

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Monitorace pooperační soběstačnosti
u pacienta s polytraumatem**

Bakalářská práce

Mgr. Ivana Chloubová

Lucie Straková

2010

Abstract

At the present time the number of injuries increases constantly and their gravity of consequence accumulates. It is a result of life in modern times, technical progress, intensification of sports and the development of motorism above all. The traffic accident frequency became a worldwide problem. The number of severe injuries and polytraumatic events increased dramatically. Analysing causes of death the injuries of children and adult population till 35 years head and they take the first place.

The therapy of patients with polytrauma takes a lot of time. Associated complications can often occur. In the course of recovery after numerous operations is dramatically limited the dynamics of patient, his survivability capacity to shift for oneself is low. In this period is very important to be engaged in the regularly self-sufficiency training, every day activities, fitness and breathing exercises. The well-timed post-operative mobilisation and a self-sufficiency training help to improve a general health condition. It is necessary to support motivation and self-confidence of patient. It is a top-priority task of nurse who cares for a patient all day long and therapists who better curative effects going on medical department and wards several times daily. The nurse is involved actively in elementary medical treatment, diagnostic and nurse operations connected with curing, her major task is health precaution and accident prevention too.

The aim of this research was to determine whether nurses at the traumatology department monitor post-operative self-sufficiency, and whether they practice with patients self-sufficiency. It was defined four hypotheses: H I: the nurses know the monitoring ways of self-sufficiency. II: Nurses in the ICU monitor post-operative self-sufficiency more than the standard ward. H III: Nurses of the standard department devote more time to practice self-sufficiency than in the postoperative ICU. H IV: Nurses perceive the benefits of practicing self-sufficiency in the patient as a motivating factor in the recovery process.

Quantitative research was realised by using questionnaires. They were completed voluntarily and anonymously. Nurses were asked to the completion of the questionnaires on the traumatology- orthopedic and anesthesiology-resuscitation ward of Hospital in Pisek and on traumatology ward at the Hospital of České Budějovice.

The results of research can be used as an informatik material for nurses working with these patients and student of nursing.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Monitorace pooperační soběstačnosti u pacienta s polytraumatem“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou Univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

Podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Ivaně Chloubové za cenné rady, připomínky a podněty pro psaní mé bakalářské práce, bez kterých by nikdy nemohla vzniknout.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav problematiky	4
1.1 Polytrauma	4
1.1.1 Skórovací systémy, léčba	5
1.1.2 Úrazový šok	7
1.1.3 Zlomeniny, kompartment syndrom.....	8
1.1.4 Poranění hlavy.....	10
1.1.5 Poranění hrudníku	13
1.1.6 Poranění pánve	14
1.1.7 Poranění páteře a míchy	15
1.1.8 Popáleniny.....	16
1.2 Ošetrovatelská péče o polytraumatizovaného pacienta.....	18
1.2.1 Péče o dýchací cesty a krevní oběh.....	19
1.2.2 Vylučování a hygienická péče	20
1.2.3 Péče o rány, prevence infekce	22
1.2.4 Výživa	24
1.2.5 RHB a následná péče	25
1.3 Sebepečce a soběstačnost	26
1.3.1 Hodnocení sebepečce a soběstačnosti.....	27
1.3.2 Aktivity denního života.....	27
1.3.3 Potřeby nemocného	28
1.3.4 Bazální stimulace v ošetrovatelské péči.....	30
2. Cíle práce a hypotézy.....	32
2.1 Cíle práce	32
2.2 Hypotézy	32
3. Metodika výzkumu	33
3.1 Metodika práce.....	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	34

4.	Výsledky	35
5.	Diskuze	64
6.	Závěr	71
7.	Seznam použité literatury	73
8.	Klíčová slova	76
9.	Seznam příloh	77

Úvod

V dnešní době neustále přibývá úrazů a narůstá jejich závažnost. Je to dáno moderním rytmem života, technizací, intenzifikací sportu a zejména rozvojem motorismu. Dopravní nehodovost se stala celosvětovým problémem. Výrazně narostl počet těžkých úrazů a polytraumat. V příčinách úmrtí jsou úrazy na prvním místě u dětí a dospělé populace do 35 let.

Těžké úrazy vyžadují týmovou mezioborovou spolupráci, která v první fázi léčení nesnese časový odklad. Po zajištění vitálních funkcí má být těžce raněný směrován do nejbližší odborně kompetentní nemocnice. Ve velkých městech a na dopravních trasách se zřizují úrazová centra. Ta pracují v nepřetržitém provozu a mají k dispozici mezioborový tým lékařů včetně diagnostického vybavení. Raněný je zde ošetřen definitivně a v plném rozsahu potřebné péče.

V posledních desetiletích prodělala traumatologie rychlý rozvoj. Přispělo k tomu hlubší pochopení patofyziologie poúrazové odezvy organismu na trauma a zákonů biomechaniky pohybového aparátu, pokroky v anestezii a resuscitaci a nasazení antibiotik. Nelze opomenout přínos artroskopie, moderní mikrochirurgické techniky, nových instrumentárií a implantátů včetně endoprotéz, moderní zobrazovací techniky a materiálně technického vybavení operačních sálů. (23)

Léčba pacientů s polytraumatem je dlouhodobá, často se mohou vyskytnout přidružené komplikace. V době rekonvalescence po četných operacích je výrazně omezena hybnost pacienta, jeho schopnost se o sebe postarat je nízká. V tomto období je tudíž velmi důležité provádět pravidelně nácvik soběstačnosti, aktivit denního života, kondiční cvičení i dechovou rehabilitaci. Velmi důležité je také podporovat motivaci a sebevědomí pacienta. To je úkolem sestry, která má pacienta na starost celý den a fyzioterapeutů, kteří docházejí na oddělení několikrát denně.

Sestra se aktivně zapojuje do léčebných, diagnostických a ošetrovatelských úkonů, jejím velkým úkolem je také prevence a předcházení vzniku komplikací. Je nutné, aby se v dané problematice orientovala, aby o ní měla dostatek informací – jen tak dokáže zodpovědně zhodnotit a zaznamenat vývoj stavu pacienta, nástup možných komplikací a může pacientovi pomoci zpátky do jeho aktivního života.

1. Současný stav problematiky

1.1 *Polytrauma*

Úraz neboli trauma lze definovat jako tělesné poškození, které vzniká nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil. Mezi nejrozšířenější patří ve všech vyspělých státech úrazy dopravní. Jejich počet neustále narůstá a zvyšuje se i jejich závažnost. Jedná se většinou o úrazy mnohočetné a polytraumata, mnohdy je zraněno více osob současně. Jsou spojeny s vysokým procentem invalidity a mortality. Pro tento druh úrazů jsou typické poranění hlavy, hrudníku, dolních končetin. K dopravním úrazům počítáme i úrazy chodců. Vesměs se jedná o zranění mnohočetná. (23)

Polytrauma označuje současné poranění alespoň dvou tělesných systémů, přičemž poranění alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace bezprostředně ohrožuje základní životní funkce. Mezi nejběžnější příčiny patří dopravní nehody, pády, popáleniny a násilné činy. Tyto úrazy vyžadují specifickou léčebnou taktiku, na začátku si musíme stanovit dominanty poranění a podřídít jim priority léčebného postupu. Prognóza závisí na rozsahu poranění, rychlosti a kvalitě přednemocniční a nemocniční péče. (1, 23, 27)

Klinický obraz u polytraumatu se liší podle kombinace poranění, může zahrnovat např. poruchy vědomí, zavřené či otevřené zlomeniny, tržné rány, asymetrii zornic, výtok čiré nebo krvavé tekutiny z nosu nebo ucha, deformace hrudníku, pohmoždění břicha, otok, krvácení v břišní krajině, nestabilní pánev, cizí tělesa v tělních otvorech a jiné. (1)

1.1.1 Skórovací systémy, léčba

Pro zhodnocení poranění z hlediska rozsahu, závažnosti, naléhavosti intervence a prognózy se používají různé skórovací systémy. Skóre má vypovídací hodnotu v otázce slučitelnosti úrazu se životem, mortalitou, morbiditou. (27)

V traumatologii se nejvíce využívá systém ISS („Injury severity score“). Jde o anatomický systém, podle kterého můžeme jednoduše a snadno odhadnout stupeň postižení pacienta již při prvním vyšetření. Organismus je zde rozdělen na dílčí oblasti – povrch těla, hlava, krk, hrudník, břicho včetně pánve, páteř a končetiny včetně kostí pánve. U každé této oblasti hodnotíme míru poškození pomocí pětistupňové klasifikace. Stupeň jedna označuje lehké poranění, např. kontuzi hrudníku. Stupeň pět pak kritické poranění, např. zlomeninu obratle s rozdrčením míchy a tetraplegií. ISS se vypočítá jako součet druhých mocnin tří nejvíce poškozených oblastí. Při 16 a více bodech se již jedná o polytrauma a musíme zahájit včasná opatření. Pro vyhodnocení míry poškození centrální nervové soustavy se nejčastěji využívá systém GCS („Glasgow coma scale“). Hodnotíme otevírání očí, slovní odpověď a motorickou odpověď. Maximálně lze dosáhnout patnácti bodů, při kraniocerebrálním poranění klesají hodnoty pod dvanáct. (23, 27)

Pacienti s těmito úrazy jsou bezprostředně ohroženi na životě. O jejich přežití a rozsahu trvalého poškození rozhoduje rychlost a efektivita léčby již při prvním ošetření rychlou záchrannou službou. Jedná se o specifickou léčebnou taktiku, kdy si na začátku stanovíme dominanty poranění a podřizujeme jim priority léčebného postupu. Mezi nejdůležitější patří zajištění průchodnosti dýchacích cest, dostatečná ventilace a okysličení krve, zajištění krevního oběhu a zástava krvácení. Následuje zajištění žilních vstupů, analgezie a odhad dalších zranění. Při podezření na poranění v úseku krční páteře přikládáme pevný krční límec. Při předání do nemocnice spolupracuje tým traumatologický a anesteziologický. Anesteziolog zajišťuje stabilitu a monitoraci vitálních funkcí, zavádí centrální žilní katetr a arteriální katetr se snímací sondou. Dále zajistí dostatečnou náhradu tekutin, analgezií a myorelaxací. Společně s traumatologem provádí urgentní vyšetření, případně resuscitují. Traumatolog se zaměřuje na ošetření zdrojů krvácení, imobilizuje a stabilizuje zlomeniny

a určí pořadí dalších diagnostických a léčebných výkonů. Bezprostředně se provádí sonografie dutiny břišní a retroperitonea, RTG nitrohruďných orgánů, zjišťuje se přítomnost pneumohemothoraxu. Pro doplnění se dále zhotovuje RTG lebky, páteře, pánve a končetin, u kterých máme podezření na poranění. U pacientů v bezvědomí či neurologicky alterovaných je indikováno CT hlavy a mozku. Poté je pacient odvezen na operační sál, kde se chirurgicky řeší jednotlivá traumata. Postupuje se v pořadí od nejvíce po nejméně závažná poranění. (23, 27)

V dalších dnech závisí průběh léčby na rozsahu postižení, stavu organismu před úrazem a odezvě na léčbu. Pro úspěšné vyléčení je důležitá kvalita ošetřujícího týmu, technické vybavení a dostupnost specializovaných služeb, které jsou lokalizovány v traumacentrech velkých nemocnic. (27)

1.1.2 Úrazový šok

Šok lze definovat jako život ohrožující snížení krevní perfuze orgány, což vede k nedostatečnému zásobení tkání kyslíkem a živinami a následně k poruše funkcí buněk. Hemoragicko-traumatický šok je celkovou odezvou organismu na trauma, sestává z reakce oběhu na sníženou náplň cévního řečiště (hypovolemie) a zánětlivé reakce poškozených tkání. Každé polytrauma je provázeno různým stupněm tohoto šoku. Organismus se snaží kompenzovat nedostatek obíhající krve centralizací oběhu se snahou efektivně prokrvit mozek a srdce. Při přetrvání nebo prohloubení příčiny se původně účelná reakce stává patologickou. Dochází k hypoxii orgánů a tkání, acidóze a kolapsu oběhu. (23, 27)

Po několika hodinách vzniká v těle aseptický zánět, přidává se nepřiměřená aktivace koagulačních faktorů s projevy diseminované koagulopatie. Přítomnost zánětlivé reakce bez přítomnosti infekce se označuje jako syndrom systémové zánětlivé odpovědi organismu, neboli SIRS („Systemic inflammatory response syndrome“).

Tyto stavy mohou za nepříznivých okolností přejít do syndromu multiorgánové dysfunkce (MODS – „Multiple organ dysfunction syndrome“), kdy systémy či orgány v těle nejsou schopné zajistit homeostázu bez terapeutického zásahu, a následně do multiorgánového selhání. (27)

Mezi časté komplikace polytraumatu patří syndrom akutní respirační tísně (ARDS – „Acute respiratory distress syndrome“), který vzniká v důsledku otoku alveolů a plicního intersticia jako reakce na zánět. Zhoršují se respirační funkce, klesá saturace kyslíkem a stoupá hladina oxidu uhličitého v krvi. Terapie spočívá v řízené podpůrné ventilaci.

DIC („Disseminated intravascular coagulation“) je získaná porucha krevní srážlivosti, při které dochází k aktivaci hemostázy s tvorbou mikrotrombů, spotřebě koagulačních faktorů a krvácení. V organismu je porucha mikrocirkulace, která může přejít do ireversibilního šoku. Usilujeme o odstranění příčiny, podáváme mraženou plasmu, trombocyty, erymasy a fibrinogen pro náhradu faktorů krevní srážlivosti. (23)

Všechny výše jmenované syndromy se u polytraumat vyskytují, vzájemně se kombinují a ovlivňují celkovou prognózu. (27)

1.1.3 Zlomeniny, kompartment syndrom

Zlomenina neboli fraktura je definována jako porušení kostní kontinuity. Je způsobená silou, která překračuje pevnost a pružnost kosti. Zlomeniny dělíme na traumatické vznikající následkem úrazu a patologické u kosti postižené např. nádorem nebo metastázou. Dále dělíme fraktury na uzavřené a otevřené, kdy je porušen kožní kryt a měkká tkáň je poškozená. U otevřené zlomeniny je vysoké riziko kontaminace, která vede k rozvoji infekce a poruše hojení kosti. Devastace měkkých tkání zvyšuje riziko poruchy hojení. Klinicky významné dělení je na nedislokované (bez posunu) a dislokované zlomeniny, u kterých dochází k posunu kostních úlomků.

Pro diagnostiku zlomeniny využíváme anamnézu a klinický nález. Při místním vyšetření zjišťujeme příznaky nejisté (otok, bolest, funkční porucha) a jisté (deformace končetiny, krepitace kostních úlomků, patologická pohyblivost). Největší úlohu hraje RTG vyšetření ve dvou na sebe kolmých projekcích. Poslední dobou narůstá význam počítačové tomografie (CT), zejména u fraktur lebky, obratlů a u nitrokloubních zlomenin.

V léčbě zlomenin existují dva základní typy – konzervativní a operační léčba. Konzervativní léčba zahrnuje repozici a fixaci zlomeniny např. sádrovým obvazem, ortézou. Nevýhodou je dlouhá doba fixace a následná atrofie svalů, je nutná delší rehabilitace. Metoda skeletální trakce – extenze – se používá k postupné repozici úlomků a k hojení při trvalém tahu. Používá se dnes již ojediněle, může být dočasným řešením před operačním výkonem u pacientů přechodně neschopných výkonu. Základním principem operační léčby je repozice a osteosyntéza – spojení úlomků pomocí kovových implantátů. Jedná se o nitrodřeňové hřeby, Kirschnerovy dráty, šrouby, dlahy, cerkláže. Zvláštním druhem implantátů jsou zevní fixátory, které jsou ukotveny do kosti v místě, které není poškozené, stabilitu úseku zajišťují složky fixátoru umístěné extrakorporálně, tedy nad povrchem těla. Používají se u otevřených zlomenin, u hrubě tříštivých zlomenin kloubních konců apod. Hlavní výhodou operační léčby je časná mobilizace pacienta a možnost brzké rehabilitace. (27)

Závažnou komplikací v léčbě zlomenin je rozvoj kompartment syndromu (KS). Jedná se o stav, při kterém zvýšený intrafasciální tlak způsobuje zpomalení až zastavení normální krevní perfuze (mikrocirkulace), dochází k ischemizaci končetiny. V důsledku nedostatečného prokrvení končetiny vzniká sekundární nekróza svalů a nervů. Mezi nejčastější příčiny patří poranění cév, úrazy, kostní operace aj. Častým faktorem pro vznik KS je nesprávně přiložený a těsnící sádrový obvaz. Klinické projevy jsou velmi typické – v první fázi úporná bolest postižené oblasti, postupně dochází k nervovým poruchám projevujícím se jako parestezie až anestezie. Následuje otok periferie (prstů), změna barvy a omezení hybnosti, dále edém celé končetiny. Stav přerůstá v poruchy motorických funkcí, necitlivost celé postižené oblasti. Při rozvoji celkových ischemických svalových příznaků může tento stav skončit selháním ledvin a smrtí. Cílem terapie je snížení intrafasciálního tlaku dřív, než vzniknou ireverzibilní změny. Prvním krokem je uvolnění těsnícího obvodu. Nedojde-li k úlevě, je nutné provést dermatofasciotomii. Širokou kožní incizí se otevře oblast kompartmentu a fascie. Vzniklá rána se nešije, pouze se vyplňuje dočasným krytem. Resutura se provádí do 10. pooperačního dne po opadnutí otoku. (7, 27)

Nejčastějším místem výskytu KS je bérce. Největší pozornost vyžadují zlomeniny, které vznikly hrubým přímým násilím o velké energii, lokalizované hlavně ve střední části diafýzy kostí bérce, tříštivé, s výrazným posunem kostních fragmentů. Pacienty s takovými frakturami musíme intenzivně a kontinuálně sledovat, abychom včas zachytili známky rozvíjejícího se KS a mohl být proveden operační zákrok. Nejdůležitější je však mít vždy na paměti možnost vzniku tohoto patologického stavu. (16)

1.1.4 Poranění hlavy

Hlava se dělí na obličejovou a lebeční část. Často jsou poškozeny obě části současně. Většinou dochází k přímému násilí nárazem různých předmětů na hlavu nebo nárazem hlavy při pádu na tvrdou překážku. Při dopravních nehodách bývá poškození hlavy i krční páteře. Kraniocerebrální poranění může být izolované, ale častěji je součástí polytraumat, u kterých výrazně zhoršuje prognózu. Primární úraz se shoduje s místem násilí, sekundární poškození bývá důsledkem hypoxie, ischemie, otoku mozku a zvýšeného nitrolebního tlaku. (23)

Do úrazů obličeje patří poranění měkkých tkání tváře (tržné rány obličeje a vlasaté části hlavy) a obličejového skeletu (luxace, zlomeniny dolní čelisti, zlomeniny alveolárních výběžků čelistí, fraktury střední obličejové etáže, nosních kůstek a fraktury stěny očníce). Univerzální vyšetřovací metodou je RTG snímek, který poškození potvrdí. Léčba je konzervativní nebo chirurgická, odvíjí se od stavu konkrétní zlomeniny a možné dislokace úlomků. (27)

Zlomeniny lebeční klenby vznikají tupým nárazem na plochu lebky. Rozlišujeme fraktury lineární (fissury) a impresivní, u kterých kostní úlomky tlačí do nitrolebního prostoru a vzniká komprese tvrdé pleny a mozku, zhmoždění, případně proříznutí žilního splavu a dury mater. Toto poranění je nutné řešit operačně – neurochirurg odstraní drobné úlomky a provádí uzávěry perforací tvrdé pleny. Mnohem závažnější jsou zlomeniny lební baze. Působící síla často zraní bazální části mozku, zejména hypotalamus a mozkový kmen. Mezi klinické příznaky patří brýlový hematom jednoho či obou očí, krvácení ze zvukovodu, symptomatologie hlavových nervů (n. facialis, abducens, vestibulocochlearis, olfactorius). Vytékání mozkomíšního moku z uší nebo nosu vypovídá o roztržení dury. V diagnostice se uplatňuje klinický obraz a RTG snímkování. Léčba se podřizuje stupni poškození mozku, profylakticky se podávají antibiotika. (23, 27)

Poranění mozku se dělí na difuzní (komoce, axonové poranění), ložiskové (kontuze) a kompresní (nitrolební krvácení epidurální, subdurální, subarachnoidální a intracerebrální). V anamnéze posuzujeme stav vědomí pomocí GCS, závratě, nauzeu, zvracení. Pátráme po mechanismu úrazu pro vyloučení epilepsie, diabetického komatu,

cévní mozkové příhody a požití alkoholu a drog. Dále se provádí klinické vyšetření, RTG a CT, v další fázi MRI a EEG.

Komoce je čistě funkční porucha CNS bez anatomického poškození. Jedná se o dočasné poškození funkce buněčných membrán neuronů. Projevuje se poruchami vědomí, amnézií a vegetativními příznaky (nauzea, zvracení, závratě). Léčba je konzervativní, pacient má několik dní klid na lůžku, sledujeme stav vědomí, fyziologické funkce, dle potřeby podáváme analgetika a antiemetika.

Kontuze představuje ohraničené makroskopické poranění tkáně mozku, může být provázené krvácením a edémem v různém rozsahu. Příznaky záleží na lokalizaci a rozsahu kontuze. Léčba je většinou konzervativní, pacient je sledován na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. U nemocných s GCS 3 – 8 bodů nebo s patologickým CT nálezem se zavádí ICP čidlo, které monitoruje nitrolební tlak. Může být umístěno epidurálně, subdurálně, subarachnoidálně nebo intraventriculárně. Při průkazu mozkového hematomu je chirurgická léčba indikována v závislosti na velikosti a expanzivitě hematomu, na neurologickém nálezu a celkovém stavu pacienta. Jedná se o evakuaci hematomu a dekompresní kraniotomii rukou neurochirurga. Součástí léčby je osmotická diuréza Manitolem, parenterální výživa a komplexní péče o dlouhodobě bezvědomé pacienty. (12, 23)

Epidurální hematom vzniká při poranění arteria meningeae media při frakturách kalvy. Jedná se o krvácení mezi tvrdou plenu mozkovou a lebeční kost. Dominují příznaky zvyšování nitrolebního tlaku (poruchy vědomí, bolesti hlavy, nauzea, zvracení), stav se postupně zhoršuje. Po nezbytném CT vyšetření se přistupuje k chirurgické evakuaci hematomu, výplachu koagul a stavění zdroje krvácení. V případě subdurálního hematomu jsou zdrojem splavy a přemostující žíly. Při rozsáhlém nálezu přistupujeme k urgentnímu chirurgickému řešení (23, 27)

Mnohá poranění hlavy provází subarachnoidální krvácení. Při současném poranění tvrdé pleny dochází k narušení cév kůry mozkové, piálních nebo diploických cév. Meningeální syndrom s bolestmi hlavy a subfebrilií se projevuje v závislosti na intenzitě krvácení.

Komplikací kontuze mozku je intracerebrální krvácení. Nejčastěji jsou v čelních a spánkových lalocích, mohou být povrchové nebo hluboké, velké či mnohočetné. Krvácení do komor mívá letální následky. (27)

U pacientů s těžkým difuzním poškozením mozku nebo při déletrvající hypoxii vzniká apalický syndrom. Jedná se o trvalý stav funkční mozkové poruchy, spojení mezi kůrou a kmenem je přerušeno. Pacient není schopen žádné komunikace s okolím, má bloudivé pohyby očí, ale nevnímá a nereaguje na podněty. Není schopen mluvit ani provádět cílené pohyby. Takto postižený člověk potřebuje dlouhodobou péči na specializovaném oddělení, avšak jeho stav je nevratný. Jedná se o závažný sociálně-zdravotní problém. (23, 27)

1.1.5 Poranění hrudníku

Trauma hrudníku bývá příčinou úmrtí asi jedné třetiny všech smrtelných úrazů. Vyskytuje se samostatně nebo v rámci polytraumat. V kombinaci s poraněním hlavy je velmi nebezpečné.

Úrazy hrudníku jsou buď uzavřené, které vznikají při pádech a nárazech, úderem do hrudi či stlačením, nebo otevřené. K otevřeným poraněním patří rány bodné, střelné, řezné a poranění pleury úlomky zlomeného žebra. Hrudní úrazy zahrnují zlomeniny žeber, sterna, poranění pleury a měkkých tkání hrudní stěny, poranění plic, trachey a bronchů, srdce, aorty a velkých cév, inhalační trauma a aspirace. Příznaky se liší podle rozsahu a typu úrazu, při závažnějším stavu dochází k dechové tísní a oběhovým komplikacím. Mezi celkové příznaky lze zařadit hypovolemický šok a respirační insuficienci. Diagnózu určíme na základě anamnézy, fyzikálního vyšetření, laboratorních hodnot, RTG a CT snímkování. (27)

Téměř polovinu všech tupých traumat hrudníku provází pneumothorax, tj. vzduch v pleurální dutině, v jehož důsledku dochází ke kolapsu plíce. Může být uzavřený, otevřený či ventilový. Tenzní (ventilový) pneumothorax představuje největší nebezpečí, neboť vzduch se dostává do dutiny při každém nádechu a hromadí se zde. Dochází ke kolapsu plíce a posunu mediastina na opačnou stranu. Zvýšením nitrohrudního tlaku se omezí venózní návrat a klesá minutový srdeční objem. Již v přednemocniční péči je nutné provést punkční dekompresi zvýšeného tlaku uvnitř hrudníku, v nemocnici se provede drenáž pomocí mikrotorakotomie. Podpurná ventilace s přetlakem je nutná pro rozvinutí kolabované plíce.

Při zlomeninách žeber a poranění mezižeberních tepen vzniká hemothorax, tj. krev v pleurální dutině, která utlačuje plíci a omezuje ventilaci. Pacient je dušný, cyanotický. Terapie spočívá ve vytvoření drenáže s aktivním sáním nebo na spád. Opakovaně se kontroluje funkčnost a průchodnost drénu, množství odvedené krve a RTG kontroly. (23)

1.1.6 Poranění pánve

Pánevní prstenec se skládá ze dvou kostí pánevních, kosti křížové (os sacrum) a kostrče. Pánevní kost vzniká srůstem kosti kyčelní, sedací a stydké – všechny tři se stýkají v acetabulu. Sakroiliakální kloub posílený vazy spojuje dorzálně pánevní kosti a os sacrum, vpředu jsou spojeny sponou stydkou. Celek doplňují svaly a vazy pánevního dna, které jsou velmi důležité pro pevnost celé pánve. (27)

Podle AO klasifikace se fraktury dělí na stabilní, rotačně nestabilní a rotačně a vertikálně nestabilní. V anamnéze zjišťujeme druh a směr úrazového násilí, bolest, hematom, patologický pohyb. U nestabilních fraktur posuzujeme patologickou laxitu (uvolnění, povolení) při tlaku na symfýzu a lopaty kyčelní. Velký rozestup symfýzy je hmatný. K diagnostice se využívá RTG a CT, podle kterého zhodnotíme, o který typ se jedná. Je zde velké riziko masivního krvácení (1000 až 5000 ml), zranění močového měchýře a uretry, proto je nutné provést akutní sonografii. (23)

Léčebná strategie se odvíjí od stupně porušení stability pánevního kruhu. Stabilní fraktury se řeší konzervativně, u nestabilních použijeme podle typu zlomeniny závěs nebo skeletální trakci (extenzi). Operační stabilizace se provádí pomocí zevního fixátoru, dlahové osteosyntézy nebo zavedením šroubů. (23, 27)

Pánevní trauma je často provázeno poškozením urogenitálního traktu. U mužů dochází k poranění uretry. Suprapubickou epicystostomií se zajistí derivace moči a provede se rekonstrukce uretry. Při laterální kompresi pánve se může poranit močový měchýř, zde je indikovaná operační revize a sutura měchýře, moč je odváděna cévkou nebo epicystostomií. (27)

Mezi komplikace zlomenin pánve patří riziko dlouhodobé imobilizace, infekce v místě zavedení skeletální trakce při konzervativní léčbě a poruchy hojení v případě operačního řešení. Po neúplné repozici dochází k asymetrii pánve, která vede k úporným bolestem zad a kompenzačnímu vychýlení bederní páteře. (23)

1.1.7 Poranění páteře a míchy

Úrazů páteře v posledních letech přibývá. Dochází k nim většinou při dopravních nehodách, pádech ze stromů, při skocích do mělké vody apod. Stále častěji jsou součástí polytraumat. Hlavním nebezpečím u poranění páteře je následné poškození míchy zhmožděním, krvácením nebo přerušením. Mícha může být poškozena i bez zjevného poranění páteře. Asi u 12% zlomenin páteře dochází k poranění nervových struktur. Poškození míchy nebo míšních kořenů má různé projevy od lehkých parestezií až po úplnou kvadruplegii či dokonce smrt. Záleží na tom, v jaké úrovni se léze nachází a jaký je její rozsah. Poranění mohou být dočasná (komoce míchy), nebo trvalá. (2, 23)

Pro základní stanovení diagnózy se provádí RTG vyšetření a počítačová tomografie. Pokud je pacient při vědomí, pátráme po příčině úrazu, ptáme se na lokalizaci bolesti. Součástí celkového vyšetření je i vyšetření motorické a senzitivní inervace horních a dolních končetin. Při podezření na neurologickou lézi je nutné vyšetření neurologem.

Cílem terapie poranění páteře je obnovit její nosné, pohybové a protektivní funkce. Postup se odvíjí od základní diagnózy. V léčbě se uplatňuje konzervativní i operativní postup podle toho, o jaký typ postižení se jedná. Obecně lze říci, že konzervativně léčíme zlomeniny bez neurologické léze. Spadá sem funkční léčba, kdy má pacient přísný klid na lůžku do odeznění bolesti, poté začíná mobilizace a rehabilitace. V konzervativní terapii využíváme ortézy, sádrové korzety a jiné. Cílem operační léčby je repozice – obnovení normálního vzájemného vztahu obratlů, trvalá stabilizace a případná dekomprese měkkých struktur.

Jednou z absolutních indikací pro operační léčbu je nervová léze doprovázející zlomeninu páteře. Výkon by měl být proveden nejpozději do 4 – 6 hodin od úrazu. Šance na zachování dosud existujících nervových funkcí a obnovení poškozených závisí na včasnosti chirurgické dekomprese. (14)

1.1.8 Popáleniny

Popáleninové trauma vzniká nadprahovým účinkem tepelné energie. Tepelnou reakcí jsou provázeny elektrické, chemické a radiační procesy. K nejčastějším příčinám patří horké tekutiny, plamen, otevřený oheň, elektrický proud, chemické látky a radiace.

Popáleniny dělíme podle druhu působící škodliviny, hloubky postižení a plochy popálení. Podle druhu škodliviny je dělíme na popáleniny termické – účinkem sálavého tepla (plameny), nebo přímým kontaktem s horkým tělesem (opaření horkou vodou, horké plyny); elektrické, chemické – poleptání kyselinami či louhy, a radiační. Podle hloubky postižení rozlišujeme 4 stupně: 1. stupeň představuje poranění epidermis, projevuje se bolestivostí a zarudnutím, při druhém stupni je poškozena i část dermis, typickým znakem je puchýř – u stupně 2A s červenou spodinou, u 2B se spodinou bílou. 3. stupeň popálení znamená poškození kůže v celé tloušťce, nebolestivost a kožní nekrózu. U 4. stupně již mluvíme o zuhelnatění – carbonatio, kde jsou poškozené fascie, svaly, šlachy. Rozsah popáleniny se vyjadřuje v procentech poškození tělního povrchu, orientačně můžeme rozsah určit pomocí pravidla devíti (viz. příloha č. 4) (23)

Průběh léčby a celkovou prognózu ovlivňuje také lokalizace popálenin, věk postiženého a přidružená onemocnění (např. diabetes mellitus). Mezi nejnebezpečnější patří inhalační trauma, popálení obličeje, krku, rukou, plosek nohou, perinea a genitálu. Mezi nejrizikovější skupinu patří jedinci mladší 2 let a starší 60 let. (13)

První pomoc spočívá v zabrání působení tepelné noxy, neutralizaci kyselin či louhů, popálená místa kryjeme sterilním obvazem. Je nezbytné udržovat aseptické prostředí, abychom zabránili bakteriální kontaminaci.

Léčba popálenin se dělí na lokální a celkovou. Místně popálené plochy chladíme, ke krytí používáme např. mastný tyl se silnou vrstvou mulu. Podáváme antibiotika a analgetika. U 3. a 4. stupně je často nutné provést chirurgickou nekrektomii a následně autotransplantaci kůže. U hlubokých cirkulárních popálenin krku a hrudníku vyššího stupně je nutné provést preventivně uvolňující nářezy, aby nedošlo k útlaku cév a nervů. Do celkové léčby patří na prvním místě prevence a léčba popáleninového šoku, který vzniká na podkladě hypovolemie při úbytku plazmy

a úniku tekutin do mezibuněčného prostoru, čímž dochází k popáleninovému otoku. Léčba šoku je komplexní, jedná se především o náhradu tekutin, analgezii a prevenci komplikací. Po odeznění šokové reakce se dostává postižený do akutní fáze nemoci z popálení, kde se opakovaně provádějí chirurgické zákroky. Když pomine akutní nebezpečí ohrožení života, čeká pacienta období rekonstrukce s pomocí plastické chirurgie a rehabilitace tělesná i duševní. (27)

U pacienta s popáleninami je vysoké riziko vzniku psychotraumat, které závisí jednak na závažnosti poranění, ale i na průběhu úrazu, následné péči, komunikaci a podpoře nemocného. Proto je po celou dobu léčby důležitá odborná pomoc psychologa, který u daného člověka provádí podpůrné psychoterapie, dle stavu i dlouhodobě. Práce s postiženým je zaměřena na posilování ega a osobnosti pacienta. Do procesu je zapojena rodina, která je člověku oporou a pomáhá mu překonat krizi, kterou prožívá. (15)

Sestra se snaží navázat s popáleným co neblíže vztah, respektuje jeho obranné postoje a případné odmítání kontaktu. Vysvětluje význam jednotlivých diagnostických a terapeutických výkonů, snaží se získat pacienta ke spolupráci. Zabezpečuje mu pocit bezpečí a jistoty, zmírňuje prožívání bolesti a jiných duševních problémů, spolu s pacientem se pokouší najít řešení a východiska jeho omezených životních možností a handicapů. (19)

1.2 Ošetrovatelská péče o polytraumatizovaného pacienta

Pacient je po přijetí do nemocnice uložen podle stavu buď na standardním lůžkovém oddělení, jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Ošetrovatelská péče se odvíjí od individuálního a momentálního zdravotního stavu pacienta. Všeobecně se jedná o udržování průchodnosti dýchacích cest a dostatečné ventilace, stabilizaci krevního oběhu, zajištění metabolismu, ošetřování ran a drénů, prevenci a léčbu infekce, posilování imunity, prevenci komplikací. (18)

Mezi základní povinnosti sestry patří kontinuální monitoring a zaznamenávání vitálních funkcí pacienta – TK, P, D, EKG, SpO₂, vědomí, příjem a výdej tekutin, sledování celkového stavu pacienta, krvácivých projevů a aplikace naordinovaných léků. (9)

Důležitou součástí individuální péče je zaměření se na psychiku pacienta – provádíme nácvik vnitřní síly pacienta k tomu, aby dokázal žít s určitým omezením, dostatečně motivujeme, u nemocného posilujeme vědomí, že není odkázán na pomoc druhých. Podporujeme snahu o zvládnutí nového úkonu, opětovně chválíme, povzbuzujeme. Při známkách maladaptivního chování se sestra snaží pomoci společně s rodinou, nebo kontaktuje psychologa. (24)

1.2.1 Péče o dýchací cesty a krevní oběh

Při ošetřování pacienta s polytraumatem je péče o dýchací cesty nedílnou součástí každodenní péče, zejména v akutní fázi léčby na JIP nebo ARO. Sestra sleduje frekvenci, rytmus a amplitudu dýchání, saturaci krve kyslíkem, zajišťuje odběry krevních plynů a acidobazické rovnováhy. Většina pacientů v akutním stadiu potřebuje umělou plicní ventilaci (UPV), která je zajištěna endotracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou. Sestra pečuje o tyto kanyly, zajišťuje jejich průchodnost, odsává sekret z rourky i dýchacích cest. Dbá na správnou polohu a fixaci a bojuje proti vzniku dekubitů v dýchacích cestách. Dle ordinace lékaře připravuje a aplikuje aerosolovou léčbu.

U mnohočetně zraněných pacientů dochází často k hemopneumothoraxu, který je jasnou indikací k provedení hrudní drenáže. Pacient je několik dní napojen na aktivní sání, aby poraněná plíce znovu nezkolabovala. Sestra se musí umět starat o drén a jeho okolí, kontroluje jeho průchodnost, asepticky převazuje, sleduje a zaznamenává barvu a množství odsátého sekretu.

V péči o krevní oběh pacienta má rozhodující úlohu EKG, které je komplexním obrazem elektrické aktivity srdce. Sestra umí poznat změny v srdečním rytmu a hlásí je lékaři. Je nutné zajistit cévní vstupy a doplňovat krevní ztráty, aby nedošlo k hypovolemickému šoku.

V pooperační fázi dbáme na prevenci tromboembolické nemoci, provádíme bandáže dolních končetin, aplikujeme antikoagulantia dle ordinace lékaře. (9)

1.2.2 Vylučování a hygienická péče

Velké množství pacientů po operačním výkonu má dočasně zavedený permanentní močový katetr. Touto cestou se často dostává do těla infekce, proto je nutný přísně aseptický postup při jakékoliv manipulaci s ním. Do základní ošetrovatelské péče patří udržení dostatečné hydratace, zaznamenávání příjmu a výdeje tekutin, péče o hygienu genitálu, sledování příznaků lokální i celkové infekce, monitorace základních životních funkcí, barvy a příměsí v moči.

V péči o defekaci stolice se uplatňují faktory imobilizace a anestezie. V jejich důsledku se snižuje peristaltika střev a často dochází k zácpě. K tomuto stavu přispívá i fakt, že pacient je nucen se vyprazdňovat na pokoji s dalšími spolupacienty, nemá soukromí při vykonávání této základní biologické potřeby. Léčba spočívá v pravidelném denním režimu a stravování, příjmu dostatečného množství tekutin a vlákniny, nácvičku defekačního reflexu. Při dlouhotrvající zácpě mohou být podána projímadla a klyzmata.

Inkontinence stolice se vyskytuje u pacientů s poraněním páteře, u kterých je narušená inervace análních svěračů. Inkontinence se též vyskytuje u starých pacientů, kteří nemají volní kontrolu nad defekačním reflexem. Tento stav způsobuje vážné psychické problémy, proto je nutné přistupovat ke každému s pochopením a trpělivostí. Nesmíme opomínat péči o kůži v okolí konečníku. (9)

Pomoc při osobní hygieně potřebují skoro všichni nemocní s úrazem. Při zlomeninách končetin či páteře a žeber jsou upoutáni na lůžko a nejsou schopni se dostat do koupelny. Sestra jim zajistí vhodné a bezpečné prostředí, připraví pomůcky na dosah, zajistí maximální možné soukromí. Zjišťuje úroveň soběstačnosti v oblasti hygieny a provádí jen úkony, které sám nemocný nezvládne, podporuje ho a motivuje. Za každý nově zvládnutý úkon si pacient zaslouží pochvalu a uznání. U nemocných s kognitivními deficity sestra dohlíží a pomáhá.

Čistota ložního a osobního prádla je samozřejmostí. Dále je nutné dbát na prevenci dekubitů, pravidelně polohovat a používat antidekubitární pomůcky. Sledujeme predilekční místa pro vznik dekubitů a opruzenin. Pečujeme o pokožku,

pravidelně ji promašťujeme. Kůže musí být neustále udržována v čistotě a suchu, důraz je kladen především u inkontinentních pacientů.

Neopomínáme také péči o oči, uši, nos a dutinu ústní. (25)

1.2.3 Péče o rány, prevence infekce

Pacient po operaci je rizikový z hlediska vzniku infekce. Jeho kožní integrita je porušená operační ránou, imunita bývá oslabená. Proto musíme rány pravidelně převazovat aseptickým způsobem a dodržovat pravidla bariérové péče. Personál si na manipulaci s nemocným bere ochranné rukavice a v případě potřeby i obličejovou masku. Pravidelné mytí rukou mezi jednotlivými pacienty a po každém úkonu by mělo být samozřejmostí.

Mezi zásady bariérové péče patří individualizace pomůcek, např. teploměru, používání jednorázového materiálu, dodržování aseptických postupů a metod při převazech, manipulaci s cévními vstupy a močovými katetry, při aplikaci injekcí. Velmi důležité je správné mytí a dezinfekce rukou personálu a důkladná dekontaminace a dezinfekce povrchů a pomůcek určených k opakovanému použití.

Chybná či nedostatečná dezinfekce rukou zdravotníků má za následek přenos nozokomiálních infekcí až v 60% případů. Proto platí zákaz nošení šperků – na nich mohou ulpívat mikroorganismy. Ruce je nutné si mýt po každém fyzickém kontaktu s pacientem, po sejmutí rukavic, před manipulací s jídlem, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem a po manipulaci s předmětem, který může být znečištěn. Je třeba si mýt ruce teplou tekoucí vodou a tekutým mýdlem po dobu minimálně 30 sekund, poté se osuší jednorázovým ručníkem a provede se hygienická dezinfekce rukou roztíráním dezinfekčního přípravku do kůže.

S vývojem antibiotik a jejich častým používáním dochází k přizpůsobování bakterií, zejména stafylokoků. Ty se stávají rezistentními proti účinkům těchto léků. Celosvětově stoupá frekvence výskytu těchto kmenů. Mezi nejznámějšího zástupce patří Meticilin-rezistentní *Staphylococcus aureus* (MRSA). Zdrojem nákazy je pacient, personál nebo nosič MRSA. Přenos probíhá nejčastěji přímým kontaktem rukama personálu, nebo vyšetřovacími pomůckami. Pro zdravého člověka není tato infekce nebezpečná, riziko stoupá u lidí chronicky nemocných a oslabených. Je důležité dodržovat určitá opatření, která snižují výskyt MRSA.

U všech pacientů na JIP a ARO se provádí pravidelná bakteriologická vyšetření, např. výtěry z krku, nosu, rekta, odběr moči, dále pak stěry z okolí všech invazivních

vstupů. Při potvrzení infekce je nutno pacienta izolovat a provést dekolonizaci pomocí přípravků Skinman, která trvá 3 – 5 dní. Za vyléčeného pacienta se pak považuje ten, který má ve třech po sobě jdoucích vyšetřeních negativní výsledky. (9)

1.2.4 Výživa

Příjem tekutin a potravy patří k základním lidským potřebám. Stravováním dodáváme do těla živiny, stavební materiál a zdroje energie. Správná výživa má největší vliv na zdraví a je podmínkou dobré funkce organismu a veškerých pochodů v těle. Člověk potřebuje takové množství energie, které přibližně odpovídá jeho spotřebě. Musí obsahovat všechny složky – bílkoviny, tuky, cukry, vitaminy, minerály a vodu ve správném poměru. (9, 17)

Stravě s léčebnými účinky se říká dieta – je to nutričně vyvážená strava typická pro různá onemocnění, má různý poměr základních živin. V nemocničních zařízeních se používá standardizovaný dietní systém. Mezi základní způsoby, jak můžeme zhodnotit stav výživy daného člověka, je anamnéza. Ptáme se na stravovací návyky, oblíbená jídla, změnu tělesné hmotnosti v posledních šesti měsících a na veškeré problémy související se stravováním. Z hmotnosti a výšky můžeme vypočítat Body mass index (BMI), který také ukazuje na stav výživy. (9, 17)

U pacienta v kritickém stavu, po operaci nebo těžkém úrazu je výživa zajištěna zpočátku parenterální (do žíly) a umělou enterální cestou (přes nasogastrickou nebo nasojejunální sondu, perkutánní endoskopickou gastrostomií). Výhodou enterální výživy je stimulace střevní motility a peristaltiky, trávicí trakt je připravován na příjem potravy ústy. U nemocného, který již nabyl vědomí, se podle aktuálního stavu přistupuje k výživě per os. Začíná se tekutinami podávanými do úst stříkačkou, poté přes brčko za asistence sestry. Ve chvíli, kdy je pacient schopen polykat tekutinu, můžeme začít podávat kašovitou stravu. Když nemocný polyká dobře, je možné na základě dohody s lékařem objednat šetřící dietu a postupně racionální nebo tu, která vyhovuje základnímu onemocnění. V praxi se často využívá tzv. Sipping – jedná se o kompletní vyváženou tekutou stravu s různými příchutěmi, která se podává pacientům po operaci a v době rekonvalescence, při nechutenství, s polykacími obtížemi. Nejznámějším přípravkem je Nutridrink. (9, 10)

Většina onemocnění, stejně tak i úrazy, vyžadují speciální úpravu stravy. Sestra by měla znát základní doporučení a předat je pacientům a jejich rodinám. Dále dohlíží na dodržování stravovacího režimu. (9)

1.2.5 RHB a následná péče

Podstatou rehabilitace je včasná a správná diagnostika postižení pacienta a výběr optimálního léčebného postupu. Cílem rehabilitace je eliminace negativ vznikajících v důsledku dlouhodobého ležení, úprava funkcí přechodně snížených, oslabených, nebo ztracených. (3)

Kondiční cvičení se používá ke zvýšení metabolismu, zdatnosti organismu, urychlení regeneračních procesů, prevenci vzniku komplikací a ke zmenšení psychického traumatu při těžších úrazech. Denní plán cvičení se připravuje na základě onemocnění pacienta a jeho aktuálního zdravotního stavu, předepisuje ho ošetřující lékař. Spadá sem předoperační příprava, pasivní a aktivní cvičení, dechová gymnastika.

U imobilizovaných pacientů, u kterých došlo ke snížení plicní ventilace, se používá dechová gymnastika. Ta je vedena fyzioterapeutem, využívá poklep, vibrace nebo tlak ruky. Nabízí též pomoc při vykašlávání.

Pasivní léčebná tělesná výchova je prováděna jinou osobou nebo přístrojem, svalstvo pacienta je uvolněné. Cílem je protažení zkrácených svalů, udržení nebo zvýšení kloubní pohyblivosti, prevence vzniku kontraktur a reedukace aktivního pohybu. Rozsah pohybu je dán pocitem bolesti pacienta.

Důležitým prvkem v rehabilitaci je polohování. Správným uložením pacienta se zabrání vzniku svalových kontraktur, deformit, omezenému pohybu v kloubech a vzniku dekubitů. Každá poloha musí být pro nemocného bezpečná. Polohy se mění v pravidelných intervalech 2 – 3 hodin po celý den. Je nutné respektovat správné postavení kloubů.

Hlavní součástí fyzioterapie je aktivní pohyb vykonávaný vlastní silou a vůlí. Používáme ho k nácviku sebeobsluhy a základních pohybových dovedností jako je osobní hygiena, oblékání, příjem potravy, obracení na lůžku, posazení, přesuny z lůžka na židli a postavování se. Cílem nácviku je maximální možná soběstačnost pacienta. Ošetřovatelský personál musí být trpělivý a empatický, chválí pacienta za každý pokrok. Po zlepšení stavu imobilizovaného nemocného se postupně přistupuje k nácviku sedu, stoje a poté chůze. (9)

1.3 Sebepéče a soběstačnost

Sebepéče je definována jako samostatné vykonávání denních aktivit, jako je stravování, oblékání, vyprazdňování aj. Jde o péči, kterou člověk vykonává vlastními silami.

Soběstačností rozumíme míru samostatnosti nebo závislosti při vykonávání běžných denních aktivit.

V ošetrovatelské literatuře nebyly dosud tyto pojmy zcela jasně definovány, často se používají jako identické. Sestra pečuje o pacienty upoutané na lůžko, kteří nejsou soběstační, nejsou schopni se sami najíst, vyprázdnit, umýt. Stará se ale i o nemocné, kteří jsou zcela soběstační. Někteří potřebují jen dopomoc sestry, o jiné se musí starat kompletně, např. o pacienty v bezvědomí. U ležících a zcela nesoběstačných osob musí sestra zajistit uspokojení základních potřeb, pečuje o výživu, hygienu, vyprazdňování. Pacienti upoutaní na lůžko nebo s poruchami hybnosti jsou většinou schopni zvládat denní činnosti samostatně, když jim sestra vytvoří vhodné podmínky, připraví pomůcky a zajistí bezbariérový přístup do koupelny. Sestra zde využívá aktivizující ošetrovatelskou péči, při které podporuje soběstačnost nemocného, získává si pacienta i jeho rodinu k aktivní spolupráci, díky které může využít vlastních schopností. (22, 25)

Umět správně a přesně zhodnotit úroveň soběstačnosti a sebepéče pacienta je základním předpokladem nejen pro jednotlivé ošetrovatelské intervence a ošetrovatelský plán, ale i pro výkony diagnostické a léčebné. Při nesprávném zhodnocení může dojít ke vzniku komplikací, až k rozvoji imobilizačního syndromu. (25)

1.3.1 Hodnocení sebezpěče a soběstačnosti

Nejčastějším a nejjednodušším prostředkem pro zhodnocení sebezpěče je Barthelův test základních všedních činností ADL (activities of daily living), který nás orientačně informuje o pravděpodobných nárocích na pomoc druhého člověka, kterou je nutno věnovat postižené osobě v každodenních činnostech. Test je rozdělen do 10 kategorií, ve kterých hodnotíme míru soběstačnosti pacienta pro daný úkon. Každá odpověď je bodově ohodnocena, maximální počet je 100, tzn. pacient je nezávislý, při výsledku 40 a méně bodů hodnotíme nemocného jako vysoce závislého. Barthelův index je jednoduchý, snadno dostupný a univerzálně použitelný. Provádí se opakovaně v časových rozestupech několika dní, abychom viděli změnu ve stavu soběstačnosti (viz. příloha č. 2). (25, 28)

1.3.2 Aktivity denního života

Aktivita denního života jsou běžné činnosti, které zdravý dospělý jedinec vykonává samostatně, nepotřebuje pomoc jiné osoby. Provádí je automaticky, pravidelně. Jsou osvojovány v průběhu sociálního učení jako součásti návyků, vyjadřují jedinečnost každého člověka. Představují prostředek pro naplnění potřeb jednotlivce. Patří sem dýchání, spánek, výživa a hydratace, hygienická péče, vyprazdňování, pohyb a aktivita, udržování tělesné teploty, ochrana před nebezpečím, odstraňování bolesti, komunikace, studium, zaměstnání aj. (25)

1.3.3 Potřeby nemocného

Základním rysem moderního ošetrovatelství je systematické zhodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Sestra vnímá každého jedince jako bytost bio-psycho-sociální a spirituální. Využívá holistickou teorii, podle které je každý živý organismus jednotným celkem v interakci, ne jen souborem částí a procesů. Porucha jedné části vede k poruše celého systému.

Potřeby jsou projevem deficitu, chybění něčeho, je žádoucí tento nedostatek odstranit. Je něčím, co jedinec nutně potřebuje ke svému životu a vývoji. Prožitek nedostatku ovlivní veškerou psychickou činnost člověka. Během života se potřeby mění. Jsou společné pro všechny lidi, avšak způsoby jejich uspokojování se liší.

V současné době se využívá dělení potřeb podle amerického psychologa Abrahama H. Maslowa, který je hierarchicky uspořádal do pyramidy podle své naléhavosti (viz. příloha č. 3). Dolů umístil potřeby nižší (fyziologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí) a nad ně vyšší (potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání a sebeúcty, potřeba seberealizace). Jedinec musí mít uspokojeny nejprve potřeby uložené níže v pyramidě, pak teprve se pokouší uspokojovat potřeby výše, které jsou subjektivně méně naléhavé a nejsou nutné pro jeho přežití. (11, 25)

Nemoc nebo úraz často brání člověku v uspokojení svých potřeb, mění způsob jejich vyjádření a možnosti naplňování. Sestra musí mít teoretické znalosti dané problematiky, které může dále využít při edukaci. Napomáhá zraněnému pochopit, co se s ním děje, najít způsoby, jak čelit vzniklé situaci, podporuje sebeúctu a identitu a pomáhá mu přijmout nevyhnutelné. Dobrý psychický stav podporuje uzdravování. Kromě potřeb základních musí být uspokojovány i ty vyšší, např. sociální kontakty, proto je nezbytné zapojení rodiny a blízkých osob. (25)

Na odděleních intenzivní péče je rozsah poskytované ošetrovatelské péče závislý na diagnóze a zdravotním stavu pacienta. Jeho potřeby a nároky na péči se vyvíjí stejně jako jeho celkový stav. Nemocný člověk má blízký vztah se sestrou, je často závislý na její péči. Je nezbytné, aby sestra znala všechny jeho potřeby a naplňovala je, a aby maximálně podporovala jeho soběstačnost. U člověka postiženého polytraumatem přebírá jen ty činnosti, které není nemocný schopný vykonávat sám.

Měla by vždy podporovat nezávislost v nejvyšší možné míře. Důležitá je též motivace pacienta. Ta nejdřív vychází ze strany sestry a postupně se přizpůsobuje potřebám nemocného, který má možnost nacházet nový životní smysl, vyplňuje svůj volný čas a raduje se z každodenních činností. (9)

1.3.4 Bazální stimulace v ošetrovatelské péči

Současná medicína a ošetrovatelství jsou vysoce vyspělé, poskytují léčbu na úrovni nejnovějších poznatků a postupů. To vyžaduje profesionalitu péče a holistický přístup ke člověku, ten je vnímán jako bio-psycho-sociální a spirituální jednotka. K základní sociální potřebě každého člověka patří potřeba komunikace a akceptace vlastní osobnosti. Úkolem zdravotnických pracovníků je pochopit potřeby nemocných lidí, porozumět jim i beze slov a poskytnou profesionální a zároveň humánní péči vycházející z jejich potřeb.

Bazální stimulace je vědeckým konceptem podporujícím lidské vnímání v jeho nejzákladnější rovině. Mezi základní prvky patří pohyb, komunikace a vnímání. Tyto tři složky jsou úzce propojeny. Koncept podporuje pacienty s poruchou v těchto oblastech cílenou stimulací smyslových orgánů. Přizpůsobuje se věku a stavu nemocného, což umožňuje profesionální, individuální, efektivní a humánní ošetrovatelskou péči. (4)

Ošetrovatelská péče je strukturována na podporu pacienta v jeho zbylých komunikačních i pohybových schopnostech. Předpokladem je zapojení příbuzných a blízkých osob do ošetrovatelského procesu. (5)

Pro koncepci bazální stimulace jsou vypracované rehabilitační techniky, kterými se stimuluje vnímání vlastního těla (somatická stimulace), dále se využívá vestibulární, vibrační, taktilně-haptická, chuťová, optická, zvuková a zraková stimulace. Péče je integrována do klinické péče na odděleních intenzivní medicíny, ale i následné péče. Zlepšuje kvalitu života u nemocných s nezvratnými změnami fyzického i psychického stavu. Tuto skutečnost můžeme využít u pacientů s poúrazovým poškozením mozku, u kterých podporujeme reprodukci paměťových stop z dřívějšího života. Dále ji využíváme u dlouhodobě nemocných, bezvědomých, na umělé plicní ventilaci, u plegiků a apaliků. (5, 26)

Pro realizaci a efektivitu bazální stimulace bylo vytvořeno základní desatero, kterým by se měl každý řídit. Říká, že s pacientem se přivítáme a rozloučíme vždy stejnými slovy, při oslovení se ho dotkneme na stejném místě (iniciální dotyk). Hovoříme zřetelně, jasně, ne příliš rychle. Nezvyšujeme hlas, tón, mimika a gestikulace

jsou přirozené a odpovídají významu slov. Komunikujeme na přiměřené úrovni, nepoužíváme zdvořiliny. Při komunikaci s nemocným se snažíme eliminovat rušivé vlivy prostředí a nemluvíme současně s další osobou. Umožníme pacientovi reagovat na naše slova. (6)

Bazální stimulace je plně v rukou sestry, záleží jen na její kreativitě a dovednostech, sama rozhoduje o způsobu polohování a manipulaci s nemocným na základě jeho celkového stavu. (26)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda sestry na traumatologickém oddělení monitorují pooperační soběstačnost u pacienta s polytraumatem.

Cíl 2: Zjistit, zda sestry na traumatologickém oddělení provádí nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny u pacienta s polytraumatem.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Sestry znají způsoby monitorace soběstačnosti.

Hypotéza 2: Sestry na JIP monitorují pooperační soběstačnost častěji než na standardním oddělení.

Hypotéza 3: Sestry na standardním oddělení věnují více času nácviku pooperační soběstačnosti než na JIP.

Hypotéza 4: Sestry vnímají přínos nácviku soběstačnosti u pacienta jako motivační faktor v procesu rekonvalescence.

3. Metodika výzkumu

3.1 Metodika práce

Výzkum byl zpracován kvantitativní metodou, data byla získána dotazováním pomocí dotazníku (viz. příloha č. 1), jehož vyplnění bylo dobrovolné a anonymní.

Dotazník obsahuje 26 otázek, které jsou většinou uzavřené, otázky č. 5, 10, 11, 14, 17, 18, 20 a 22 jsou polootevřené a otázky č. 7 a 19 jsou otevřené. Otázky č. 1, 2, 3, 4 jsou identifikační, otázka č. 5 se týká identifikace oddělení respondentů. Otázky č. 6, 7, 8 se týkají problematiky polytraumatu, zjišťují, jak často se respondenti setkávají s těmito pacienty. Otázky č. 9, 10, 11, 14, 16, 25, 26 se dotazují na znalost, podporování, sledování a předávání informací o úrovni soběstačnosti pacienta. Otázky č. 12, 13, 15 zjišťují znalost Barthelova testu a jeho využití v praxi respondentů. Otázky č. 17, 18, 19, 20, 21 se zabývají nácvikem soběstačnosti, pomůckami usnadňujícími tyto činnosti. Otázky č. 22, 23, 24 se týkají motivace pacienta a zapojení jeho rodinných příslušníků.

V otázkách č. 11, 13, 14, 17, 21 a 22 bylo možné označit víc odpovědí. V otázce č. 18 respondenti řadili zdravotníky podle intenzity nácviku soběstačnosti v běžných denních činnostech. V otázce č. 20 byli respondenti požádáni o výběr a zaškrtnutí jedné ze tří předem daných možností. Otázky č. 8, 10, 11, 19, 20 byly použity pro srovnání mezi standardním lůžkovým oddělením a JIP/ARO.

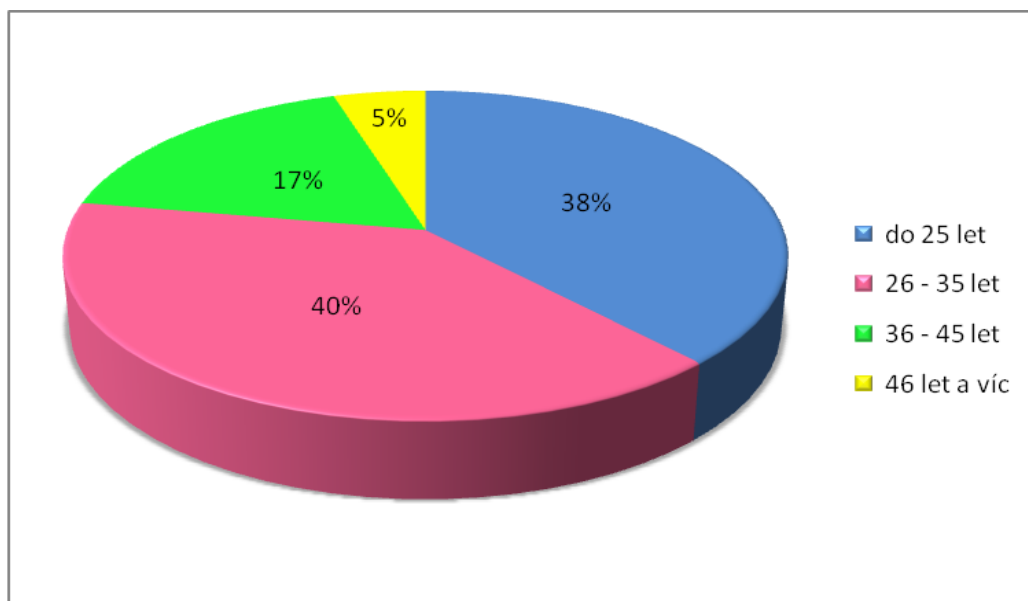
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum probíhal na traumatologicko-ortopedickém a anesteziologicko-resuscitačním oddělení Nemocnice Písek, a.s. a na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na těchto odděleních. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků (100%), z nichž se vyplněných vrátilo 63 (63%), které byly všechny zařazeny do výzkumného šetření. Ze standardních lůžkových oddělení je použitých dotazníků 32 (51% z celkového počtu 63 dotazníků), zbylých 31 (49%) je z JIP/ARO.

4. Výsledky

GRAF č. 1 – Věk respondentů

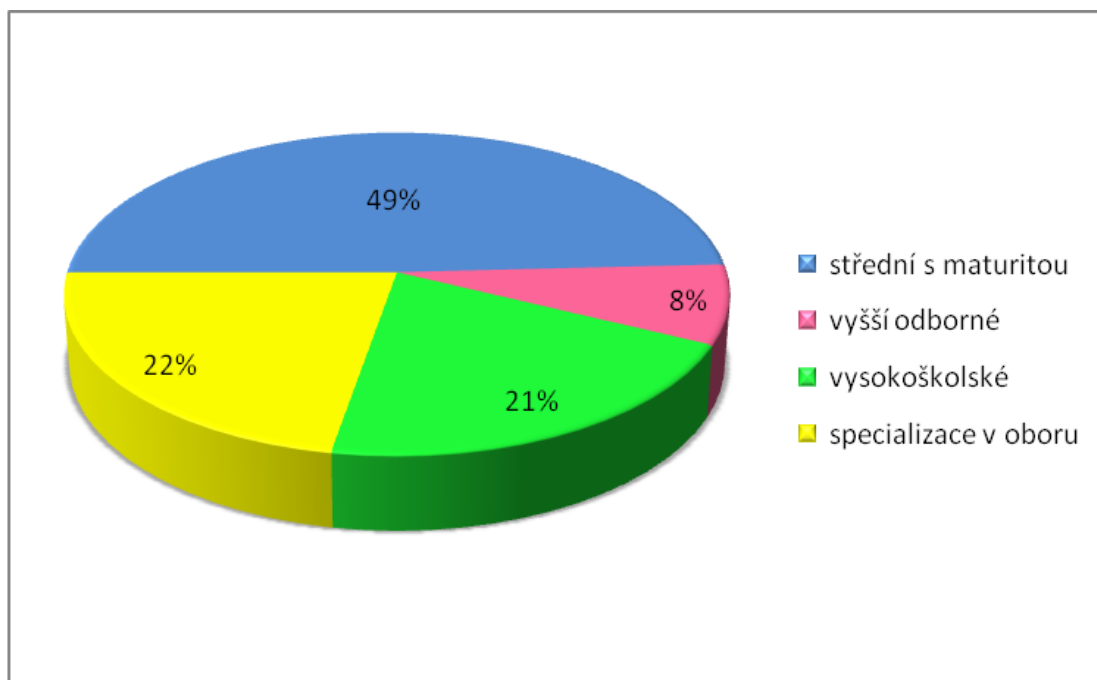
(graf k otázce č. 1)



Z celkového počtu 63 respondentů je ve věku do 25 let 24 respondentů (38%), 25 respondentů (40%) je ve věku 26 – 35 let, 11 respondentů (17%) spadá do kategorie 36 – 45 let a 3 respondenti (5%) tvoří věkovou kategorii nad 46 let.

GRAF č. 2 – Vzdělání respondentů

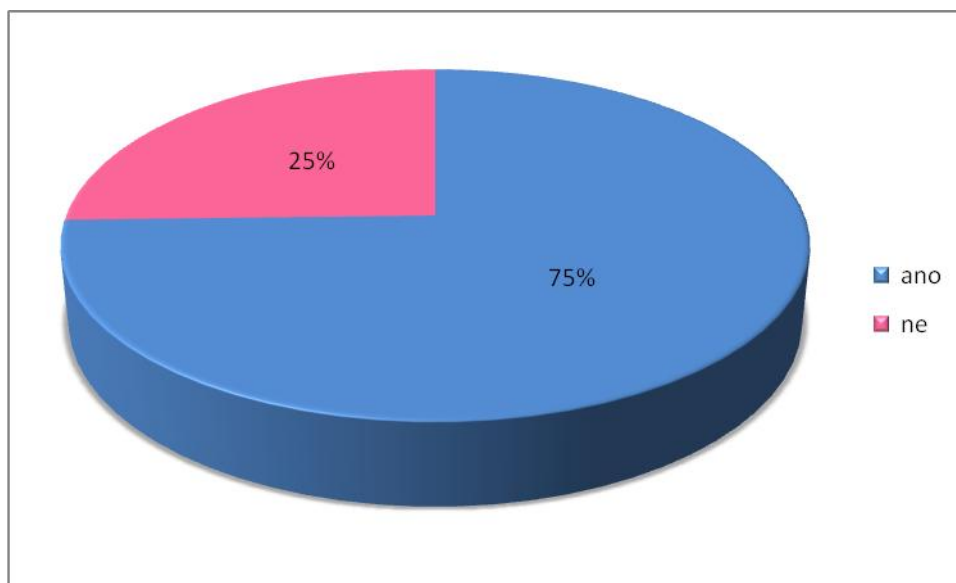
(graf k otázce č. 2)



Z celkového počtu 63 respondentů má 31 respondentů (49%) vzdělání střední s maturitou, 5 respondentů (8%) má vyšší odbornou školu (DiS.), 13 respondentů (21%) má vzdělání vysokoškolské (Bc., Mgr.) a 14 respondentů (22%) má specializaci v oboru.

GRAF č. 3 – Registrace v oboru

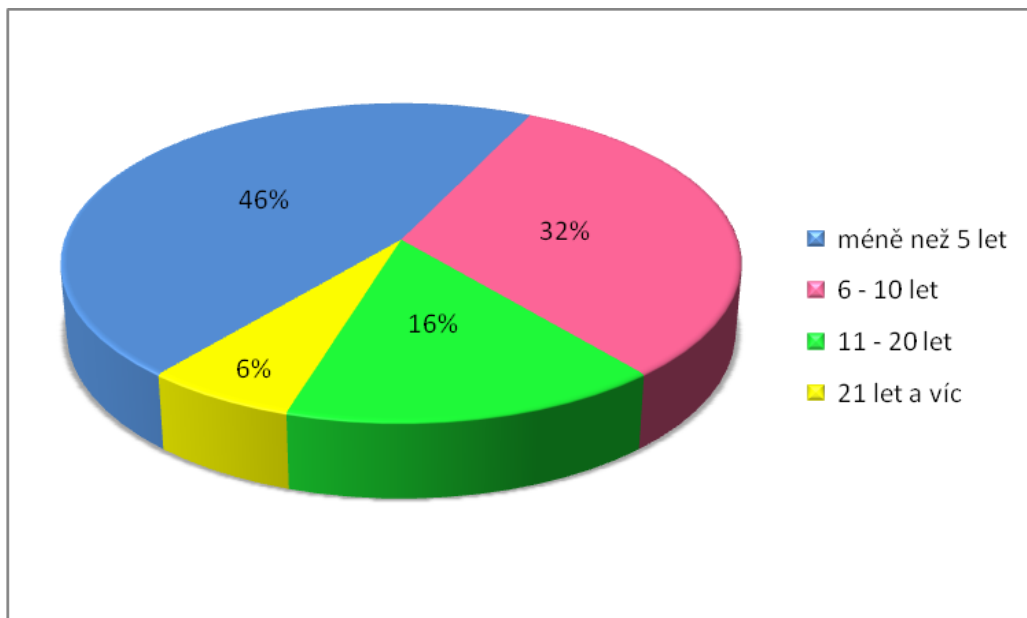
(graf k otázce č. 3)



Z celkového počtu 63 respondentů je jich 47 (75%) registrovaných v oboru, 16 respondentů (25%) registrovaných není.

GRAF č. 4 – Délka praxe respondentů

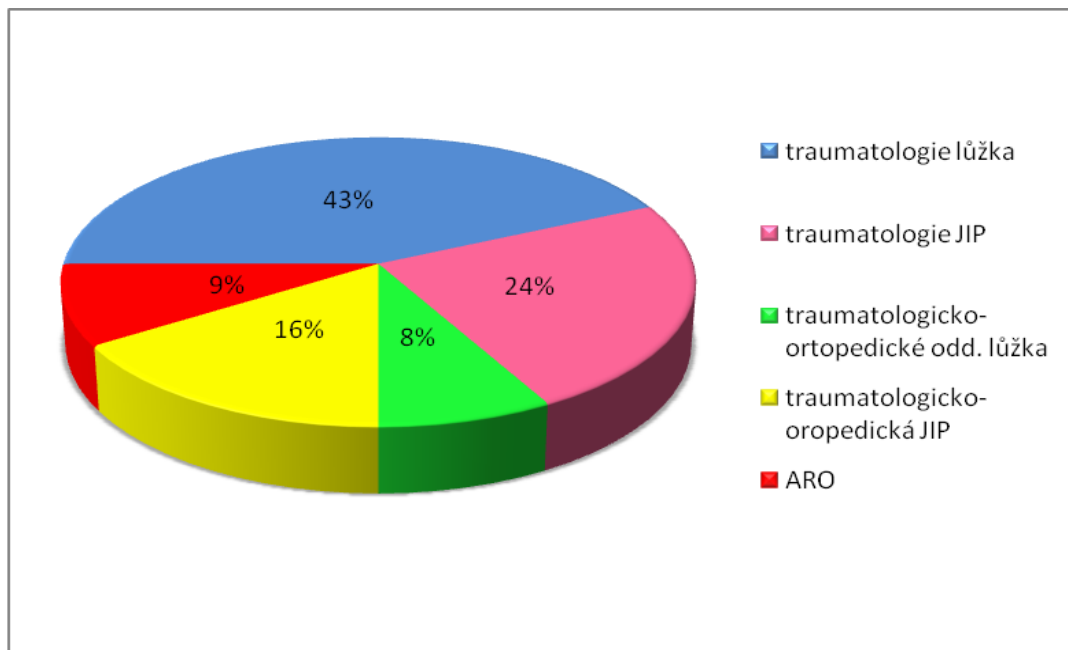
(graf k otázce č. 4)



Z celkového počtu 63 respondentů jich 29 (46%) pracuje v oboru méně než 5 let, 20 respondentů (32%) pracuje 6 – 10 let, 10 respondentů (16%) pracuje v oboru 11 – 20 let a jen 4 respondenti (6%) mají praxi 21 let a více.

GRAF č. 5 – Pracoviště respondentů

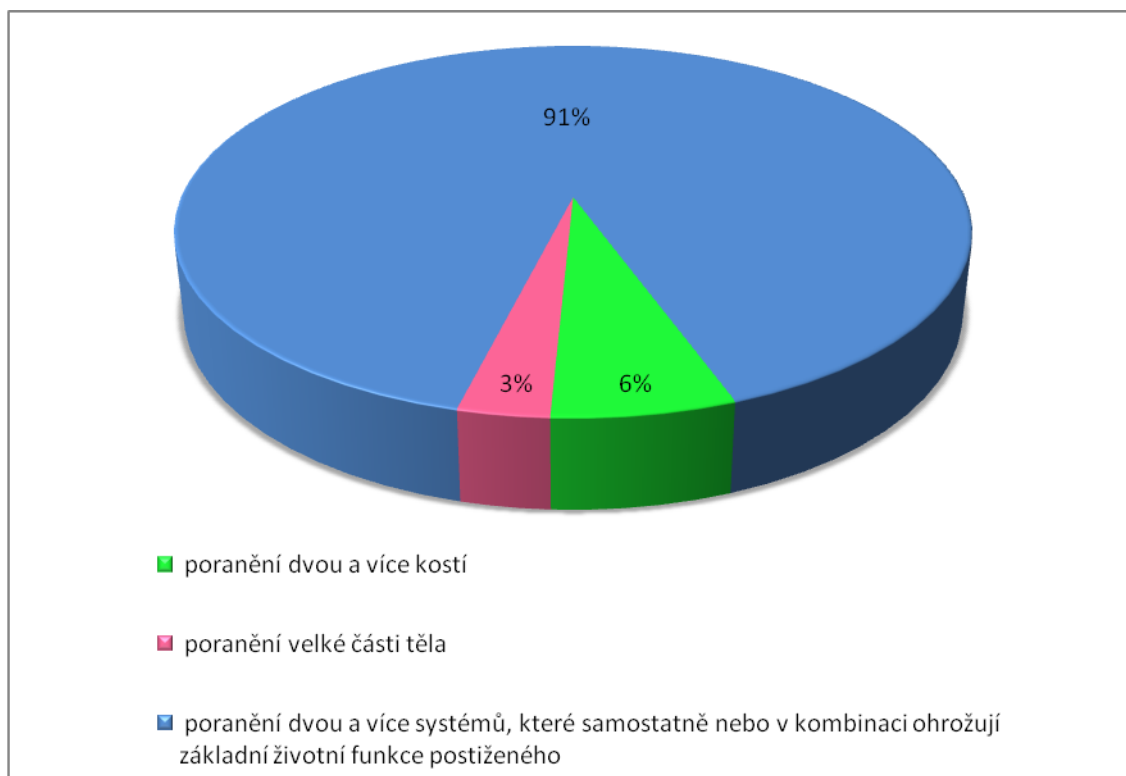
(graf k otázce č. 5)



Z celkového počtu 63 respondentů pracuje 27 (43%) na standardním lůžkovém traumatologickém oddělení, 15 respondentů (24%) uvedlo, že pracuje na traumatologické JIP, 5 respondentů (8%) pracuje na standardním lůžkovém traumatologicko-ortopedickém oddělení, 10 respondentů (16%) je z traumatologicko-ortopedické JIP a 6 respondentů (9%) pracuje na ARU.

GRAF č. 6 – Polytrauma

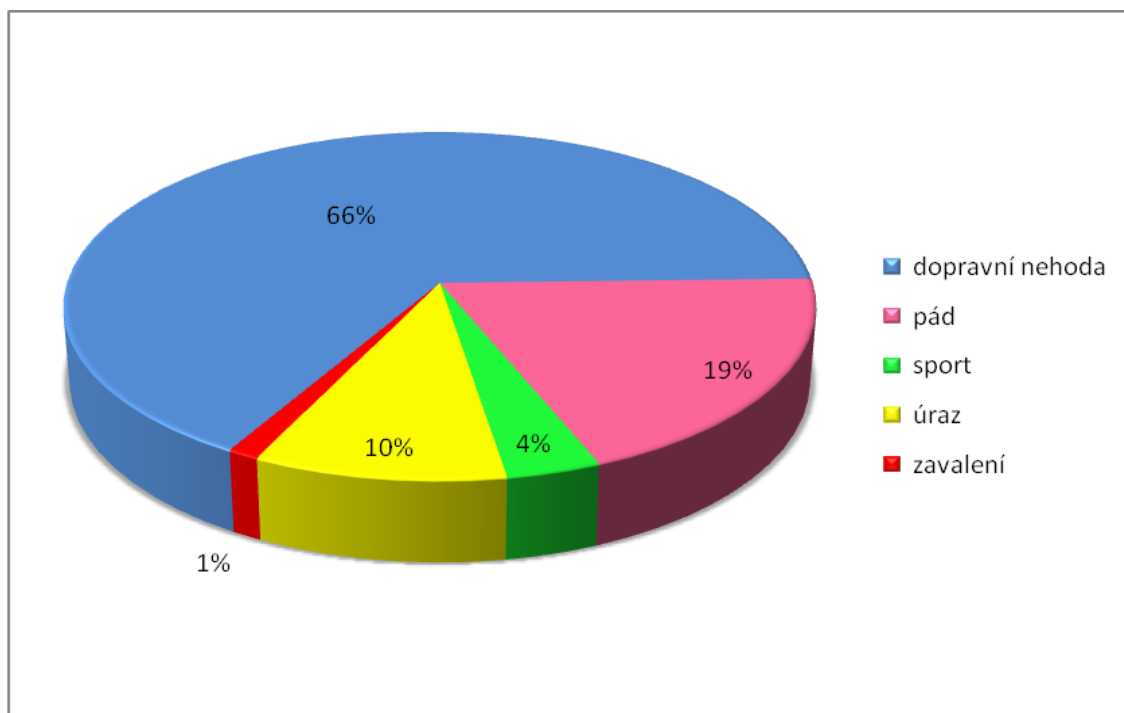
(graf k otázce č. 6)



Z celkového počtu 63 respondentů si 4 (6%) myslí, že se jedná o poranění dvou a více kostí, 2 respondenti (3%) odpověděli, že se jedná o poranění velké části těla a 57 respondentů (91%) správně označilo odpověď, že se jedná o poranění dvou a více systémů, které samostatně nebo v kombinaci ohrožují základní životní funkce postiženého.

GRAF č. 7 – Nejčastější příčiny polytraumatu

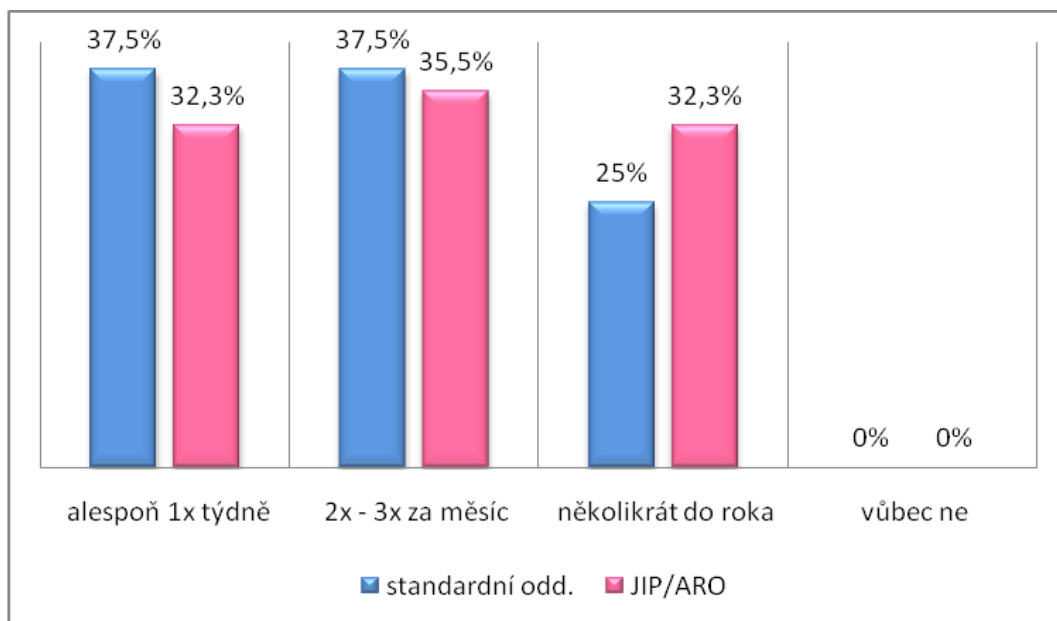
(graf k otázce č. 7)



Tento graf znázorňuje otázku, u které mohli respondenti napsat víc než jednu odpověď, celkem bylo napsáno 83 odpovědí (100%). Z celkového počtu 83 odpovědí byla 55x (66%) označena dopravní nehoda jako nejčastější příčina polytraumatu, 16 respondentů (19%) napsalo pád, 3 (4%) označili sport, 8 respondentů (10%) se domnívá, že nejčastější příčinou je úraz a 1 respondent (1%) napsal zavalení.

GRAF č. 8 – Péče o polytraumatizované pacienty

(graf k otázce č. 8)

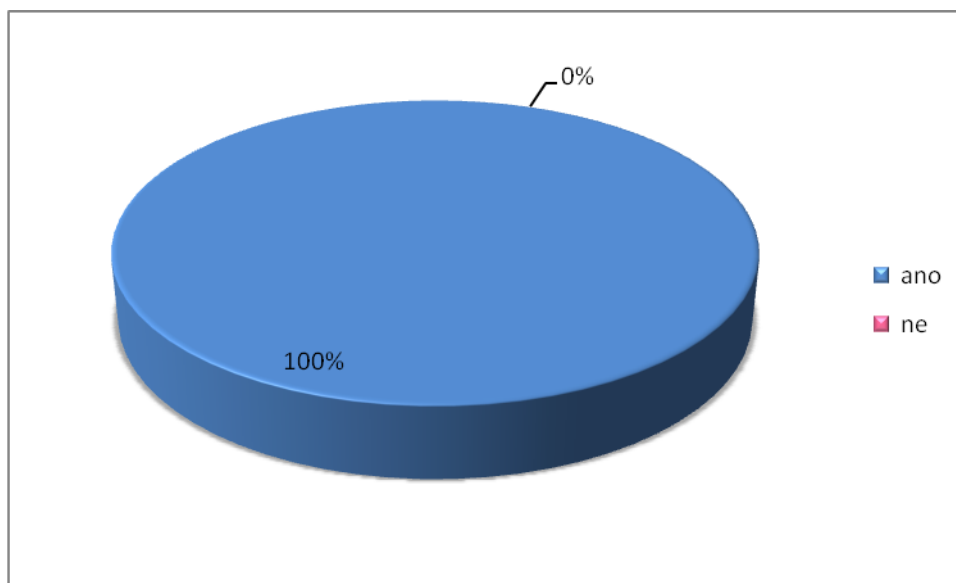


Z celkového počtu 32 respondentů (100%) pracujících na standardních lůžkových odděleních se s polytraumatizovanými pacienty setkává alespoň 1x týdně 12 respondentů (37,5%), 2x až 3x za měsíc o ně pečují 12 respondentů (37,5%), 8 respondentů (25%) odpovědělo, že se s těmito pacienty setkává několikrát do roka a odpověď, že s nimi nepříjde do styku vůbec, neoznačil nikdo.

Z celkového počtu 31 respondentů (100%) pracujících na JIP/ARO se s polytraumatizovanými pacienty setkává alespoň 1x týdně 10 respondentů (32,3%), 2x až 3x za měsíc o ně pečují 11 respondentů (35,5%), 10 respondentů (32,3%) odpovědělo, že se s těmito pacienty setkává několikrát do roka a odpověď, že s nimi nepříjde do styku vůbec, neoznačil nikdo.

GRAF č. 9 – Sledování soběstačnosti

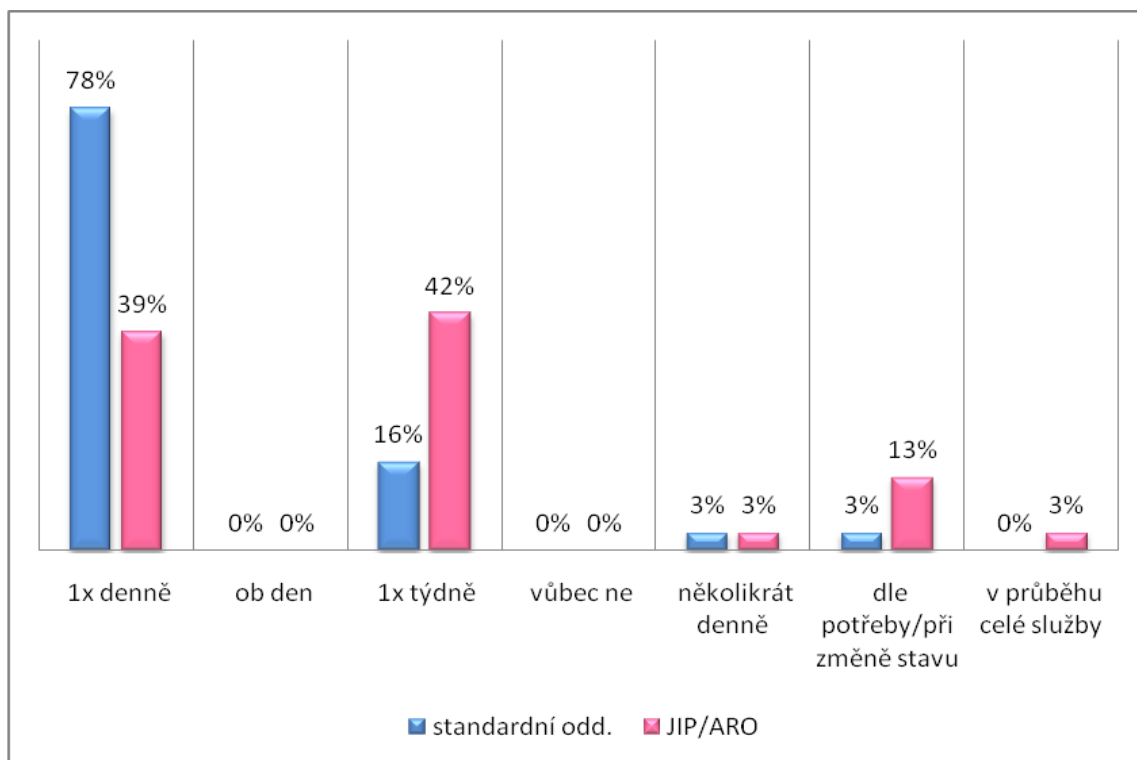
(graf k otázce č. 9)



Z celkového počtu 63 respondentů zvolilo 63 (100%) odpověď, že sleduje soběstačnost u pacientů s polytraumatem, možnost nesledování nezvolil nikdo.

GRAF č. 10 – Hodnocení soběstačnosti u polytraumatizovaných pacientů

(graf k otázce č. 10)

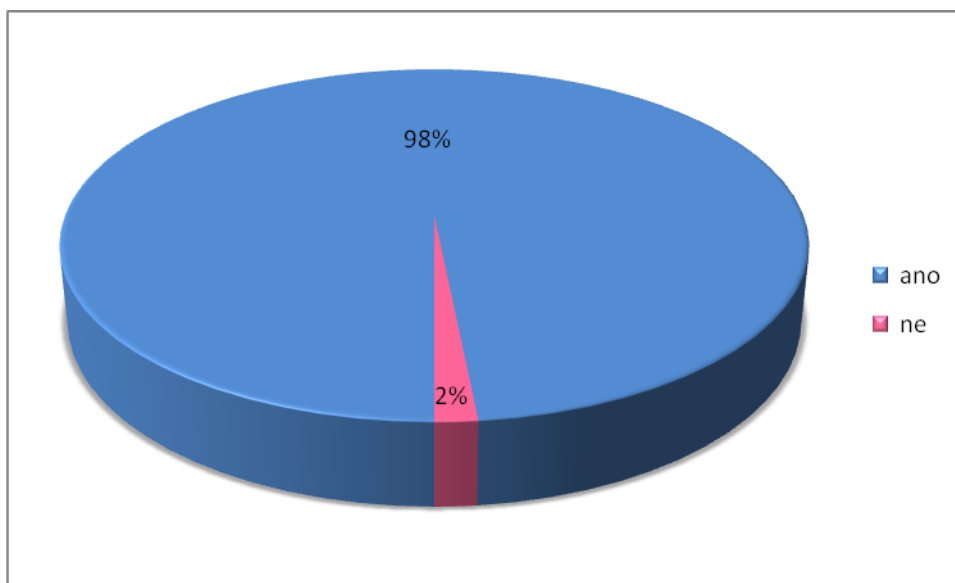


Z celkového počtu 32 respondentů (100%) pracujících na standardních lůžkových odděleních hodnotí soběstačnost 1x denně 25 respondentů (78%), odpověď 1x týdně zvolilo 5 respondentů (16%), 1 respondent (3%) připsal odpověď, že hodnotí soběstačnost několikrát denně, 1 respondent (3%) uvedl, že dle potřeby/ při změně stavu. Možnost ob den a vůbec ne neoznačil nikdo.

Z celkového počtu 31 respondentů (100%) pracujících na JIP/ARO hodnotí soběstačnost 1x denně 12 respondentů (39%), odpověď 1x týdně zvolilo 13 respondentů (42%), 1 respondent (3%) připsal odpověď, že hodnotí soběstačnost několikrát denně, 4 respondenti (13%) uvedli, že dle potřeby/ při změně stavu a 1 dotazovaný (3%) odpověděl, že hodnotí v průběhu celé služby. Možnost ob den a vůbec ne neoznačil nikdo.

GRAF č. 11 – Opakované zhodnocení stavu soběstačnosti

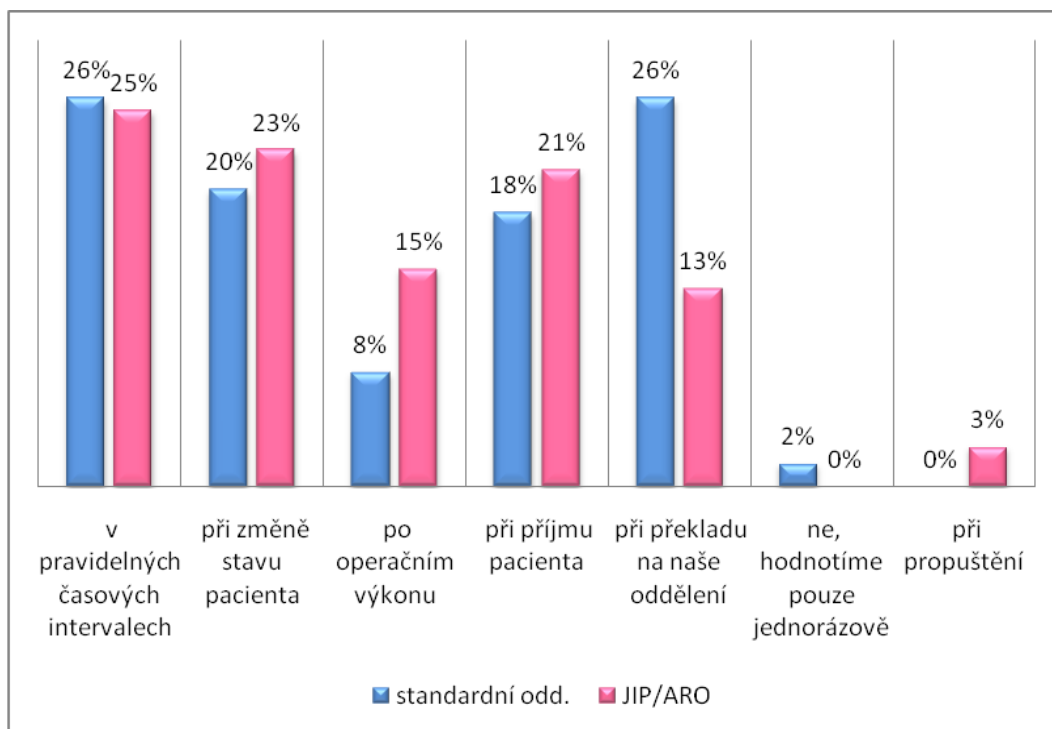
(graf k otázce č. 11)



Z celkového počtu 63 respondentů odpovědělo 62 (98%), že hodnotí soběstačnost opakovaně, 1 respondent (2%) hodnotí pouze jednorázově.

GRAF č. 12 – Opakované zhodnocení stavu soběstačnosti

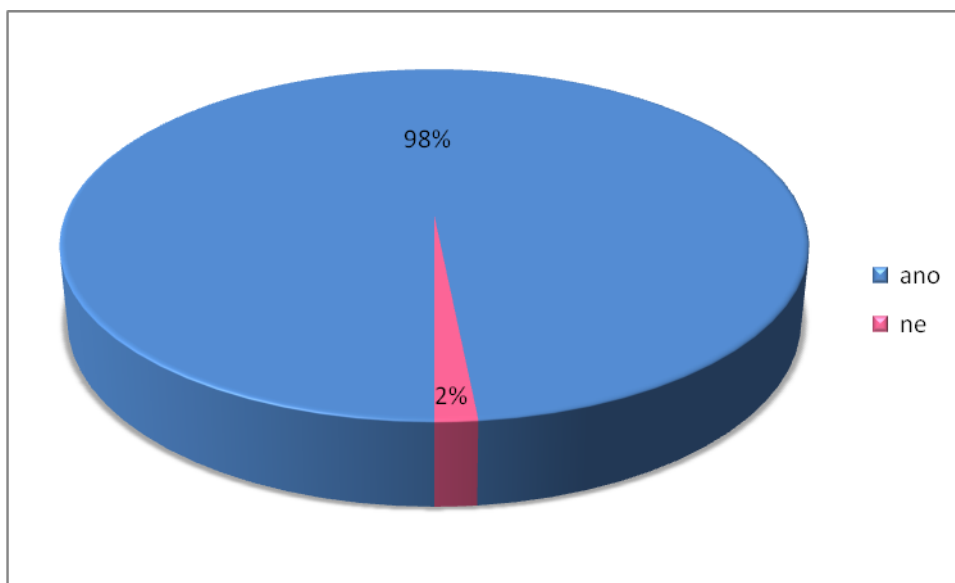
(graf k otázce č. 11)



Tento graf znázorňuje otázku, která porovnávala standardní lůžkové odd. a JIP/ARO. Respondenti mohli označit víc jak jednu odpověď. Z celkového počtu 65 odpovědí (100%) ze standardních lůžkových oddělení byla 17x (26%) zvolena možnost, že hodnotí v pravidelných časových intervalech, 13x (20%) byla označena možnost, že při změně stavu pacienta, možnost po operačním výkonu byla vyznačena 5x (8%), při příjmu pacienta 12x (18%), při překladu na naše oddělení zaškrtno 17 respondentů (26%) a 1 respondent (2%) hodnotí pouze jednorázově. Z celkového počtu 75 odpovědí (100%) z JIP/ARO byla 19x (25%) zvolena možnost, že hodnotí v pravidelných časových intervalech, 17x (23%) byla označena možnost, že při změně stavu pacienta, možnost po operačním výkonu byla vyznačena 11x (15%), při příjmu pacienta 16x (21%), při překladu na naše oddělení zaškrtno 10 respondentů (13%) a 2 respondenti (3%) připsali možnost při propuštění.

GRAF č. 13 – Znalost Barthelova testu

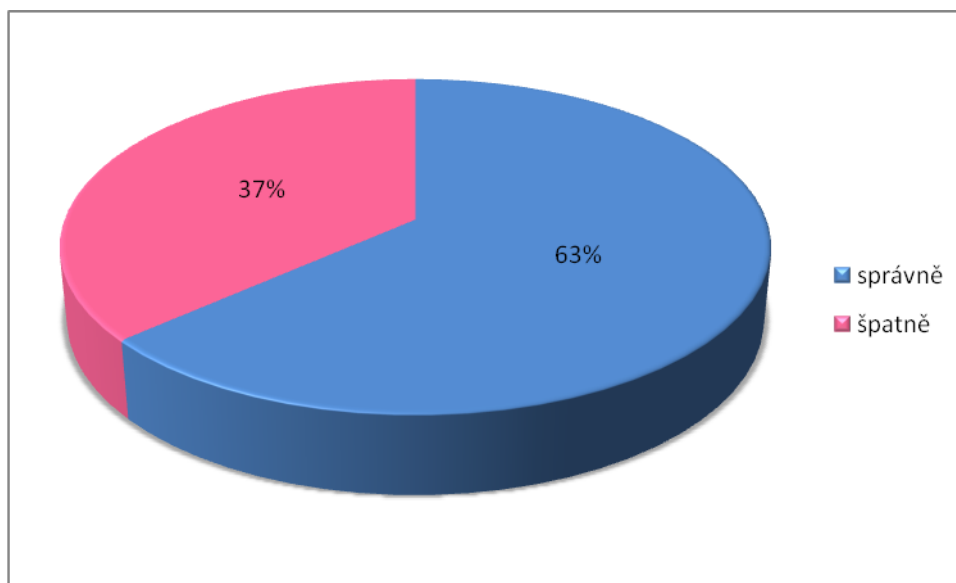
(graf k otázce č. 12)



Z celkového počtu 63 respondentů odpovědělo 62 (98%), že zná Barthelův test, pouze 1 dotazovaný (2%) uvedl, že ho nezná.

GRAF č. 14 – Barthelův test – určení kategorií

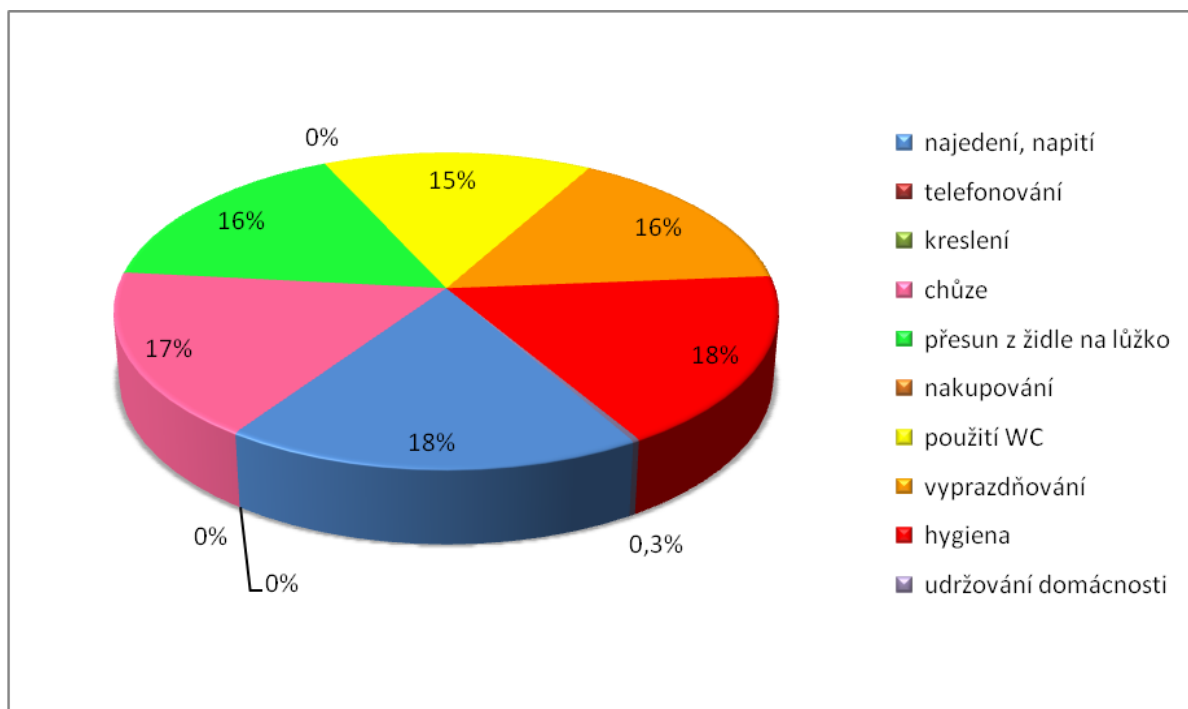
(graf k otázce č. 13)



V této otázce byli respondenti požádáni, aby z více možností označili ty, které si myslí, že jsou správné. Jednalo se o jednotlivé kategorie Barthelova testu. Z celkového počtu 63 respondentů vyznačilo správné odpovědi 40 z nich (63%), zbylých 23 dotazovaných (37%) správně neoznačilo.

GRAF č. 15 – Barthelův test – určení kategorií

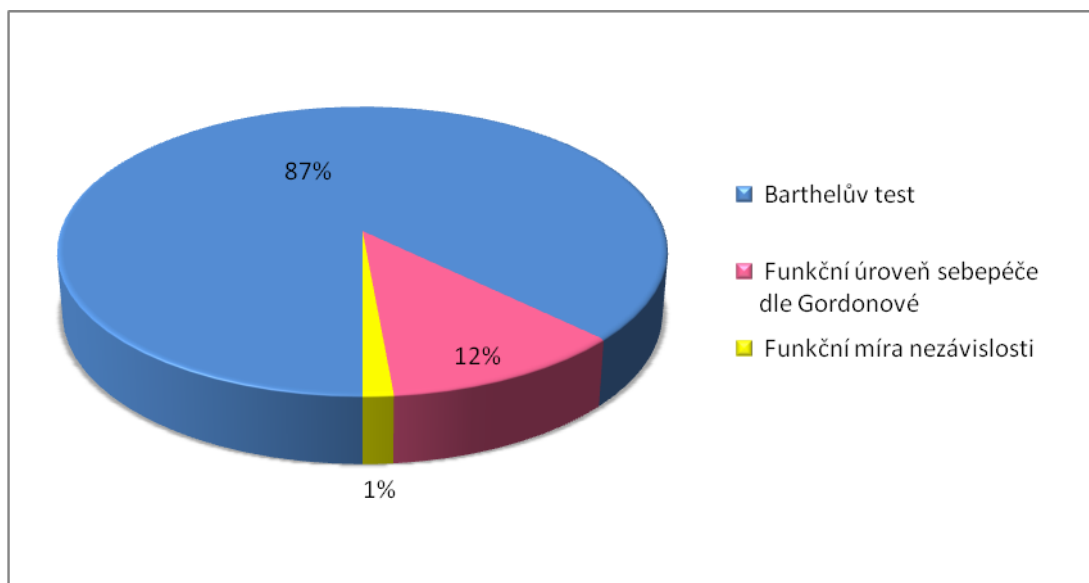
(graf k otázce č. 13)



V této otázce byli respondenti požádáni, aby z více možností označili ty, které si myslí, že jsou správné. Jednalo se o jednotlivé kategorie Barthelova testu. V této otázce mohli dotazovaní zvolit více možností, celkem bylo označeno 340 odpovědí (100%). Z celkového počtu 340 odpovědí bylo 61x (18%) označena možnost najedení, napití, 58x (17%) byla zvolena chůze, 56x (16%) přesun z židle na lůžko, 51x (15%) použití WC, 53x (16%) vyprazdňování, 60x (18%) byla označena odpověď hygiena a 1 respondent označil možnost udržování domácnosti (0,3%). Možnosti telefonování, kreslení a nakupování nezmohl nikdo.

GRAF č. 16 – Hodnotící škály soběstačnosti na oddělení respondentů

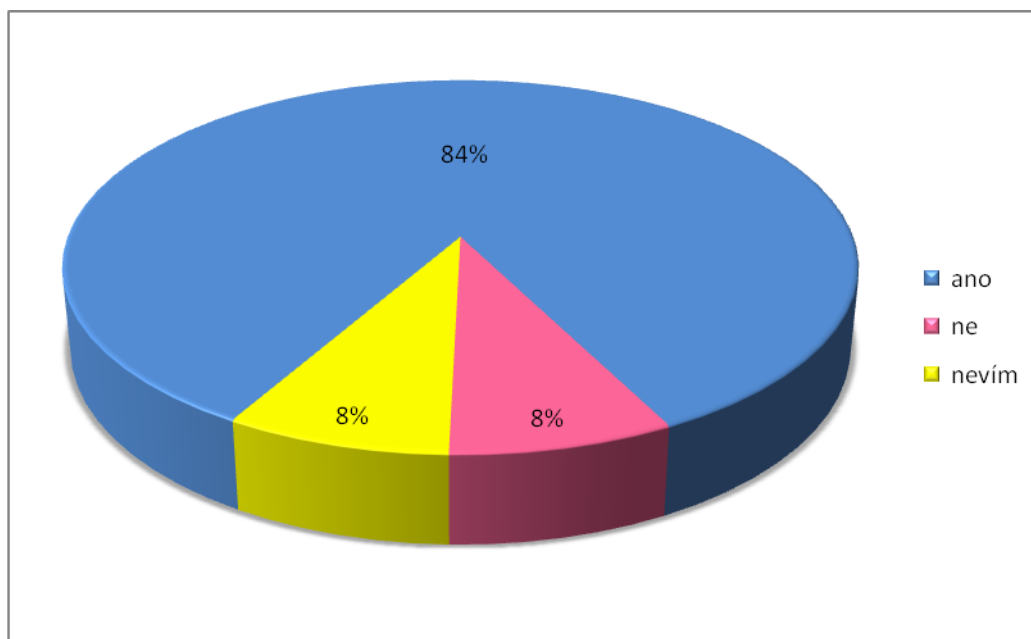
(graf k otázce č. 14)



V této otázce mohli dotazovaní zvolit více možností, celkem bylo označeno 70 odpovědí (100%). Z celkového počtu 70 odpovědí bylo 61x (87%) vyznačeno, že na oddělení respondentů používají pro zhodnocení soběstačnosti Barthelův test, 8 respondentů (11%) používá test Funkční úrovně sebepéče dle Gordonové a 1 dotazovaný (1%) zvolil možnost Funkční míra nezávislosti.

GRAF č. 17 – Tiskopis pro zhodnocení soběstačnosti v ošetrovatelské dokumentaci

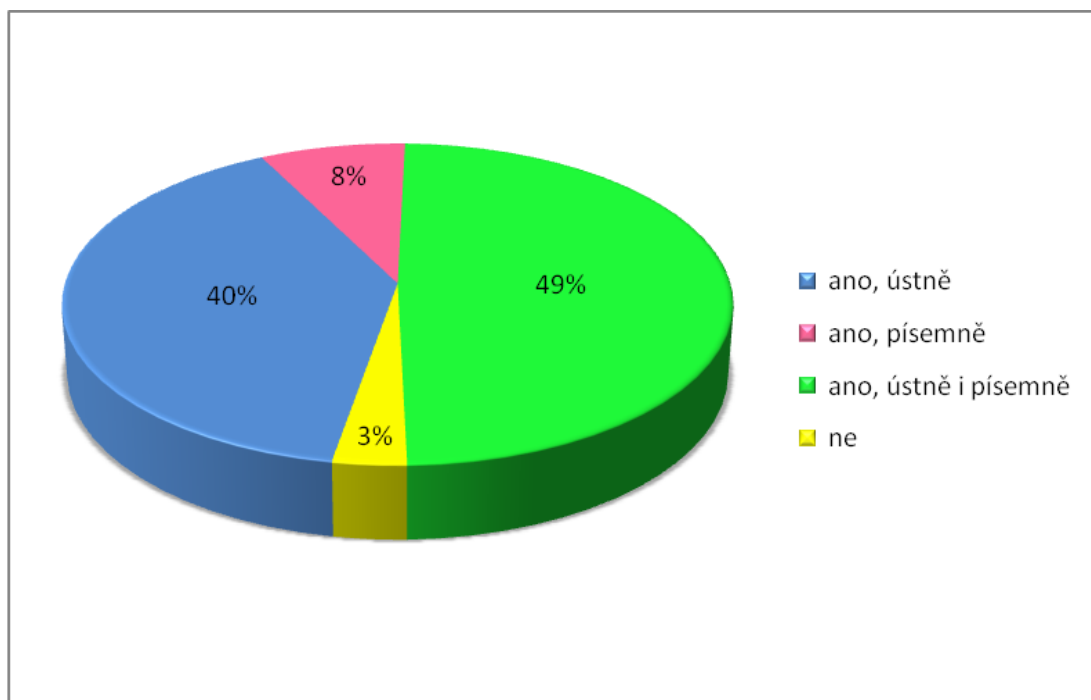
(graf k otázce č. 15)



Z celkového počtu 63 respondentů odpovědělo 53 (84%) z nich, že ošetrovatelská dokumentace na jejich pracovišti obsahuje tiskopis pro zhodnocení a zaznamenání soběstačnosti, 5 dotazovaných (8%) odpovědělo, že ne a 5 respondentů (8%) neví.

GRAF č. 18 – Předávání informace o změně úrovně soběstačnosti pacienta

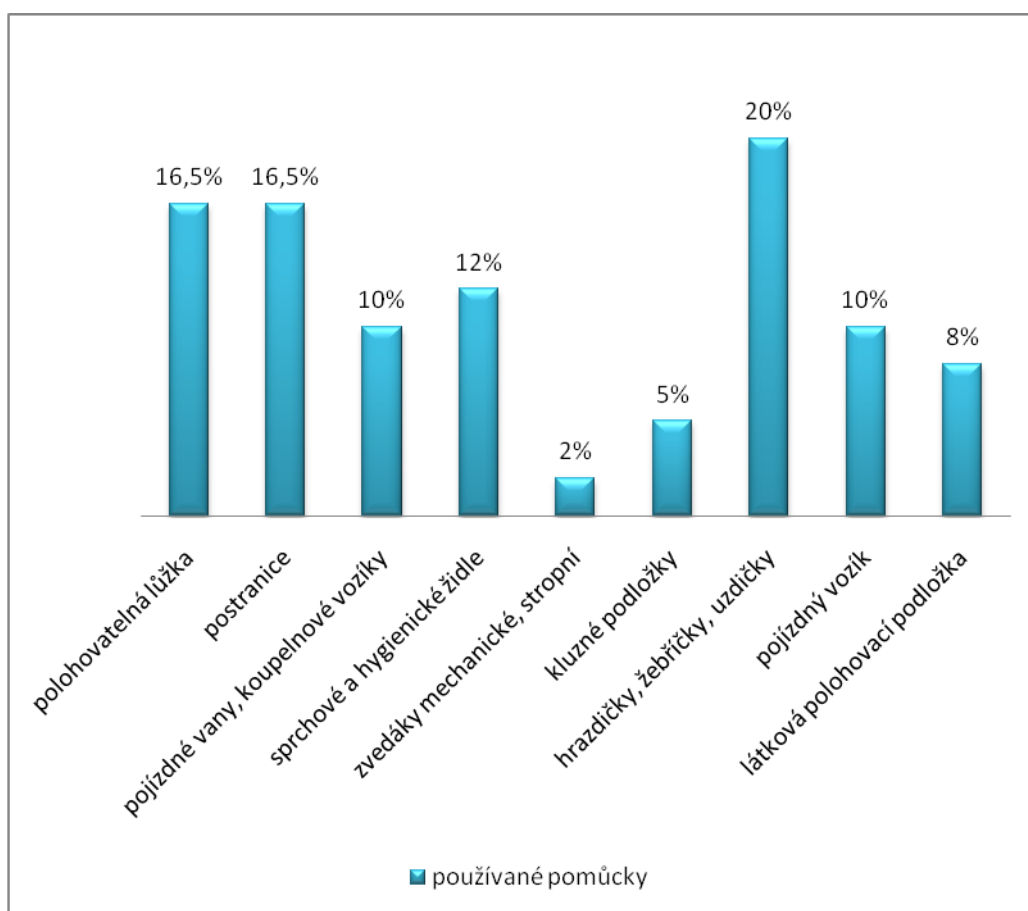
(graf k otázce č. 16)



Z celkového počtu 63 respondentů jich 25 (40%) uvedlo, že při předávání služby si informace o změně úrovně soběstačnosti pacienta předávají ústně, 5 dotázaných (8%) si předává písemně, 31 dotazovaných (49%) odpovědělo, že si informaci předávají ústně i písemně a 2 zbylí respondenti (3%) tuto informaci nepředávají vůbec.

GRAF č. 19 – Pomůcky usnadňující nácvik soběstačnosti pacienta

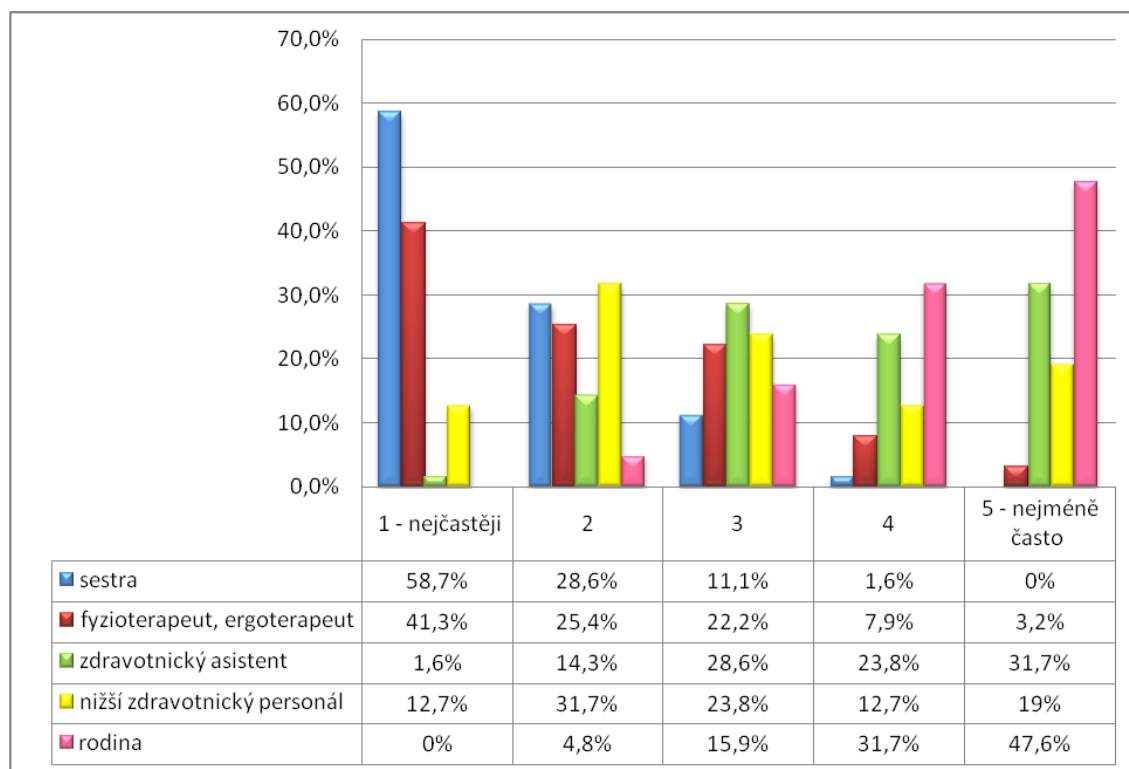
(graf k otázce č. 17)



V této otázce mohli dotazovaní zvolit více možností, celkem bylo označeno 303 odpovědí (100%). Z celkového počtu odpovědí byla shodně 50x (16,5%) označena možnost polohovatelná lůžka a postranice, 30 respondentů (10%) zvolilo pojízdné vany a koupelnové vozíky, 35 dotazovaných (12%) sprchové a hygienické židle, 7 respondentů (2%) odpovědělo, že používá zvedáky, 16 sester (5%) kluzné podložky, 62 respondentů (20%) označilo možnost hrazdičky, žebříčky, uzdičky, 30 respondentů (10%) zvolilo možnost pojízdný vozík a 23 (8%) látkovou polohovací podložku.

GRAF č. 20 – Nacvik soběstačnosti v běžných denních činnostech

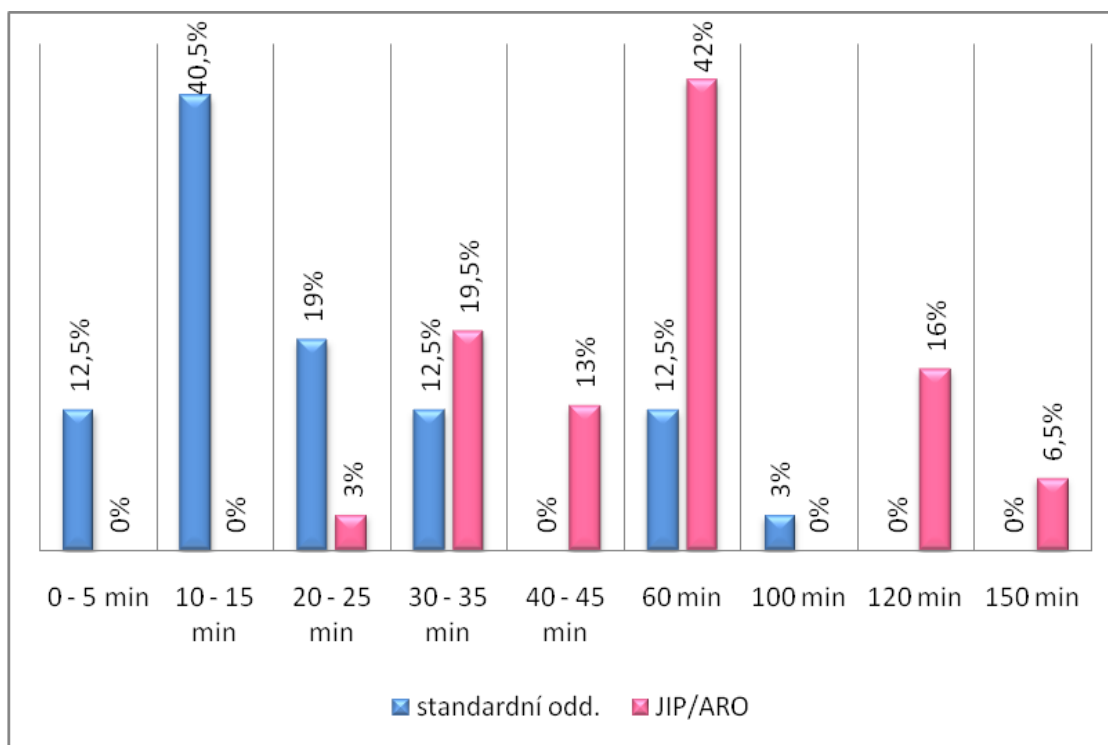
(graf k otázce č. 18)



V této otázce měli dotazovaní zhodnotit, kdo nacvičuje s pacientem soběstačnost v běžných denních činnostech nejčastěji, v intenzitě 1 (nejčastěji) až 5 (nejméně často). Měli ohodnotit sestru, fyzioterapeuta/ergoterapeuta, zdravotnického asistenta, nižší zdravotnický personál a rodinu nemocného. Výsledky jsou patrné v tabulce přiložené ke grafu. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji s nemocným nacvičuje soběstačnost sestra (tak odpovídá 37, tj. 58,7% dotázaných) a nejméně často rodina (dle odpovědí 30 respondentů, tj. 47,6%).

GRAF č. 21 – Čas strávený denně nácvikem soběstačnosti

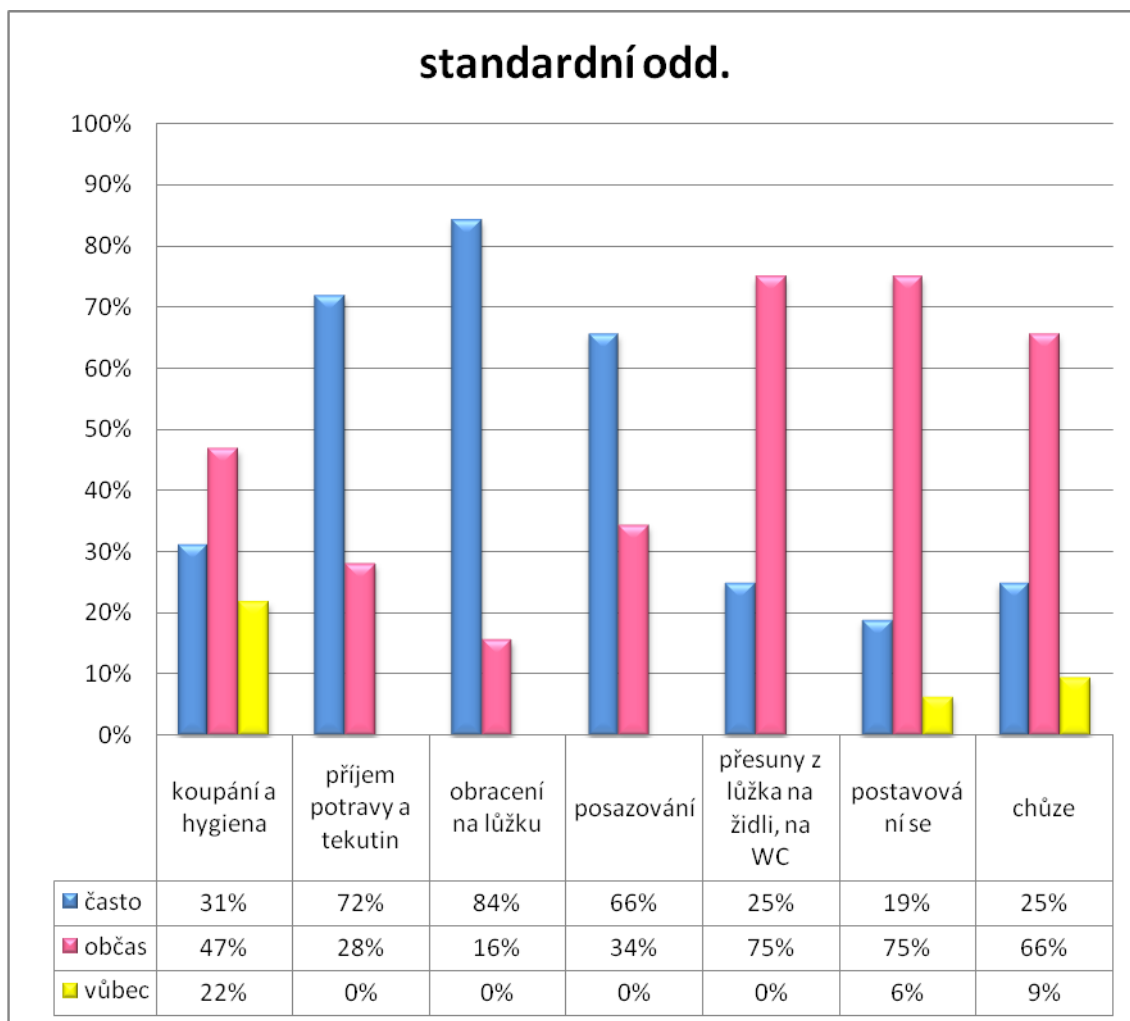
(graf k otázce č. 19)



V této otázce měli respondenti odhadnout, kolik minut denně stráví s pacientem při nácviku soběstačnosti. Z celkového počtu 32 respondentů (100%) na standardním oddělení odpověděli 4 respondenti (12,5%), že nacvičují max. 5 minut denně, 13 respondentů (40,5%) odpovědělo 10 – 15 min, 6 respondentů (19%) nacvičuje 20 – 25 min, 30 – 35 minut označili 4 dotazovaní (12,5%), další 4 respondenti (12,5%) napsali 60 min a 1 dotazovaný (3%) odpověděl, že nacvičuje s pacientem 100 minut denně. Z celkového počtu 31 respondentů (100%) pracujících na JIP/ARO odpověděl 1 (3%), že nacvičuje s pacientem 20 – 25 minut denně, 6 (19,5%) jich odpovědělo, že 30 – 35 min, 4 dotazovaní (13%) napsali 40 – 45 min, 13 dotázaných (42%) provádí nácvik 60 minut denně, 5 respondentů (16%) 120 min denně a zbylí 2 dotazovaní (6,5%) provádí nácvik soběstačnosti 150 minut denně.

GRAF č. 22 – Návik soběstačnosti během dne

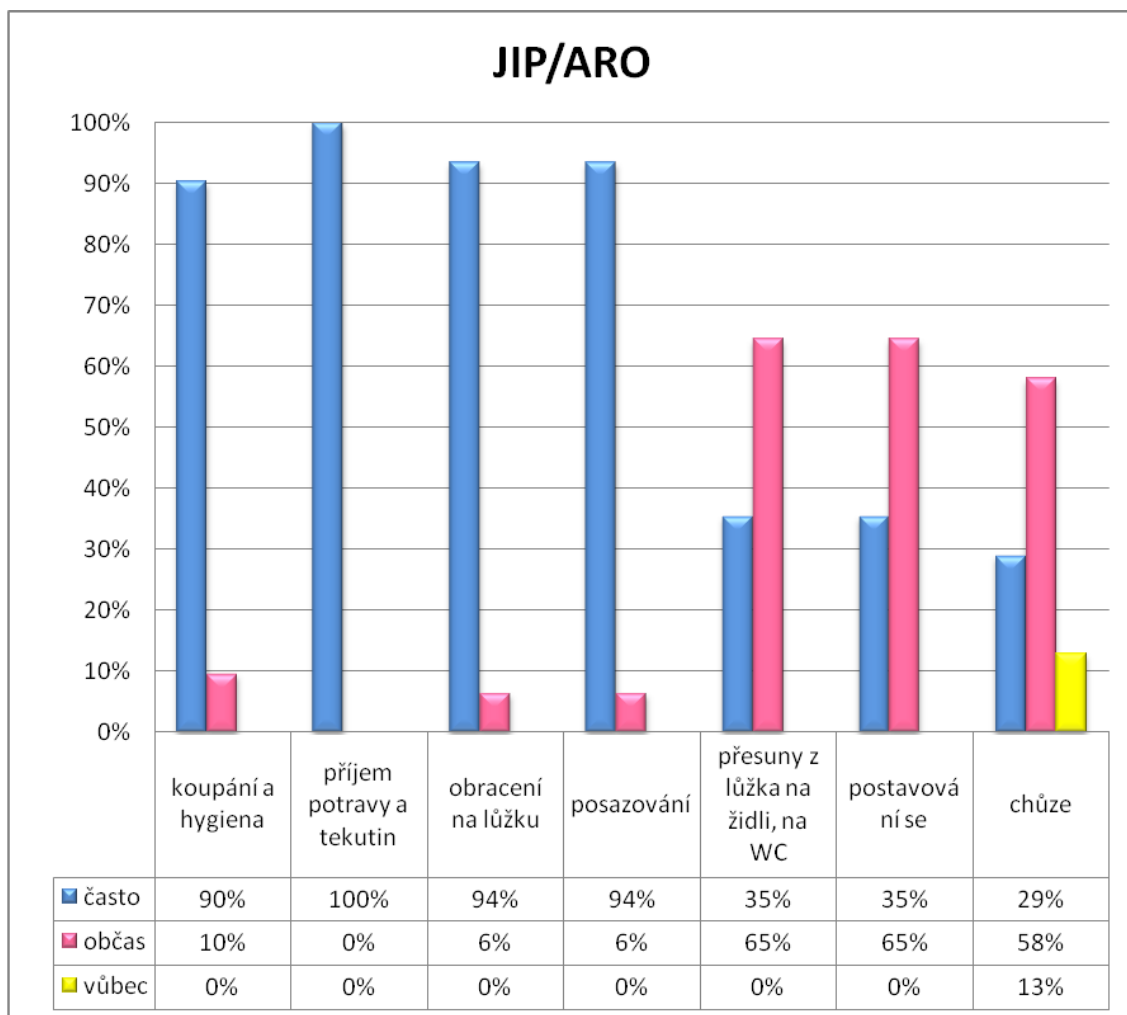
(graf k otázce č. 20)



U této otázky byli dotazovaní požádáni, aby u každé z uvedené činnosti zaškrtnli, jak často ji provádí. Výsledky šetření jsou uvedeny v tabulce přiložené ke grafu.

GRAF č. 23 – Nácviik soběštačnosti během dne

(graf k otázce č. 20)

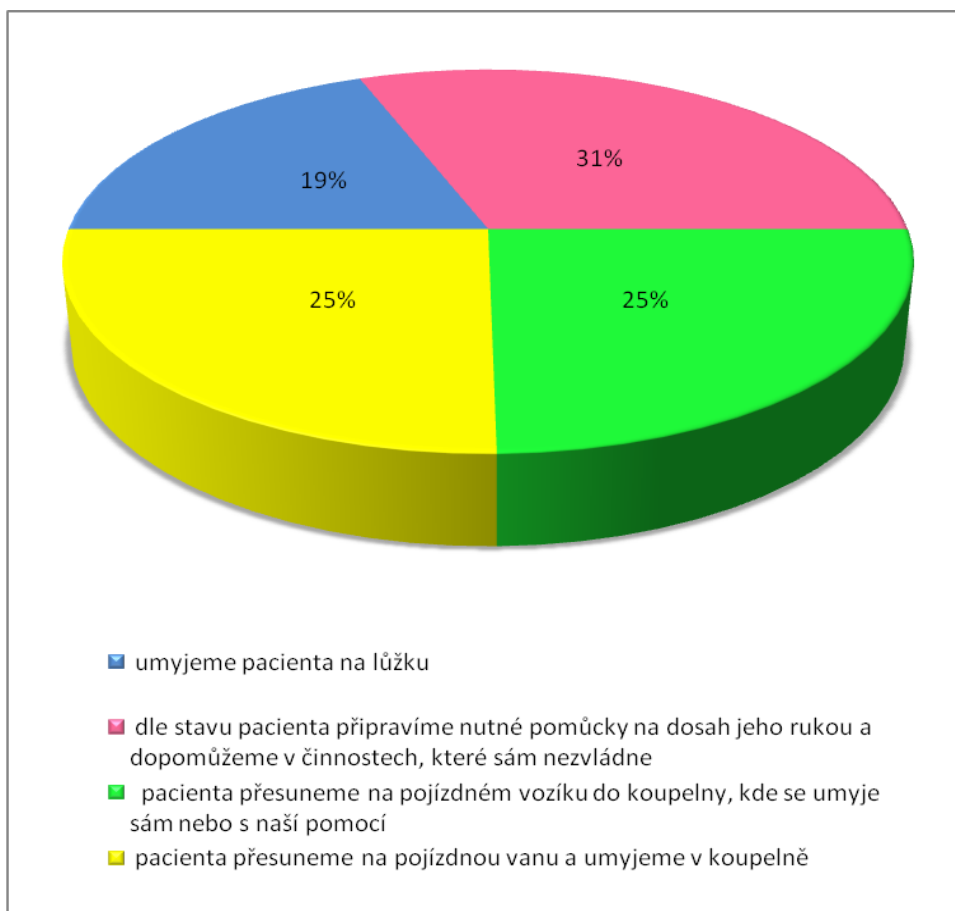


U této otázky byli dotazovaní požádáni, aby u každé z uvedené činnosti zaškrtnli, jak často ji provádí. Výsledky šetření jsou uvedeny v tabulce přiložené ke grafu.

Ve srovnání standardního lůžkového odd. a JIP/ARO je patrné, že na JIP/ARO provádí sestry skoro všechny běžné denní činnosti často, jen některé občas, kdežto na standardním odd. jich asi polovinu provádí sestry často a druhou polovinu jen občas.

GRAF č. 24 – Péče o hygienu méně soběstačného pacienta

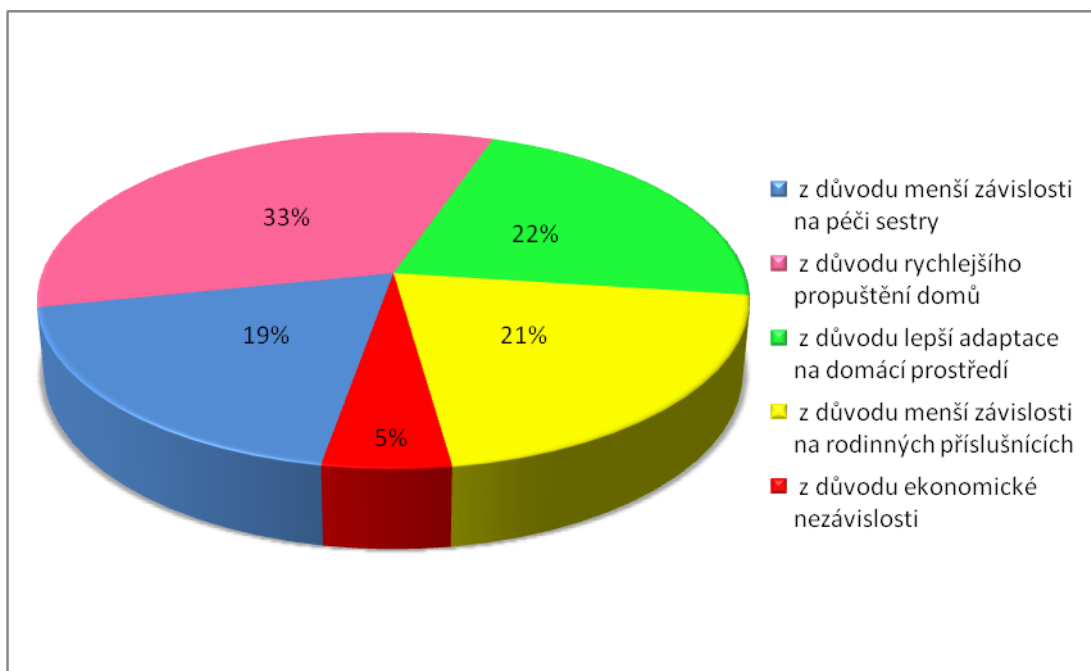
(graf k otázce č. 21)



V této otázce mohli dotazovaní zvolit více možností, celkem bylo označeno 182 odpovědí (100%). Z celkového počtu odpovědí byla 35x (19%) zvolena možnost, že umyjeme pacienta na lůžku, 56 respondentů (31%) odpovědělo, že podle stavu pacienta připravíme nutné pomůcky na dosah jeho rukou a dopomůžeme mu v činnostech, které sám nezvládne, 45 dotazovaných (25%) odpovídá, že přesune pacienta na pojízdném vozíku do koupelny, kde se umyje sám nebo s naší pomocí a 46 dotazovaných (25%) zvolilo možnost, že přesune nemocného na pojízdnou vanu a umyje v koupelně.

GRAF č. 25 – Motivace pacienta sestrou k nácviku soběstačnosti

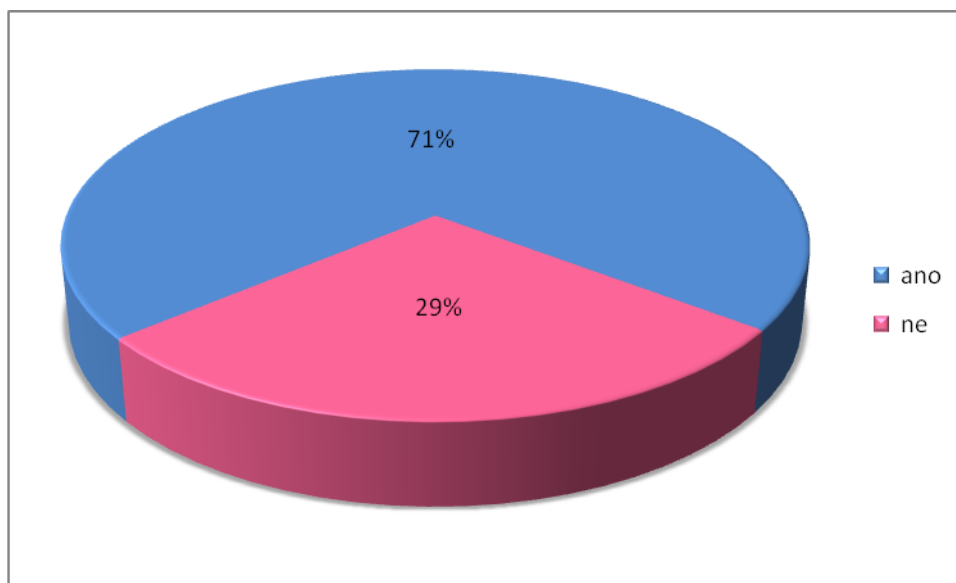
(graf k otázce č. 22)



V této otázce mohli dotazovaní zvolit více možností, celkem bylo označeno 179 odpovědí (100%). Z celkového počtu odpovědí odpovědělo 34 dotazovaných (19%), že motivuje pacienta k nácviku soběstačnosti z důvodu menší závislosti na péči sestry, 60 sester (33%) motivuje z důvodu rychlejšího propuštění domů, 39 sester (22%) z důvodu lepší adaptace na domácí prostředí, 37 respondentů (21%) označilo možnost motivace z důvodu menší závislosti na rodinných příslušnících a 9x (5%) byla označena odpověď, že motivují z důvodu ekonomické nezávislosti.

GRAF č. 26 – Zapojení rodiny do aktivit v nácviku soběstačnosti

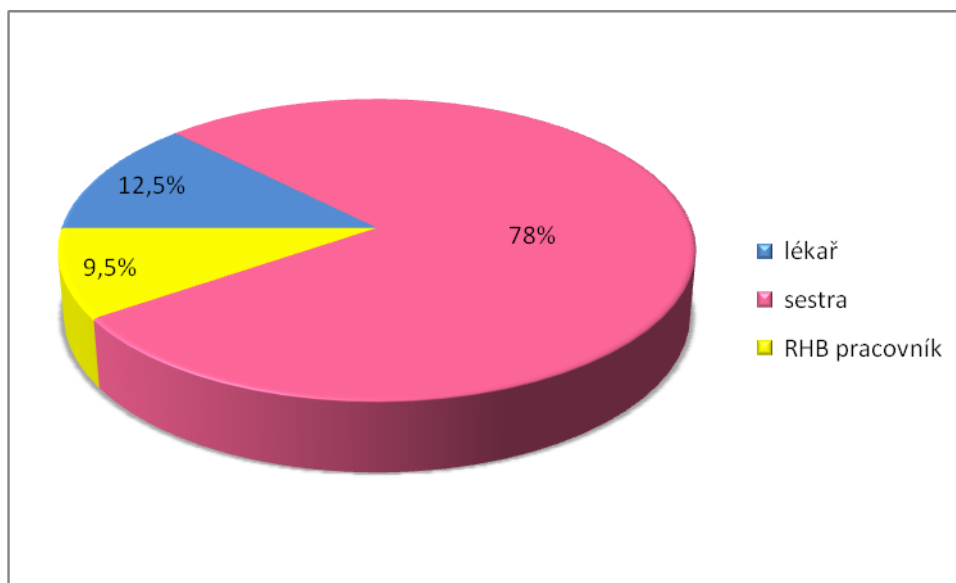
(graf k otázce č. 23)



Z celkového počtu 63 respondentů jich 45 (71%) zapojuje do nácviku soběstačnosti rodinu pacienta, zbylých 18 (29%) rodinu nezapojuje.

GRAF č. 27 – Edukace rodiny pacienta v oblasti podpory soběstačnosti

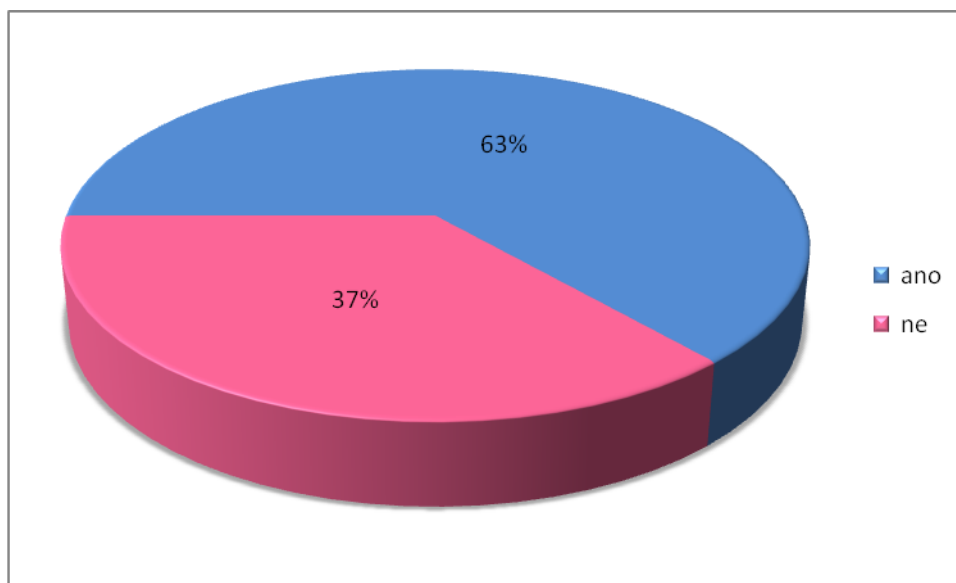
(graf k otázce č. 24)



Z celkového počtu 63 respondentů jich 8 (12,5%) uvádí, že nejvíce edukuje rodinu pacienta v oblasti nácviku soběstačnosti lékař, 49 respondentů (78%) označilo sestru a zbylých 6 dotazovaných (9,5%) se domnívá, že RHB pracovník.

GRAF č. 28 – Motivace sester lékařem k podpoře soběstačnosti

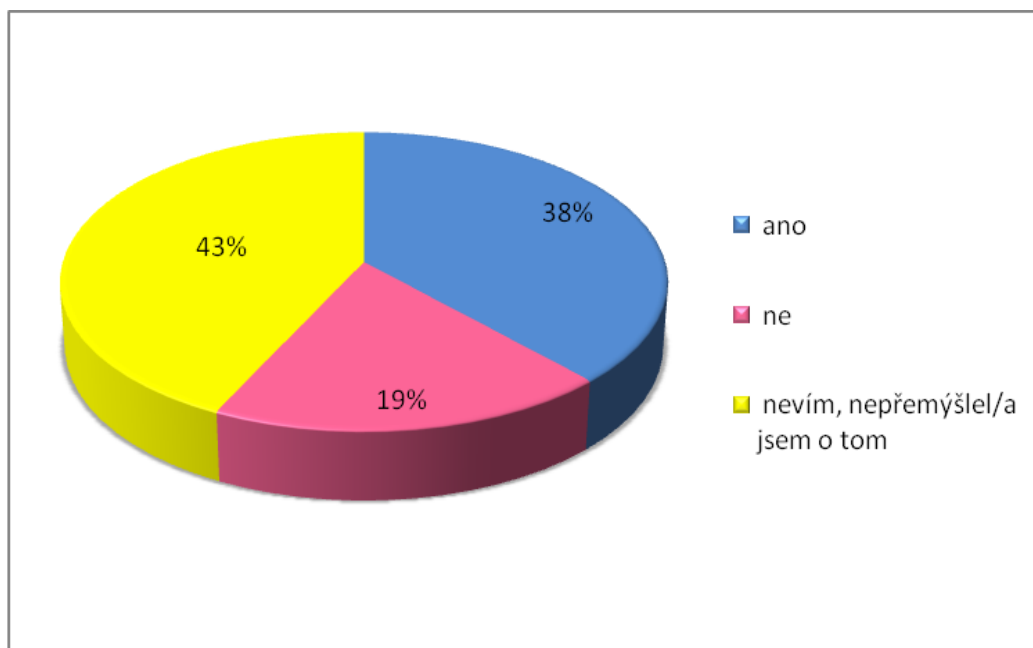
(graf k otázce č. 25)



Z celkového počtu 63 respondentů odpovědělo 40 (63%), že je ošetřující lékař vyzývá k podpoře soběstačnosti pacienta, zbylých 23 respondentů (37%) vyzýváno není.

GRAF č. 29 – Povědomost o podpoře soběstačnosti

(graf k otázce č. 26)



Z celkového počtu 63 respondentů si 24 (38%) myslí, že je podpoře soběstačnosti věnována dostatečná pozornost, 12 (19%) se domnívá, že není a 27 dotazovaných (43%) o tom nikdy nepřemýšlelo.

5. Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala monitorací pooperační soběstačnosti u pacienta s polytraumatem. Cílem bylo zjistit, zda sestry na traumatologickém oddělení monitorují pooperační soběstačnost a zda provádí nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny u pacienta s polytraumatem. Sběr dat byl proveden na traumatologicko-ortopedickém a anesteziologicko-resuscitačním oddělení Nemocnice Písek, a.s. a na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Výzkumným souborem byly sestry pracující na těchto odděleních. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků (100%), z nichž se vyplněných vrátilo 63 (63%), které byly všechny zařazeny do výzkumného šetření. Ze standardních lůžkových oddělení je použitých dotazníků 32 (51% z celkového počtu 63 dotazníků), zbylých 31 (49%) je z JIP/ARO.

K dosažení cílů byly stanoveny čtyři hypotézy:

H1 – Sestry znají způsoby monitorace soběstačnosti.

H2 – Sestry na JIP monitorují pooperační soběstačnost častěji než na standardním oddělení.

H3 – Sestry na standardním oddělení věnují více času nácviku pooperační soběstačnosti než na JIP.

H4 – Sestry vnímají přínos nácviku soběstačnosti u pacienta jako motivační faktor v procesu rekonvalescence.

Z identifikačních otázek vyplynulo, že z celkového počtu 63 respondentů je nejpočetnější skupinou sester kategorie od 26 do 35 let (40%), druhou nejpočetnější skupinou jsou dotazovaní do 25 let (38%). Do věkové kategorie nad 46 let se hlásí jen 5% sester (graf č. 1). Nejvíce dotazníků vyplnily sestry pracující na standardním lůžkovém traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. (43%), z JIP stejného oddělení je 24% dotázaných. V Nemocnici Písek, a.s. odpovídalo 8% sester ze standardního lůžkového traumatologicko-ortopedického odd., 16% z JIP a 9% respondentů bylo z ARO (graf č. 5). Mezi respondenty převažují ti se středním

vzděláním (49%), vysokoškolský titul má 21% sester a specializaci v oboru 22% dotazovaných (graf č. 2). Z celkového počtu sester je 75% registrovaných a 25% neregistrovaných v oboru (graf č. 3). V otázce délky praxe odpovědělo 46% dotazovaných, že pracuje v oboru méně než pět let, 32% pracuje 6 – 10 let a pouze 6% dotazovaných odpovídá, že pracuje 21 a více let (graf č. 4). Z těchto odpovědí vyplývá, že nejvíce jsou zastoupeny mladé sestry s krátkou dobou praxe, často hned po střední škole. Domnívám se, že starší sestry dávají přednost spíše klidnějším typům oddělení nebo pracovištím se stálou pracovní dobou.

Višňa (27) uvádí, že polytrauma je současné poranění alespoň dvou tělesných systémů, kdy poranění alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace bezprostředně ohrožuje základní životní funkce postiženého. To prokazuje i naše výzkumné šetření. V otázce č. 6 měli respondenti vybrat ze tří možností jednu správnou, co je polytrauma. Výsledky byly uspokojivé – 91% sester odpovědělo správně, jen 9% respondentů označilo nesprávnou možnost (graf č. 6). To naznačuje, že znalost sester dané problematiky je všeobecně dobrá, nehledě na délku praxe či dosažené vzdělání.

Podle Adamse (1) jsou nejčastějšími příčinami polytraumat dopravní nehody, pády, popáleniny a násilné činy. Naše výzkumné šetření prokazuje, že 66% dotázaných považuje dopravní nehody za nejčastější příčinu polytraumat, 19% dotázaných označilo pády. Popáleniny a násilné činy neuvedl nikdo. Překvapivé bylo, že celých 10% dotazovaných odpovědělo, že nejčastější příčinou polytraumatu je úraz, což vlastně není příčinou, jen vyjádření jiným slovem (graf č. 7).

Otázka č. 8 zjišťovala, jak často se sestry setkávají ve své praxi s polytraumatizovanými pacienty a byla zároveň použita pro srovnání standardního lůžkového oddělení a JIP/ARO. Nejčastější odpovědí všech respondentů byla možnost, že se setkávají s těmito pacienty 2x – 3x za měsíc (36,5%), alespoň 1x týdně se s nimi setkává 35% dotazovaných. Možnost, že s nimi nepřijde do kontaktu vůbec, neoznačil nikdo. Ze standardního lůžkového oddělení byly vyrovnané odpovědi 1x týdně a 2x – 3x za měsíc (obě 37,5%), možnost několikrát do roka byla zastoupena ve 25%. Z JIP/ARO převažovala možnost 2x – 3x za měsíc (35,5% respondentů), odpovědi 1x týdně a několikrát do roka byly označeny shodně 32,3% dotazovanými

(graf č. 8). To vede k závěru, že sestry ze standardních lůžkových oddělení se setkají s těmito nemocnými častěji než sestry z JIP/ARO, což je pro nás poněkud překvapivé. Vliv na tento fakt má jistě to, že závažnější případy úrazových stavů se rovnou směřují do traumacenter, např. do Českých Budějovic, a proto se sestry z JIP traumatologicko-ortopedického oddělení v Písku a z ARO v Písku nesetkají s těmito nemocnými tak často.

K potvrzení hypotézy č. 1 byly použity grafy č. 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18.

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že všechny dotázané sestry sledují soběstačnost u polytraumatizovaných nemocných (graf č. 9). To je dáno jistě i tím, že ošetřovatelská dokumentace v dnešní době již většinou obsahuje tiskopis pro zhodnocení soběstačnosti, jak potvrzuje 84% sester (graf č. 17).

Trachtová (25) uvádí, že nejčastějším a nejjednodušším prostředkem pro zhodnocení sebedpěče je Barthelův test základních všedních činností, který nás orientačně informuje o pravděpodobných nárocích na pomoc druhého člověka v každodenních činnostech. Barthelův index je jednoduchý, snadno dostupný a univerzálně použitelný. Test je rozdělen do 10 kategorií, ve kterých hodnotíme míru soběstačnosti pacienta pro daný úkon. Provádí se opakovaně v časových rozestupech několika dní, abychom viděli změnu ve stavu soběstačnosti. Výsledky výzkumného šetření v této oblasti ukazují, že 98% dotazovaných zná Barthelův test a 87% respondentů ho v praxi používá (graf č. 13, 16). Pro ověření znalosti testu byl v další otázce výběr kategorií, které obsahuje. Za správné odpovědi byly považovány tyto: najedení, napití, chůze, přesun z židle na lůžko, použití WC, vyprazdňování, hygiena. Výsledek šetření byl vcelku uspokojivý – 63% respondentů zařadilo oblasti správně (graf č. 14). Ze 37% chybných odpovědí byla většina takových, kdy dotazovaní zapomněli označit jednu kategorii, často se jednalo o použití WC (graf č. 15).

Trachtová (25) uvádí, že některý pacient je odkázán na péči sestry, ale jiný je schopný zvládat většinu denních činností samostatně, když má vytvořené vhodné podmínky a pomůcky. V péči o pacienta je důležité, aby si sestry předávaly informace o změně stavu soběstačnosti současně s předáváním služby. To potvrzuje

49% respondentů, kteří uvádí, že informací předávají ústně i písemně, 40% respondentů volí ústní formu a jen 3% sester odpovídají, že informace nepředává vůbec (graf č. 18).

H1 – *Sestry znají způsoby monitorace soběstačnosti se potvrdila.*

K potvrzení hypotézy č. 2 byly použity grafy č. 10, 11, 12.

V otázce číslo 10 bylo zjišťováno, jak často respondenti hodnotí soběstačnost. Z celkového počtu 63 odpovědělo 59% dotazovaných 1x denně a 28% 1x týdně. Ze 31 dotazovaných na JIP/ARO odpovědělo 39% 1x denně, 42% hodnotí 1x týdně a celých 13% sester dopsalo možnost dle potřeby/při změně stavu. Ze standardních oddělení odpovědělo 78% dotazovaných 1x denně, jen 16% 1x týdně a dle potřeby/při změně stavu doplnily jen 3% sester (graf č. 10). Ve srovnání standardního lůžkového odd. a JIP/ARO byl výsledek takový, že dotazovaní z JIP/ARO hodnotí soběstačnost spíš průběžně než v pravidelných časových intervalech. To je dáno tím, že sestra na JIP/ARO je s pacienty v kontaktu po celou službu, na rozdíl od standardních lůžkových oddělení. Ovšem po sečtení možností denně a v průběhu dne či dle potřeby jsou respondenti z JIP/ARO oproti standardnímu lůžkovému oddělení v poměru 58% ku 78%. Z toho plyne, že sestry ze standardního odd. hodnotí soběstačnost častěji. Naše výzkumné šetření ukazuje, že jen 2% respondentů hodnotí u pacienta úroveň soběstačnosti jednorázově, zbylých 98% hodnotí opakovaně (graf č. 11). Tato otázka sloužila pro porovnání standardního lůžkového oddělení a JIP/ARO. Na standardu zvolilo shodně 26% respondentů možnosti, že hodnotí soběstačnost opakovaně v pravidelných časových intervalech a při překladu na oddělení. Jen 8% sester ze standardního oddělení provádí tuto činnost po operačním výkonu. Na JIP/ARO byla nejčastější odpovědí možnost, že hodnotí v pravidelných časových intervalech (25% respondentů), 23% zvolilo odpověď při změně stavu nemocného a 3% sester dopsaly, že hodnotí též při propuštění nemocného (graf č. 12). Při porovnání vidíme, že větší rozdíly jsou v možnostech po operačním výkonu, kterou označily častěji sestry z JIP/ARO než z oddělení. Dále v možnosti při překladu na naše oddělení, kterou zvolily častěji sestry ze standardního oddělení. To jistě ovlivňuje fakt, že na JIP jsou pacienti spíše přijímáni než překládáni, proto označovaly sestry z JIP/ARO odpověď

při příjmu o něco častěji než ze standardního oddělení. Zbylé výsledky jsou celkem vyrovnané, nejsou zde žádné výrazné rozdíly.

H2 – *Sestry na JIP monitorují pooperační soběstačnost častěji než na standardním oddělení* se nepotvrdila.

K potvrzení hypotézy č. 3 byly použity grafy č. 19, 20, 21, 22, 23, 24.

Rozsah poskytované ošetrovatelské péče je závislý na diagnóze a zdravotním stavu pacienta, jak uvádí Kapounová (9). Jeho potřeby a nároky na péči se vyvíjí stejně jako jeho celkový stav. Nemocný člověk má blízký vztah se sestrou, je často závislý na její péči. Je nezbytné, aby sestra znala všechny jeho potřeby a naplňovala je, a aby maximálně podporovala jeho soběstačnost. V době rekonvalescence po četných operacích je výrazně omezena hybnost pacienta, jeho schopnost se o sebe postarat je nízká. V tomto období je tudíž velmi důležité provádět pravidelně nácvik soběstačnosti, aktivit denního života, kondiční cvičení i dechovou rehabilitaci. V těchto činnostech může sestře pomoci spousta pomůcek, které jsou na oddělení k dispozici, jak upozorňuje Jantačová (8). Toho jsou si sestry vědomy, jak vyplývá z výzkumného šetření. 20% dotázaných odpovědělo, že používá k usnadnění těchto aktivit hrazdičky, žebříčky, uzdičky, 16,5% dotázaných využívá polohovatelná lůžka a postranice. 12% sester má k dispozici a využívá sprchové a hygienické židle, 10% se spoléhá na pojízdné vany, koupelnové vozíky a pojízdné vozíky pro přesun nemocného. Mechanické či stropní zvedáky mají k dispozici na oddělení pouze 2% respondentů (graf č. 19). Když měly sestry zhodnotit, kdo nejčastěji nacvičuje s pacientem soběstačnost v běžných denních činnostech, v intenzitě 1 (nejčastěji) až 5 (nejméně často), necelých 59% usoudilo, že na prvním místě je sestra a téměř 48% respondentů se domnívá, že nejmenší úlohu v nácviku soběstačnosti má rodina (graf č. 20). V otázce, kolik minut denně tráví sestry s pacientem při nácviku soběstačnosti, odpovídaly sestry ze standardního lůžkového oddělení nejčastěji 10 – 15 minut (40,5%), z JIP/ARO bylo nejčastější odpovědí 60 minut denně (42%). Z toho vyplývá, že sestry na JIP/ARO tráví s nemocným víc času nácvikem běžných aktivit (graf č. 21).

V otázce č. 20 byli respondenti požádáni, aby u vybraných činností zaškrtnuli, jak často je provádí (na výběr bylo z možností často, občas a vůbec ne). Tato otázka také sloužila pro porovnání standardního lůžkového odd. a JIP/ARO. Z šetření vyplynulo, že sestry na JIP/ARO provádí skoro všechny běžné denní činnosti často, jen některé občas, na rozdíl od standardního lůžkového odd., kde jen asi polovina respondentů odpověděla, že běžné aktivity provádí často a zbylé jen občas (graf č. 22, 23).

Trachtová (25) uvádí, že sestra pečuje o pacienty upoutané na lůžko, kteří nejsou soběstační, nejsou schopni se sami najíst, vyprázdnit, umýt. Stará se ale i o nemocné, kteří jsou zcela soběstační. Někteří potřebují jen dopomoc sestry, o jiné se musí starat kompletně, např. o pacienty v bezvědomí. U ležících a zcela nesoběstačných osob musí sestra zajistit uspokojení základních potřeb, pečuje o výživu, hygienu, vyprazdňování. Pacienti upoutaní na lůžko nebo s poruchami hybnosti jsou většinou schopni zvládat denní činnosti samostatně, když jim sestra vytvoří vhodné podmínky, připraví pomůcky a zajistí bezbariérový přístup do koupelny. Z našeho výzkumného šetření je patrné, že 31% dotázaných sester v péči o hygienu nemocného zhodnotí stav pacienta a připraví mu nutné pomůcky na dosah jeho rukou a dopomůže v činnostech, které sám nezvládne. Shodně 25% respondentů odpovídá, že přesune pacienta na pojízdném vozíku do koupelny, kde se umyje sám nebo s jejich pomocí a že přesune nemocného na pojízdnou vanu a umyje ho v koupelně. Výsledek naznačuje, že sestry nejprve zhodnotí úroveň soběstačnosti daného nemocného a pak mu připraví vše, co potřebuje, nebo využívají možnosti pojízdných van a vozíků, které mají na svém pracovišti k dispozici (graf č. 24).

H3 – Sestry na standardním oddělení věnují více času nácviku pooperační soběstačnosti než na JIP se nepotvrdila.

K potvrzení hypotézy č. 4 byly použity grafy č. 25, 26, 27, 28.

Jak upozorňuje Trachtová (25), nemoc nebo úraz často brání člověku v uspokojení svých potřeb, mění způsob jejich vyjádření a možnosti naplňování. Sestra pomáhá zraněnému pochopit, co se s ním děje, najít způsoby, jak čelit vzniklé situaci, podporuje sebeúctu a identitu a pomáhá mu přijmout nevyhnutelné. Dobrý psychický stav podporuje uzdravování. Podle Kapounové (9) je také důležitá motivace pacienta. Ta nejdřív vychází ze strany sestry a postupně se přizpůsobuje potřebám nemocného. Když byly sestry dotázány, jakým způsobem povzbuzují pacienta k nácviku soběstačnosti, největší část z nich (33%) odpovídá, že z důvodu rychlejšího propuštění domů. Nejméně (5%) respondentů motivuje z důvodu ekonomické nezávislosti (graf č. 25).

Trachtová (25) zdůrazňuje, že kromě potřeb základních musí být uspokojovány i ty vyšší, jako jsou sociální kontakty, proto je nezbytné zapojení rodiny a blízkých osob do ošetrovatelského procesu a procesu rekonvalescence. Z našeho šetření je patrné, že 71% dotázaných sester zapojuje rodinu postiženého do nácviku soběstačnosti, 78% sester edukuje rodinu v oblasti podpory soběstačnosti nemocného (graf č. 26, 27). 63% respondentů uvádí, že bývají vyzýváni ošetřujícím lékařem, aby podporovali soběstačnost pacienta za účelem rychlejší rekonvalescence (graf č. 28).

H4 – *Sestry vnímají přínos nácviku soběstačnosti u pacienta jako motivační faktor v procesu rekonvalescence se potvrdila.*

Poslední otázka v dotazníku zjišťovala, zda si sestry myslí, že je podpoře soběstačnosti u pacientů věnována dostatečná pozornost. 38% dotázaných si myslí, že je, 19% dotazovaných se domnívá, že není a největší část (43%) respondentů neví, nepřemýšleli o tom.

6. Závěr

Tématem této bakalářské práce byla monitorace pooperační soběstačnosti u pacienta s polytraumatem. Zjišťovaly jsme, jaké znalosti mají sestry v dané problematice polytraumatu a soběstačnosti, zda hodnotí soběstačnost a provádí její nácvik. To bylo také stanoveno v cílech práce, které se výsledky výzkumného šetření splnily. Byly stanoveny čtyři hypotézy. První měla potvrdit, že sestry znají způsoby monitorace soběstačnosti, což se potvrdilo. Druhá hypotéza měla potvrdit, že sestry na JIP monitorují pooperační soběstačnost častěji než na standardním oddělení, což se tímto výzkumným šetřením nepotvrdilo. Hypotéza číslo 3 měla potvrdit, že sestry na standardním oddělení věnují více času nácviku pooperační soběstačnosti než na JIP. Tato hypotéza byla naším výzkumným šetřením vyvrácena. Poslední hypotéza měla potvrdit, že sestry vnímají přínos nácviku soběstačnosti u pacienta jako motivační faktor v procesu rekonvalescence. To se potvrdilo.

Téma úrazů se stává v posledních letech velmi aktuálním. Dopravní nehodovost je celosvětově velkým problémem, je nejčastější příčinou polytraumat. Léčba těchto nemocných je dlouhodobá, často komplikovaná. V době rekonvalescence po četných operacích bývá hybnost pacienta a schopnost sebezpečí výrazně omezena. Úkolem sestry je provádět pravidelně nácvik soběstačnosti a aktivit denního života. Sestra je zapojována do léčebných, diagnostických a ošetrovatelských úkonů, působí v prevenci vzniku komplikací. Důležité je, aby se orientovala v dané problematice a měla dostatek informací, a tak mohla poskytovat pacientovi kvalitní ošetrovatelskou péči. Umět správně a přesně zhodnotit a zaznamenat úroveň soběstačnosti a sebezpečí pacienta je základním předpokladem pro jednotlivé ošetrovatelské intervence a ošetrovatelský plán. Tak může sestra pomoci pacientovi k návratu zpět do jeho aktivního života.

V otázkách sledování soběstačnosti by bylo jistě vhodné, kdyby management nemocnic připravoval pravidelně školení a semináře, kterých by se mohly účastnit sestry pracující nejen na traumatologických odděleních, neboť dostatečné informace pro poskytování kvalitní péče by měly mít všechny sestry bez rozdílu vzdělání a zaměření.

Výsledky šetření mohou být v budoucnu použity k uspořádání odborného semináře pro sestry na téma polytrauma a soběstačnost. Tyto poznatky mohou též využít studenti ošetrovatelství jako pomocný studijní materiál.

Závěrem bych si dovolila vyjádřit své přání, aby se změnila dopravní situace u nás i ve světě a my, sestry, bychom se nemusely setkávat s tolika pacienty v této náročné životní situaci. Každý musíme začít u sebe. Děkuji.

7. Seznam použité literatury

1. ADAMS, B., HAROLD, C.E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. ELIÁŠOVÁ, M., VOLDŘICH, M., Úrazy II, <http://www.zdn.cz/clanek/urazy-ii-383350> (Sestra 9/2008), 1. 1. 2010.
3. FIRDA, L., Léčebná rehabilitace na anesteziologicko resuscitačním oddělení, http://www.osu.cz/zsf/sbornik/prisp_12.pdf, 22. 12. 2009.
4. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
5. FRIEDLOVÁ, K., Co je bazální stimulace, http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php, 9. 1. 2010.
6. FRIEDLOVÁ, K., Desatero bazální stimulace, <http://www.bazalni-stimulace.cz/desatero.php>, 9. 1. 2010.
7. GÁL, P., TECL, F. *Compartment syndrom – závažná komplikace chirurgie a traumatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1999. 41 s. ISBN 80-210-2152-7.
8. JANTAČOVÁ, D., Využívání pomůcek při manipulaci s nesoběstačnými pacienty na odděleních intenzivní medicíny, http://stag-web.jcu.cz/apps/stag/diplom/index.php?download_this_unauthorized=13169, 15. 1. 2010
9. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. + 16 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1830-9.
10. Kolektiv autorů: Enterální a parenterální výživa, <http://spolek1.med.muni.cz/files/epvyziva.pdf>, 22. 12. 2009.

11. Kolektiv autorů, Hierarchie potřeb dle A. Maslowa, <http://www.msjedovnice.cz/img/koncepce/model-hierarchie.gif>, 5. 4. 2010
12. KOTKOVÁ, A. Monitorace ICP, http://www.karim-vfn.cz/userfiles/image/download-arip/MONITORACE_ICP.pdf, 27. 4. 2010
13. KÖNIGOVÁ, R. *Komplexní léčba popálenin*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 455 s. ISBN 80-7169-416-9.
14. KRBEČ, M., Poranění páteře, http://med.muni.cz/Traumatologie/Ortopedie_B/Ortopedie_2/Ortopedie_2.htm, 22. 12. 2009.
15. MAUER, M. Psychologie popáleninové medicíny. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 12, s. 35 – 38. ISSN 1210-0404.
16. MELICHAR, J., Kompartment syndrom, http://med.muni.cz/Traumatologie/Chirurgie_B/ch2/Syndrom.htm, 22. 12. 2009.
17. MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
18. MLČOCH, Z., Vypracované otázky, témata k absolutoriu, zkoušce obor diplomovaná všeobecná zdravotní sestra, http://www.zbynekmlcoch.cz/info/ruzne/vypracovane_otazky_temata_k_absolutoriu_zkousce_obor_diplomovana_vseobecna_sestra.html, 1. 1. 2010.
19. MOROVICSOVÁ, E. Ošetrovatelská péče o nemocné s popáleninami. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 9, s. 40 – 46. ISSN 1210-0404.
20. NOVÁČKOVÁ, V. Barthelův test základních všedních činností, http://is.muni.cz/th/174363/pedf_b/Pr._c._2_Bartheluv_test.doc, 5. 4. 2010.
21. NOVÁKOVÁ, M., HUMPL, L. Popáleniny, <http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?clanek=1701>, 5. 4. 2010

22. POCHYLÁ, K. *České ošetřovatelství 1.* 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
23. POKORNÝ, V. a kol. *Traumatologie.* 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X.
24. STAROŠTÍKOVÁ, A., ŽÁKOVÁ, M., Sesterská péče u polytraumatu v rehabilitaci a protetice, <http://www.zdn.cz/clanek/sesterska-pece-u-polytraumatu-v-rehabilitaci-a-protetice-334465> (Sestra 12/2007), 1. 1. 2010.
25. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
26. TYLOVÁ, S., MOŠKOŘOVÁ, M., Bazální stimulace v praxi, <http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/tylova.pdf>, 9. 1. 2010.
27. VIŠŇA, P., HOCH, J. a kol. *Traumatologie dospělých.* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 157 s. ISBN 80-7345-034-8.
28. ZAHRADNICKÁ, I., Hodnocení soběstačnosti, http://www.fnplzen.cz/ospece/Publikace/2_04_Zahradnicka.pdf, 1. 1. 2010.

8. Klíčová slova

Barthelův test

Polytrauma

Potřeby

Sebepéče

Soběstačnost

9. Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník pro sestry

Příloha č. 2 – Barthelův index

Příloha č. 3 – Maslowova pyramida

Příloha č. 4 – Devítkové pravidlo

Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den,

moje jméno je Lucie Straková a studuji obor Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Píši bakalářskou práci na téma **Monitorace pooperační soběstačnosti u pacienta s polytraumatem**. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, sebraná data budou použita pouze pro účely mé práce. Nebude-li určeno jinak, stačí označit jednu odpověď.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

1. Kolik je Vám let?

- a. do 25
- b. 26 – 35
- c. 36 – 45
- d. 46 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. střední s maturitou
- b. vyšší odborné (DiS.)
- c. vysokoškolské (Bc., Mgr.)
- d. specializace v oboru

3. Jste registrován/a v oboru?

- a. ano
- b. ne

4. Jak dlouho pracujete v oboru?

- a. méně než 5 let
- b. 6 – 10 let
- c. 11 – 20 let
- d. 21 let a více

5. Pracujete na oddělení:

- a. traumatologie – lůžka
- b. traumatologie – JIP
- c. ortopedie – lůžka
- d. ortopedie – JIP
- e. jiné:

6. Polytrauma je:

- a. poranění dvou a více kostí
- b. poranění velké části těla
- c. poranění dvou a více systémů, které samostatně nebo v kombinaci ohrožují základní životní funkce postiženého

7. Nejčastější příčinou polytraumatu je – doplňte:

.....

8. Jak často se setkáváte v praxi s polytraumatizovanými pacienty?

- a. alespoň 1x týdně
- b. 2x – 3x za měsíc
- c. několikrát do roka
- d. vůbec ne

9. Sledujete u těchto pacientů jejich soběstačnost?

- a. ano
- b. ne

10. Jak často ji hodnotíte?

- a. 1x denně
- b. ob den
- c. 1x týdně
- d. vůbec ne
- e. jiné:

11. Provádíte opakované zhodnocení stavu soběstačnosti pacienta?

(možno označit více odpovědí)

- a. ano, v pravidelných časových intervalech
- b. ano, při změně stavu pacienta
- c. ano, po operačním výkonu
- d. ano, při příjmu pacienta
- e. ano, při překladu pacienta na naše oddělení
- f. ne, hodnotíme pouze jednorázově
- g. jiné:.....
.....

12. Znáte Barthelův test základních všedních činností?

- a. ano
- b. ne

13. Barthelův test obsahuje kategorie:

(možno označit více odpovědí)

- a. najedení, napití
- b. telefonování
- c. kreslení
- d. chůze
- e. přesun z židle na lůžko
- f. nakupování
- g. použití WC
- h. vyprazdňování
- i. hygiena
- j. udržování domácnosti

14. Jakým způsobem se u Vás na oddělení hodnotí soběstačnost?

(možno označit více odpovědí)

- a. Barthelův test základních všedních činností
- b. Funkční úroveň sebek péče dle Gordonové
- c. Funkční míra nezávislosti
- d. jiné:

.....

15. Je součástí ošetrovatelské dokumentace na Vašem oddělení tiskopis pro zhodnocení a zaznamenání soběstačnosti, např. Barthelův test?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

16. Sdělujete si při předávání služby informace o změně úrovně soběstačnosti pacienta?

- a. ano, ústně
- b. ano, písemně
- c. ano, ústně i písemně
- d. ne

17. Které pomůcky Vám mohou pomoci při nácvičku soběstačnosti pacienta?

(možno označit více odpovědí)

- a. polohovatelná lůžka
- b. postranice
- c. pojízdné vany, koupelnové vozíky
- d. sprchové a hygienické židle
- e. zvedáky (mechanické, stropní...)
- f. kluzné podložky
- g. hrazdičky, žebříčky, uzdičky
- h. pojízdný vozík
- i. látková polohovací podložka
- j. jiné:

18. Kdo podle Vás nejčastěji nacvičuje s pacientem soběstačnost v běžných denních činnostech? Označte jako ve škole – 1 znamená nejčastěji, 5 nejméně často.

- sestra
- fyzioterapeut, ergoterapeut
- zdravotnický asistent
- nižší zdravotnický personál (ošetřovatelka, sanitárka)
- rodina

19. Odhadněte, kolik minut denně strávíte Vy s pacientem při nácviku soběstačnosti:

20. Označte, prosím, jak často provádíte během dne nácvik soběstačnosti v daných oblastech:

(Vámi vybranou odpověď označte křížkem)

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| a. koupání a hygiena | <input type="checkbox"/> často | <input type="checkbox"/> občas | <input type="checkbox"/> vůbec ne |
| b. příjem potravy a tekutin | <input type="checkbox"/> často | <input type="checkbox"/> občas | <input type="checkbox"/> vůbec ne |
| c. obracení na lůžku | <input type="checkbox"/> často | <input type="checkbox"/> občas | <input type="checkbox"/> vůbec ne |
| d. posazování | <input type="checkbox"/> často | <input type="checkbox"/> občas | <input type="checkbox"/> vůbec ne |
| e. přesuny z lůžka na židli, na WC | <input type="checkbox"/> často | <input type="checkbox"/> občas | <input type="checkbox"/> vůbec ne |
| f. postavování se | <input type="checkbox"/> často | <input type="checkbox"/> občas | <input type="checkbox"/> vůbec ne |
| g. chůze | <input type="checkbox"/> často | <input type="checkbox"/> občas | <input type="checkbox"/> vůbec ne |

21. Při péči o hygienu méně soběstačného pacienta:

(možno označit více odpovědí)

- umyjeme pacienta na lůžku
- dle stavu pacienta připravíme nutné pomůcky na dosah jeho rukou a dopomůžeme v činnostech, které sám nezvládne
- pacienta přesuneme na pojízdném vozíku do koupelny, kde se umyje sám nebo s naší pomocí
- pacienta přesuneme na pojízdnou vanu a umyjeme v koupelně

22. Jakým způsobem motivujete pacienta k nácviku soběstačnosti?

(možno označit více odpovědí)

- a. povzbuzuji pacienta k nácviku soběstačnosti z důvodu menší závislosti na péči sestry
- b. povzbuzuji pacienta k nácviku soběstačnosti z důvodu rychlejšího propuštění domů
- c. povzbuzuji pacienta k nácviku soběstačnosti z důvodu lepší adaptace na domácí prostředí
- d. povzbuzuji pacienta k nácviku soběstačnosti z důvodu menší závislosti na rodinných příslušnících
- e. povzbuzuji pacienta k nácviku soběstačnosti z důvodu ekonomické nezávislosti
- f. jiné:.....

23. Zapojujete do těchto aktivit rodinu nemocného?

- a. ano
- b. ne

24. Kdo v nejvyšší míře edukuje rodinu pacienta v oblasti podpory soběstačnosti?

- a. lékař
- b. sestra
- c. RHB pracovník

25. Býváte vyzýváni ošetřujícím lékařem k podpoře soběstačnosti pacienta v rámci rychlejší rekonvalescence?

- a. ano
- b. ne

26. Myslíte si, že je podpoře soběstačnosti věnována dostatečná pozornost?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

Děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku. Lucie Straková

Příloha č. 2 – Barthelův test základních všedních činností

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)**

Jméno pacienta:.....

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

ADL 4 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

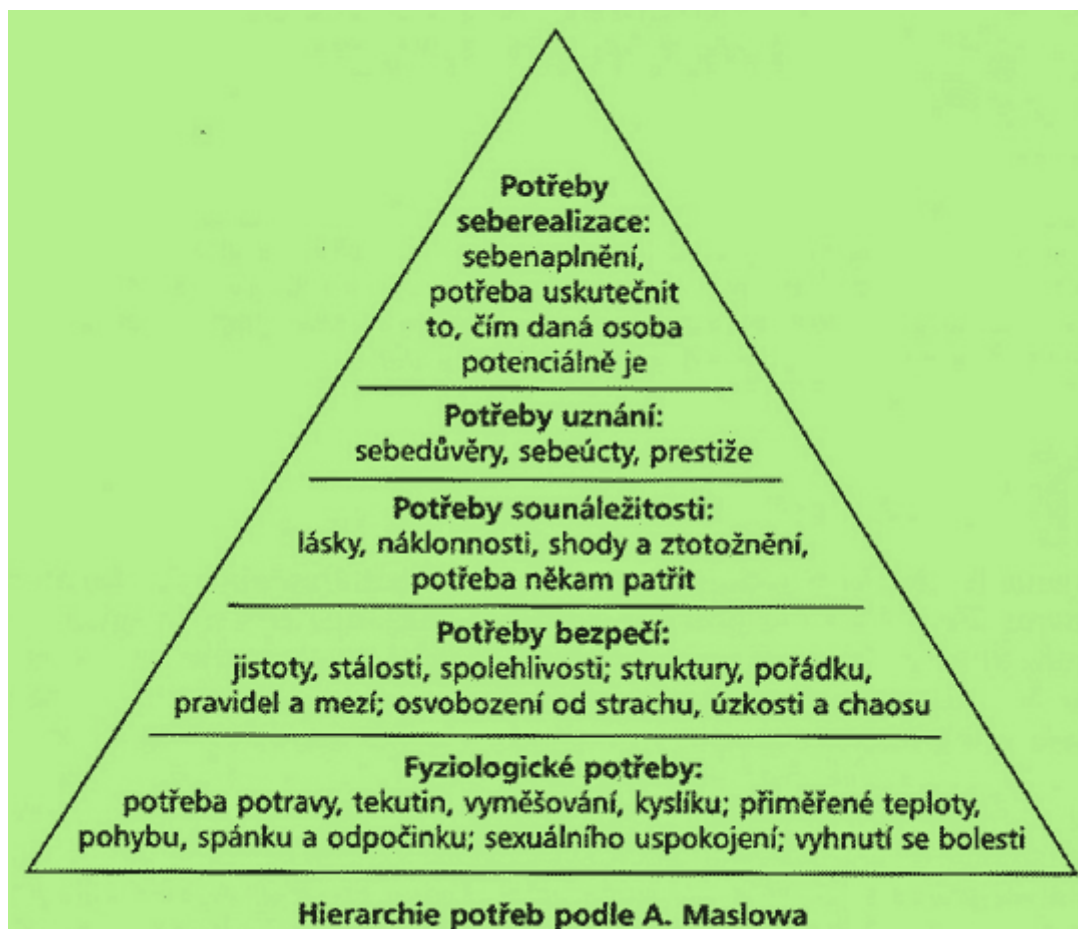
ADL 3 45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

ADL 2 65 – 95 bodů **lehká závislost**

ADL 1 96 – 100 bodů **nezávislý**

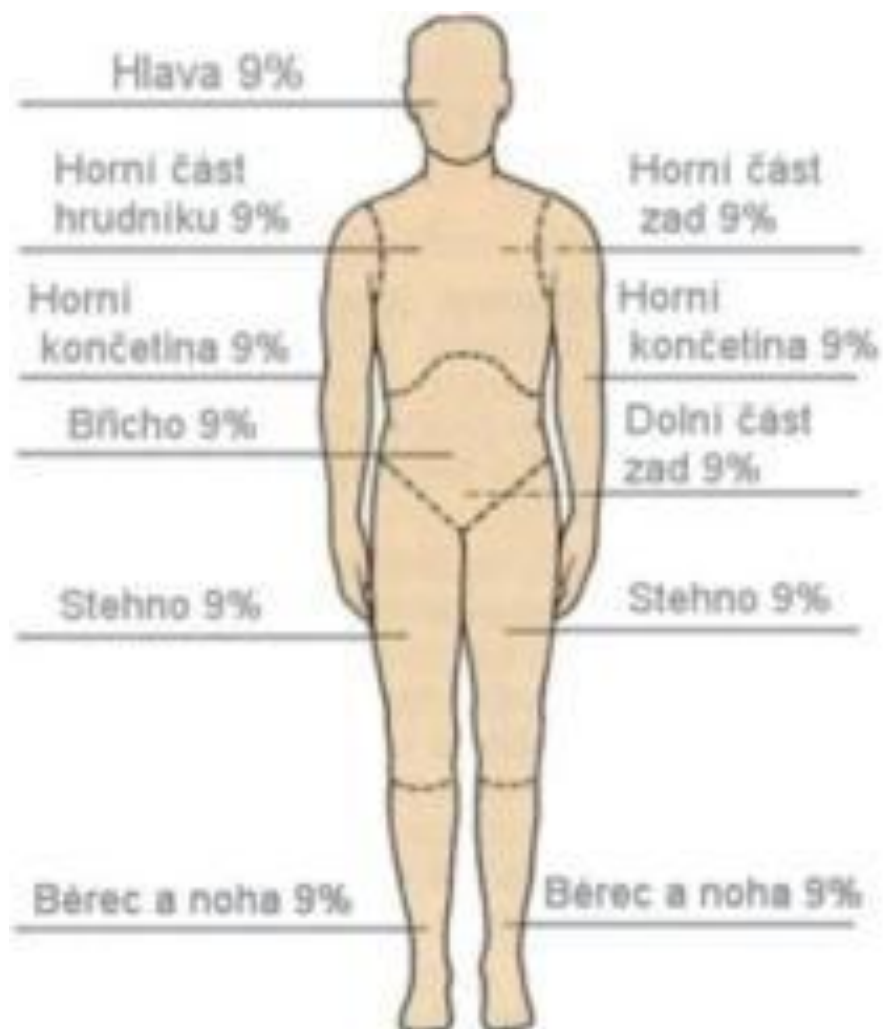
Zdroj: http://is.muni.cz/th/174363/pedf_b/Pr._c._2_Bartheluv_test.doc

Příloha č. 3 – Maslowova pyramida



Zdroj: <http://www.msjedovnice.cz/img/koncepce/model-hierarchie.gif>

Příloha č. 4 – Devítkové pravidlo popálenin



Zdroj: <http://www.uszsmsk.cz/Default.aspx?clanek=1701>