, které narušují příjem informací (hlasitá hudba, nadměrné světlo v místnosti, zvýšená teplota v místnosti, projíždějící auta, ale např. i zvuk ventilátoru, patientského monitoru či odsávacíky), (Linhartová, 2007, s. 12-14).

Komunikovat můžeme verbálně tedy pomocí slov, ale i písemnou formou pomocí dopisů či SMS zpráv. Při komunikaci je třeba věnovat pozornost i rychlosti řeči, hlasitosti, výšce tónu, intonaci, srozumitelnosti, komunikačním pauzám a délce projevu (Venglářová, 2013, s. 21). Předpokladem úspěšné verbální komunikace je především jednoduchost, stručnost, zřetelnost, jasnost, výstižnost, vhodné načasování a úplnost sdělení. Neverbální komunikace je definována jako řeč těla. Neverbální komunikací vyjadřujeme svoje pocity, nálady a emoce. Nejvýznamnější neverbální signály jsou v oblasti očí, obličeje a hlavy (Mikuláščík, 2010, s. 106-108). Mezi složky neverbální komunikace patří mimika (výraz obličeje, pohyby svalů v oblasti čela, obočí, kolem úst, očí, nosu a tváří), proxemika (vzdálenost mezi komunikujícími lidmi, přiblížení či oddálení), haptika (pomocí doteků, podávání ruky), kinezika (chůze, kousání rtů, šimrání brady), gestika (záměrné pohyby rukou, hlavou), posturika (poloha těla, držení těla), komunikace zevnějškem (souvisí s celkovým vzhledem jedince) (Tomová, 2016, s. 34-42).

4.2 Komunikační bariéry

Komunikační bariéry jsou problémy či překážky, které brání efektivní komunikaci mezi ošetřujícím personálem a pacienty. Mohou vzniknout náhodně a ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče. Interní překážky vycházejí z pacienta. Patří mezi ně např. negativní emoce, strach, obavy z neúspěchu, zlost, neúcta či nemoc. Externí překážky jsou rušivé elementy z prostředí např. hluk, neschopnost naslouchat, šum, vyrušování, hlasitý hovor zdravotníků.

Nejčastější překážkou v ošetrovatelské péči je zahlcení pacienta informacemi nebo používání cizích a odborných výrazů, kterým pacient nerozumí a nechápe jejich význam. Nesprávné pochopení sdělených informací či dřívější negativní zkušenost může vést až k nespolupráci pacienta a nepochopení informací. Překážkou v komunikaci může být i emoční rozpoložení pacienta, charakter jeho osobnosti, momentální tělesná kondice, věk, schopnost naslouchat a soustředit se. Komunikace může být ovlivněna neznámým prostředím, kulturními odlišnostmi či projevy devalvace (ponižování, zesměšňování). Pacienti ovlivnění nemocí se často nacházejí v těžké životní situaci. Jsou frustrováni, nepochopeni, mají strach a obavy a z této situace mohou vzniknout problémy i v komunikaci. Právě sestra by měla včas tyto problémy odhalit, najít si dostatek času, získat jejich důvěru ke spolupráci, motivovat je, povzbuzovat a pokusit se jim jejich problémy pomoci vyřešit (Tomová, 2016, s. 21).

4.3 Komunikační metody u pacienta s tracheostomií

U pacientů s tracheostomií je komunikace zcela rozdílná, pokud je pacient na umělé plicní ventilaci nebo spontánně ventilující. Komunikace mezi těmito pacienty a ošetrujícím personálem je velice náročná, někdy až velice obtížná a vyžaduje od ošetrujícího personálu značnou dávku empatie, trpělivosti a porozumění.

4.3.1 Komunikační metody u pacienta s tracheostomií na UPV

Pacient s tracheostomií na UPV je zpočátku z důvodu základního onemocnění, provedení TSC, bolesti či neinvazivních i invazivních vyšetření farmakologicky analgosedován. Z tohoto důvodu je komunikace dosti ztížena. Sestra pravidelně provádí hodnocení stavu vědomí a hloubky analgosedace dle hodnotících škál (GCS, RASS). Pokud je pacient analgosedován probíhá komunikace bez zpětné vazby. Sestra pacienta dostatečně hlasitě oslovuje, seznamuje ho s výkony, vyšetřeními, ordinacemi, které u něj provádí nebo bude provádět. Neustále s pacientem komunikuje během všech ošetrovatelských činností. Zároveň si ověřuje úroveň stavu vědomí drobnými vyšetřeními jako je vypláznutí jazyka, otevření očí či stisk ruky. Je možné si s pacientem sjednat určité signály, na které je schopen jednoduše odpovědět ano či ne a které umožní sestře lépe rozeznat, co je pro pacienta příjemné, nepříjemné, co by si přál nebo potřeboval. Sestra pokládá pacientovi uzavřené otázky, na které odpovídá např. mrknutím očí (ano) nebo zavrtěním hlavy (ne). Pokud je již pacient bez analgosedace a je plně při vědomí lze kromě smluvených signálů využít i odezírání ze rtů. Při odezírání ze rtů by sestra měla zaujímat postoj v zorném poli pacienta, aby mohl pacient dobře odezírat. Sestra by měla artikulovat pomalu, v krátkých větách a při neporozumění

slova opakovat. Taktéž pacient by měl artikulovat pomalu ev. slova znovu zopakovat (Tomová, 2016, s. 80-81).

Další technikou je využití abecední tabulky. Pacient ukazuje na jednotlivá písmena na tabulce a sestra z nich skládá slova. Obdobným způsobem je možné použít i magnetickou tabulku, na kterou pacient přikládá jednotlivá písmena a tím si skládá slova sám. Tato technika však již od pacienta vyžaduje značnou zručnost. Pokud je pacient schopen udržet tužku je možné, aby nám své potřeby sdělil písemně. Důležité je papír podepřít pevnými deskami či použít stolek s náklonem a pacienta uložit do zvýšené polohy v polosedě s pokrčenými dolními končetinami. Upozornit pacienta, aby zpočátku psal pomocí velkých tiskacích písmen a pouze jednoduchá slova. Mezi další metody komunikace patří i používání tzv. piktogramů. Piktogramy jsou obrázkové komunikační karty, které znázorňují základní potřeby a přání pacienta. Pacient si symboly vybírá z balíčku karet nebo je ukazuje prstem na archu papíru, kde je vyobrazeno více piktogramů najednou. Piktogramy představují pro pacienta nejnadhnější formu komunikace. Obdobou piktogramů je i tzv. afatický slovník. Afatický slovník je obrázkový slovník určený především pacientům trpících afázií (porucha, ztráta řeči). Obrázky jsou doplněné jednoduchými hesly, které slouží k lepšímu zapamatování si jednotlivých předmětů či činností. V dnešní době je možné i používání nejmodernějších elektronických pomůcek jako tablety, notebooky či chytré mobilní telefony. Prostřednictvím různých aplikací lze využívat různé výukové programy (určování barev, piktogramy). Tyto techniky však vyžadují určitou zručnost a znalost počítačové problematiky. Nedílnou součástí při komunikaci je i vizuální a auditivní stimulace pacienta. Je vhodné umístit hodiny nebo kalendář do pokoje pacienta kvůli časové orientaci. Velice pozitivně pacient vnímá fotografie nebo alba rodinných příslušníků, obrázky nebo oblíbené předměty rozmístěné po pokoji. Pomocí mutimediálního přehrávače nebo magnetofonu je možno pacientovi nahrát různé pozdravy rodinných příslušníků, písně či příběhy. Vhodná je i četba oblíbené knihy (Tomová, 2016, s. 82-91).

4.3.2 Komunikační metody u pacienta s tracheostomií se spontánní ventilací

U pacientů s tracheostomií, kteří již spontánně ventilují, mají dostatek svalové síly, dobrou schopnost polykání i odkašlávání je možné jako první variantu tvorby hlasu využít techniku vypuštění vzduchu z těsnící manžety tracheostomické kanyly. Tato technika umožňuje pacientovi při výdechu vyslovit jednoduchá a krátká slova. Pokud je pacient schopen, může si přiložit prst nebo sterilní mulový čtverec na ústí tracheostomické kanyly a po krátkou dobu komunikovat. Po sdělení informací pacient uvolní prst nebo čtverec a několikrát

se nadýchne. Zpočátku zkouší jen jedno nebo dvě slova a postupně podle stavu dýchání počet slov zvyšuje. Vypuštění vzduchu z těsnící manžety vyvolává u většiny pacientů podráždění dýchacích cest, které je dráždí ke kašli. Někdy je potřeba pacienta z dýchacích cest odsát a ponechat mu chvíli pro zklidnění dýchání. Pokud pacient s vypuštěnou těsnící manžetou nemá žádné dechové problémy a je schopný dobře polykat, je možné tracheostomickou kanylu uzavřít sterilní zátkou. Uzavřením kanyly je možné již komunikovat po delší dobu. Tento způsob je využíván především tam, kde je předpokládána dekanylace. Dalším způsobem komunikace u spontánně ventilujícího pacienta s tracheostomií je použití mluvčí chlopně. Tato pomůcka je uvnitř opatřena velice jemnou silikonovou membránou, která se při výdechu rozepne přes mřížku a utěsní tak vchod do kanyly a tím umožní tvorbu hlasu. Chlopeň se nasazuje na ústí tracheostomické kanyly a je možné přes ni podávat i kyslík pomocí speciálního portu nasazeného na chlopeň. Umělohmotnou chlopeň je možné používat jen na krátkou dobu. Při mohutné expektoraci pacienta může dojít k zanesení chlopně hleny a porušení silikonové membrány a tím k selhání její funkce. U spontánně ventilujícího pacienta je možné kanylu s vypuštěnou těsnící manžetou zaměnit za tzv. perforovanou tracheostomickou kanylu. Tato dvouplášťová kanyla je složena z vnější kanyly opatřené několika otvory a vnitřní kanyly, která tvoří vložku kanyly. Pokud chce pacient komunikovat je nutné odstranit vnitřní vložku kanyly a ústí uzavřít sterilní zátkou. Komunikaci pacienta se spontánní ventilací je možné doplňovat i metodami využívaných u pacientů na UPV (Tomová, 2016, s. 91-97).

4.4 Alternativní hlasové metody

Náhradní metody a způsoby komunikace jsou využívány především u pacientů po totální laryngektomii, kteří mají doživotně zavedenou tracheostomickou kanylu. Odstraněním hrtanu mají znemožněnou tvorbu hlasu a tím i verbální komunikaci. Jednou z metod je nácvik jícnového hlasu. Touto metodou pacient napolyká větší množství vzduchu do jícnu a postupným vypouštěním do úst za pohybů jícnového svěrače vzniká náhradní hlas. Proces výuky probíhá na foniatrickém oddělení a je velice zdoluhavý. Tuto řeč se však naučí pouze 30 % pacientů. Elektrolarynx je další metodou tvorby hlasu pomocí speciálního elektrického přístroje, který vytváří vibrace. Pacient si přiloží přístroj do oblasti hlasivek a mluvením dochází k přenosu vibrací do dutiny ústní, kde se vytváří nemelodická řeč (řeč robota). Dalším náhradním způsobem tvorby hlasu je tzv. hlasová protéza (TEF). Umělým vytvořením spojení mezi průdušnicí a jícnem se tracheostomií zavádí do tohoto spojení speciální kanyla. Při výdechu prochází vzduch přes tuto kanylu a dojde k tvorbě zvuku. Je nutné, aby si pacient

při výdechu uzavřel ústí tracheostomie prstem. Tento způsob komunikace je pro pacienty nejvhodnější (Marková, 2009, s. 47-48).

4.5 Edukace pacienta a rodiny

Léčba pacientů s tracheostomií ať už na UPV či u spontánně ventilujících je dlouhodobou záležitostí. Pacienti jsou dlouhodobě upoutáni k ventilátoru. Často jsou nevrlí, netrpěliví, negativní, nespolupracující z důvodu dlouhého trvání léčení. Významnou roli v jejich uzdravování hraje rodina. Rodina představuje pro pacienta důležitou psychickou i fyzickou podporu. Je dobré zapojit do péče jak pacienta, tak i jeho rodinu. Sestra by měla pacienta i rodinu edukovat o jednotlivých metodách komunikace, společně vybrat vhodný způsob, naučit je komunikační technice, naučit je, jak zacházet s pomůckami usnadňující komunikaci. Zdůraznit, že právě sestra je zde pro ně a v případě nemožnosti se s pacientem domluvit, se na ni mohou kdykoli obrátit (Tomová, 2016, s. 116-119).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Nedílnou součástí při poskytování lékařské i ošetrovatelské péče ve zdravotnictví je komunikace. Kvalitní komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem celkově podporuje zvýšení úspěšnosti léčby a tím i zároveň snižuje délku jejího trvání a finanční nákladovost. Ve zdravotnictví je komunikace velice důležitá, avšak v dnešní době zdravotnickým personálem dosti opomíjená. Nesprávnou komunikací dochází k narušení vztahů mezi pacientem, zdravotnickým personálem, ale i rodinnými příslušníky, k celkovému nepochopení, nedůvěře, nespolupráci a uzavřenosti pacienta. Komunikaci s pacientem je potřeba se věnovat a využívat všech dostupných prostředků a pomůcek k jejímu zlepšení. U pacientů s tracheostomií se spontánní ventilací či na umělé plicní ventilaci je komunikace často velice náročná. Provedením tracheostomie a tím vyřazením hlasivek z fyziologické činnosti ztrácí pacient možnost dobře verbálně komunikovat. Nedokáže dokonale vyjádřit svoje potřeby, problémy, pocity a přání. Právě sestra by měla svým empatickým přístupem, trpělivostí, ochotou, a hlavně dostatkem času, pacienta správně motivovat, podporovat, vyslechnout a společně s pacientem hledat vhodnou formu pro edukaci, která vede ke zlepšení komunikace mezi nimi.

V empirické části jsou popisovány kazuistiky dvou pacientů s tracheostomií hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a na interním lůžkovém oddělení. Součástí jsou i zpracované rozhovory se sestrami, které tyto pacienty ošetřovaly. Snažili jsme se zjistit, zda dostatečně znají problematiku fyziologie hlasu, problematiku tracheostomie, zda jsou dostatečně edukovány v této oblasti, jaké metody a prostředky využívají v komunikaci u pacienta s tracheostomií. Hlavním cílem je zjistit, zda je rozdílná komunikace sester v intenzivní péči, které se s pacienty s tracheostomií setkávají častěji než sestry standardního lůžkového oddělení.

6 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumu je zjistit rozdílnost v komunikaci sester u pacienta s tracheostomií v intenzivní péči a na standardním lůžkovém oddělení.

6.2 Dílčí cíle

DC 1 Zjistit, jakým způsobem a jaké pomůcky využívají sestry ke komunikaci u pacienta s tracheostomií.

DC 2 Vytvořit edukační návod pro sestry, jak správně komunikovat s pacienty s tracheostomií.

7 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY

Výzkumné otázky byly vytvořeny na základě hlavního a dílčích cílů.

VO 1 Jsou rozdílnosti v komunikaci u pacienta s tracheostomií v intenzivní péči a na standardním lůžkovém oddělení?

VO 2 Jaké metody a pomůcky používají sestry ke komunikaci u pacienta s tracheostomií?

VO 3 Jaké jsou edukační návody komunikace u pacientů s tracheostomií pro sestry?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr případů pro šetření byl záměrný. Do výzkumu byla vybrána pacientka s tracheostomií hospitalizována na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a pacient s tracheostomií z interního lůžkového oddělení. Současně byly osloveny a požádány o rozhovor dvě sestry, které o tyto pacienty pečovaly. Před začátkem šetření byly obě sestry seznámeny s výzkumem. Na základě podaných informací byl podepsán informovaný souhlas pro sestry, kterým jsme zajistili jejich absolutní anonymitu. Zároveň jsme požádali i manažera zdravotnického zařízení, ve kterém byl výzkum prováděn, o souhlas a podepsání informovaného souhlasu s provedením výzkumného šetření v tomto zařízení a s nahlížením do zdravotnické dokumentace obou pacientů. Oba informované souhlasy jsou uvedeny v příloze (Příloha B, C).

9 METODIKA PRÁCE

Pro bakalářskou práci jsme zvolili metodu kvalitativního výzkumu z důvodu hloubkové analýzy velkého množství informací o jednotlivci. Zabývali jsme se případovou studií, kde kombinujeme kazuistiky dvou pacientů s tracheostomií z různých oddělení a zároveň provádíme analýzu jak lékařské, tak i ošetrovatelské dokumentace. Z důvodu získání kompletních informací jsme pro náš výzkum sestavili polostrukturovaný rozhovor, který byl předložen sestřám. Tento rozhovor jsme do bakalářské práce zařadili pro doplnění kompletních informací o způsobech a metodách komunikace sester a pacientů s tracheostomií v intenzivní péči a na standardním lůžkovém oddělení (Příloha I, J). Oba rozhovory byly zpracovány v programu Atlas.ti. V bakalářské práci jsou využívány tyto hodnotící škály: hodnocení stupně analgosedace dle RASS (Příloha E), hodnocení stavu vědomí dle GCS (Příloha E), hodnocení bolesti dle VAS (Příloha CH), hodnocení stupně flebitis dle Maddona (Příloha E), hodnocení nutričního stavu, BMI (Příloha H), hodnocení dekubitů dle Nortonové (Příloha E), riziko pádu (Příloha F), Barthelův test všedních činností (Příloha G).

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Kvalitativní výzkum probíhal od září do prosince 2018 na anesteziologicko-resuscitačním a interním lůžkovém oddělení nemocnice Domažlice. Výzkum jsme rozdělili do dvou částí. V první části probíhala analýza dokumentů pacientů s následným zpracováním kazuistik a ošetrovatelského procesu. Ve druhé části jsou popisovány rozhovory se sestrami, které u těchto pacientů prováděly ošetrovatelskou péči.

První rozhovor se sestrou z ARO – respondentka 1 (R1) probíhal ve vyšetřovací místnosti ARO zcela v soukromí. Setkání proběhlo po ukončení pracovní směny a trvalo 40 min. Odpovědi byly nahrávány se svolením sestry a podepsáním informovaného souhlasu na diktafon (Příloha C).

Druhý rozhovor se sestrou ze standardního interního lůžkového oddělení – respondentka 2 (R2) se také uskutečnil ve vyšetřovně ARO. Setkání opět proběhlo po ukončení pracovní směny a trvalo 30 minut. Odpovědi byly také nahrávány na diktafon. Taktéž byl podepsán informovaný souhlas s nahráváním (Příloha C). Oba rozhovory byly následně přepsány a analyzovány.

Obě setkání byla velice příjemná a probíhala v přátelské atmosféře. Rozhovory nebyly rušeny personálem ani telefonickým hovorem.

11 KAZUISTIKA Č. 1 (PACIENTKA ARO)

11.1 Katamnéza

Pacientka přivezena 3. září 2018 v 15, 15 hod. manželem z domova pro tři dny zhoršující se dušnost, otoky dolních končetin a břicha na interní oddělení. Pro stále se zhoršující dušnost, hyposaturaci, hyperkapnii a anurii ihned přeložena na ARO. Při přijetí pacientka těžce dušná, neschopná plně komunikovat, orientována místem i časem, hůře spolupracující, přítomny akrocyanózy, anasarka, hypotenze, a proto přistoupeno k orotracheální intubaci a umělé plicní ventilaci.

11.2 Anamnéza

Osobní anamnéza: pacientka v dětství trpěla na opakované bronchitidy, od roku 2000 Diabetes mellitus 2. typu na PAD, 2x hospitalizace na interním oddělení pro kardiální selhávání (2015, 2016), morbidní obezita, nikotinismus, flegmona břišní stěny po komplikovaném hojení po laparotomické operaci (2011), arteriální hypertenze.

Rodinná anamnéza: rodiče i dva sourozenci adoptivní, zdraví, pacientka má dvě dcery – obě mentálně retardované, manžel zdrav.

Gynekologická anamnéza: menstruace od 11 let, cyklus pravidelný á 28 dní, porody dva, potraty žádné, gynekologické onemocnění neudává.

Sociální anamnéza: vdaná, žije s manželem a dcerami v bezbariérovém bytě.

Pracovní anamnéza: nyní v domácnosti, nezaměstnaná, dříve pracovala jako kuchařka.

Operace: rok 2009 – klasická CHE, rok 2011 - APPE, rok 2013 – ileus při uskřínuté ventrální kýle.

Úrazy: neudává

Alergie: neudává

Kouření: dříve 20 cigaret/den, nyní udává 3 cigarety/den.

Transfúze: pacientka si není vědoma, že by kdy dostávala transfúze krve.

Léky: Prenessa 4 mg 1-0-0 tbl., Verospiron 25 mg 0-1-0 tbl., Atorvastatin 40 mg 0-0-1 tbl., Furosemid forte 250 mg 1-0-0 tbl., Siofor 850 mg 1-0-1 tbl.

Lékařské diagnózy: J 96. 09 Akutní respirační selhání – typ nespecifikován
I 50. 9 Oboustranné srdeční selhávání, J 18. 9 Oboustranná bazální bronchopneumonie
N 17. 8 Jiné akutní selhání ledvin, E 11. 9 Diabetes mellitus, L 02. 2 Kožní absces, furunkl,
E 66. 2 Extrémní obezita s alveolární hypoventilací

11.3 Objektivní nález

Pacientka orientována místem i časem, hůře spolupracující, bez bolestí (VAS 0), těžce dušná, bez nevolnosti, anikterická, morbidně obezní, afebrilní.

Hlava: pokleповě nebolestivá, inervace intaktní, zornice izokorické, reagují na osvit, spojivky prokrvené, sklery anikterické, bulby volně pohyblivé. Jazyk plazí ve střední čáře, bez povlaku, hrdlo klidné, chrup neúplný, kariézní.

Krk: šíje volně pohyblivá, náplň krčních žil nevětšena, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nevětšena.

Hrudník: symetrický, dýchání s chrůpky difúzně, bez vedlejších fenomenů, srdce bez šelestů, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené.

Břícho: anasarka až k prsům, břicho tuhé, neprohmatné, nebolestivé, nezhojená laparotomie per sekundam s defekty, játra a slezina nevětšeny.

Dolní končetiny: masivní otoky, bez známek TEN, pulzace na periférii nehmatná, hybnost bez omezení.

Horní končetiny: hybnost bez omezení, na levém předloktí periferní žilní katétr, na pravém předloktí furunkl.

Genitál: nepřehledný, oteklý, silně zapáchající, opruzeniny v tříselech

Kůže: četné boláky po celém těle, přítomny hematomy

TK 140/70, **TF** 106/min. **TT** 36,6 °C, **DF** 38' **Váha** 144 kg **Výška** 157 cm **BMI** 60

EKG: sinusový rytmus, křivka fyziologická

11.4 Vyšetření

Při přijetí nabrána krev na biochemické, hematologické vyšetření. Provedeny stěry z nosu, rekta, nabrán tracheální aspirát a moč na mikrobiologické vyšetření. Nabrána krev na vyšetření acidobasické rovnováhy.

ABR: pH 7,070, pCO₂ kPa, pO₂ 6,90 kPa, HCO₃ akt. 26,1 mmol/l, BE -6,1 mmol/l.

Hematologické vyšetření: krevní obraz: leukocytóza, ostatní parametry v normě.

INR 1,7 s, APTT 50,3 s.

Biochemické vyšetření: bilirubin 20,1 umol/l, glukóza 9,0 mmol/l, urea 22,3 mmol/l, kreatinin 257 umol/l, CRP 40,1 mg/l, osmolalita 310 mmol/kg, celková bílkovina 63 g/l, albumin 31 g/l, draslík 6,3 mmol/l, sodík 132 mmol/l, chloridy 94 mmol/l. Ostatní parametry v normě.

Zobrazovací a konziliární vyšetření: při příjmu proveden RTG srdce a plic s výsledkem venostatických projevů v parenchymu s dilatací srdce. Vzhledem k potřebě vyšší oxygenační i ventilační podpory provedena 6. 9. 2018 časná chirurgická tracheostomie na operačním sále. Dne 7. 9. 2018 provedeno CT hrudníku a břicha nativně, kde popsána oboustranná bronchopneumonie, v dutině břišní přítomna volná tekutina s propagací do podbřišku, mírná splenomegalie, stav po CHE, bez dilatace žlučových cest, bez přítomnosti ledvinných kamenů. 8. 9. 2018 provedeno i chirurgické konzilium pro furunkl pravého předloktí. Po stržení krusty došlo k provalení hnisu, rána vydezinfikována, přiloženo krytí s Betadinem. Převaz prováděn chirurgem denně.

Mikrobiologické vyšetření: dle mikrobiologického vyšetření tracheálního aspirátu zjištěn nález: Enterobacter cloacae, Streptococcus alfa a Haemophilus influenzae (Betalaktamáza negativní). Ostatní stěry byly negativní.

11.5 Průběh hospitalizace

Do této části byly vybrány a následně popisovány zásadní dny z ošetrovatelského procesu, které se zvláště vztahovaly k vývoji komunikace u pacientky s tracheostomií na UPV.

1. den hospitalizace 3. 9. 2018

Pacientka přijata překladem z interního oddělení na ARO 3. 9. 2018 v 15, 15 hodin pro těžkou dušnost. Po přijetí na zákrovový sálek byla napojena na patientský monitor ke sledování základních fyziologických funkcí a dle ordinace lékaře byl podán kyslík 6 l/min kyslíkovou polomaskou. Poté lékař provedl objektivní vyšetření, odebral anamnézu a seznámil pacientku s nutností hospitalizace i možností intubace a napojení na UPV. Patientkou byl podepsán souhlas s hospitalizací a s podáváním informací. Sestrou byla odebrána ošetřovatelská anamnéza a pacientka byla seznámena s právy a povinnostmi pacienta, provozním řádem oddělení. Vše bylo řádně zaznamenáno do dokumentace. Pro identifikaci byl pacientce nasazen identifikační náramek.

Dle ordinace lékaře byl zaveden periferní žilní katétr a podána infúze krystaloidů. Pro stále se zhoršující hyposaturaci provedena lékařem orotracheální intubace a pacientka napojena na umělou plicní ventilaci s ventilačním režimem BIPAP. Lékařem byl zaveden centrální žilní katétr do vena jugularis dxt., pro měření invazivní tlaku krve byl zaveden arteriální katétr cestou arteria radialis sin. Příjmovou sestrou byla zavedena nasogastrická sonda č. 14 do pravé nosní dírky a Foleyův permanentní močový katétr velikost č. 20. Pacientka farmakologicky sedována. Kvůli poklesu krevního tlaku nasazena oběhová podpora Noradrenalinem. K ověření polohy CŽK byl indikován RTG srdce a plic. Provedeny náběry krve na biochemické, hematologické vyšetření. Provedeny stěry z nosu, rekta, nabrán tracheální aspirát a moč na mikrobiologické vyšetření. Proveden náběr kapilární krve na ABR. Po zajištění invazivních vstupů byla pacientka převezena na monitorované lůžko. Po celou dobu hospitalizace na ARO byla pacientka plně monitorována.

Po uložení na lůžko byla pacientka uložena do zvýšené semi Fowlerovy polohy. Fyziologické funkce byly sledovány po 1 hodině, bilance tekutin byla sledována po 6 hodinách. Naměřené hodnoty byly zaznamenávány do resuscitačního záznamu. Léky dle medikace lékaře byly podány.

Hodnotící škály: při příjmu GCS 15, riziko pádu 2 (malé riziko), hodnocení nutričního stavu 2 (není potřeba intervence), BMI 61, riziko dekubitů 23 (riziko vzniku), Barthelův test denních činností 75 (lehká závislost), hodnocení tromboflebitis dle Maddona 0 (není bolest ani reakce v okolí), VAS 0 (není žádná bolest), po intubaci a následně podávané kontinuální farmakosedaci, hodnocena škála dle RASS -5 (neprobuditelný, žádná odpověď na oslovení ani fyzikální podnět).

Komunikace: při příjmu pacientka pro dušnost méně komunikativní, na otázky odpovídá převážně jednoslovně, mluvení jí dělá velké potíže, často se musí vydýchat, aby mohla odpovídat. Ošetřující sestra přebírá veškerou komunikaci za pacientku. Otázky volí tak, aby pacientka mohla odpovídat pouze jedním slovem a zbytečně se nevyčerpávala dlouhým mluvením, příklad sestra „Máte bolesti na hrudníku?“ Pacientka odpoví „Ne.“ Pacientka je stále více neklidnější, dýchání jí dělá značné potíže, snaží se zajímat polohu v sedě a rukama se křečovitě drží postranic lůžka. Sestra tedy pacientce pokládá uzavřené otázky, na které může odpovídat sjednaným signálem-kývnutím hlavy směrem dolů – ANO, pootočením hlavy ze strany na stranu – NE, příklad sestra „Chcete polštář za hlavu?“ Pacientka pootočí hlavu ze strany na stranu – NE. Po intubaci je pacientka farmakologicky sedována, není oslovitelná, otevření očí ani stisk ruky na výzvu neprovede. Nereaguje ani na bolestivé podněty. Přesto, že pacientka nevnímá, sestra při provádění ošetrovatelských výkonů a ordinací lékaře, pacientce vše vysvětluje a jednotlivé úkony pacientce vždy popisuje. Chová se k pacientce tak jako kdyby vnímala, ale chybí zpětná reakce pacientky.

Medikace: dieta nic per os, Fraxiparin 0,6 ml s.c., Nolpaza 40 mg i.v., ACC 150 mg i.v., Acidum ascorbicum 500 mg i.v., Noradrenalin 10 mg/50 ml 5 % Glukozy, Dobutamin 250 mg/50 ml FR, Furosemid 125 mg/20 ml FR, Sufenta F 2ml/Midazolam 30 mg/40 ml FR, FR 500 ml.

2. den hospitalizace 4. 9. 2018

Ráno provedena sestrou celková hygienická péče na lůžku. Provedena péče o oči, nos, dutinu ústní dle standardu oddělení. Vlasy byly umyty a svázané do ohonu. Provedeny převazy invazivních vstupů. Byla provedena změna polohy a kontrola tlaku v manžetě endotracheální rourky. Sestra důkladně ošetřila opruzeniny pod prsy, v tříselech a pod pupkem. Celé tělo promazala tělovým mlékem a provedla masáž zad. Lékařem byla provedena vizita. Pacientka stále na UPV s ventilačním režimem BIPAP. Dle laboratorních výsledků a k vzhledem k přetrvávající anurii byl pacientce zaveden dialyzační katétr a pacientka byla napojena na kontinuální hemodialýzu. V pravidelných intervalech byly prováděny náběry ABR, podle nichž se prováděla kontrola účinnosti hemodialýzy. Pacientka i nadále farmakologicky sedována.

Hodnotící škály: GCS 7 (těžké kóma), riziko pádu 3 (riziko pádu), hodnocení nutričního stavu 4, BMI 61, riziko dekubitů 12 (vysoké riziko vzniku dekubitů), Barthelův test denních činností 0 (vysoká závislost), hodnocení tromboflebitis 0 (není reakce ani bolest

v okolí), VAS 0 (žádná bolest), RASS -2 (krátké probuzení a oční kontakt na oslovení <10 s).

Komunikace: pacientka nadále farmakologicky sedována, oslovitelná pouze na hlasité oslovení, kdy otevře oči jen na krátkou chvíli. Stisk ruky slabý. Lékařem informována o nutnosti zavedení dialyzačního katétru a provedení eliminační očišťovací metody. Pro celkovou slabost a farmakosedaci pacientka souhlasí s výkonem konkludentně před lékařem a sestrou. Vše zaznamenáno do dokumentace. Po celou dobu sestra pacientku informovala o prováděných ošetrovatelských činnostech (např. odsávání, masáže, polohování, hygienická péče). Sestra při komunikaci využívala uzavřené otázky, na které pacientka odpovídala po dohodě se sestrou sjednanými signály ANO kývnutím hlavy dopředu a na odpověď NE mírným otočením hlavy do stran. Pacientka se probouzela jen na krátký okamžik, a proto sestra musela otázky i několikrát zopakovat. Příklad sestra „Není Vám zima?“ Pacientka neodpovídá. Sestra tedy znovu hlasitěji zopakuje otázku: „Není vám zima?“ Pacientka pootočí hlavu ze strany na stranu – NE. Sestra si ještě ověřovala pomocí stisku ruky, zda pacientka všemu porozuměla. Sestra „Zmáčkněte mi ruku, jestli jste všemu rozuměla?“ Pacientka stiskne ruku sestře, že rozumí.

4. den hospitalizace 6. 9. 2018

Po celkové ranní toaletě, provedení převazů invazivních vstupů a ranní vizitě byla pacientka odpojena z tří denního cyklu kontinuální hemodialýzy. Nadále sledována bilance tekutin á 6 hod. Došlo k poklesu renálních parametrů, pacientka spontánně močí. Farmakologická sedace postupně snižována (GCS 12, RASS 0, VAS 0). Pacientka oslovitelná, uposlechne výzvě a vyhoví, stisk ruky pevný, oči otevře spontánně. Z důvodu vyšší ventilační i oxygenační podpory při UPV byla lékaři naplánována 6. 9. 2018 časná tracheostomie na operačním sále. Lékař pacientce vysvětlil nutnost provedení tracheostomie a poté byl pacientkou podepsán souhlas s výkonem. Před provedením tracheostomie ošetřující sestra pacientku seznámila s ošetrovatelskými postupy po provedení tracheostomie. Seznámila pacientku s možností bolesti po provedení tracheostomie i léčbě bolesti, špatného polykání, omezení tvorby hlasu, které je však přechodné. Pacientka od půlnoci lačná. Enterální výživa nepodávána. Pacientce provedeny bandáže obou dolních končetin. Poté byla převezena na operační sál, kde jí byla provedena tracheostomie. Po návratu z operačního sálu byla pacientka při vědomí, oslovitelná, spolupracující. Byly podávány analgetika dle ordinace lékaře

na zmírnění bolesti. Okolí tracheostomie bylo klidné, bez prosaku. Pacientka pravidelně od-sávána z dýchacích cest.

Hodnotící škály: GCS 15, riziko pádu 3, hodnocení nutričního stavu 4, BMI 56, riziko vzniku dekubitů 18 (vysoké riziko), Barthelův test denních činností 10 (vysoká závislost), hodnocení tromboflebitis pro zrušení periferní žilní kanyly neprovedeno, po provedení tracheostomie VAS 5, RASS 0 (bdělá, ale klidná).

Komunikace: po snížení farmakologické sedace byla pacientka při vědomí a spolupracující. Při zavedení orotracheální intubace nebylo možné pacientce odezírat ze rtů, přestože se stále snažila mluvit. Proto opět přistoupeno k dohodnutým signálům ANO nebo NE kývnutím či otočením hlavy. Sestra opět vše pacientce vysvětlovala, snažila se zmírnit její strach a obavy z výkonu. Po provedení tracheostomie měla pacientka bolesti v krku, nemohla dobře polykat sliny. Byly podávány analgetika dle ordinace lékaře, po kterých se pacientka zklidnila. Po zmírnění bolesti bylo možné pacientce odezírat ze rtů. Sestrou byla informována, aby vyslovila nejdříve pouze jedno slovo a snažila se při vyslovování více otevírat ústa. Sestra slovo nahlas zopakovala a vybídla pacientku, aby správnost slova potvrdila dohodnutými signály kývnutím hlavy dolů či pootočením hlavy do stran. Sestra se po odkývnutí správnosti jednotlivých slov snaží složit celou větu a splnit přání pacientky. Příklad pacientka pomocí metody odezírání ze rtů vysloví první slovo, sestra zopakuje nahlas „JE“, pacientka souhlasí kývnutím hlavy směrem dolů. Pacientka vysloví druhé slovo, sestra zopakuje nahlas „MI“, pacientka znovu souhlasí kývnutím hlavy. Poté pacientka znovu vysloví další slovo, sestra opět nahlas zopakuje „ZIMA“, pacientka opět souhlasí kývnutím. Sestra zopakuje celou větu „JE VÁM ZIMA?“ Pacientka opět souhlasí kývnutím. Sestra pacientce přináší teplejší peřinu. Zpočátku byla tato komunikace pro pacientku obtížná, při neporozumění byla nervózní, rozhazovala rukama a zrychleně dýchala. I pro sestru bylo odezírání obtížné. Pacientka měla zbytkový chrup a tím bylo ztíženo vyslovování některých slov. Sestra pacientku vždy uklidnila, a znovu ji trpělivě vybízela, aby mluvila pomalu a snažila se více otvírat ústa.

5. den hospitalizace 7. 9. 2018

Pacientka byla již bez farmakologické sedace. Při celkové hygienické péči se snažila spolupracovat, s dopomocí sestry si sama zvládla umýt obličej, učesat vlasy a vyčistit zuby. Při polohování se sama otáčela z boku na bok. Sestra provedla převaz tracheostomie. Po odstranění sterilního mulového čtverce bylo okolí tracheostomie klidné, nekrvácelo ani

nebylo přítomno zarudnutí. Sestra okolí vydezinfikovala a poté přiložila sterilní mulový čtverec. Dále provedla ošetření všech invazivních vstupů. Pacientka vypadala spokojeně, dýchalo se jí dobře, bolest v krku při polykání byla mírnější. Stále napojena na UPV s režimem BIPAP. Nejvíce nepříjemné pro ni bylo odsávání z dýchacích cest. Sestra ji vždy na odsávání včas upozornila a vysvětlila nutnost odstraňování hlenu z dýchacích cest. Lékař naordinoval kašovitou dietu. Zpočátku se pacientka obávala bolesti při polykání. Sestra pacientce nabídla chlazený krém, který mohla dobře polykat. Později si sama popíjela čaj bez problémů s polykáním. Po celé odpoledne pacientka pospávala. Odpoledne došlo k vzestupu tělesné teploty, náhlé tachykardii, tachypnoei, pacientka byla neklidná, bylo odsáváno velké množství hnisavého sputa. Byla nabrána hemokultura a odebráno sputum na mikrobiologické vyšetření. Lékařem bylo naordinováno akutní CT plic a břicha s výsledkem bronchopneumonie. Byly nasazeny antibiotika, podávány antipyretika, prováděny laváže dýchacích cest i nebulizace dle ordinace lékaře. Odsávání z dýchacích cest bylo prováděno častěji.

Hodnotící škály: GSC 15, riziko pádu 3, hodnocení nutričního stavu 4, BMI 55, riziko vzniku dekubitů 19, Barthelův test denních činností 25, VAS 2, RASS 0.

Komunikace: pacientka spolupracující, snažila se stále něco sdělit sestře, bohužel pomocí metody odezírání ze rtů artikulovala moc rychle. Byla chvílemi rozhněvaná, neklidná. Sestra tedy zvolila jako vhodnější metodu pro komunikaci magnetickou tabulku a vysvětlila pacientce, aby si z jednotlivých písmen, která položí na magnetickou tabulku sama skládala slova a poté celé věty. Zpočátku se pacientce dařilo skládat slova, ale postupně jí hledání písmen dělalo problém a jednotlivá písmena nedávala dohromady srozumitelné slovo. Sestra tedy využila metodu tužka a papír. Pacientku nejprve posadila do sedu na lůžku s mírně pokrčenými koleny a podepřenými patami. Papír položila na stolec, který pacientce přisunula do lůžka a mírně jej naklonila k pacientce, tak aby na papír dobře viděla a mohla si opřít lokty obou horních končetin o stolec. Vyzvala pacientku, aby se pokusila napsat velkými tiskacími písmeny, aby se slova dala dobře přečíst, co potřebuje. Pacientka se snažila psát, ale ruka se jí chvěla a nedokázala napsat žádné slovo. Sestra tedy opět vyzvala pacientku, aby se pokusila slovo znovu napsat. Nechala jí dostatek času, aby mohla slova v klidu napsat. Když se sestra vrátila po chvíli zpět k pacientce, přečetla si, že by se ráda napila studené vody a chtěla by vyvětrat pokoj. Sestra pacientce přinesla studenou vodu a vyvětrala pokoj. Stoleček s psacími potřebami ji nechala v blízkosti, aby mohla kdykoli napsat, co potřebuje. Na stoleček ještě položila signalizační zařízení, aby si pacientka mohla přivolat sestru.

6. den hospitalizace 8. 9. 2018

U pacientky stále přetrvávala zvýšená teplota. Pacientka spolupracovala při celkové hygienické péči. Sestra pouze dopomáhala při hygieně i při vyprazdňování. Pacientka se ostýchala použít podložní mísu. Sestra pacientce vysvětlila, že zatím kvůli napojení na UPV nemůže na toaletu. Vytvořila ji proto prostředí, aby se mohla v klidu vyprázdnit. Dopoledne proběhlo u pacientky chirurgické konzilium pro nápadný furunkl na pravém předloktí. Chirurgický lékař po stržení krusty odstranil z rány hnis, ránu vydezinfikoval a překryl sterilním krytím. Převoz byl prováděn chirurgem denně. Pacientka po celý den bez dušnosti, stále na UPV s ventilačním režimem BIPAP. Odsávána dle potřeby. Tracheostomie převazována denně. Dle standardu byla prováděna kontrola tlaku v těsnící manžetě. Dle ordinace lékaře byl odstraněn dialyzační a arteriální katétr, nasogastrická sonda. Krevní tlak byl měřen již neinvazivní metodou pomocí tlakové manžety. Polykání již pacientce nečinilo žádné potíže a lékařem byla naordinována diabetická dieta.

Hodnotící škály: GSC 15, riziko pádu 3, hodnocení nutričního stavu 4, BMI 54, riziko vzniku dekubitů 23, Barthelův test denních činností 40, VAS 0, RASS nehodnocen, pacientka bez analgosedace.

Komunikace: pacientka komunikovala s ošetřujícím personálem pomocí metody odezírání ze rtů a metody tužka a papír. Usilovná snaha promluvit ji vždy dráždila ke kašli. Sestra přinesla pacientce abecední tabulku a vysvětlila jí, aby prstem ukazovala na jednotlivá písmena, ze kterých sestra skládala slova. Po chvíli však pacientka podala abecední tabulku sestře zpátky a na papír napsala, že bude raději používat metodu tužka a papír. Velikou radost jí udělala návštěva manžela a matky. Rodina byla poučena, jak s pacientkou komunikovat, byli seznámeni i s prostředím oddělení, s monitorací pacientky i nutností napojení na UPV. Pacientka využívala ke komunikaci s rodinou převážně metodu psaní pomocí tužky a papíru. Napsaný text vždy dala přečíst manželovi a matce, kteří ji napsaný text znovu přečetli a odpovídali jí slovně na její napsané dotazy. Odezírání ze rtů jim činilo potíže, a proto si volali sestru, aby jim pomohla se dorozumět pomocí této metody.

7. – 9. den hospitalizace 9. – 11. 9. 2018

Pacientka soběstačná při hygienické péči, sestra pouze dopomáhá při mytí zad a dolních končetin a připravuje pomůcky k hygienické péči a pečuje o pravidelné vyprazdňování. Pacientka byla bez teploty. Stále napojena na UPV, postupně byla snižována ventilační

podpora a změněn ventilační režim na odvykací režim CPAP. Pacientka nadále pravidelně odsávána. Převaz tracheostomie prováděn denně, okolí tracheostomie bez známek zánětu. Byl odstraněn CŽK a zaveden periferní žilní katétr. Hojící se rána po furunklu na pravém předloktí již ponechána bez krytí, ošetřena tekutým obvazem. Pacientka se zapojila aktivně do rehabilitace na lůžku. Rehabilitační sestra denně prováděla míčkování hrudníku, vibrační masáže, cvičení rukou a nohou i nácvik posazování se na lůžku. S pomocí ošetřujícího personálu byla pacientka denně posazována mimo lůžko do křesla. 9. 9. 2018 byla pacienta odpojena od UPV. Na tracheostomickou kanylu byla napojena tracheostomická maska, přes kterou byl pacientce podáván zvlhčovaný a ohřátý kyslík 4 l/min. Po odpojení byla pacientka poučena o odkašlávání hlenů ven před tracheostomickou kanylu. Pacientka dýchala spontánně, bez dušnosti, bez komplikací. 10. 9. 2018 byl pacientce odsátý vzduch z těsnící manžety tracheostomické kanyly. Pacientka byla poučena o pomalém polykání, aby nedošlo k vdechnutí stravy. Vypuštění vzduchu z těsnící manžety pacientku silně podráždilo ke kašli. Sestra pacientku vyzvala, aby se zhluboka nadechla a pomalu vydechovala, aby se kašel zmírnil. Večer byl zrušen periferní žilní katétr. Pacientka měla velkou radost, že si již dýchá sama bez pomoci plicního ventilátoru.

Hodnotící škály: GCS 15, riziko pádu 2, hodnocení nutričního stavu 3, BMI 52, riziko vzniku dekubitů 25, Barthelův test denních činností 60 (závislost středního stupně), VAS 0, hodnocení tromboflebitis dle Maddona 0.

Komunikace: při napojení na UPV komunikovala pacientka pomocí metody tužka a papír a metody odezírání ze rtů. Pacientce byly sestrou nabídnuty komunikační karty, kde byly vyobrazeny jednotlivé činnosti, předměty, osoby. Na některých kartách byly kromě obrázků uvedena i slova představující danou činnost, věc či osobu např., SPÁT, TALÍŘ NAJÍST, LÉKAŘ, RUKA atd. Pacientka si mohla vybírat z několika základních karet např. bolest, sedět, ležet, dýchat, zima, teplo atd. Kartu vždy ukázala sestře, která se podle předlohy vyobrazené na kartě snažila pacientky dotazovala na její přání. Příklad karta lékař, sestra: „Přejete si zavolat lékaře?“ „Potřebujete se lékaře na něco zeptat?“ Pomocí těchto karet se ještě lépe dorozumívala. Nebyla již neklidná ani nervózní, když jí nebylo porozuměno.

10. den hospitalizace 12. 9. 2018

Pacientka spolupracovala při ranní hygieně, zvládala se zcela umýt na lůžku. Nadále si spontánně dýchala přes tracheostomickou kanylu, přes kterou jí byl podáván kyslík pomocí tracheostomické masky. Odsávána byla pouze dle potřeby, sama si vykašlávala hleny

ven přes tracheostomickou kanylu. Sestra ošetřila okolí tracheostomické kanyly dle standardu oddělení, mulové čtverce měnila častěji dle potřeby. Plně rehabilitovala na lůžku, sama si prováděla cvičení rukou i nohou. Denně postavována u lůžka a posazována do křesla.

Komunikace: ráno po vypuštění vzduchu z těsnící manžety byla sestrou nasazena na ústí tracheostomické kanyly mluvicí chlopeň. Pacientka byla sestrou vyzvána, aby se nadechla a s výdechem řekla jedno jednoduché slovo např. pes. Pacientka se nadechla a při výdechu vyslovila slovo pes. Měla velikou radost, že slyší svůj hlas a může opět promluvit. Sestrou byla vyzvána, aby zkoušela zpočátku jednotlivá slova. Vždy si po dvou či třech slovech udělala pauzu, aby se v klidu prodýchala a odpočinula si. Postupně si přidávala i další slova, která spojila do jednoduché věty. Sestrou byla poučena, aby mluvila pomalu a vždy si na chvíli odpočinula a prodýchala se. Sestra pacientce napojila na mluvicí chlopeň krycí mřížku, přes kterou jí byl podáván zvlhčovaný kyslík. Také byla poučena o vykašlávání hlenu před tracheostomickou kanylu. Vždy, když bude chtít odkašlat, musí si odstranit mluvicí chlopeň z ústí kanyly a s výdechem zakašlat a hleny odkašlat do buničitého čtverce, který si přiloží před ústí kanyly. Po důkladném osušení ústí kanyly si může chlopeň znovu nasadit na tracheostomickou kanylu. Pacientka byla moc šikovná a odkašlávání i nasazování chlopně zvládala bez problémů. Z důvodu prevence zhoršeného dýchání ji první den byla chlopeň nasazena vždy jen na pár minut a poté byla na tracheostomickou kanylu znovu napojena maska s kyslíkem. Po celou dobu byla u pacientky sledována dechová frekvence, SpO₂ i mechanika dýchání. Pacientka požádala sestru, zda by si mohla tuto chlopeň odpoledne nasadit na návštěvy na delší dobu a překvapit manžela, že již sama mluví. Před příchodem manžela tedy sestra nasadila na chlopeň krycí mřížku s přívodem kyslíku, aby nedošlo k poklesu saturace kyslíku během rozhovoru při návštěvě. Sestrou byla upozorněna, aby vyslovovala jen dvě až tři slova, aby se zbytečně nevyčerpávala a nedošlo k dechovým potížím. Když pacientka promluvila na svého manžela první slova, byl dojat. Objal svou manželku a měl i slzy v očích. Oba se smáli a měli velikou radost. Pacientka vyslovovala dle pokynů sestry jen dvě až tři slova. Po dobu nasazení mluvicí chlopně nedošlo u pacientky k žádným ventilačním potížím. Chlopeň měla pacientka nasazenu jen po dobu návštěvy manžela. Po odchodu byla na ústí tracheostomické kanyly opět napojena maska se zvlhčeným kyslíkem.

11. den hospitalizace 13. 9. 2018

Pacientka zcela soběstačná. Dnes provedena celková ranní hygienická péče ve sprše. Provedeno ošetření okolí tracheostomické kanyly. Opět bez komplikací. Po vizitě byl

vypuštěn vzduch z těsnící manžety tracheostomické kanyly a poté byla kanyla uzavřena sterilním kolíčkem. Pacientka poučena o odkašlávání hlenů do dutiny ústní. Kyslík a nebulizace byly podávány přes kyslíkovou polomasku frekvencí 2 l/min. Močová cévka byla uzavřena a pacientka byla poučena o náviku močení. Pokračováno v rehabilitaci. S rehabilitační sestrou prováděna chůze po oddělení, pacientka posazována do křesla na oběd a večeři. Přesun z lůžka do křesla zvládala jen s malou dopomocí. Po celý den byla bez nutnosti odsávání z uzavřené tracheostomické kanyly, polykání léků i stravy bylo taktéž bez komplikací. Dýchání bylo bez komplikací.

Hodnotící škály: GSC 15, riziko pádu 1, hodnocení nutričního stavu 3, BMI 52, riziko vzniku dekubitů 30, Barthelův test denních činností 90, VAS 0.

Komunikace: pacientka s ošetřujícím personálem hovořila po uzavření tracheostomické kanyly kolíčkem již plně, bez dráždění ke kašli. Byla poučena o vykašlávání hlenů z dýchacích cest přes dutinu ústní ven. Lékařem byla poučena o možnosti dekanylace, pokud jí uzavření kanyly kolíčkem nebude dráždit, nebudou problémy s polykáním a nedojde k dechovým problémům během 24 hodin po uzavření tracheostomické kanyly. Po celou dobu uzavření tracheostomické kanyly byla u pacientky sledována dechová frekvence a SpO₂. Uzavření tracheostomické kanyly pacientce nedělalo žádné potíže, dýchala si klidně, polykání bylo také bez potíží. Mohla telefonovat s manželem i dcerami. Byla velice spokojená, že může plně komunikovat.

12. den hospitalizace 14. 9. 2018

Pacientka měla uzavřenou tracheostomickou kanylu 24 hodin. Vykašlávala si hleny do dutiny ústní, nebylo potřeba odsávání. Dýchání bylo bez komplikací, nešlo k dušnosti ani tachypnoi během předešlého dne, SpO₂ byla udržována v rozmezí 97-100 %. V noci klidně spala. Ráno provedena hygienická péče opět ve sprše. Dopoledne byla pacientka lékařem dekanylována. Stoma bylo odezinfikováno, přiložen sterilní tampon a přelepeno širokou náplastí. Po odstranění tracheostomie pacientka mohla mluvit, zpočátku s mírným chrapotem, ale později mluvila bez komplikací. Kyslík pacientce již nebyl podáván. Opět probíhala rehabilitace, chůze po oddělení, posazování do křesla. Močová cévka byla zcela uzavřena. Močení si pacientka sama korigovala dle potřeby.

Hodnotící škály: GSC 15, riziko pádu 1, hodnocení nutričního stavu 3, BMI 52, riziko vzniku dekubitů 30, Barthelův test denních činností 90, VAS 0.

Komunikace: po odstranění tracheostomické kanyly pacientka hovořila zcela bez problémů. Byla poučena, aby si při mluvení a kašli vždy přidržela prst na obvazu na krku, aby neucházel vzduch z otvoru po tracheostomii a mohla lépe mluvit. Zpočátku zapomínala přidržovat prst na obvazu, ale když zjistila, že jí při mluvení uchází vzduch zpod obvazu a při mluvení vydává chrčivé zvuky, prst vždy přitiskla na obvaz na krku a mluvila bez úniku vzduchu. Po celý den po dekanylaci nedošlo u pacientky ke zhoršení dechových potíží. Těšila se na svou matku i manžela až přijdou na návštěvu.

14. den hospitalizace 16. 9. 2018

Ráno byl proveden převaz stoma, které bylo již zcela uzavřené, rána odezinfikována a sterilně kryta. Pacientka bez dechových obtíží, plně komunikující, bez poruchy polykání, bez teploty, plně spolupracující a soběstačná. Močová cévka byla odstraněna, pacientka si sama došla na toaletu. Po ranní vizitě byla přeložena na standardní lůžkové oddělení k doléčení.

11.6 Ošetrovatelský proces dle modelu Virginie Hendersonové

Ošetrovatelský proces byl u pacientky vypracován do 24 hodin po přijetí.

1. Dýchání

Doma: bez problémů, před třemi dny postupně narůstající dušnost i v klidu

Nyní subjektivně: pocit nedostatku vzduchu, dušení, nemožnost se zcela nadechnout

objektivně: tachypnoe, zaujímá úlevovou polohu v sedě, namáhavé dýchání,

přítomna akrocyanóza, kašel vlhký, produktivní, sputum nažloutlé

Kuřačka dříve 20 cigaret/den, nyní udává 3 cigarety/den.

2. Výživa a hydratace

Doma: beze změn v množství, ráda se pořádně nají, chutná jí všechno

Nyní subjektivně: nemá pocit hladu, na jídlo nemá chuť

objektivně: odvrací se od jídla, odmítá cokoli sníst

Váha: 144 kg Výška: 157 cm BMI: 61 Nutriční skóre: 2 Dieta: tekutiny

Pitný režim

Doma: pitný režim nedodrží, pije sladké limonády, kávu 3x denně, alkohol nepije

Nyní subjektivně: chtěla by se hodně napít, má sucho v ústech

objektivně: má okoralé rty, pěnu v koutcích úst, jazyk je oschlý, rozpraskaný

Stav kůže: po těle má četné boláky, na pravém předloktí nápadný furunkl, hematomy,

v tříselech, pod prsy a pupkem opruzeniny, kůže je suchá

Kožní turgor: normální

Sliznice: růžové, jazyk suchý, rty okoralé

3. Vylučování

Doma: s močením nemá žádné problémy, na stolici chodí 2x denně, neužívá žádná

projímadla

Nyní subjektivně: potíže při močení neudává, má pocit, že močí málo, v cizím

prostředí má potíže s vyprazdňováním, potřebuje soukromí

objektivně: zaveden PMK, močí velmi málo, moč je koncentrovaná a zapáchá,

podložní mísu odmítá, stydí se

Pocení

Doma: potí se hlavně v noci, musí mít stále otevřené okno

Nyní subjektivně: necítí se být zpocená, chtěla by vyvětrat pokoj

objektivně: nemá kapičky potu po těle, ložní prádlo není mokré

4. Pohyb a udržování tělesné pohody

Doma: nechodí cvičit, chodí pouze na zahrádku za svou matkou

Způsob relaxace: doma, sleduje televizi, občas si přečte časopis

Nyní subjektivně: cítí se unaveně, vyčerpaně

objektivně: na lůžku se pohybuje dle své potřeby, pomocí hrazdičky si upravuje polohu

5. Spánek a odpočinek

Doma: spí dobře, délka spánku 8 hodin, ráno se probouzí odpočatá, po probuzení není unavená, neužívá žádné léky na spaní

Nyní subjektivně: spánek přerušovaný, rušena zvuky z okolí, světlem

objektivně: neklidná, unavená, usíná během rozhovoru

6. Vhodné oblečení, oblékání, svlékání

Doma: nejraději nosí legíny a dlouhé triko, nepreferuje žádné speciální materiály, o módu se nezajímá

Nyní subjektivně: zvládá se svléknout i obléknout sama

objektivně: neupravený vzhled, oblečení čisté, snaží se vše zvládnout bez pomoci

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

Doma: bez potíží, preferuje chladnější prostředí, nemá ráda horko

Nyní subjektivně: vyžaduje jen lehkou přikrývku, častěji větrat pokoj

objektivně: teplejší přikrývku odmítá, je rozmrzelá, peřinu ze sebe odhazuje

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

Doma: bez potíží, sprchuje se denně, má raději studenější sprchu, vlasy si myje jednou týdně

Nyní subjektivně: nemá potřebu se sprchovat ani mýt vlasy, cítí se čistá

objektivně: vlasy rozčuchané, neupravené, mastné, zcela závislá na pomoci ošetřující sestry

9. Ochrana před nebezpečím

Doma: cítí se bezpečně

Nyní subjektivně: má pocit bezpečí, vše jí personál ochotně vysvětluje, nemá strach

objektivně: vypadá spokojeně, nebojí se, není ničím vylekaná

Kompenzační pomůcky: nemá žádné speciální pomůcky

10. Komunikace s okolím

Doma: komunikuje se svými dcerami a manželem, často navštěvuje svoji matku

nezúčastňuje se žádných kulturních akcí, nechodí do divadla ani kina

Nyní subjektivně: spíše uzavřená, nemá potřebu vše o sobě sdělovat

objektivně: odpovídá jednoduchými větami, nechce se rozpovídat, spíše

nespolupracující, zamlklá

11. Vyznání vlastní víry

Doma: nevyznává žádnou víru

Nyní subjektivně: pacientka nevyznává žádnou víru, říká „Nevěřím v žádného Boha,

ale věřím jen sama sobě.“

objektivně: nemá na stolečku žádnou modlitební knížku, růženec ani křížek

12. Smysluplná práce

Dříve pracovala jako kuchařka ve školce. Práce ji nebavila.

Nyní subjektivně: nezaměstnaná, stará se o své dcery, práce ji nechybí

objektivně: nevypráví o své práci, nechodí ji navštěvovat žádné kolegyně

13. Aktivity, zájmy

Doma: sledování televize, nechodí cvičit, plavat, sleduje internet

Nyní subjektivně: o aktivity nejeví zájem, nechce si číst

objektivně: sleduje pouze televizi, kterou chce mít stále zapnutou, zpočátku odmítá i cvičení s rehabilitační pracovníci

14. Učení

Dosažené vzdělání: odborné bez maturity, učení jí moc nešlo a nebavilo

Nyní subjektivně: pacientka zná postup léčby, ošetřujícího lékaře, ošetřující personál, seznámena s vnitřním řádem oddělení, nemocnice, s právy a povinnostmi pacientů, s poskytováním informací, seznámena s informovanými souhlasy s výkony

objektivně: při přijetí podepsala souhlas s hospitalizací i s podáváním informací svému manželovi, učení se něčemu novému jí vždy trvá nějakou dobu

11.7 Plán ošetrovatelské péče

Po odebrání anamnézy a zjištění potřeb byly u pacientky stanoveny ošetrovatelské diagnózy a naplánován plán ošetrovatelské péče vztahující se k tématu bakalářské práce.

11.7.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Porucha výměny plynů 00003 v důsledku základního onemocnění projevující se:

subjektivně: pocitem nedostatku vzduchu, dušností, schváceností

objektivně: tachypnoí, tachykardií, nízké hodnoty SpO₂, neklidem, zaujímáním úlevové polohy v sedě

Cíle: krátkodobý cíl – u pacientky dojde do ½ hodiny po orotracheální intubaci ke zklidnění dechové frekvence 12–14 dechů/min

dlouhodobý cíl – u pacientky nedojde po dobu hospitalizace k poklesu SpO₂ pod 97 %.

Intervence: doporuč úlevovou polohu, podávej medikace, kyslík, inhalace dle ordinace lékaře, sleduj a zaznamenávej naměřené hodnoty dechové frekvence a SpO₂ do

dokumentace, negativní hodnoty ihned hlas lékaři, zajisti celkovou a dechovou rehabilitaci, připrav pomůcky k orotracheální intubaci, asistuj při zavádění endotracheální rourky lékaři, pečuj o endotracheální rourku dle standardu oddělení, pravidelně odsávej sekret z dýchacích cest, prováděj výměnu dýchacího okruhu, zvlhčování dle standardu oddělení, podávej analgosedaci dle ordinace lékaře.

Realizace: 3. 9. 2018 (1. den hospitalizace) sestra při přijetí pacientce podala dle ordinace lékaře kyslík 6 l/min kyslíkovou polomaskou. Pacientka uložila do Fowlerovy polohy, podala léky dle ordinace lékaře. Pro stále narůstající tachypnoi 36 dechů/ min a hyposaturaci 86 % byla lékařem provedena orotracheální intubace. Po napojení pacientky na UPV sestra podala analgosedaci dle ordinace lékaře pomocí lineárního dávkovače. Do 15 minut po napojení na UPV a podání analgosedace došlo u pacientky ke zklidnění dechové frekvence na 12 dechů/ min. Poté byly zajištěny invazivní vstupy lékařem a pacientka byla převezena na monitorované lůžko ARO.

6. 9. 2018 (4. den hospitalizace) byla u pacientky provedena časná tracheostomie z důvodu vysoké ventilační podpory. Dýchání bylo čisté, klidné, SpO₂ se pohybovala v rozmezí 98–100 %. Pacientka i nadále farmakologicky sedována. Sestra v pravidelných intervalech a vždy podle potřeby prováděla odsávání z dýchacích cest, na které pacientka reagovala dráždivým kašlem a grimasou.

9. 9. 2018 (7. den hospitalizace) pacientka spontánně dýchající. Na ústí tracheostomické kanyly sestra napojila tracheostomickou masku, přes kterou byl podáván dle ordinace lékaře zvlhčovaný a ohřátý kyslík 4 l/min. Po odpojení z UPV nedošlo k poklesu SpO₂ pod 98 %. Sestra stále v pravidelných intervalech a vždy podle potřeby prováděla odsávání z dýchacích cest, pacientka bez analgosedace se snažila vykašlávat hleny před tracheostomickou kanylu ven z dýchacích cest.

13. 9. 2018 (11. den hospitalizace) sestra uzavřela dle ordinace lékaře ústí tracheostomické kanyly sterilním kolíčkem. Pacientce byl podáván kyslík 2 l/min kyslíkovou polomaskou. Po dobu uzavření tracheostomické kanyly nedošlo k poklesu SpO₂ pod 97 %. Sestra edukovala znovu pacientku o správném vykašlávání hlenů ven před tracheostomickou kanylu.

14. 9. 2018 (12. hospitalizace) pacientka lékařem dekanylována. Během předchozích 24 hodin nedošlo u pacientky k poklesu SpO₂ pod 97 % a k žádným dechovým potížím. Dle ordinace lékaře sestra již pacientce nepodávala kyslík. Sestra edukovala pacientku o

nutnosti přidržení si prstů na krycím tampónu na tracheostomatu a vykašlávání hlenů do dutiny ústní. Pacientka edukaci porozuměla a s vykašláváním hlenů do dutiny ústní neměla žádný problém.

16. 9. 2018 (14. den hospitalizace) pacientka přeložena na interní oddělení a její hodnota SpO₂ se pohybovala v rozmezí 97–100 % bez nutnosti podávání kyslíku.

Hodnocení: u pacientky došlo po orotracheální intubaci a podání analgosedace ke zklidnění dechové frekvence 12 dechů/ min, po dobu hospitalizace nedošlo k poklesu SpO₂ pod 97 %. Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.

Zhoršená verbální komunikace 00051 z důvodu provedení tracheostomie projevující se:

subjektivně: potížemi s mluvením, vyjadřováním, nemožností vydávat zvuky

objektivně: neklidem, nepochopením, protáčením očí, rozzlobeným výrazem v obličeji, zrychleným mluvením, agresivitou

Cíle: krátkodobý cíl – do 5 dnů po přijetí bude pacientka komunikovat pomocí sjednaných signálů

dlouhodobý cíl-najít vhodnou metodu a pomůcky pro zlepšení komunikace po dobu zajištění dýchacích cest

Intervence: věnuj pacientce dostatek času, trpělivosti, vysvětli pacientce, proč nemůže mluvit, pouč pacientku, aby mluvila pomalu, dodržuj při komunikaci pozici v zorném poli pacientky, udržuj oční kontakt, komunikuj při každém kontaktu s pacientkou, hledej vhodnou formu komunikace, nabídni pacientce vhodný způsob či metodu komunikace, využívej vhodné pomůcky ke komunikaci, zapoj do komunikace i rodinu, zajisti klinického psychologa, seznam ošetřovatelský a lékařský tým se způsobem či metodou komunikace s pacientkou.

Realizace: 3. 9. 2018 (1. den hospitalizace) při přijetí byla pacientka dušná. Nebyla schopna mluvit. Zpočátku odpovídala na uzavřené otázky slovně ANO a NE. Pro zhoršující se dušnost si sestra s pacientkou sjednala signály ke komunikaci. Kývnutím hlavou směrem dopředu – ANO. Pootočením hlavy ze strany na stranu – NE. Pro stále narůstající dušnost byla zavedena orotracheální rourka a pacientka napojena na UPV. Sestra podala analgosedaci dle

ordinace lékaře. Po analgosedaci pacientka neoslovitelná, nereagovala ani na bolestivý podnět, stisk ruky neprovedla. Sestra i nadále s pacientkou komunikovala bez zpětné vazby.

4. – 5. 9. 2018 (2. – 3. den hospitalizace) analgosedace snižována, pacientka byla oslovitelná pouze na malou chvíli, stisk ruky slabý, oči otevřela také pouze na malou chvíli. Sestra komunikovala s pacientkou opět pomocí sjednaných signálů kývnutím hlavy dopředu či pootočením hlavy do stran. Sestra po několika opětovných podnětech se s pacientkou dorozuměla.

6. 9. 2018 (4. den hospitalizace) po provedení tracheostomie a snížení analgosedace sestra využila metodu odezírání ze rtů v kombinaci sjednaných signálů. Sestra řádně edukovala pacientku, která po několika vysvětleních pochopila důležitost klidného přístupu a správného otvírání rtů. Sestra edukovala o metodách manžela i matku.

7. 9. 2018 (5. den hospitalizace) byla pacientka zcela bez analgosedace, plně při vědomí, spolupracující. Ke komunikaci sestra využívala metodu odezírání ze rtů a nabídla pacientce další metodu tužka a papír. Sestra pacientku seznámila i s magnetickou tabulkou, kdy si pacientka sama skládala slova pomocí písmen s magnety, které pokládala na magnetickou tabulku. Bohužel tato metoda pacientku nezaujala.

8. 9. 2018 (6. den hospitalizace) komunikace sestry s pacientkou probíhala opět pomocí metody odezírání ze rtů a metody tužka a papír. Sestrou byla pacientka seznámena s metodou abecední tabulka. Ani tato metoda však pacientce nevyhovovala.

9. 9. 2018 (7. den hospitalizace) komunikace probíhala pomocí metody odezírání ze rtů a metody tužka a papír. Pacientce byly nabídnuty komunikační karty. Tyto karty se pacientce překvapivě velice líbily. Sestra tyto komunikační karty využívala v kombinaci s předešlými metodami.

12. 9. 2018 (10. den hospitalizace) pacientka spontánně dýchající. Sestra po domluvě s lékařem nasadila na ústí tracheostomické kanyly mluvicí chlopeň, přes kterou již mohla pacientka vyslovit svá první slova. Sestra edukovala pacientku o správné výslovnosti pomocí mluvicí chlopně. Opět sestra edukovala i manžela pacientky.

13. 9. 2018 (11. den hospitalizace) tracheostomická kanyla uzavřena sterilním kolíčkem. Sestra edukovala pacientku o vyslovování jednotlivých slov na jeden nádech. Pacientka mluvila zcela bez potíží.

14. 9. 2018 (12. den hospitalizace) provedena lékařem dekanylace. Sestra s lékařem edukovali pacientku o pomalém vyslovování a klidném dýchání s nutností přidržení si prsty krycího tampónu na tracheostomatu při každém vyslovování. Pacientka plně verbálně mluvila bez problémů.

Hodnocení: během tří dnů po přijetí pacientka komunikovala pomocí dohodnutých signálů. Během hospitalizace byla pacientka seznámena s různými metodami a pomůckami komunikace. Nejvhodnější metodou pro ni byla metoda odezírání ze rtů a tužka a papír. Cíle byly splněny.

Akutní bolest 00132 z důvodu provedení tracheostomie projevující se:

subjektivně: bolestí v krku při polykání, nepříjemným pocitem v oblasti krku, tlakem v krku

objektivně: grimasou v obličeji, neklidem, tachykardií

Cíle: krátkodobý cíl-u pacientky dojde do dvanácti hodin po provedení tracheostomie k snížení bolesti na VAS o dva stupně

dlouhodobý cíl – pacientka bude po dobu zavedení tracheostomie bez bolesti v krku

Intervence: vysvětlí pacientce příčinu bolesti, zhodnotí intenzitu bolesti dle VAS, podej analgetikum dle ordinace lékaře, zhodnotí vliv bolesti na spánek a tělesnou aktivitu, nauč pacientku, jak zmírňovat bolest (poloha, studené obklady).

Realizace: 6. 9. 2018 (4. den hospitalizace) byla provedena pacientce na operačním sále časná tracheostomie. Po příjezdu z operačního sálu sestra zhodnotila intenzitu bolesti dle VAS (5) a dle ordinace lékaře podala analgetikum. Pacientka zná příčinu své bolesti. Po podání analgetika došlo ke zklidnění pacientky a zmírnění bolesti dle VAS o dva stupně.

7. 9. 2018 (5. den hospitalizace) druhý den po provedení tracheostomie měla pacientka již mírnější bolesti na VAS 2. Opět sestra podala analgetikum dle ordinace lékaře. Po podání došlo k odstranění bolesti VAS 0. Pacientka mohla komunikovat, v krku jí již nebolelo.

8. 9. 2018 (6. den hospitalizace) byla pacientka bez bolesti, analgetikum dle ordinace lékaře již nebylo potřeba podávat.

9. 9. – 13. 9. 2018 (7. – 11. den hospitalizace) po celou dobu zavedení tracheostomie neměla pacientka žádné bolesti v krku, po tuto dobu měla VAS 0.

Hodnocení: po provedení tracheostomie měla pacientka bolesti v oblasti krku, byla podávána analgetika dle ordinace lékaře. Do dvou dnů po provedení došlo nejdříve ke zmírnění bolesti a poté zcela k jejímu odstranění. Po celou dobu zavedení tracheostomie neměla pacientka žádné bolesti v oblasti krku. Oba cíle byly splněny.

Další aktuální ošetrovatelské diagnózy u pacientky jsou:

Nedostatečné znalosti 00126

Obezita 00232

Porušené polykání 00103

Zácpa 00011

Zhoršená pohyblivost na lůžku 00091

Strach 00148

11.7.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

Riziko infekce 00004 z důvodu zavedení CŽK

Cíle: krátkodobý cíl – pacientka bude znát riziko a projevy infekce – do 5 dnů

dlouhodobý cíl-pacientka bude po dobu zavedení CŽK bez známek infekce

Intervence: informuj pacientku o příznacích infekce, prováděj aseptické ošetřování CŽK, výměnu CŽK dle standardu oddělení, při každé aplikaci kontroluj průchodnost katétru, denně sleduj místo vpichu, monitoruj fyziologické funkce – zejména tělesnou teplotu, monitoruj laboratorní výsledky.

Realizace: 3. 9. 2018 (1. den hospitalizace) byl zaveden při přijetí CŽK cestou vena jugularis dxt. Sestra seznámila pacientku s možnými příznaky infekce. Okolí CŽK bylo čisté, nekrvácující, bez známek zánětu.

4. 9. – 8. 9. 2018 (2. – 6. den hospitalizace) denně sestra převazovala CŽK za aseptických podmínek, prováděla kontrolu místa vpichu a okolí. Místo vpichu i okolí bylo bez zarudnutí či přítomnosti hnisavé sekrece. Pacientka neudávala bolest v místě vpichu.

9. 9. 2018 (7. den hospitalizace) byl CŽK odstraněn. Místo vpichu bylo čisté, bez zarudnutí.

Hodnocení: pacientka byla seznámena s příznaky infekce. U pacientky nedošlo po dobu zavedení CŽK k rozvoji infekce v místě zavedení CŽK. Cíle byly splněny.

Riziko dekubitů 00249 z důvodu snížené mobility, obezity

Cíle: krátkodobý cíl – pacientka bude znát projevy vzniku dekubitů – do 5 dnů

dlouhodobý cíl – u pacientky nevzniknou dekubity po celou dobu hospitalizace

Intervence: 2x denně prováděj celkovou hygienickou péči na lůžku, kontroluj predilekční místa vzniku dekubitů, dbej o čistotu ložního prádla a správnou úpravu lůžka, pravidelně prováděj masáže predilekčních míst, prováděj pravidelné polohování, používej antidekubitní pomůcky, dbej o dostatečný příjem a výdej tekutin, pečuj o pravidelné vyprazdňování, zajisti rehabilitaci u pacientky, edukuj pacientku o projevech dekubitů.

Realizace: 4. 9. 2018 (2. den hospitalizace) sestra 2x denně prováděla celkovou hygienickou péči na lůžku, celkovou výměnu ložního prádla, pacientka dána na antidekubitní matraci, horní i dolní končetiny vypodložila antidekubitními pomůckami, prováděla kontrolu a masáž zad, ošetřovala opruzeniny pod prsy, ve tříselech a pod pupkem speciálním krémem, pacientka polohovala á 2 hod. na mírné poloboky, sledovala bilanci tekutin á 6 hodin.

5. 9. 2018 (3. den hospitalizace) sestra opět prováděla 2x denně celkovou hygienickou péči na lůžku, opruzeniny opět promazala krémem, polohovala pacientku á 2 hod.

6. 9. 2018 (4. den hospitalizace) sestra zhodnotila, že došlo k ústupu opruzenin a zarudnutí, nedošlo k porušení integrity kůže, nadále místa preventivně promazávala krémem.

7. 9. – 8. 9. 2018 (5. – 6. den hospitalizace) sestra pacientku aktivně zapojovala do hygienické péče, pacientka si zvládala umýt obličej, učesat vlasy. Spolupracovala při polohování na boky.

9. 9. – 11.9. 2018 (7. – 9. den hospitalizace) sestra provádí hygienickou péči s dopomocí pacientky, pacientka se zapojila do aktivní rehabilitace.

13. 9. 2018 (11. den hospitalizace) sestra dopomohla pacientce s hygienickou péčí ve sprše. Pokračováno v rehabilitaci.

14. 9. – 15. 9. 2018 (12. – 13. den hospitalizace) pacientka plně rehabilitována, prováděla chůzi po oddělení, hygienickou péči prováděla ve sprše.

Hodnocení: pacientka znala projevy vzniku dekubitů, po dobu hospitalizace nedošlo o pacientky k poruše integrity kůže a tím ke vzniku dekubitů. Cíle byly splněny.

Další potencionální diagnózy u pacientky jsou:

Riziko aspirace 00039

Riziko pádů 00155

11.8 Edukační plán

Tabulka 1: Edukační plán pacientky ARO

Účel: Edukace pacientky v oblasti dechové rehabilitace
Cíl: Znalost a osvojení si používání dechové pomůcky Acapelly
Pomůcky: Acapella Výukové metody: rozhovor, instruktáž

Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Čas	Hodnocení
Kognitivní	Pacientka vyjmenuje rizika spojená s dechovými potížemi	Sestra seznámí pacientku s riziky spojenými s dechovými potížemi	10 minut	Pacientka vyjmenovala rizika spojená s dechovými potížemi
Afektivní	Pacientka si je vědoma důležitosti provádění dechové rehabilitace	Sestra vysvětlí důležitost provádění dechové rehabilitace	10 minut	Pacientka si uvědomila důležitost provádění dechové rehabilitace
Psychomotorický	Pacientka se naučí pracovat s dechovou pomůckou Acapellou	Sestra vysvětlí pacientce, jak používat dechovou pomůcku Acapellu	20 minut	Pacientka umí správně používat dechovou pomůcku Acapellu

Zdroj: vlastní

12 KAZUISTIKA Č. 2 (PACIENT INTERNÍHO ODDĚLENÍ)

12.1 Katamnéza

Pacient přeložen 14. 11. 2018 z kardiochirurgického oddělení v 10, 45 hodin na interní lůžkové oddělení po operaci náhrady aortální chlopně bioprotézou. Operace provedena 30. 10. 2018. Po operaci byl časně extubován, avšak pro těžkou dušnost, která se objevila ráno 31. 10. 2018 opět intubován. Další pokusy o extubaci byly neúspěšné. Z důvodu stavu po provedené pravostranné bilobektomii (odstranění dvou plicních laloků) v roce 2005 přistoupeno k časně tracheostomii večer 1. 11. 2018. Pacient postupně odvykán od UPV, avšak pro nedostatečné udržení průchodnosti dýchacích cest, nedostatečné vykašlávání hlenů s nutností odsávání, tracheostomie ponechána. Pacient se spontánním dýcháním s tracheostomickou kanylou 14. 11. 2018 přeložen na interní oddělení.

12.2 Anamnéza

Osobní anamnéza: v dětství vážněji nestonal. V roce 2000 zjištěn diabetes mellitus 2. typu bez komplikací, užívá PAD. V roce 2007 prodělal oboustrannou plicní embolii, poté rok warfarinizován. CHOPN II stupně, arteriální hypertenze, hyperlipidémie. Od roku 2004 exkuřák.

Rodinná anamnéza: rodiče zemřeli stářím, otec léčen pro hypertenzi, matka zdráva. Má jednoho bratra, který prodělal operaci tlustého střeva, ale důvod nezná. Manželka zdráva. S manželkou měli dceru, která se se švagrem zabila při autonehodě. Společně se starají o vnuka (12 let), kterého po nehodě dostali do péče.

Sociální anamnéza: ženatý, s manželkou, vnukem žijí v rodinném domku se zahradou. Mají psa a kočky.

Pracovní anamnéza: nyní v důchodu, dříve pracoval jako účetní

Alergická anamnéza: alergie neudává

Operace: tříselné kýly vpravo, pupeční kýly, rok neví přesně. V roce 2005 pro tubulopapilárně rostoucí adenokarcinom provedena pravostranná bilobektomie. V roce 2018 provedena operace náhrady aortální chlopně bioprotézou pro dilataci ascendentní aorty. 2018 provedena punkční dilatační tracheostomie.

Úrazy: žádné

Kouření: od roku 2000 nekouří, předtím 10-15 cigaret/den.

Transfúze: neví, jestli někdy transfúze dostával

Léky: Torvacard 20 mg. 1-0-0 tbl., Godasal 100 mg 1-0-0 tbl., Neuro1 0,25 mg 0-0-1 tbl., Furon 20 mg 1-0-0 tbl., Erdomed 1-1-1 tbl., Clexane 0,4 ml s.c. 1-0-0, Nebilet 5 mg tbl. ½-0-0, Euphyllin CRN 200 mg tbl. 0-0-1

Lékařské diagnózy: Z 95. 4 stav po náhradě ascendentní aorty a chlopně, J 44. 9 CHOPN II. stupně, E 11. 9 DM II typu na PAD, I 10 arteriální hypertenze, Z 43. 0 ošetření tracheostomie, C 34. 1 zhoubný novotvar horního laloku pravé plíce, stav po pravé horní lobektomii

12.3 Objektivní nález

Pacient plně při vědomí, orientovaný místem i časem, oběhově stabilní, bez cyanózy, anikterický, spontánně dýchající přes tracheostomickou kanylu, přiměřené hydratace, bez teploty, bez bolesti.

Hlava: na poklep nebolestivá, inervace intaktní, zornice izokorické, reagují na osvit, spojivky jsou prokrvené, sklery anikterické, jazyk bez povlaků, sliznice růžové, zbytkový chrup defektní, sanován, vyjímatelná horní i dolní zubní protéza.

Krk: obě karotidy tepou oboustranně, bez šelestů, náplň krčních žil nezvětšena, lymfatické uzliny nezvětšeny, štítná žláza také nezvětšena. Okolí tracheostomie klidné, bez známek infekce, zarudnutí, sterilně kryto mulovým čtvercem.

Hrudník: symetrický, patrna jizva po bilobektomii, plíce vpravo oslabené dýchání v horní polovině, přítomny četné bronchitické fenomény. Srdce bez šelestů, akce srdeční pravidelná, srdeční ozvy jsou ohraničené, sternotomie kryta sterilním krytím, bez prosaku, rána klidná.

Břicho: měkké, dobře prohmatné, nebolestivé, peristaltika živá.

Horní končetiny: stisk ruky oslabený, aktivní hybnost obou končetin.

Dolní končetiny: bandáže obou končetin pod kolena, v třísech patrný klidné jizvy po preparaci, prsty teplé, lýtka palpačně nebolestivá.

Genitál: zaveden PMK č. 16, moč čirá bez příměsí.

Kůže: čistá, suchá, bez proleženin, zarudnutí, hematomů.

EKG: sinusový rytmus, frekvence 79/min., křivka bez patologie.

TK: 146/85, **TF:** 83/min., **TT:** 36,7 °C, **DF:** 20/min., **Váha:** 92 kg, **Výška:** 177 cm, **BMI:** 31 (nadváha)

12.4 Vyšetření

Druhý den ráno po přijetí na interní lůžkové oddělení byly provedeny náběry na hematologické a biochemické vyšetření.

Biochemické vyšetření: bilirubin 10,9 umol/l, Sodík 142 mmol/l, Draslík 4,7 mmol/l, Chloridy 100 mmol/l, Urea 6,8 mmol/l, Kreatinin 72umol/l, C-reaktivní protein 68,8 mg/l, glukóza 8,9 mmol/l

Hematologické vyšetření: v normě.

Zobrazovací a konziliární vyšetření: 15. 11. 2018 proveden RTG plic na lůžku s výsledkem – menší objem pravé plíce s mírněji vyšším uložením pravé poloviny bránice, odpovídající stavu po pravostranné plicní horní lobektomii před více lety, bez nálezu atelektázy, srdce širší doleva, levá plíce je dobře transparentní bez patrných ložisek, smyčky po sternotomii. 19. 11. 2018 provedeno ARO konzilium, kdy byla provedena výměna tracheostomické kanyly. 20. 11. 2018 proveden ultrazvuk pleurálních dutin, bez nálezu tekutiny. Dne 26. 11. 2018 provedeno opět ARO konzilium, kdy byla provedena dekanylace.

12.5 Průběh hospitalizace

I do této části byly vybrány úseky, které se vztahují ke komunikaci u pacienta s tracheostomií se spontánním dýcháním.

1. den hospitalizace 14. 11. 2018

Pacient přeložen z kardiologického oddělení po operaci náhrady aortální chlopně bioprotézou. Z důvodu nedostatečného vykašlávání hlenů mu byla ponechána tracheostomie s těsnicí manžetou velikosti č. 8,0. Po přijetí na interní oddělení byl pacient uložen na intermediální pokoj, kde byl napojen na patientský monitor. Po celou dobu hospitalizace byly u pacienta sledovány fyziologické funkce (srdeční a dechová frekvence, EKG křivka, krevní

tlak a SpO₂). Pacient si spontánně dýchal přes tracheostomickou kanylu a byl plně při vědomí, spolupracující. Pacientovi byl na ústí tracheostomické kanyly nasazen tzv. umělý nos, přes který mu byl podáván kyslík 2 l/minutu. Měl zavedený Foleyův permanentní močový katétr č. 16 a na pravém předloktí periferní žilní katétr, kterým byl pacientovi podáván fyziologický roztok frekvencí 42 ml/hodinu. Bilance tekutin byla sledována á 6 hodin a hodnoty zaznamenány do dokumentace. Po uložení na lůžko byl nejdříve sestrou seznámen s prostředím pokoje a signalizačním zařízením. Dále byl seznámen s právy a povinnostmi pacientů, provozním řádem oddělení a nutností nasazení identifikačního náramku. Po seznámení bylo provedeno vstupní vyšetření lékařem včetně odebrání anamnézy a podepsání informovaného souhlasu s hospitalizací. Sestrou byla odebrána ošetrovatelská anamnéza a stanoven ošetrovatelský plán, který je součástí dokumentace pacienta.

Hodnotící škály: GCS 15, Barthelův test denních činností 25 (vysoce závislý), riziko vzniku dekubitů 16 (riziko vzniku dekubitů), riziko pádu 3 (ohrožen rizikem pádu), nutriční skóre 7 (nutné vyšetření nutriční sestrou), BMI 31, VAS 2, hodnocení tromboflebitis dle Maddona 0 (není žádná bolest ani zarudnutí v místě periferní kanyly).

Komunikace: po uložení pacienta na lůžko byl nejdříve sestrou seznámen s prostředím. Pacient z důvodu zavedení tracheostomie nemohl mluvit. Sestra při odebírání ošetrovatelské anamnézy kladla pacientovi otevřené otázky, na které nemohl správně odpovědět. Příklad sestra „V jakém městě jste se narodil?“ „Jak se jmenuje váš praktický lékař?“ „Jaké léky užíváte trvale?“ Pacient se snažil sestře odpovědět, pohyboval rty, ale nemohl promluvit nahlas. Na otázky jen kroutil hlavou a rozhazoval rukama. Po chvíli sestra podala pacientovi tužku a papír a poprosila ho, jestli by jí mohl napsat, kde se narodil. Pacient se snažil, ale napsal jen nesrozumitelná slova. Stále se sestře snažil něco říci. Byl už však nervózní a vyčerpaný. Sestra pacienta požádala, aby si odpočinul, že se zkusí dorozumět až později.

2. den hospitalizace 15. 11. 2019

Ráno byla provedena celková hygienická péče na lůžku. Pacient byl zapojován do péče, sám si vyčistil zubní protézu a oholil se pomocí elektrického holicího strojku, který mu sestra připravila na stolek do lůžka. Poté sestra provedla dezinfekci okolí tracheostomie a místo přikryla sterilním mulovým čtvercem. Opět byl na ústí tracheostomické kanyly nasazen umělý nos s přívodem kyslíku. Pacientovi byla lékařem naordinována diabetická dieta. K snídani dostal chléb se sýrem a bílou kávu. Polykání mu dělalo potíže, sousta špatně polykal a často se rozkašlal. Sestra musela pacienta častěji odsávat i při jídle. Pacientovi bylo

časté odsávání nepříjemné a snídani proto ani nedojedl. Po snídani sestra vzduch z těsnící manžety tracheostomické opět vypustila. Po lékařské vizitě byl u pacienta proveden RTG plic. Periferní žilní katétr byl zaslepen. Provedeno vyšetření nutriční sestrou, která doporučila jemně mletou diabetickou dietu, aby mohl pacient stravu lépe polykat.

Hodnotící škály: GCS hodnoceno jen při přijetí, pacient plně při vědomí a orientován, Barthelův test 25, riziko vzniku dekubitů 16, riziko pádu 3, nutriční skóre 7, BMI 31, VAS 0, hodnocení dle Maddona 0.

Komunikace: ošetřující sestra se dnes snažila pokládat pacientovi uzavřené otázky a požádala jej, aby odpovídal ústy ANO pokud bude souhlasit a na NE zavrtěl hlavou. Příklad „Je vám zima?“ Pacienta kývá hlavou nahoru a dolů a ústy odpovídá ANO bez přítomnosti hlasu. Po nějaké době pacient na sestru zazvoní pomocí signalizačního zařízení. Sestra přichází na pokoj a ptá se pacienta „Co potřebujete?“ Pacient opět začne mluvit, ale sestra nerozumí. Poprosí pacienta, aby mluvil pomalu a snaží se mu odezírat ze rtů. Chvilí tápe a prosí pacienta, aby své přání znovu řekl. Pacient se snaží znovu promluvit, mluví však stále rychleji a sestra nerozumí. Požádá ho tedy, jestli by nemohl znovu napsat své přání. Podává mu tužku a papír, který již položí na stolek, který pacientovi přisune do lůžka. Pacient se snaží napsat slovo, je však neklidný a rozzlobený, že mu sestra stále nerozumí. Po napsání sestra přečte roztřesené slovo „televize.“ Pacientovi odpoví „Chcete zapnout televizi?“ Pacient s úsměvem kývá hlavou a ústy říká „ANO“. Sestra mu zapne televizi a pomůže mu vybrat program, který chce sledovat.

3. den hospitalizace 16. 11. 2018

Ráno opět provedena celková hygienická péče na lůžku. Pacient si sám umyl obličej, ruce i hrudník, zvládl se i otřít ručníkem do sucha. Vyčistil si zubní protézu. Sestra mu v hygienické péči dopomáhala. Opět sterilně převázala okolí tracheostomie, které bylo bez zarudnutí a nasadila umělý nos s přívodem kyslíku. Ke snídani mu nakrájela chléb na menší kousky a vyzvala ho, aby sousta žvýkal déle, aby ho polykání nebolelo a nedráždilo ke kašli. Pacient se snažil a polykání mu šlo lépe než předchozí den. Tekutiny polykal bez problémů. Během dopoledne pacienta navštívila rehabilitační sestra, která s pacientem aktivně cvičila na lůžku. Ke konci cvičení ještě provedla míčkování hrudníku, aby se hleny v dýchacích cestách dobře uvolnily. Po obědě byl u pacienta zrušen periferní žilní katétr.

Hodnotící škály: Barthelův test 35 (vysoce závislý), riziko vzniku dekubitů 23, riziko pádu 2, nutriční skóre 6, BMI 31, VAS 0, hodnocení dle Madona 0.

Komunikace: ošetřující sestra se snažila komunikovat s pacientem pomocí odezírání ze rtů. Pacienta vyzvala, aby vždy řekl jedno slovo, které mu zopakovala a zároveň ho poprosila, aby pokýval hlavou, jestli je to slovo správné. Při nesprávně vysloveném slovu, pacient zavrtěl hlavou ze strany na stranu. Chvilími se oba při komunikaci ztráceli a vše museli znovu zopakovat. Sestra tedy vyzvala pacienta, zda by jí sdělení napsal na papír. Zároveň ho poprosila, aby psal velkými tiskacími písmeny. Tímto způsobem se již během dne lépe dorozumívali. Odpoledne přišla na návštěvu za pacientem jeho manželka. Pacient měl radost a mluvil na manželku tak rychle až se rozkašlal a rozdýchal. Sestra pacienta odsála a snažila se, aby se uklidnil a dýchal pomalu. Po zklidnění se ale znovu rozmluvil, ale manželka mu vůbec nerozuměla. Požádala ho, aby raději nemluvil. Sestra pacienta tedy vyzvala, aby napsal své sdělení manželce na papír. Napsal tedy co potřebuje a text dal manželce přečíst. Manželka měla radost, že již ví, co si přeje a slíbila mu, že věci, které si napsal na papír, přinese další den.

5. den hospitalizace 18. 11. 2018

Dnes ráno byl pacient odvezen sestrou na pojízdné sedačce do sprchy, kde se osprchoval a provedl ranní hygienickou péči s dopomocí sestry. Po osprchování jej sestra zavezla i na toaletu. Byl velice spokojený, že se po dlouhé době mohl zase osprchovat. Ošetřující sestra opět převázala okolí tracheostomie a nasadila umělý nos s kyslíkem. Snídani snědl s velkou chutí, polykání ho již nebolelo a nedráždilo ke kašli. Během dopoledne pospával. Před obědem opět aktivně cvičil s rehabilitační sestrou na lůžku, která mu poté pomohla posadit se do křesla vedle lůžka. V křesle zůstal sedět do oběda, aby se mohl lépe najíst. Po obědě se pomocí sester opět přesunul do lůžka a ihned usnul.

Hodnotící škály: Barthelův test 50 (závislost středního stupně), riziko vzniku dekubitů 23, riziko pádu 2, nutriční skóre 5, BMI 30, VAS 0.

Komunikace: pacient během dne více pospával, sestra se s pacientem snažila komunikovat odezíráním ze rtů, pacient byl však vyčerpaný a komunikovat nechtěl. Sestra se pacienta ptala, zda má nějaké bolesti, pacient jen zavrtěl hlavou ze strany na stranu. Sestra „Nechcete mi napsat, jestli vás něco netrápí?“ Pacient znovu zavrtěl hlavou ze strany na

stranu. Odpoledne přišla na návštěvu manželka, ale ani s ní nechtěl komunikovat. Večeři taktéž odmítal.

6. den hospitalizace 19. 11. 2018

Od rána pacient spavý. Hygienická péče provedena na lůžku. Pacient nespolupracující. Ošetřující sestra při odsávání zjistila, že odsávací cévka nejde dobře zavést do tracheostomické kanyly a nejde tedy odsávat. Bylo voláno ARO konzilium. Přivolaný ARO lékař pacienta vyšetřil poslechem, nechal nabrat krev na ABR a dle výsledků provedl výměnu tracheostomické kanyly, která byla uvnitř ucpana naschlými hleny. Z důvodu spontánního dýchání pacienta bez žádných dechových potíží a poklesu SpO₂ byla zavedena kanyla bez těsnící manžety č. 7,0. Po výměně bylo možné z tracheostomické kanyly dobře odsávat. ARO lékař ještě doporučil podávat zvlhčený a ohřátý kyslík přes tepelný nebulizátor. Dále doporučil, aby se druhý den kanyla zkoušela uzavřít sterilním kolíčkem dle stavu pacienta. Po výměně došlo ke zlepšení stavu pacienta. Pro mírné bolesti v krku bylo aplikováno analgetikum dle ordinace lékaře. Po aplikaci došlo k zmírnění bolesti v krku. ARO sestrou byl poučen, jak si má sám vykašlávat hleny přes tracheostomickou kanylu ven před její ústí do buničitých čtverců a tím jej sestra nemusí často odsávat. Pacient vykašlávání zvládal velice dobře.

Hodnotící škály: Barthelův test 30 (vysoce závislý), riziko vzniku dekubitů 20, riziko pádu 2, nutriční skóre 5, BMI 30, VAS 4 (po výměně tracheostomické kanyly), VAS 1 (po aplikaci analgetik).

Komunikace: ráno pacient nespolupracující. Se sestrou komunikoval pouze pomocí dříve dohodnutých signálů kývnutím, nebo zavrtěním hlavy. Vůbec nechtěl napsat na papír sestře, zda má nějaké potíže. Po výměně tracheostomické kanyly došlo ke zlepšení stavu. Pro bolesti v krku nemohl otvírat ústa, a tak mu sestra nabídla na doporučení ARO sestry abecední tabulku. Nasadila pacientovi brýle na čtení a vysvětlila mu, aby ukazoval prstem na jednotlivá písmena, ze kterých mu sestra pomáhala složit konečné slovo. Pacient postupně ukazoval písmena a společně se sestrou složily větu „Mám chuť na studené pivo.“ Po domluvě s ošetřujícím lékařem sestra zavolala manželce, zda by mohla přinést manželovi nealkoholické pivo. Po odeznění bolestí v krku pacient komunikoval se sestrou pomocí odezírání ze rtů a současně i pomocí abecední tabulky. Používání abecední tabulky se pacientovi líbilo a při návštěvě manželky ji plně využíval. Sestra manželku poučila, jak má postupovat

při komunikaci s manželem pomocí této tabulky. Velikou radost pacientovi udělalo nealkoholické pivo, na kterém si pochutnal.

7. den hospitalizace 20. 11. 2019

Pacient byl ráno po probuzení ve výborné náladě. Usmíval se a hygienickou péči zvládal jen s malou dopomocí. Bolesti v krku zcela ustoupily. Sám si vykašlával hleny před tracheostomickou kanylou. Při polykání neměl žádné potíže. Okolí kanyly sestra ošetřila dezinfekčním roztokem a přiložila sterilní mulový čtverec. Ráno byl proveden ultrazvuk pleurálních dutin. Při vizitě byl lékařem informován o uzavření ústí tracheostomické kanyly sterilním kolíčkem. Také byl informován i o možných dechových komplikacích, ale zároveň se lékař snažil pacienta uklidnit, že po dobu uzavření bude monitorován, aby k dechovým potížím nedošlo. Po vizitě sestra ústí kanyly uzavřela kolíčkem. Během dne však došlo postupně k zrychlení dechové frekvence a poklesu SpO₂, a proto byl kolíček odstraněn z ústí kanyly a pacientovi přiložena tracheostomická maska s přívodem zvlhčeného a ohřátého kyslíku. Po chvíli došlo ke zlepšení dechových parametrů. Po celý zbytek dne se pacientovi kanyla již kolíčkem neuzavírala.

Hodnotící škály: Barthelův test 50, riziko vzniku dekubitů 22, riziko pádu 2, nutriční skóre 5, BMI 30, VAS 0.

Komunikace: od rána pacient komunikoval se sestrou odezíráním ze rtů. Využíval i abecední tabulku, kde sestře ukazoval prstem jednotlivá písmena. Při vizitě používal tužku a papír, aby lékaři rychleji sdělil svoje otázky. Po vizitě sestra ústí kanyly uzavřela kolíčkem. Pacient si dýchal klidně a chtěl sestře sdělit, že je vše v pořádku. Náhle při vyslovení sdělení zjistil, že slyší svůj hlas a může promluvit. Byl překvapený, že mluví. Zeptal se sestry: „Jak to, že můžu mluvit?“ Sestra mu až poté sdělila, že uzavřením kanyly může promluvit. Snažil se stále mluvit, ale mluvení ho brzy vyčerpalo a došlo i k poklesu SpO₂, a proto musel být kolíček odstraněn a podán zvlhčený kyslík. Pacient poté komunikoval se sestrou pomocí abecední tabulky, psaním, ale i odezíráním ze rtů.

8. – 10. den hospitalizace 21. – 23. 11. 2018

Pacient během těchto dní prováděl pacient hygienickou péči s dopomocí sestry ve sprše. Sám se oholil, vyčistil si zubní protézu. Tracheostomická kanyla byla denně převazována sestrou a okolí bylo bez známek zánětu. Postupně probíhal nácvik močení uzavřením permanentního katétru pomocí svorky. Pacient byl poučen, aby si sám určoval dle potřeby

otevření svorky. Zpočátku si nechal otevírat svorku po jedné hodině, ale postupně se intervaly prodlužovaly. Plně aktivně rehabilitoval na lůžku, postupně se postavoval za pomoci rehabilitační sestry u lůžka a zkoušel chůzi po pokoji pomocí chodítka. Tracheostomická kanyla se během dne několikrát uzavírala sterilním kolíčkem. Při poklesu SpO₂ a dechových potíží se kolíček odstranil a pacientovi byl podáván kyslík přes tracheostomickou masku. Sestra pacienta seznámila, jak vykašlávat hleny do dutiny ústní a poté do buničitého čtverce. V případě nutnosti ho odsávala i z tracheostomické kanyly po odstranění sterilního kolíčku. Polykání mu nedělalo již žádné potíže a porce jídla vždy snědl celé a s chutí.

Hodnotící škály: Barthelův test 70 (lehká závislost), riziko vzniku dekubitů 27, riziko pádu 2, nutriční skóre 3 (není nutná nutriční intervence), BMI 29 (nadváha), VAS 0.

Komunikace: pacient komunikoval se sestrou s využitím abecední tabulky. Delší sdělení psal na papír a poté je dal sestře přečíst. Sestra vždy sdělení přečetla nahlas a snažila se pacientovi podat informace či splnit přání. Také využívali odezírání ze rtů. Sestra pacientovi již rozuměla, co říká. Pacient při mluvení otevíral ústa a mluvil pomalu. Vždy chvíli počkal až mu sestra zopakuje sdělení. Při uzavření ústí tracheostomické kanyly mluvil pomalu a mezi jednotlivými slovy dělal pauzu, aby se zbytečně neunavil a nezadýchal. S manželkou komunikoval stejně jako se sestrou.

12. den hospitalizace 25. 11. 2018

Ráno si pacient s pomocí sestry došel do sprchy, kde se sám osprchoval. Na snídani se posadil do křesla vedle lůžka. Tracheostomická kanyla byla uzavřena sterilním kolíčkem. Sám si vykašlával hleny do dutiny ústní. Sestra opět okolí kanyly odezinfikovala a přiložila čistý sterilní mulový čtverec. Po dopolední vizitě si pacient četl noviny. Před obědem chodil s rehabilitační sestrou, již bez pomoci chodítka, po chodbě oddělení. Nebyl zadýchaný, ojedinele vykašlával hleny ven z dýchacích cest přes dutinu ústní. Po obědě byl pacientovi odstraněn permanentní močový katétr a pacient si močil do močové lahve, kterou mu sestra zavěsila do stojanu k lůžku. Cítil se dobře a byl spokojený. Tracheostomická kanyla byla během dne stále uzavřena sterilním kolíčkem a nebylo potřeba jej odstranit. Pacient byl zcela bez dechových potíží, hodnoty SpO₂ se pohybovaly v rozmezí 95 % - 97 %. Nebyla potřeba pacientovi podávat ani kyslík. Stále byl však monitorován.

Hodnotící škály: Barthelův test 90 (lehká závislost), riziko vzniku dekubitů 30, riziko pádu 2, nutriční skóre 2 (není potřeba intervence), BMI 29, VAS 0.

Komunikace: pacient po uzavření tracheostomické kanyly plně mluvil se sestrou. Snažil se mluvit pomalu a klidně, aby se nezdýchával a nebyl mu kolíček odstraněn. Přál si, aby se kanyla již úplně odstranila. Odpoledne ho navštívila manželka s vnukem. Měl velikou radost, že ho vnuk navštívil. Po celou dobu návštěvy spolu hovořili.

14. den hospitalizace 27. 11. 2018

Pacient plně soběstačný. Dojde si sám do sprchy a na toaletu na pokoji. Sestra převázala okolí tracheostomické kanyly, která byla již více jak 48 hodin uzavřena sterilním kolíčkem. Během uzavření nedošlo k žádným dechovým potížím, a proto byl přivolán opět ARO lékař, který zhodnotil celkový stav pacienta a rozhodl se provést dekanylaci. ARO lékařem byl nejdříve seznámen s postupem odstranění kanyly. Po seznámení s postupem byl lékařem vyzván, aby se zhluboka nadechl a s výdechem zakašlal. Během výdechu lékař kanylu odstranil. Po odstranění pacient byl pacient ještě chvíli drážděn ke kašli a vykašlával hleny. Po zklidnění lékař otvor po tracheostomii odezinfikoval, přiložil na otvor sterilní tampon a přelepil náplastí, tak aby neucházel vzduch zpod obvazu. Poučil pacienta, aby si při mluvení vždy prstem přidržel tampon, aby nedošlo k úniku vzduchu při mluvení. Po celý den se u pacienta neobjevily žádné dechové potíže.

Hodnotící škály: Barthelův test 100 (plně nezávislý), riziko vzniku dekubitů 33, riziko pádu 1, nutriční skóre 2, BMI 29, VAS 0.

Komunikace: pacient mluvil během dne se sestrou i manželkou bez potíží, bez chrapotu. Při mluvení si prstem přidržel tampon na obvazu po tracheostomii, aby nedocházelo k úniku vzduchu zpod obvazu. Byl velice rád, že již nemá tracheostomii a těšil se, že půjde brzo domů.

15. den hospitalizace 28. 11. 2018

Pacient zvládal hygienickou péči bez pomoci sestry, ráno se osprchoval ve sprše. Polykání větších soust mu nedělalo žádné potíže ani nepocíťoval bolest v krku během polykání. Dýchal si sám. Již nebyl monitorován. Ráno mu sestra převázala stoma, které bylo zcela zaslepené, okolí bylo bez zarudnutí. Přiložila sterilní mulový čtverec a lehce přelepila. Po dopolední vizitě chodil po chodbě pod dohledem rehabilitační sestry. Po zbytek dne si četl nebo sledoval televizi.

Hodnotící škály: Barthelův test 100, riziko vzniku dekubitů 32, riziko pádu 1, nutriční skóre 2, BMI 29, VAS 0.

Komunikace: celý den plně hovořil s ošetřujícím personálem, neměl žádné dechové problémy.

16. den hospitalizace 29. 11. 2018

Dopoledne byl pacient propuštěn domů. Stoma bylo zcela zaslepené.

12.6 Ošetrovatelský proces dle modelu Virginie Hendersonové

Ošetrovatelský proces byl vypracován také do 24 hodin po překlada.

1. Dýchání

Doma: neměl žádné potíže s dýcháním, nezadýchával se ani při chůzi do schodů

Nyní subjektivně: dýchání mu nečiní žádné potíže, nemá pocit nedostatku vzduchu

objektivně: dýchání klidné, není dušný při pohybu, dýchá si přes tracheostomickou kanylu

2. Výživa a hydratace

Doma: snědl vždy celou porci, má rád domácí jídla, hlavně smetanové omáčky

Nyní subjektivně: chuť k jídlu je snižená, polykání větších soust mu dělá potíže,

pocituje bolest v krku při polykání

objektivně: jídlo nedojídá, vždy nechá část na talíři, při polykání zavírá oči, někdy jídlo i zcela odmítá

Od roku 2000 nekouří. Dříve kouřil cca 15 cigaret/ den.

Váha: 92 kg Výška: 177 cm BMI: 31 (nadváha) Nutriční skóre: 7

Pitný režim

Doma: dodržuje pitný režim 2 l/ 24 hod., pije převážně čistou vodu bez bublinek,

má rád ovocný čaj s medem, kávu nepije, rád si dopřeje k obědu a večeři
skleničku vychlazeného piva

Nyní subjektivně: polykání tekutin mu nedělá žádné větší potíže, při polykání tekutin
nepocítuje bolest v krku

objektivně: popíjí si sám během dne, pitný režim dodržuje, tekutiny neprotékají
kolem tracheostomické kanyly

Stav kůže: suchá, bez hematomů, na hrudníku jizva po sternotomii, klidná, bez
zarudnutí

Kožní turgor: normální, bez známek dehydratace

Sliznice: růžové, jazyk není oschlý, rty nejsou okoralé

3. Vylučování

Doma: stolice pravidelná á 1 den, zácpou netrpí, potíže s močením nemá,
neužívá žádná projímadla

Nyní subjektivně: stolice není pravidelná, obtížně se vyprazdňuje na lůžku do
podložní mísy, stěžuje si na nedostatek soukromí, potíže s
močením nemá, má zavedený permanentní močový katétr

objektivně: je nervózní, podložní mísu odmítá, chce odvést na toaletu,
stydí se, permanentní močový katétr odvádí čistou moč, bez příměsí
a v dostatečném množství

Pocení

Doma: nějak výrazněji se nepotí, má raději teplo než zimu

Nyní subjektivně: necítí se zpoceny, v pokoji má raději teplo, větrat chce jen malou
chvíli

objektivně: pokožka není vlhká, nejsou viditelné mokré stopy na pyžamu,
stále kontroluje regulaci topení, zda není vypnutá

4. Pohyb a udržování tělesné pohody

Doma: rád chodí na procházky do přírody, pečuje o svou zahrádku, učí se svým
vnukem, rád sleduje zábavné a sportovní televizní pořady

Nyní subjektivně: televizi nechce sledovat, je vyčerpaný, unavený

objektivně: nemá o nic zájem, pospává, vyžaduje ticho a klid

5. Spánek a odpočinek

Doma: spí 6 hodin denně, v noci se probouzí, po probuzení se cítí dobře, není
vyčerpaný, rád si odpočine po obědě

Nyní subjektivně: cítí se nevyspalý, unavený, ruší ho světlo a zvuky z okolí, je
rozmrzelý, usíná během dopoledne

objektivně: po probuzení je neklidný, má kruhy pod očima, stěžuje si na
osvětlení, ruší ho zvuky monitoru

6. Vhodné oblečení, oblékání, svlékání

Doma: nosí volné kalhoty a košile, obléká se tepleji, nepreferuje žádné speciální
materiály, nemá žádné problémy se obléci ani svléci, boty si obouvá v sedě

Nyní subjektivně: vyžaduje svoje domácí pyžamo, potřebuje pomoc sestry při
oblékání a svlékání

objektivně: sám se nedokáže obléknout a svléknout, je roztřesený, nemůže si
zapnout knoflíky u kabátku pyžama, je nervózní

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

Doma: má raději teplo, vyžaduje i teplo v místnosti, používá přímotop, když je mu

doma zima, tepleji se obléká

Nyní subjektivně: není mu zima, cítí se dobře, okno chce nechat otevřené pouze na
vyvětrání, vyžaduje teplejší peřinu

objektivně: netřese se zimou, je přikrytý pokrývkou až po bradu, nosí teplé
vlněné ponožky

8. Udržování čistoty a upravenosti těla

Doma: sprchuje se denně, nerad se koupe ve vaně, denně se holí elektrickým holicím
strojkem, denně pečuje o zubní protézu

Nyní subjektivně: snaží se pomáhat při celkové hygienické péči, koupel na lůžku pro
něj není takovým komfortem jako sprcha, denně se holí, čistí si
zubní protézu

objektivně: cítí se dobře, je čistý, má vždy čisté pyžamo, sám se holí a čistí si
zubní protézu, na noc si zubní protézu odkládá do krabičky s
roztokem na stolek

9. Ochrana před nebezpečím

Doma: cítí se bezpečně ve svém domě

Nyní subjektivně: nevyjadřuje žádné obavy z ohrožení, necítí se v nebezpečí

objektivně: nemá strach, na noc má zvednuté postranice lůžka, aby nedošlo k
pádu

10. Komunikace s okolím

Doma: nejvíce komunikuje vnukem a manželkou, dobře komunikuje i s ostatními
lidmi, je přátelský, hodně citlivý, otevřený

Nyní subjektivně: nemůže komunikovat z důvodu zavedené tracheostomie,

je nervózní, neklidný, vyčerpaný

objektivně: je naštvaný, rozhazuje rukama, snaží se rychle mluvit, otáčí hlavu na druhou stranu

11. Vyznání vlastní víry

Doma: je pokřtěný, ale žádnou víru nevyznává, kostel nenavštěvuje

Nyní subjektivně: v Boha nevěří, je ale pokřtěn

objektivně: nemodlí se, nemá žádné předměty k modlení na stolku

12. Smysluplná práce

Doma: nyní ve starobních důchodu, dříve pracoval jako účetní

Nyní subjektivně: v důchodu je spokojený, po práci se mu nestýská, má spoustu práce na zahrádce a s údržbou rodinného domu

objektivně: o práci nemluví, cítí se spokojeně

13. Aktivity, zájmy

Doma: rád pracuje na zahrádce, učí se s vnukem, sleduje sportovní a zábavné pořady v televizi, s manželkou chodí na procházky do přírody, čte hlavně noviny

Nyní subjektivně: nemá zájem o sledování televize, nechce si přečíst ani noviny

objektivně: televizi odmítá, noviny leží stále na stolku, je unavený a vyčerpaný

14. Učení

Dosažené vzdělání: střední škola s maturitou

Doma: při učení se s vnukem se seznamuje s novými znalostmi, vědomostmi

Nyní subjektivně: byl seznámen s vnitřním řádem, provozem oddělení, vše chápe,

nemá žádné otázky, zná svého ošetřujícího lékaře i ostatní

personál, byl seznámen s postupem léčby

objektivně: podepsal souhlas s hospitalizací, aktivně se zapojuje do péče o své zdraví

12.7 Plán ošetrovatelské péče

Po provedení zhodnocení celkového stavu, odebrání anamnézy byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy a ošetrovatelský plán, který opět souvisí s tématem bakalářské práce.

12.7.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Zhoršená verbální komunikace 00051 v důsledku zavedení tracheostomie projevující se:

subjektivně: neklidem, otažitostí, nemožností vyjádřit své přání, potřeby, nespoluprací, uzavřeností

objektivně: máváním rukama, rozčilením, tachykardií, tachypnoí, rychlým mluvením, rozkašláním se

Cíle: krátkodobý cíl – pacient bude znát důvod, proč nemůže verbálně komunikovat – 1. den

dlouhodobý cíl-najít vhodný alternativní způsob komunikace, který bude pacient používat po dobu zavedení tracheostomie

Intervence: snaž se mluvit pomalu, srozumitelně, klidně, vysvětli pacientovi, proč nemůže mluvit, vyhledej vhodný způsob komunikace, pouč pacienta, jak správně komunikovat pomocí vybraného způsobu komunikace, využij vhodné pomůcky ke komunikaci, povzbuzuj pacienta, zapoj i rodinu.

Realizace: 14. 11. 2018 (1. den hospitalizace) lékař pacientovi vysvětlil důvod proč nemůže verbálně komunikovat. Pacient kývnutím potvrdil, že zná důvod, proč nemůže mluvit. Sestra kladla pacientovi otevřené otázky, na které nedokázal odpovědět. Zvolila tedy metodu tužka a papír. Pacienta však řádně needukovala, jak s touto metodou pracovat a pacient nedokázal psacím písmem napsat, na co se sestra ptala.

15. 11. 2018 (2. den hospitalizace) sestra využila ke komunikaci sjednané signály. Pokládala pacientovi již uzavřené otázky a pacient odpovídal pomocí sjednaných signálů. Sestra znovu

využila i metodu tužka a papír a pacient napsal psacím písmem, které bylo roztřesené, co si přeje a po delší době se se sestrou dorozuměl.

16. 11. 2018 (3. den hospitalizace) ke komunikaci sestra využila metodu odezírání ze rtů, pacient však nebyl dostatečně o této metodě edukován, proto sestra opět přistoupila k metodě tužka a papír. Tentokrát pacienta poučila, aby psal pomocí velkých tiskacích písmen. Taktéž byla edukována o metodě tužka a papír manželka, která pomocí této metody s manželem komunikovala.

18. 11. 2018 (5. den hospitalizace) sestra komunikovala s pacientem pomocí metody odezírání ze rtů, pacient byl však velice unavený, spavý a nechtěl spolupracovat ani komunikovat z důvodu zhoršení zdravotního stavu.

19. 11. 2018 (6. den hospitalizace) pacient nekomunikoval, pospával během dne. Přivolaný lékař ARO provedl výměnu tracheostomické kanyly z důvodu obturace kanyly naschlými hleny. Po výměně kanyly sestra komunikovala s pacientem pomocí abecední tabulky, o které byla společně s pacientem edukována ARO sestrou. Pomocí této metody se konečně s pacientem dorozuměla a u pacienta došlo k psychickému zklidnění. Ošetřující sestra pak edukovala i manželku, která s pacientem pomocí abecední tabulky komunikovala během odpolední návštěvy.

20. - 25. 11. 2018 (7. – 12. den hospitalizace) sestra s pacientem komunikovala pomocí metody odezírání ze rtů, abecední tabulky i metody tužka a papír. Tracheostomii uzavřela sterilním kolíčkem a pacient poprvé vyslovil svá první slova. Zpočátku uzavření tracheostomické kanyly mluvil rychle, používal dlouhé věty a brzy se vydýchal a došlo k poklesu SpO₂. Sestra musela kolíček z ústí kanyly odstranit. Postupně se intervaly uzavření prodlužovaly, pacient mluvil pomalu a mezi jednotlivými slovy dělal pauzy, aby se vydýchal. Verbálně komunikoval i se svou manželkou a vnukem během návštěvy.

27. 11. 2018 (14. den hospitalizace) byla lékařem ARO provedena dekanylace. Pacient byl ARO lékařem poučen, aby si při mluvení přidržel prst na obvazu na tracheostomatu z důvodu zabezpečení úniku vzduchu při mluvení. Sestra na pacienta pravidelně dohlížela a opakovaně mu tento úkon připomínala. Pacient si vždy při mluvení držel prst na obvazu a komunikoval bez problémů.

Hodnocení: pacient byl seznámen při příjmu s důvodem, proč nemůže verbálně komunikovat. Po dobu hospitalizace byly využívány metody a pomůcky ke komunikaci, které si

pacient osvojil a dokázal se pomocí těchto metod a pomůcek dorozumět s ošetřujícím personálem. Nejvíce mu vyhovovala metoda tužka a papír. Cíle byly splněny.

Porušené polykání 00103 z důvodu zavedené tracheostomie projevující se:

subjektivně: obtížným polykáním větších kousků potravy, bolestí při polykání

objektivně: zavíráním očí při polykání, předkláněním hlavy při polykání, bolestivou grimasou v obličeji

Cíle: krátkodobý cíl – pacient bude znát důvody, které souvisí s poruchou polykání – 2 hodiny

dlouhodobý cíl-po dobu zavedení tracheostomie bude pacient dobře polykat i tuhou stravu

Intervence: sleduj příjem potravy i tekutin, podávej kašovitou stravu, upozorni pacienta, aby větší sousta vícekrát rozžvýkal, dbej, aby pacient polykal menší sousta, jednotlivá sousta zapíjel, dbej, aby pacient jedl pomalu, snaž se vytvořit klidné prostředí, podej před jídlem analgetika dle ordinace lékaře, před jídlem napuť těsnicí manžetu tracheostomické kanyly vzduchem, dbej, aby nedošlo k aspiraci potravy do dýchacích cest.

Realizace: 15. 11. 2018 (2. den hospitalizace) lékař pacienta seznámil s důvody souvisejícími s poruchou polykání. Pacient špatně polykal větší sousta, která mu při polykání působila bolest v krku a dráždila ho ke kašli. Sestra pacienta musela během jídla častěji odsávat. Z důvodu špatného polykání tuhé stravy sestra kontaktovala nutriční terapeutku, která pacientovi doporučila zpočátku mletou stravu.

16. 11. 2018 (3. den hospitalizace) pacient neměl žádné potíže při polykání tekutin. Sestra nakrájela potraviny na malé kousky, které se pacientovi lépe polykaly. Také pacienta upozornila, aby sousta několikrát řádně rozžvýkal. Během dne pacient dostával převážně mletou stravu, kterou polykal bez dráždění ke kašli a bolesti v krku. Sestra nemusela pacienta již tak často během jídla odsávat.

19. 11. 2018 (6. den hospitalizace) lékař ARO provedl výměnu tracheostomické kanyly. Po výměně měl pacient bolesti v krku a sestra podala pacientovi analgetikum dle ordinace lékaře. Během dne pacient polykal pouze tekutiny.

20. – 25. 11. 2018 (7. – 12. den hospitalizace) pacient již neměl bolesti v krku. Opět polykal převážně mletou stravu a tekutiny, které mu nepůsobily žádné bolesti v krku. Postupně

přecházel na tuhou stravu. Sestra mu znovu zdůraznila, aby si vkládal do úst menší sousta a každé sousto ještě několikrát důkladně rozžvýkal.

26. 11. 2018 (13. den hospitalizace) byla lékařem ARO provedena dekanylace. Pacient polykal větší sousta tuhé stravy bez obtíží.

Hodnocení: pacient byl seznámen s důvody související s poruchou polykání, informacím porozuměl. Pacient zpočátku polykal bez obtíží tekutiny a mletou stravu. Postupně se naučil polykat i větší sousta bez obtíží a bez bolesti v krku. Krátkodobý i dlouhodobý cíl byl splněn.

Během hospitalizace byla stanovena tato nová ošetrovatelská diagnóza:

Nedostatečné znalosti 00126 z důvodu nedostatečně podaných informací o uzavření tracheostomie projevující se:

subjektivně – nespokojeností, neklidem, hněvem, zlostí, agresivitou, nepochopením

objektivně – udiveným výrazem v obličeji, rychlým mluvením, tachypnoí, zvýšenou produkcí sputa, vyčerpáním

Cíle: krátkodobý cíl – pacient bude řádně seznámen s metodou uzavření tracheostomie sterilním kolíčkem – do dvou dnů

dlouhodobý cíl – pacient bude umět vykašlávat hleny do dutiny ústní po dobu uzavření tracheostomie

Intervence: podej pacientovi dostatek informací o uzavření tracheostomie, o vykašlávání hlenů do dutiny ústní, přesvědč se, zda pacient všemu rozumí, informace průběžně opakuj, nepoužívej cizí výrazy, ponech pacientovi prostor pro otázky, informace podávej po malých částech, povzbuzuj pacienta, sleduj fyziologické funkce, odsávej pacienta z dýchacích cest, udržuj oční kontakt

Realizace: 20. 11. 2018 (7. den hospitalizace) pacient byl lékařem informován o uzavření tracheostomie sterilním kolíčkem, byl informován o možných dechových potížích a nutnosti sledování fyziologických funkcí během uzavření tracheostomie. Sestra uzavřela tracheostomii sterilním kolíčkem. Lékař ani sestra standardního oddělení pacienta neinformovali, že může promluvit! Pacient sám zjistil, že mluví. Až po pacientově dotazu mu sestra sdělila, že uzavřením tracheostomie může mluvit. Pacientovi se začalo špatně dýchat, SpO₂ poklesla, a proto sestra sterilní kolíček odstranila a podala pacientovi zvlhčený kyslík dle ordinace

lékaře. Pacient byl zklamaný, že odstraněním sterilního kolíčku z ústí tracheostomické kanyly nemůže komunikovat.

21. – 23. 11. 2018 (8. – 10. den hospitalizace) sestra během dní uzavírala ústí tracheostomie sterilním kolíčkem. Pokaždé, když došlo u pacienta k dechovým potížím, sestra kolíček z tracheostomie odstranila a podala dle ordinace lékaře kyslík. Také pacienta seznámila s nutností vykašlávání hlenů do dutiny ústní a poté ven do buničitých čtverců. Podle potřeby i pacienta odsávala z dýchacích cest.

25. 11. 2018 (12. den hospitalizace) sestra opět uzavřela ústí tracheostomické kanyly sterilním kolíčkem. Pacient neměl žádné dechové potíže, proto sestra kolíček na ústí tracheostomické kanyly ponechala. Pacient si vykašlával hleny do dutiny ústní. Po dobu uzavření tracheostomické kanyly pacient komunikoval a nebyl neklidný.

27. 11. 2018 (14. den hospitalizace) provedl lékař ARO u pacienta dekanylaci. ARO lékař postup dekanylace pacientovi nejdříve vysvětlil. Po odstranění kanyly byl pacient ještě ARO lékařem informován, aby si při mluvení držel prst na obvazu, aby nedocházelo k úniku vzduchu. Po dekanylaci pacient neměl žádné potíže při mluvení.

Hodnocení: lékař standardního oddělení seznámil pacienta s uzavřením tracheostomické kanyly sterilním kolíčkem, neseznámil však pacienta s možností verbálně komunikovat. S možností verbálně komunikovat sestra pacienta seznámila až po zjištění pacienta, že může mluvit. Krátkodobý cíl byl nakonec splněn. Pacient byl sestrou poučen o vykašlávání hlenů do dutiny ústní. Dlouhodobý cíl byl také splněn.

Další aktuální ošetrovatelské diagnózy u pacienta jsou:

Strach 00148

Akutní bolest 00132

Nespavost 00095

Únava 00093

12.7.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy

Riziko infekce 00004 z důvodu zavedení PMK

Cíle: krátkodobý cíl – pacient bude znát projevy močové infekce – do 1 hodiny

dlouhodobý cíl-u pacienta nedojde po dobu zavedení PMK k rozvoji infekce

Intervence: sleduj bilanci tekutin, sleduj množství moče, barvu zápach, příměsí, pečuj o katétr dle standardu oddělení, pravidelně prováděj výměnu PMK dle standardu oddělení, pečuj o hygienu genitálu, udržuj ložní prádlo v čistotě, informuj pacienta o známkách infekce a možných komplikacích, monitoruj tělesnou teplotu, sleduj laboratorní výsledky, dbej o dostatečnou hydrataci pacienta.

Realizace: 14. 11. 2018 (1. den hospitalizace) pacient byl přeložen z kardiochirurgického oddělení se zavedeným PMK č. 16. Katétr byl vyměněn ještě téhož dne na kardiochirurgickém oddělení. Sestra zhodnotila okolí PMK, které bylo bez známek infekce. Seznámila pacienta s projevy infekce. Pacient kývnutím hlavy souhlasil, že informacím porozuměl.

15. – 20. 11. 2018 (2. – 7. den hospitalizace) sestra pravidelně hodnotila okolí PMK, sběrný systém odváděl dostatečné množství čiré moče bez příměsí. Pacient neudával žádné bolesti při močení.

21. 11. 2018 (8. den hospitalizace) místo zavedení PMK bylo beze změn. Sestra pacienta edukovala o nácvičku močení uzavíráním katétru pomocí svorky. Zpočátku sestra otvírala svorku na sběrném systému častěji. Postupně si pacient intervaly otevírání svorky prodlužoval. Naučil se sám si svorku otevírat dle potřeby.

24. 11. 2018 (11. den hospitalizace) sestra dle ordinace lékaře PMK pacientovi odstranila. Místo zavedení PMK bylo bez známek zánětu, pacient neudával žádnou bolest v místě zavedení. Sestra přinesla pacientovi močovou láhev, kterou mu zavěsila do stojanu k lůžku.

Hodnocení: pacient zná projevy močové infekce. U pacienta nedošlo po dobu zavedení PMK k rozvoji infekce. Cíle byly splněny.

Riziko zácpy 00015 z důvodu snížené fyzické aktivity

Cíl: krátkodobý cíl-pacient zná příčinu poruchy vyprazdňování – do 1 dne

dlouhodobý cíl-pacient nebude mít zácpu po dobu hospitalizace

Intervence: zajisti dostatek soukromí při vyprazdňování na pokoji, dbej o dostatečný příjem tekutin, stravy bohaté na vlákninu, dostatek ovoce a zeleniny, zdůrazni pacientovi nutnost zvýšení tělesné aktivity, cvičení na lůžku, zajisti dostatečnou hygienu a ošetření konečnicku po vyprázdnění, dle potřeby nabízej častěji podložní mísu ev. zajisti doprovod na toaletu, dle ordinace lékaře podej léky proti zácpě, sleduj barvu, konzistenci, množství a frekvenci stolice.

Realizace: 14. 11. 2018 (1. den hospitalizace) pacient byl přeložen z kardiochirurgického oddělení. Stolica byla ještě téhož dne ráno před překladem na interní oddělení. Sestra pacienta seznámila s příčinami poruchy vyprazdňování.

16. 11. 2018 (3. den hospitalizace) sestra nabídla pacientovi podložní mísu, vytvořila mu dostatek soukromí na pokoji, ale pacient nebyl schopen provést defekaci na lůžku. Sestra nabídla pacientovi po dohodě s lékařem glycerinový čípek, který odmítl. Informovala tedy pacienta o dostatečném příjmu tekutin, ovoce a zeleniny.

18. 11. 2018 (5. den hospitalizace) sestra odvezla pacienta pomocí sedačky na toaletu. Zajistila mu dostatek času, aby se mohl v klidu dostatečně vyprázdnit. Po vyprázdnění byl pacient spokojený. Rehabilitační pracovnice naučila pacienta aktivnímu cvičení na lůžku.

21. – 27. 11. 2018 (8. – 14. den hospitalizace) pacient měl stolicí pravidelně á 3 dny. Sestra pacienta zpočátku odvážela na toaletu pomocí sedačky, později ho na toaletu pouze doprovázela. Kontrolovala dostatečný příjem tekutin, ovoce a zeleniny. Pacient nepocíťoval bolest při defekaci. Pravidelně cvičil na lůžku a prováděl nácvik chůze po oddělení s rehabilitační pracovnicí.

Hodnocení: pacient zná příčiny poruchy vyprazdňování. Po dobu hospitalizace měl pravidelnou stolicí jednou za tři dny. Cíle byly splněny.

Další potencionální diagnózy u pacienta jsou:

Riziko pádů 00093

Riziko aspirace 00039

Riziko intolerance aktivity 00094

12.8 Edukační plán

Tabulka 2: Edukační plán pacienta interního oddělení

Účel: Edukace pacienta v oblasti ošetřování okolí tracheostomické kanyly
Cíl: Naučit pacienta sterilně ošetřovat okolí tracheostomické kanyly
Pomůcky: sterilní pomůcky na ošetření okolí tracheostomické kanyly, emitní miska, zrcadlo, dezinfekce
Výukové metody: rozhovor, instruktáž

Druh cíle	Specifické cíle	Hlavní body plánu	Čas	Hodnocení
Kognitivní	Pacient popisuje pracovní postup při ošetřování okolí tracheostomické kanyly	Sestra seznámí pacienta s pracovním postupem při ošetřování okolí tracheostomické kanyly	15 minut	Pacient umí popsat celý pracovní postup při ošetřování okolí tracheostomické kanyly
Afektivní	Pacient si uvědomuje důležitost sterilního ošetřování okolí tracheostomické kanyly	Sestra zdůrazní, jak je důležité sterilně ošetřovat okolí tracheostomické kanyly	8 minut	Pacient si je vědom, jak je důležité sterilně ošetřovat okolí tracheostomické kanyly
Psychomotorický	Pacient se sám naučí správně ošetřovat okolí tracheostomické kanyly	Sestra ukáže správný postup ošetřování okolí tracheostomické kanyly	20 minut	Pacient si umí sám správně ošetřit okolí tracheostomické kanyly

Zdroj: vlastní

13 VÝSLEDKY ROZHOVORŮ SESTER

13.1 Identifikační údaje sester

Respondentka 1 (R1) má středoškolské vzdělání a její délka odborné praxe je 19 let. Pracuje na ARO, kde jsou přijímáni pacienti pro intenzivní péči.

Respondentka 2 (R2) má středoškolské vzdělání a její délka odborné praxe je 12 let. Pracuje na standardním oddělení interního typu.

13.2 Rozčlenění do jednotlivých kategorií z rozhovorů se sestrami

Seznam kategorií z rozhovorů se sestrami

1. Princip tvorby hlasu
2. Komplikace
3. Metody komunikace s pacientem na UPV
4. Metody komunikace s pacientem s TSK
5. Pomůcky ke komunikaci s pacientem s TSK spontánně dýchajícím
6. Edukace pacienta
7. Edukace rodiny
8. Edukační návod

1. Princip tvorby hlasu

Jako možnost principu tvorby hlasu respondentky shodně uvedly, TSK brání tvorbě hlasu z důvodu jejího zavedení pod hrtanovou příklopku. Respondentka 1 však doplňuje podrobnější popis funkce těsnící manžety na TSK, která při jejím naplnění nedovolí rozvířovat hlasové řasy. „*U pacientů s tracheostomickou kanylou a vypuštěnou těsnící manžetou a uzavřeným ústím kanyly je už možné při výdechu hlas již slyšet.*“ (R1)

2. Komplikace

Obě respondentky uváděly shodný výskyt komplikací jako je krvácení po provedené TSK nebo v okolí jejího zavedení, vzniku otlaků v místě zavedení TSK a následný rozpad tracheostomatu při dlouhodobém zavedení TSK, nebo dislokaci TSK samotným pacientem.

O nemožnosti tvorby hlasu se taktéž vyjádřily souhlasně. „*A samozřejmě nemůže mluvit.*“ (R2) Respondentka 2 navíc vyzdvihla komplikaci obtížného polykání s možnou aspirací stravy. „*Pacient samozřejmě nemůže mluvit, může špatně polykat, může docházet k aspiraci potravy do dýchacích cest nebo špatnou polohou se kanyla může i dislokovat.*“ (R1)

3. Metody komunikace s pacientem na UPV

Zde odpovídala pouze respondentka 1 z důvodu absence hospitalizovaných pacientů s TSK na UPV na standardním oddělení interního typu. Respondentka 1 uváděla jako nejvíce využívanou metodu odezírání ze rtů. „*Samozřejmě musíme pacienty poučit, aby se snažili hodně otvírat ústa a vyslovovat vždy jedno slovo.*“ (R1) Dále z výpovědí obou respondentek vyplývá shodné používání dalších metod abecední nebo magnetická tabulka, metoda tužka a papír nebo obrázkové karty.

4. Metody komunikace s pacientem s TSK

Respondentka 1 uváděla možnost využívaných metod, které jsou vypsány v předchozím bodě. Respondentka 2 se shodovala s respondentkou 1 pouze v metodě odezírání ze rtů nebo metodě tužka a papír. Abecední tabulka se respondentce 2 neosvědčila. Jak sama uvádí: „*Je to ale velice náročné na čas a někdy slovo nedává žádný smysl.*“ (R2) Z důvodu nízkého počtu pacientů s TSK hospitalizovaných na standardním interním oddělení, jak uvádí respondentka 2: „*Snažíme se domluvit tzv. rukama, nohama.*“ (R2)

5. Pomůcky ke komunikaci s pacientem s TSK spontánně dýchajícím

Respondentky shodně uváděly využití sterilního kolíčku nasazeného na ústí TSK. Respondentka 1 zmínila možnost mluvící chlopně. „*Pokud si pacient již sám dýchá nasazujeme mu na ústí tracheostomické kanyly mluvící chlopeň a pacient díky této chlopni může promluvit.*“ (R1). Respondentka 2 uvedla využití pacientova prstu, který obturuje ústí TSK. „*Žádné jiné pomůcky nevyužíváme.*“ (R2)

6. Edukace pacienta

Respondentka 1 uvedla průběžnou edukaci pacienta při hospitalizaci. „*Pacienta průběžně informujeme o metodách a způsobech komunikace.*“ (R1) Zmínila psychickou podporu pro pacienta. „*Také mu připomínáme, že je stále monitorován a kdyby došlo ke komplikacím, jsme hned u něho.*“ (R1) Obě respondentky zmínily možnost kombinace více metod a způsobů komunikace.

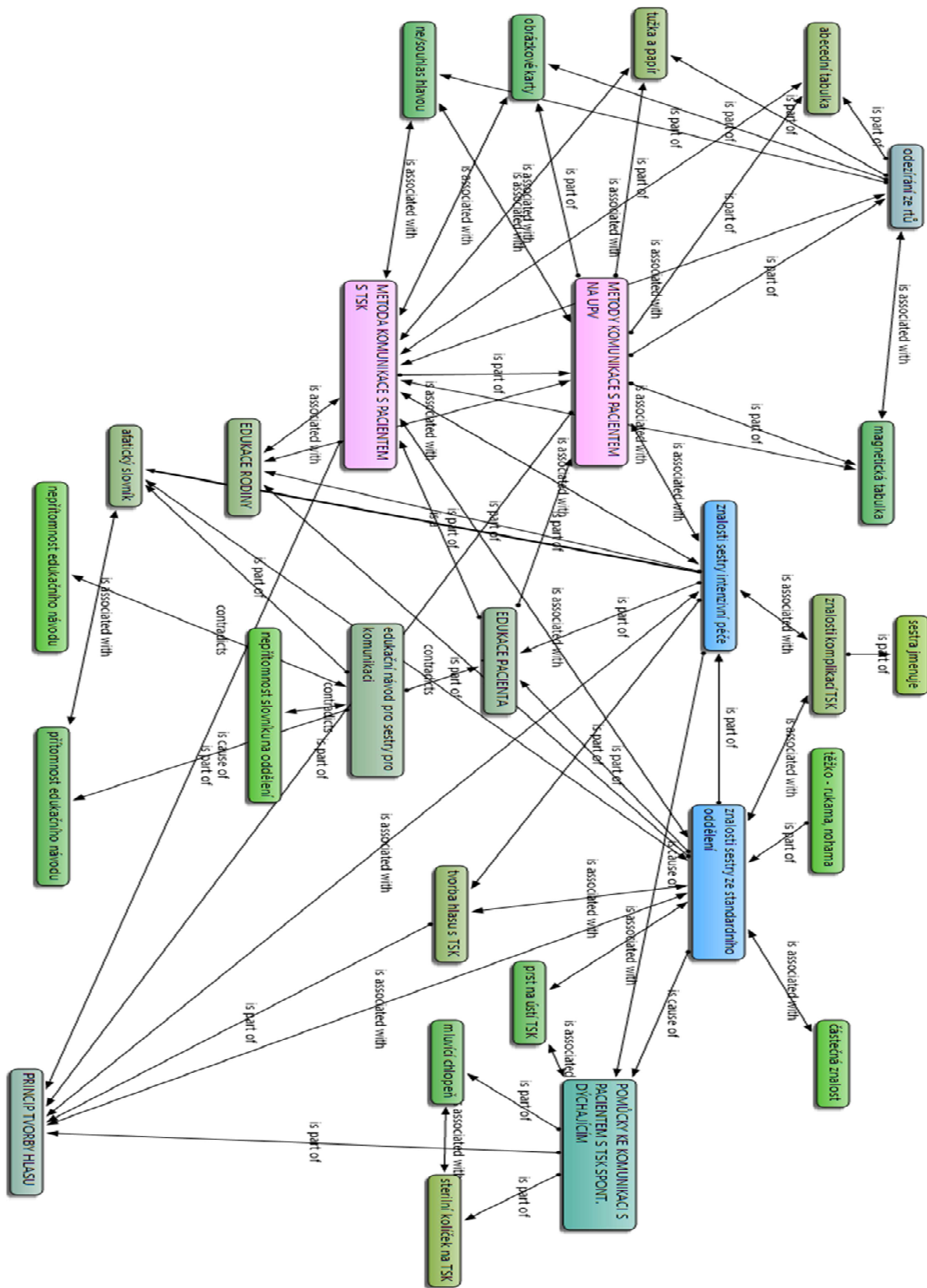
7. Edukace rodiny

Respondentky se shodně vyjádřily o stejné edukaci pacienta i rodiny, kdy rodinu seznámí s problematikou komunikace pacienta s TSK a vysvětlí metody a možnosti komunikace s pacientem při zavedení TSK. Respondentka 1 vyzdvihla edukaci rodiny v rámci komunikace u pacienta na UPV. *„Seznámíme je s problematikou tracheostomie, pokud je pacient na UPV uvědomíme je, že není možné, aby promluvil. Ukážeme jim, jak s ním komunikujeme my, jak odezírat ze rtů.“* (R1) Taktéž respondentky shodně uvedly variantu pomoci ošetrovatelského personálu při potížích s dorozuměním. *„Necháme rodinu, aby si způsob vyzkoušeli, jestli budou schopni tímto způsobem s pacientem komunikovat. Pokud se nemožou dorozumět, vždy jim pomůžeme.“* (R2)

8. Edukační návod

Respondentky se vyjádřily k nepřítomnosti edukačního návodu pro komunikaci s pacientem s TSK na jejich oddělení. V závěru vyplývá, že by jej obě uvítaly. *„Informace ohledně komunikace si hledáme v literatuře či na webu. Také pomůcky si buď vytváříme nebo kupujeme sami.“* (R1) *„Ne, určitě nemáme, což je škoda. Nějaký návod bychom potřebovaly, abychom věděly, jestli je více způsobů nebo pomůcek, jak s pacientem s tracheostomií dobře komunikovat.“* (R2) O termínu afatický slovník slyšela pouze respondentka 1. *„O tomto slovníku jsem slyšela v souvislosti s pacienty, kteří mají ztrátu paměti.“* (R1) Respondentka 2 pojem afatický slovník nezná. *„Opravdu nevím ani jsem o tomto slovníku neslyšela.“* (R2) Z výpovědí vyplývá, že na odděleních nemají sestry k dispozici afatický slovník pro pacienty s TSK. *„Slovník na našem oddělení nemáme a nepracujeme s ním.“* (R1)

Obrázek 1: Schéma zpracování rozhovorů



Zdroj: vlastní

DISKUZE

V bakalářské práci se zabýváme problematikou komunikace u pacienta s tracheostomií. Zpracovali jsme kazuistiky dvou pacientů s tracheostomií, hospitalizovaných na rozdílných odděleních, a to na anesteziologicko-resuscitačním a interním lůžkovém oddělení. Do bakalářské práce jsme zařadili i polostrukturovaný rozhovor s ošetřujícími sestrami těchto pacientů z důvodu získání dalších informací o problematice komunikace u pacienta s tracheostomií. Jednotlivé rozhovory se sestrami jsme analyzovali, abychom mohli lépe pochopit problematiku komunikace u pacientů s tracheostomií. Snažili jsme se shrnout veškeré poznatky z těchto kazuistik a rozhovorů, které jsme mezi sebou porovnali a na základě těchto poznatků jsme vytvořili výstup z naší práce.

Pro bakalářskou práci jsme si stanovili tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1 Jsou rozdílnosti v komunikaci u pacientů s tracheostomií v intenzivní péči a na standardním lůžkovém oddělení?

Pacientka č. 1 byla přijata na ARO pro stále se zhoršující dušnost, která jí bránila plně verbálně komunikovat. Pacientka nebyla schopna odpovídat celými větami, musela se vždy mezi jednotlivými slovy vydýchat. Ošetřující sestra musela pacientce klást uzavřené otázky, na které odpovídala pouze ANO nebo NE. Protože byla pacientka stále vyčerpanější a dechové parametry se stále zhoršovaly, muselo být lékařem přikročeno k orotracheální intubaci, napojení pacientky na UPV a podání analgosedace ke zklidnění dechové aktivity. Nereagovala na hlasité oslovení či bolestivý podnět, neotevřela oči ani neprovedla stisk ruky. Jak říká Tomová „*Pacient na UPV, který je v hluboké analgosedaci nebo v bezvědomí, nedokáže kvalitně vnímat okolní děj.*“ (Tomová, 2016, s. 58) Od této chvíle probíhala aktivní komunikace pouze ze strany sestry. Sestra pacientku stále informovala o veškerých činnostech a výkonech, které u ní prováděla, ale bez zpětné vazby pacientky. Pacient č. 2 byl přeložen z kardiochirurgického oddělení na interní lůžkové oddělení. Pacient byl spontánně dýchající přes tracheostomickou kanylu, kterou nebylo možné odstranit z důvodu nedostatečného udržení průchodnosti dýchacích cest a nedostatečného vykašlávání hlenů. Při přijetí byl sestrou seznámen s prostředím, provozním řádem, právy a povinnostmi pacienta. Sestra pokládala pacientovi otevřené otázky, na které nemohl pacient odpovědět. Sestra si neuvědomila, že z důvodu zavedené tracheostomie má poruchu tvorby hlasu. Snažil se rychle odpovídat na otázky, pohyboval rty, ale bez hlasového projevu. Chybou sestry bylo pokládání otevřených otázek, na které pacient nemohl odpovídat. U pacientky č. 1 byla z důvodu

vysoké ventilační a oxygenační podpory provedena časná tracheostomie. Analgosedace byla postupně snižována a pacientka byla oslovitelná, dokázala otevřít oči a stisknout ruku. Sestra stále pacientku informovala o činnostech, které u ní prováděla a na které již sestře mohla sjednanými signály kývnutím či otočením hlavy odpovídat. Postupně docházelo ke snižování analgosedace, pacientka byla již při vědomí. Sestra pacientce vysvětlila, že z důvodu zavedení tracheostomie a tím vyřazením hlasivek z fyziologické činnosti, nemůže mluvit. Také lékař pacientku znovu informoval o nutnosti napojení na UPV. Sestra pacientku seznámila s metodou odezírání ze rtů. Po úplném vysazení analgosedace, ale stále s nutností napojení pacientky na UPV, sestra postupně pacientku seznamovala s různými komunikačními metodami (tužka a papír, abecední tabulka, komunikační karty). Jak říká respondentka č. 1 „*Pacienta průběžně informujeme o metodách a způsobech komunikace.*“ Pomocí těchto metod mohla pacientka sestře sdělovat svoje přání a potřeby. Rovněž edukovala i rodinu v oblasti těchto komunikačních metod. U pacienta č. 2 sestra využila metodu tužka a papír. Bohužel pacienta neseznámila, že má psát velkými tiskacími písmeny. Pacient byl rozčilený, neklidný a nebyl schopen cokoli napsat. Sestra využila i metodu sjednaných signálů NE zavrtěním hlavy a ANO vyslovením tohoto slova. Tentokrát již pacientovi pokládala uzavřené otázky. Domníváme se, že sestra měla spíše zvolit pro ANO kývnutí hlavy směrem dolů a nahoru než vyslovením tohoto slova. Také použila metodu odezírání ze rtů, ale opět pacienta nepoučila o správné výslovnosti, a tak tuto metodu nemohli ke komunikaci využívat. Sestra sama nevěděla, jakým způsobem má odezírat ze rtů pacienta. Protože pacient mluvil rychle a sestra pacienta neinformovala, nemohla se pomocí této metody s pacientem dorozumět. Výsledkem byl rozhněvaný až agresivní pacient. Pro obturaci tracheostomické kanyly byla lékařem ARO provedena výměna tracheostomické kanyly. ARO sestrou byli pacient i sestra ze standardního oddělení edukováni o metodě abecední tabulka. Sestra z ARO také pacienta edukovala v oblasti vykašlávání hlenů ven před tracheostomickou kanylu. Sestra standardního oddělení vůbec neznala metodu abecední tabulka a po edukaci ARO sestrou tuto tabulku využívala ke komunikaci s pacientem. Pacient byl velice spokojený s touto metodou, nebyl neklidný ani rozčilený, že se nedorozumí. U pacientky č. 1 byla po úplném odpojení od UPV sestrou nasazena na ústí tracheostomické kanyly mluvicí chlopeň, která pacientce umožňovala již vyslovit svá první slova. Opět byla sestrou řádně edukována, jak chlopeň používat. Pacientka si již spontánně dýchala, byla zcela bez dušnosti a veškeré ventilační i oxygenační parametry byly v normě. Lékařem bylo naordinováno uzavření tracheostomické kanyly sterilním kolíčkem. Opět byla pacientka řádně sestrou poučena o této metodě a o nutnosti vykašlávání hlenů do dutiny ústní. Nyní byla pacientka schopna plně verbálně komunikovat.

Tracheostomickou kanylu měla uzavřenou více jak 24 hodin. Nedošlo u ní k žádným dechovým potížím, a proto byla lékařem dekanylována. Sestra poučila pacientku, aby si při mluvení přikládala prst na krycí tampón tracheostomatu, aby při mluvení nedocházelo zpod ob vazy k úniku vzduchu. Pacientka mluvila bez přítomnosti chrapotu či bolesti v krku. U pacienta č. 2 byla rovněž tracheostomická kanyla uzavřena sterilním kolíčkem. Bohužel nebyl pacient vůbec sestrou ani lékařem standardního oddělení informován, že může mluvit. Pacient zjistil sám, že může promluvit a sestrou byl informován teprve až po svém zjištění, že může mluvit. Intervaly uzavírání tracheostomické kanyly se postupně prodlužovaly a ARO lékařem byl dekanylován. Zároveň byl lékařem poučen, aby si přidržoval prst na krycím tampónu tracheostomatu. Pacient informacím porozuměl a při mluvení si přidržoval prst na krycím tampónu tracheostomatu. Stoma se během dvou dnů zcela zacelilo. Pacient komunikoval bez obtíží.

Domníváme se, že ošetřující sestra pacientky č. 1 dokonale zvládala dobře komunikovat s pacientkou. Zvládala aktivní komunikaci u pacientky, která byla zpočátku analgosedována a napojena na UPV. Když došlo u pacientky ke snížení až úplnému vysazení analgosedace využívala různé metody ke komunikaci. Vždy pacientce metodu i postup řádně vysvětlila a zároveň vždy edukovala i rodinu. To vyplývá i z rozhovoru s respondentkou č. 1, která sdělila, že vždy edukují o komunikačních metodách jak pacienta, tak i rodinu. Pacientka nebyla neklidná ani nervózní, neměla strach, že se nedokáže s ošetřujícím personálem, ale i rodinou domluvit. Plně spolupracovala po celou dobu hospitalizace, cítila se spokojeně a bezpečně. Jak píše Tomová „*O duši se musí pečovat, a to cestou respektující, trpělivé a upřímné komunikace.*“ (Tomová, 2016, s. 121)

Ošetřující sestra pacienta č. 2 neměla dostatek informací o komunikačních metodách u pacienta s tracheostomií. Nemohla tedy ani pacienta řádně edukovat. Postupně se spolu s pacientem s tracheostomií naučili komunikovat pomocí metody tužka a papír, abecední tabulka i odezírání ze rtů. Bohužel pacient byl často neklidný, nespokojený, odvracel se od sestry, mával rukama a byl rozčilený, že mu sestra nerozumí. Také sestra se často s pacientem nemohla dorozumět. Domníváme se, že se sestra sama měla aktivně zajímat o komunikační metody používané u pacienta s tracheostomií a předejít tak negativním projevům u pacienta. Bylo by vhodné zařadit problematiku komunikace u pacienta s tracheostomií do vzdělávání sester. V dnešní době se i sestry ze standardního oddělení setkávají s pacienty s tracheostomií, a proto by měly být o této problematice dostatečně informovány. Také by se měly více pořádat semináře o této problematice, vznikat edukační materiály jak pro sestry,

tak i pro pacienty. Samozřejmě, že nutností sester je i samovzdělávání o této problematice pomocí odborné literatury či internetu.

Šetřením jsme zjistili, že jsou rozdíly v komunikaci u pacienta s tracheostomií v intenzivní péči a na standardním oddělení. Sestry v intenzivní péči umí pracovat s různými metodami a umí využívat pomůcky ke komunikaci u pacienta s tracheostomií. Sestry standardního oddělení nemají dostatek informací o metodách a pomůčkách a neumí je ke komunikaci u pacienta s tracheostomií využívat.

Výzkumná otázka č. 2 Jaké metody a pomůcky používají sestry ke komunikaci u pacienta s tracheostomií?

U pacientky č. 1 sestra využívala metody sjednané signály, odezírání ze rtů, abecední tabulka, magnetická tabulka a komunikační karty. V období, kdy byla pacientka hluboce analgosedována využívala i skórovací systémy (GCS, RASS). Při mírnější analgosedaci využívala pro spolupráci stisk ruky či otevření očí, kterým pacientka potvrzovala, že informacím rozumí. Mezi pomůcky, které slouží ke komunikaci sestra používala mluvící chlopeč a sterilní kolíček, kterým se uzavřela tracheostomická kanyla a pacientka mohla verbálně komunikovat.

U pacienta č. 2 se sestra snažila komunikovat pomocí metody odezírání ze rtů, tužka a papír a sjednaných signálů. Abecední tabulku jí doporučila sestra ARO, která pacientovi i sestře vysvětlila, jak s tabulkou pracovat. Jedinou pomůcku, která umožnila pacientovi promluvit byl sterilní kolíček, kterým se tracheostomická kanyla uzavřela. Tento způsob byl ale doporučen lékařem ARO.

Dílčí cíl č. 1 Zjistit, jakým způsobem a jaké pomůcky využívají sestry ke komunikaci u pacienta s tracheostomií.

Z šetření vyplývá, že sestra intenzivní péče využívá ke komunikaci všechny dostupné metody a pomůcky. Sestra standardního oddělení není dostatečně o pomůčkách a metodách informována a není schopna využívat tyto metody a pomůcky ke komunikaci u pacienta s tracheostomií. Využívá pouze základní metody, ale ani tyto metody neumí řádně využívat. Výstupem bakalářské práce je zařazení afatického slovníku mezi používané komunikační metody. Dílčí cíl 1 byl splněn.

Výzkumná otázka č. 3 Jaké jsou edukační návody komunikace u pacientů s tracheostomií pro sestry?

Respondentka č. 1 ve svém rozhovoru přiznala, že žádný edukační návod pro sestry týkající se komunikace u pacientů s tracheostomií nemají. Veškeré informace si hledají v literatuře či na webových stránkách. Sami si i obstarávají nebo vytvářejí pomůcky k jednotlivým komunikačním metodám. Také respondentka č. 2 ve svém rozhovoru udala, že o žádném edukačním návodu pro sestry o komunikaci u pacienta s tracheostomií neví. Sama ale přiznala, že by bylo příznivé takový návod na oddělení mít, aby mohla lépe s pacientem s tracheostomií komunikovat, aby věděla, jaké další metody a pomůcky ke komunikaci využívat. A hlavně, aby sama věděla, jak se jednotlivé metody ke komunikaci používají a mohla tyto metody naučit i pacienta. Myslíme si, že edukační návod pro sestry, které ošetřují pacienta s tracheostomií je nepostradatelným a nutným návodem a měl by být součástí každého oddělení, kde se sestry setkávají s pacienty s tracheostomií.

Dílčí cíl č. 2 Vytvořit edukační návod pro sestry, jak správně komunikovat s pacienty s tracheostomií.

Na základě tohoto výsledku jsme vytvořili jako výstup bakalářské práce edukační návod pro sestry (Příloha A). Tento návod popisuje jednotlivé metody a pomůcky, které mají zlepšit komunikaci mezi sestrami a pacienty s tracheostomií. Zároveň tento edukační návod popisuje postup, jak tyto metody mohou sestry používat. Dílčí cíl č. 2 byl také splněn.

Hlavním cílem našeho šetření je zjistit, zda jsou rozdíly v komunikaci u pacienta s tracheostomií v intenzivní péči a na standardním lůžkovém oddělení. Rozdíly jsme naším šetřením zjistili. Sestry intenzivní péče, které pracují s těmito pacienty a setkávají se s pacienty s tracheostomií často, jsou v oblasti komunikačních metod informovány, metody a pomůcky umí používat. Pacienty i rodinu umí edukovat o těchto metodách. Sestry standardního oddělení se setkávají s pacienty s tracheostomií ojedinele. Nejsou dostatečně informovány o komunikačních metodách a nemají dostatečné znalosti v této oblasti. Nemohou tedy dostatečně pacienta ani rodinu edukovat. Proto je nutné se této problematice aktivně věnovat, seznamovat se s komunikačními metodami a pomůckami. Bylo by vhodné se problematice komunikace u pacienta s tracheostomií věnovat více např. pomocí ústavních seminářů, kongresů či zařazením této problematiky do vzdělávání sester. Hlavní cíl našeho šetření byl splněn.

ZÁVĚR

V bakalářské práci se zabýváme problematikou komunikace u pacienta s tracheostomií. Komunikace je nepostradatelnou součástí při léčbě a ošetřování pacientů. Prostřednictvím komunikace pacient sděluje svoje problémy, přání, potřeby, návyky, pocity a touhy. U pacientů s tracheostomií je komunikace mezi zdravotnickým personálem, ale i rodinou často náročná. Tracheostomií dochází k vyřazení hlasivek z fyziologické činnosti a pacient nedokáže verbálně komunikovat s okolím. Nedokáže svoje potřeby, přání, pocity a touhy dokonale vyjádřit. Proto by se sestra, ale i lékař a ostatní zdravotnický personál měl touto problematikou zabývat. Společně s pacientem hledat vhodný způsob, jak spolu vzájemně komunikovat.

Teoretická část bakalářské práce je věnována anatomii a fyziologii dýchacích cest, vymezení pojmu tracheostomie, způsobu provedení tracheostomie, popisu jednotlivých druhů tracheostomických kanyl a komplikacím tracheostomie. Dále je popisovaná ošetrovatelská péče u pacienta s tracheostomií, předoperační příprava, pooperační péče a ošetřování tracheostomické kanyly, ale i odsávání z dýchacích cest a edukace pacienta. Závěr teoretické části je věnován komunikaci pacienta s tracheostomií, metodám a pomůckám využívaných ke komunikaci u pacienta s tracheostomií a edukaci rodiny v této oblasti.

V empirické části jsou popisovány kazuistiky dvou pacientů s tracheostomií hospitalizovaných na anesteziologicko-resuscitačním a na interním lůžkovém oddělení. Součástí jsou i rozhovory se sestrami, které tyto pacienty ošetřovaly. Oba rozhovory jsme analyzovali. Po rozboru dokumentů jak lékařské, tak i ošetrovatelské dokumentace byl u obou pacientů zpracován ošetrovatelský proces, stanoveny ošetrovatelské diagnózy a navržen edukační plán.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je rozdílnost v komunikaci u pacienta s tracheostomií v intenzivní péči a na standardním lůžkovém oddělení, jaké pomůcky a metody sestry ke komunikaci využívají a zda mají vytvořený edukační návod pro sestry. Po výzkumném šetření bylo zjištěno, že je rozdílnost v komunikaci mezi odděleními. Sestry intenzivní péče jsou v oblasti komunikace lépe informovány a využívají dostupné metody a pomůcky než sestry standardního oddělení. Návod pro sestry v oblasti komunikačních metod není vypracován.

Tato bakalářská práce je vhodným návodem pro sestry, které ošetřují pacienty s tracheostomií a nejsou v problematice komunikačních metod a pomůcek dostatečně informovány. Výstupem bakalářské práce je vytvoření edukačního návodu pro sestry, jaké metody

a pomůcky mohou při komunikaci u pacienta s tracheostomií využívat a zařazení afatického slovníku mezi komunikační metody používané u pacienta s tracheostomií.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM LITERATURY

1. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 3. uprav. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
2. CHROBOK, Viktor, ASTL, Jaromír a KOMÍNEK, Pavel. *Tracheostomie a koniotomie: techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. Praha: Maxdorf, 2004. 170 s. ISBN 80-7345-031-3.
3. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
4. DRÁBKOVÁ, Jarmila a HÁJKOVÁ, Soňa. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta a.s., 2018. 605 s. ISBN 978-80-204-4470-7.
5. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie: učebnice pro zdravotnické školy a bakalářské studium*. 2.přep. a dopl. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
6. DOSTÁL, Pavel. a kol. *Základy umělé plicní ventilace*. 3. rozš. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o., 2014. 394 s. ISBN 978-80-7345-397-8.
7. DLOUHÁ, Olga a ČERNÝ, Libor. *Foniatrie*. Praha: Karolinum, 2012. 152 s. ISBN 978-80-246-2048-0.
8. FREEMAN, Samantha. *Care of adult patients with a temporary tracheostomy*. Nursing Standard. 2011, vol. 26, no. 2, s. 49-56. ISSN 0029-6570.
9. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
10. KITTNAR, Otomar a kol. *Lékařská fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
11. KOUTNÁ, Markéta a ULRYCH, Ondřej, et al. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén, 2015. 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2.
12. KLIMEŠOVÁ, Lenka a KLIMEŠ, Jiří. *Umělá plicní ventilace*. Brno: NCONZO, 2011. 110 s. ISBN 978-80-7013-538-9.

13. MARKOVÁ, Marie a FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Ošetřování pacientů s tracheostomií*. Brno: NCONZO, 2009. 101 s. ISBN 80-7013-445-3.
14. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
15. NANDA, International, Inc. *Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2015-2017*. 10. vyd. Praha: Grada, 2015. 439 s. ISBN 978-80-271-9009-6.
16. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
17. ŠEVČÍK, Pavel. *Intenzivní medicína*. 3. přep. a roz. vyd. Praha: Galén, 2014. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
18. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2015. 144 s. ISBN 978-80-247-9963-6.
19. TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2016. 134 s. ISBN 978-80-271-9540-4.
20. TROJAN, Stanislav a SCHREIBER, Michal. *Atlas biologie člověka*. Praha: Scientia, 2007. 136 s. ISBN 80-86960-11-0.
21. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Edukační návod pro sestry
- Příloha B – Informovaný souhlas s výzkumným šetřením
- Příloha C – Informovaný souhlas pro sestry
- Příloha D - Rešerše
- Příloha E – Skórovací systémy
- Příloha F – Hodnocení rizika pádu
- Příloha G – Barthelův test běžných denních činností
- Příloha H – Nutriční skóre
- Příloha CH – VAS
- Příloha I – Rozhovor s respondentkou 1 (R1)
- Příloha J – Rozhovor s respondentku 2 (R2)

PŘÍLOHY

Příloha A – Edukační návod pro sestry

EDUKAČNÍ NÁVOD PRO SESTRY

KOMUNIKAČNÍ METODY A POMŮCKY U PACIENTA S TRACHEOSTOMIÍ

Tracheostomie

Zdroj: Václav Srnec

Co je to tracheostomie?

Je to stav, kdy je průdušnice spojena uměle vytvořeným otvorem s povrchem těla. Do uměle vytvořeného otvoru se následně vloží tracheostomická kanyla.

Proč má pacient s tracheostomií poruchu tvorby hlasu?

Provedením tracheostomie dochází u pacienta k vyřazení hlasivek z fyziologické činnosti a tím k poruše verbálně komunikovat. Proud vydechovaného vzduchu, který prochází hlasovou štěrbinou nerozkmitává napjaté hlasové řasy a tím nedochází k tvorbě hlasu.

Jaké komunikační metody může sestra u pacienta používat?

ABECEDNÍ TABULKA

A B C D E F G H I

J K L M N O P Q R

S T U V W X Y Z

- vyzvi pacienta, aby prstem ukazoval na jednotlivá písmena
- písmena nahlas vyslovuj
- postupně z písmen skládej slova, věty
- celá slova, věty opět nahlas zopakuj
- použij tužku a papír k napsání slov či vět

Zdroj: vlastní

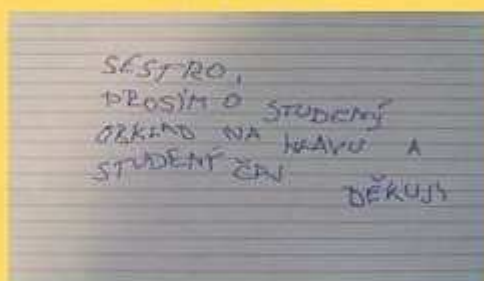
MAGNETICKÁ TABULKA



Zdroj: vlastní

- dej pacientovi do lůžka stolek
- zajisti vhodnou polohu
- lokty podepři, tak aby měl pevnou oporu pod rukama
- magnetickou tabulku polož na stolek
- magnetická písmena rozlož na stolek
- pacienta vyzvi ke skládání slov
- ponech pacientovi dostatek času
- složená slova nahlas přečti

TUŽKA A PAPIR



Zdroj: vlastní

- dej pacientovi do lůžka stolek
- zajisti vhodnou polohu
- ruce podepři
- připrav tužku a papír (nejlépe fix)
- vyzvi pacienta, aby psal velkými tiskacími písmeny a vždy jen ústřední slovo (napsat celé věty)
- napsané slovo nahlas zopakuj
- podle napsaného slova se dále dotazuj pacienta

PIKTOGRAMY



Zdroj: vlastní

- zajisti vhodnou polohu
- ukazuj piktogramy pacientovi ev. si pacient dle stavu piktogramy vybírá sám
- slovně piktogramy pacientovi popisuj

AFATICKÝ SLOVNÍK



Zdroj: vlastní

- zajisti vhodnou polohu
- ukazuj pacientovi jednotlivé obrázky ev. si pacient vybírá z obrázků sám
- nahlas přečti pacientovi text pod obrázkem
- při uzavřené tracheostomické kanyli pacient sám nahlas vyslovuje text pod obrázkem

Dalšími alternativními pomůckami v komunikaci u pacienta s tracheostomií jsou i např. fotografie rodiny, kalendář, tablet, notebook či MP přehrávače.

Jaké pomůcky ke komunikaci může sestra u pacienta používat?

MLUVÍCÍ CHLOPEŇ



Zdroj: vlastní

- vysvětlí pacientovi postup
- odsaj pacienta z dýchacích cest
- zajisti vhodnou polohu
- nasad' chlopeň na ústí kanyly
- vyzví pacienta, aby se nadýchl a vyslovil jednoduché slovo
- postupně může vyslovovat další slova či věty

KOLÍČEK NEBO ZÁTKA



Zdroj: vlastní

- vysvětlí pacientovi postup
- odsaj pacienta z dýchacích cest
- zajistí vhodnou polohu
- uzavří kanylu sterilním kolíčkem či zátkou
- vyzví pacienta, aby se nadechl a s výdechem vyslovil jednoduché slovo, postupně může vyslovovat i další slova

Jako další pomůcku ke komunikaci u pacienta s tracheostomií lze využít perforovanou tracheostomickou kanylu, která umožňuje tvorbu hlasu.

Jaké zásady by měla sestra při komunikaci u pacienta s tracheostomií dodržovat?

- zhodnot celkový stav pacienta, proved' skórování dle skórovacích systémů
- najdi si dostatek času, pozorně pacienta vyslechni, buď' trpělivá, empatická
- buď' v zorném poli pacienta, udržuj oční kontakt
- mluv pomalu, klidně, jednotlivá slova ev. znovu zopakuj
- vysvětlí pacientovi důvod, proč nemůže mluvit
- nabídne, vysvětlí ev. předved' pacientovi vhodné metody komunikace
- zajistí vhodnou polohu pacienta, pomůcky potřebné ke komunikaci
- edukuj o vhodných metodách i rodinné příslušníky, zapoj rodinu do komunikace
- pacienta podporuj, motivuj a povzbuzuj
- snaž se uspokojit bio-psycho-sociální-spirituální potřeby pacienta

ZDROJE:

SRNEC, Václav. Život s tracheostomií a umělou plicní ventilací [online]. 2019 [cit. 2019-02-28]
Dostupné z: <https://vaclavsrnec.webnode.cz/dupv/>

TOMOVÁ, Šárka a Jana Křivková. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2016. s. 134. ISBN 978-80-271-9540-4.

Vypracovala: Holomojová G.



Zdroj: vlastní

Příloha B – Informovaný souhlas s výzkumným šetřením

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Domažlická nemocnice a.s.

V Domažlicích dne: 3. 9. 2018

PhDr. Mgr. Jana Barbora Boučková, hlavní sestra, MBA./

Kozinova 292, Domažlice, 344 22

Galina Holomojová

Studentka Západočeské university v Plzni

Fakulty Zdravotnických studií, katedry ošetrovatelství a porodní asistence

Obor: všeobecná sestra, kombinované formy

Kontakt: galhol@students.zcu.cz, tel. 777 617 218

Věc: Žádost o povolení výzkumného kvalitativního šetření

Vážená paní doktorko,

žádám Vás o povolení výzkumného šetření ve Vašem zdravotnickém zařízení, za účelem vypracování mé bakalářské práce na téma:

„Problematika komunikace u pacienta s tracheostomií.“

Žádám Vás o povolení nahlížet do zdravotnické dokumentace pacientů anesteziologickoresuscitačního oddělení a interního oddělení v období od 3. 9. 2018 do 31. 12. 2018.

Se získanými daty bude zacházeno podle platných etických norem a budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce. Taktéž bude zachována anonymita obou pacientů.

Děkuji za posouzení žádosti.

S pozdravem

Galina Holomojová

Vyjádření instituce:

SOUHLAS

DOMAŽLICKÁ NEMOCNICE, a.s.
Kozinova 292
344 22 Domažlice
HLAVNÍ SESTRA

Mgr. Boučková J.B.

Domažlická nemocnice, a.s.

Kozinova 292
344 22 Do-
mažlice

T: 379 no 262
IČO: 26361078 I DIČ: CZ

Zdroj: vlastní

Příloha C – Informovaný souhlas pro sestry

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Problematika komunikace u pacienta s tracheostomií

Galina Holomojová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence Fa-

kulta zdravotnických studií ZČU Plzeň

Obor: všeobecná sestra, kombinovaná forma

Email: galhol@students.zcu.cz, tel. 777 617 218

Vedoucí BP: Mgr. Jana Křivková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU Plzeň

Email: krivkova@kos.zcu.cz

Cíl BP:

Cílem studie je zjistit rozdílnost v komunikaci sester u pacientů s tracheostomií v intenzivní péči a na standardním lůžkovém oddělení.

S vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon.

Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce.

Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já.....

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

Podpis účastníka výzkumu_____Datum:

Podpis studenta_____Datum:

Zdroj: vlastní

Příloha D – Rešerše

Knihy

1. DOSTÁL, Pavel. *Základy umělé plicní ventilace*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2014. 394 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-397-8.
signatura SVK PK: 31B61882 **umístění ve volném výběru: 616-083**
2. KLIMEŠOVÁ, Lenka a KLIMEŠ, Jiří. *Umělá plicní ventilace*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 110 s. ISBN 978-80-7013-538-9.
signatura SVK PK: 392A42166
3. KOUTNÁ, Markéta a ULRYCH, Ondřej. *Manuál hojení ran v intenzivní péči*. Praha: Galén, 2015. 200 s. ISBN 978-80-7492-190-2. (Kapitola 2.3, Ošetření tracheostomie)
signatura SVK PK: 392A45465 **umístění ve volném výběru: 616**
4. KOVACS, George a LAW, J. Adam. *Airway management in emergencies*. New York: McGraw-Hill Medical Publishing, 2008. 298 s. ISBN 978-0-07-147005-6.
ve fondu jiných knihoven v ČR, žádejte MS
5. LUKÁŠ, Jindřich a kol. *Tracheostomie v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2005. 119 s., 8 s. Malá monografie. ISBN 80-247-0673-3.
signatura SVK PK: 31B8228
6. MARKOVÁ, Marie a FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *Ošetřování pacientů s tracheostomií*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 101 s. ISBN 80-7013-445-3.
signatura SVK PK: 391A62582
7. ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
signatura SVK PK: 32A16765
8. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. 134 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0064-4.
signatura SVK PK: 31B76434
9. VAŠUTOVÁ, Zdenka. *Péče o dětské pacienty s tracheostomií*. Ostrava: Fakultní nemocnice Ostrava, 2016. 34 s. ISBN 978-80-88159-50-6.
10. VYMAZAL, Tomáš a kol. *Anestezie a pooperační péče v hrudní chirurgii*. Praha: Mladá fronta, 2016. 463 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3755-6. (kapitola 9.7, Pacient s tracheostomií)
signatura SVK PK: 31B73536 **617**

Stati

11. SMETANOVÁ, J. a M. VLÁŠKOVÁ. Role sestry při punkční dilatační tracheostomii. In: *Aktuality oboru pneumologie, ftizeologie a ošetrovatelství*. Hradec Králové: [s.n.], 2010, s. 76-77. ISBN 9788025469392.
signatura SVK PK: 391A58431-2
12. ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, Arnošt PELLANT a Roman MICHÁLEK. Trvalá tracheostomie ovlivňuje pacienta v psychické, sociální a ekonomické oblasti. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve*. 2011, s. 353-365. ISBN 9788089544004.
ve fondu jiných knihoven
dostupné také z:
<https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-oseetrovatelstva/Konferencia-zbornik-program/2011-konferencia-fulltext-web.pdf>

Články

13. ČERMÁKOVÁ, Věra. Tracheostomovaný klient – komunikace. *Sestra. Tematický sešit 216 - Péče o stomiky*. 2008, **18**(2), 50. ISSN 1210-0404.
signatura SVK PK: 36A1361/2008
dostupné také z: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=346016>
14. DVOŘÁKOVÁ, Věra a Kateřina. MEDOVÁ. Ošetřování tracheostomické kanyly u pacienta s Burkittovým lymfomem hypofaryngu. *Florence*. 2009, **5**(2), 17-18. ISSN 1801-464X.
signatura SVK PK: 36A3153/2009
15. FREEMAN, Samantha. Care of adult patients with a temporary tracheostomy. *Nursing Standard*. 2011, vol. 26, no. 2, s. 49-56. ISSN 0029-6570.
Plný text dostupný z databáze EBSCO
16. OZOGANYOVÁ, Magda, KUBICOVÁ, Ludmila a TEREKOVÁ, Viera. Edukační proces u pacienta s tracheostomií. *Sestra. Tematický sešit 344 - Stomie*. 2012, **22**(6), 46-47. ISSN 1210-0404.
signatura SVK PK: 36A1361/2012
dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
17. PELLANT, Arnošt, Jana ŠKVRŇÁKOVÁ, Roman MICHÁLEK, Jan MEJZLÍK a Jiří ŠILLER. Všeobecná sestra a tracheostomie. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2013, **62**(3), 145-148. ISSN 1210-7867.
signatura SVK PK: 35A331/2013
dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatrie-clanek/vseobecna-sestra-a-tracheostomie-41651>

18. STODOLOVÁ, Paulína a VELIČOVÁ, Jana. Specifika komunikace s tracheostomovaným pacientem. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2011, 7(6), 32. ISSN 1801-1349.

signatura SVK PK: 36A3279/2011

19. VALANCOVÁ, Alena a Darja JAROŠOVÁ. Edukace pacienta na dlouhodobé ventilační léčbě. *Sestra*. 2014, 24(1), 29-30. ISSN 1210-0404.

signatura SVK PK: 36A1361/2014

Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>

Příloha E – Skórovací systémy

Skórování stupně sedace_analgosedace

Richmond Agitation - Sedation Scale (RASS)

Skóre	Stav	Popis
4	Bojovný	Očividně bojovný, násilný, bezprostředně ohrožuje personál
3	Výrazně agitovaný	Tahá za, či vytahuje invaze, agresivní
2	Agitovaný	Časté bezcílné pohyby, zápasí s ventilátorem
1	Neklidný	Úzkostný, ale pohyby bez známek živé agrese
0	Bdělý, ale klidný	
-1	Somnolence	Není plně bdělý, ale reaguje při oslovení (otevření očí/oční kontakt > 10s)
-2	Mírná sedace	Krátké probuzení a oční kontakt na oslovení (<10s)
-3	Střední stupeň sedace	Pohyb či otevření očí na oslovení (bez očního kontaktu)
-4	Hluboká sedace	Žádná odpověď na oslovení, pouze pohyb či otevření očí na fyzikální podnět
-5	Neprobuditelný	Žádná odpověď na oslovení ani fyzikální podnět

Skórování stavu vědomí

Glasgow Coma Scale (GSC)

Otevření očí		Reakce na bolest		Hodnocení zornic	
spontánní	4	provede na příkaz pohyb	6	1. Střední šíře zornice - izokorie 2. Mioza - zúžení zornic 3. Mydriáza - rozšíření zornic 4. Anizokorie	
na oslovení	3	lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5		
na bolest	2	úniková reakce (pohyb od podnětu)	4		
bez reakce	1	necílená flexe končetiny	3		
		necílená extenze končetiny	2		
		nereaguje	1		
Slovní odpověď		Hodnocení:			
orientovaná	5	Lehká porucha vědomí	13-15 bodů		
zmatená	4	Střední porucha vědomí	9-12 bodů		
nekomunikuje	3	Závažná porucha vědomí	3-8 bodů		
nesrozumitelné zv.	2				
žádná odpověď	1				

Skórování flebitidy dle Maddona

1. stupeň	bolest v místě vpichu bez zarudnutí a bez otoku
2. stupeň	bolest a zarudnutí v místě vpichu
3. stupeň	bolest, zarudnutí a otok v místě vpichu a bolest žíly
4. stupeň	bolest, zarudnutí a otok v průběhu žíly

Hodnotící systém dle Nortonové

Hodnotící systém: celkové hodnocení 16 a méně - riziko									
A		B		C		D		E	
Fyzická kondice		Mentální kondice		Aktivita		Mobilita		Inkontinence	
Dobrá	4	Pozorný	4	Chodící	4	Plná	4	Žádná	4
Přijatelná	3	Apatický	3	Chodící s pomocí	3	Lehce omezená	3	Příležitostná	3
Špatná	2	Zmatený	2	Pouze sedící	2	Velmi omezená	2	Obvykle moč	2
Velmi špatná	1	Tupý	1	Pouze ležící	1	Imobilní	1	Plná	1
Hodnocení		Předpokládaná úroveň rizika							
17-20		Pravděpodobně žádné riziko							
15-16		Nízké riziko							
13-14		Střední riziko							
10-12		Vysoké riziko							
5-9		Velmi vysoké riziko							

Zdroj: Dokumentace ARO-JIP nemocnice Domažlice a.s.

Příloha F – Hodnocení rizika pádu

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU

Pohyb	0	neomezený
	2	používá pomůcky
	1	potřebuje pomoc k pohybu
	1	neschopen přesunu
Vyprazdňování	0	nevyžaduje pomoc
	1	nykturie / inkontinence
	1	vyžaduje pomoc
Medikace	0	neužívá rizikové léky
	1	užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
Smyslové poruchy	0	žádné
	1	vizuální, smyslový deficit
Mentální status	0	orientován
	1	občasná noční dezorientace
	1	dřívější dezorientace / demence
Věk	0	18 až 75 let
	1	nad 75 let
Pád v anamnéze	1	ano

Vyhodnocení:

skóre 3 a vyšší = pacient je ohrožen rizikem pádu

Zdroj: Dokumentace NIS Akord Domažlická nemocnice a.s.

Příloha G – Barthelův test běžných denních činností

<i>Činnost</i>		<i>Provedení činnosti</i>	<i>Bodové skóre</i>
1.	najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4.	osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5.	kontinence	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
6.	kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7.	použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Hodnocení testu:
0–40 bodů – vysoká závislost, 45–60 bodů – závislost středního stupně, 65–95 bodů – lehká závislost, 100 bodů – nezávislost

Zdroj: Kapounová, 2007, s. 22

Příloha H – Nutriční skóre a BMI

<i>Položky</i>	<i>Body</i>
A Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání stravy (obtížné žvýkání či polykání)? ano, výrazně jen mírně ne	0 1 2
B Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce: více než 3 kg není přesný údaj 1–3 kg nebyl úbytek hmotnosti	0 1 2 3
C Pohyblivost/mobilita: upoután na lůžko/vozík pohyb jen po místnosti vychází z bytu	0 1 2
D Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma? ano ne	0 2
E Psychický stav: těžká demence nebo deprese mírná demence nebo deprese normální stav, bez psychické poruchy	0 1 2
F BMI (Body Mass Index): BMI < 19 BMI 19 až < 21 BMI 21 až < 23 BMI 23 nebo více hmotnost (kg).....tělesná výška (cm).....	0 1 2 3
Celkové skóre:	
Celkové hodnocení: 12–14 bodů – stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření 11 bodů a méně – možná porucha výživy/podvýživa, doplňte další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy	

Tab. 9 Hodnoty BMI [149]

	<i>BMI</i>
normální	20–25
nadváha	25–30
obezita mírná	30–35
obezita střední	35–40
obezita morbidní	nad 40

Příloha CH – VAS

Datum :	• VAS (vizuální analogová stupnice) s intenzitou 0 do 10	• Grimasy (odpovídají VAS)
Intenzita bolesti		
Charakter bolesti	• Lokalizace bolesti • Charakter bolesti • ezavá- pálivá- tupá • pulsující - kolikovitá • nesnesitelná - neurčitá	
Pokud-li ke změně charakteru bolesti, provede sestra opětovně komplexní hodnocení. Úlevy po parenterálním podání analgetika se hodnotí po cca 30 min., po perorálním podání po cca 60 min. Úlevy se hodnotí stejně - dle VAS/grimasy		
Datum :	• VAS (vizuální analogová stupnice) s intenzitou 0 do 10	• Grimasy (odpovídají VAS)
Intenzita bolesti		
Charakter bolesti	• Lokalizace bolesti • Charakter bolesti • ezavá- pálivá- tupá • pulsující - kolikovitá • nesnesitelná - neurčitá	

Zdroj: Dokumentace ARO-JIP Domažlická nemocnice a.s.

Příloha I – Rozhovor s respondentkou 1 (R1)

Otázka č. 1 „Víte, na jakém principu se vytváří hlas u pacienta s tracheostomií?“

„Myslím, že u pacientů s tracheostomií, kteří mají nafouknutou těsnící manžetu se hlas nemůže vytvářet. Manžeta brání tvorbě hlasu. Kanyla je zavedená pod hrtanovou příklopkou a při výdechu nedojde k rozvibrovaní hlasových řas a tím se nevytváří hlas. U pacientů s tracheostomickou kanylou a vypuštěnou těsnící manžetou a uzavřeným ústím kanyly je už možné při výdechu hlas již slyšet.“

Otázka č. 2 „Znáte nějaké komplikace tracheostomie?“

„Komplikací je mnoho. Mohou vznikat již při samotném zavedení nebo se mohou objevit po zavedení. Může dojít ke krvácení po provedení, zanesení infekce během ošetřování tracheostomie, rozpadu rány, podkožnímu emfyzému, mohou se vytvářet otlaky při dlouhodobém zavedení a přeplněné těsnící manžetě velkým množstvím vzduchu.“ „Pacient samozřejmě nemůže mluvit, může špatně polykat, může docházet k aspiraci potravy do dýchacích cest nebo špatnou polohou se kanyla může i dislokovat.“ „Také může dojít i k vytažení samotným pacientem, pokud je neklidný, zmatený či nedostatečně informován o zavedení kanyly.“

Otázka č. 3 „Jakým způsobem se dorozumíváte s pacientem s tracheostomií, který je na UPV nebo je spontánně ventilovaný?“

„U pacientů s tracheostomií s UPV využíváme nejvíce odezírání ze rtů. Samozřejmě musíme pacienty poučit, aby se snažili hodně otvírat ústa a vyslovovat vždy jedno slovo. Někdy je to velice náročné hlavně, když nemají nasazenou zubní protézu a nemají dostatečnou oporu při vyslovování slov.“ „Využíváme také abecední tabulku, kdy nám ukazuje pacient jednotlivá písmena a my z nich skládáme slovo. Osvědčila se nám i magnetická tabulka nebo obrázkové karty. Pokud pacient může psát, napíše nám na papír, co by potřeboval.“

Otázka č. 4 „Využíváte nějaké pomůcky na tracheostomii, které umožňují komunikaci u pacienta s tracheostomií?“

„Pokud si pacient již sám dýchá nasazujeme mu na ústí tracheostomické kanyly mluvčí chlopeň a pacient díky této chlopni může promluvit. Nebo používáme kolíček, kterým uzavřeme kanylu, vypustíme balónek a pacient může mluvit.“

Otázka č. 5 „Jak edukujete pacienta s tracheostomií první dny po odpojení z UPV o vhodném způsobu komunikace?”

„Pacienta průběžně informujeme o metodách a způsobech komunikace. Vždy ho seznámíme s metodou, řekneme mu, jak má např. otvírat ústa, aby mluvil pomalu, nejdříve vyslovil jedno slovo, ukázal na obrázek, napsal slovo tiskacím písmem na papír atd. Pokud nasazujeme mluvicí chlopeň, vždy ho poučíme, aby vyslovil jedno či dvě slova, odpočinul si a vydýchal se. Zkousíme vždy všechny možné metody a způsoby komunikace a podle toho jaká metoda mu nejvíce vyhovuje, tu používáme. Někdy používáme i více metod najednou.“ „Také mu připomínáme, že je stále monitorován a kdyby došlo ke komplikacím, jsme hned u něho.“

Otázka č. 6 „Jak edukujete rodinu, jak má komunikovat s pacientem s tracheostomií?”

„Myslím, že úplně stejně jako samotného pacienta. Seznámíme je s problematikou tracheostomie, pokud je pacient na UPV uvědomíme je, že není možné, aby promluvil. Ukážeme jim, jak mi s ním komunikujeme my, jak odezírat ze rtů. Když využívá psaní, aby mu vždy co napsal přečetli, zeptali se, jestli je to tak správné a aby na pacienta mluvili a nepsali mu zpět. Což už se nám také stalo. Pokud můžeme pacientovi nasadit mluvicí chlopeň, znovu jim vše důkladně vysvětlíme. Také je informujeme, že pokud by se nedorozuměli, či měli potíže, vždy mohou zavolat sestru, aby jim pomohla.

Otázka č. 7 „Máte ve vašem zdravotnickém zařízení vytvořený edukační návod pro sestry, jak komunikovat s pacientem s tracheostomií?”

„Bohužel o žádném návodu nevím. Informace ohledně komunikace si hledáme v literatuře či na webu. Také pomůcky si buď vytváříme nebo kupujeme sami.“

Otázka č. 8 „Víte, co je afatický slovník a k čemu slouží, popřípadě využíváte jej na svém oddělení?”

„O tomto slovníku jsem slyšela v souvislosti s pacienty, kteří mají ztrátu paměti. Takže si myslím, že se znovu učí poznávat předměty, osoby podle obrázků?“ Slovník na našem oddělení nemáme a nepracujeme s ním.“

Zdroj: vlastní

Příloha J – Rozhovor s respondentkou 2 (R2)

Otázka č. 1 „Víte, na jakém principu se vytváří hlas u pacienta s tracheostomií?“

„No myslím, že vzniká pomocí hlasivek asi při výdechu. Ale vlastně tracheostomie brání vzniku hlasu. Kanyla bude zřejmě tlačit na hlasivky a tím pacientovi nejde mluvit. Musel by si sám prstem zakrýt ústí kanyly a pak může promluvit. Takže se vlastně u pacienta s tracheostomií nemůže vytvářet hlas.“

Otázka č. 2 „Znáte nějaké komplikace tracheostomie?“

„U pacienta s tracheostomií může vzniknout otlak trachey, pokud je kanyla zavedená dlouhou dobu nebo má pacient příliš nafouknutou manžetu. Může dojít k rozpadu rány, k zarudnutí okolí kanyly, protékání žaludečního obsahu kolem kanyly. Také může rána krvácet. Pokud je pacient neklidný může si i sám tracheostomickou kanylu vytáhnout. Nebo může dojít k povytažení kanyly, pokud je špatně připevněná kolem krku pacienta. A samozřejmě nemůže mluvit.“

Otázka č. 3 Jakým způsobem se dorozumíváte s pacientem s tracheostomií se spontánním dýcháním?“

„Musím říci, že opravdu těžko. Někdy je hodně náročné se s pacientem s tracheostomií domluvit. Na našem oddělení se setkáváme s pacienty s tracheostomií ojediněle. Poslední dobou, ale těchto pacientů u nás přibývá. Snažíme se domluvit tzv. rukama, nohama. Využíváme odezírání z úst nebo psaní. Pokud mohou napsat, co potřebují pomocí tužky a papíru, jsme rády. Také využíváme kývání hlavou ze strany na stranu, kdy vyjadřují nesouhlas nebo kývání hlavou dolů a nahoru, kdy souhlasí. Otázky však musíme pokládat tak, aby na ně mohli odpovídat ano nebo ne. Zkoušely jsme i abecední tabulku, kdy nám pacienti ukazují písmena, ze kterých skládáme slovo. Je to ale velice náročné na čas a někdy slovo nedává žádný smysl.“ „Komunikace je opravdu hodně náročná, ale vždycky se domluvíme.“

Otázka č. 4 „Využíváte nějaké pomůcky na tracheostomii, které umožňují komunikaci u pacienta s tracheostomií?“

„Používáme sterilní kolíček, kterým uzavřeme ústí tracheostomické kanyly a pacient může mluvit. Nebo si pacient sám přidrží prst na ústí kanyly a také může mluvit.“ Žádné jiné pomůcky nevyužíváme.“

Otázka č. 5 „Jak edukujete pacienta s tracheostomií o vhodném způsobu komunikace?“

„Samozřejmě mu vysvětlujeme, co je to za způsob a jak ho používat. Pokud se i přesto nejde dorozumět, vysvětlíme mu další způsob a pacient si zvolí sám, jaký je pro něj nejvhodnější způsob, jak s námi i s rodinou chce komunikovat. Někdy využíváme i více způsobů najednou.“

Otázka č. 6 „Jak edukujete rodinu, jak má komunikovat s pacientem s tracheostomií?“

„Já myslím, že úplně stejně jako pacienta. Také jim vysvětlíme, jakým způsobem s pacientem komunikujeme, ukážeme jim, jak tento způsob používat. Pokud je způsobů víc, všechny je rodině vysvětlíme a předvedeme jim, jak tyto způsoby využíváme my. Necháme rodinu, aby si způsob vyzkoušeli, jestli budou schopni tímto způsobem s pacientem komunikovat. Pokud se nemohou dorozumět, vždy jim pomůžeme.“

Otázka č. 7 „Máte ve vašem zdravotnickém zařízení vytvořený edukační návod pro sestry, jak komunikovat s pacientem s tracheostomií?“

„Tak to myslím, že nemáme. Ne určitě nemáme, což je škoda.“ „Nějaký návod bychom potřebovaly, abychom věděly, jestli je více způsobů nebo pomůcek, jak s pacientem s tracheostomií dobře komunikovat.“

Otázka č. 8 „Víte, co je afatický slovník a k čemu slouží, popřípadě využíváte jej na svém oddělení?“

„Vůbec netuším, co to je. Slovník – tak asi napsaná slova na kartičkách?“ „A karty se ukazují pacientům?“ „Opravdu nevím ani jsem o tomto slovníku neslyšela.“

Zdroj: vlastní