

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Specifika ošetrovatelské péče o pacienta na chronické resuscitační jednotce

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PhDr. Andrea Hudáčková

Tereza Petrouová

2011

ABSTRACT

The Bachelor paper subject: Specific aspects of care given to chronic patients of Resuscitation Unit.

The Ward of Chronic & Intensive Care is a specialized unit providing quality care to patients long-term dependent on the breathing apparatus.

Formulated for the paper were three objectives:

(1) to explore special aspects of nursing care delivered to patients long-term treated in the Resuscitation Unit. With the results reviewed, the nurses were found to provide comprehensive well-aimed care to the patients as regards the aspects of hygiene, nutrition and excretion. Great emphasis was placed on communication with clients, their families and other close relatives.

A proper method of such communication was chosen in consideration of individual features of each person and his or her communication capabilities. The entire medical team applied the concept of basal stimulation. Consequently, the first objective was met.

(2) to map the difficulties encountered while providing care in the Unit. Most of the nurses found their work mentally exhausting. The second objective was achieved, too.

(3) to examine demands imposed on nurses staffing the Unit. The nurses had to be responsible; properly educated; familiar with different elements of the basal stimulation; and capable of taking independent decisions, showing empathy, utilizing communication skills, and cooperating not only with the other staff members but, first and foremost, with the families and relatives of the clients. The third objective was thus accomplished.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: Specifika péče o pacienta na chronické resuscitační jednotce jsem 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 Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Podpis studenta

Poděkování

Touto cestou bych chtěla upřímně poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Andree Hudáčkové za její čas, odborné konzultační vedení a cenné rady.

Dále bych ráda poděkovala paní primářce Doc. MUDr. J. Drábkové, CSc. za ochotu a poskytnuté materiály k tomuto tématu.

OBSAH

Úvod.....	3
1. Současný stav - Chronická resuscitační jednotka.....	5
1.1 Charakteristika oddělení.....	5
1.1.1 Počet lůžek, specifické vybavení.....	5
1.1.2 Pacienti na OCHRIP: Proč jsou pacienti hospitalizováni na OCHRIP.....	6
1.2 Specifika péče o pacienta na chronické resuscitační jednotce.....	7
1.2.1 Monitorování.....	7
1.2.2 Péče o invazivní vstupy.....	10
1.2.3 Péče o dýchací cesty.....	11
1.2.4 Péče o výživu.....	13
1.2.5 Péče o vyprazdňování.....	15
1.2.6 Péče o kůži, hygienická péče, prevence dekubitů.....	16
1.2.7 Komunikace, bazální stimulace.....	18
1.2.8 Rehabilitace.....	21
1.3 Potřeby pacientů na OCHRIP	23
1.4 Komplikace u pacientů na OCHRIP.....	24
1.5 Sestra na OCHRIP.....	25
1.5.1 Náročnost práce sester na OCHRIP.....	25
1.5.2 Vzdělání sester na OCHRIP.....	25
1.5.3 Kompetence sester na OCHRIP.....	26

2. Cíle práce a výzkumné otázky.....	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Výzkumné otázky.....	28
3. Metodika.....	29
3.1 Metodika výzkumného šetření.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4. Výsledky.....	30
4.1 Rozhovory.....	30
4.2 Kategorizace dat v tabulkách.....	67
5. Diskuse.....	76
6. Závěr.....	80
7. Seznam literatury a použitých zdrojů.....	82
8. Klíčová slova.....	85
9. Přílohy.....	88

Seznam zkratek

a. - artéria

Atd. – a tak dále

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

ARIP – specializační vzdělání, obor anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

BS – Bazální stimulace

CŽK – centrální žilní katétr

DIP – Dlouhodobá intenzivní péče

FN – Fakultní nemocnice

GIT – gastrointestinální trakt

GSC – Glasgow Coma Scale

Např. - například

NGS – nasogastrická sonda

NN – nozokomiální nákaza

OCHRIP – Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče

PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie

PMK – permanentní močový katétr

TSK – tracheostomická kanyla

UPV – umělá plicní ventilace

VAS – vizuální analogová škála

v – vena

Úvod

Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (DIP, OCHRIP) je oddělení, které se specializuje na pacienty s obtížným odpojením od ventilátoru. Oddělení se řadí do systému péče o dlouhodobě kriticky nemocné pacienty, kteří jsou závislí na dýchacích přístrojích s dlouhodobým klinickým průběhem. Jsou zde hospitalizováni klienti vyžadující specializovanou rehabilitaci mozku a resocializaci. OCHRIP v FN Motol je konzultant pro MZ ČR v problematice dlouhodobé resuscitační a intenzivní péče a domácí ventiloterapie. Na OCHRIP jsou léčeni dlouhodobí pacienti na dýchacích přístrojích, těchto pacientů nyní přibývá. Jejich diagnózy jsou stavy po cévních mozkových příhodách, po polytraumatech, pacienti s chronickou obstrukční plicní nemocí, s myasthenia gravis, s nízkou výkonností levé komory atd. Pacienti jsou sem překládáni nejčastěji z lůžek ARO, kardiologických a kardiochirurgických JIP. Oddělení je vybaveno podobně jako ARO, jsou zde dýchací přístroje, monitorovací technika, přístroje pro dávkování léků a výživy. Je zde ale větší možnost kompenzačních pomůcek. Dále je zde možnost ergoterapie, klinický psycholog, rehabilitační stimulační i relaxační prvky, mobilizace klienta, muzikoterapie atd.

Jelikož je těchto lůžek velký nedostatek a většina nemocnic v České republice tato lůžka nemá k dispozici, jsou chroničtí pacienti s dlouhodobou ventiloterapií uloženi na akutních lůžkách, kde jim bohužel nemůže být poskytnuta speciální cílená péče a tyto pacienti mají dále nepříznivou prognózu nebo končí na lůžkách LDN.

OCHRIP má za cíl klientovo odpojení od dýchacího přístroje postupnou změnou režimu na ventilátoru. Velice důležitá je zde role sestry, která s klienty neustále komunikuje, je empatická a snaží se klienty povzbudit, uklidnit a zbavit strachu z odpojování. V případě, kdy má klient poruchu vědomí a nemůže nám sdělit své pocity, je důležité se klientovi věnovat, poskytnout mu kvalitní ošetrovatelskou péči, komunikovat s ním a pomocí bazální stimulace mu dát možnost navázat kontakt se svým okolím. Právě koncept Bazální stimulace je na odděleních tohoto typu cíleně využíván. Tento koncept pracuje se zachovalými schopnostmi klienta. Dává klientům

možnost žít v rámci možností kvalitní život a u ošetřujícího personálu tato myšlenka změnila pohled a postoj na poskytování té nejkvalitnější a cílené ošetrovatelské péče.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož mě zajímá problematika intenzivní péče o dlouhodobě a chronicky nemocné pacienty. Chroničtí pacienti na lůžkách akutní a intenzivní péče jsou často opomíjenou skutečností a problematika hospitalizace klientů závislých na ventilátoru není zcela vyřešena právě z hlediska dalšího postupu v péči. Tito klienti na lůžkách ARO nebo JIP zdaleka nedostávají odpovídající cílenou péči.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika oddělení

Chronická resuscitační jednotka (OCHRIP) je organizačně samostatná jednotka, která má 24h režim. Je zde poskytována péče pacientům, u nichž došlo ke zvládnutí akutního kritického stavu, ale dále selhává jedna či více základních životních funkcí a je nadále nutnost podpory těchto životních funkcí. Na OCHRIP jsou léčeni pacienti, závislí na resuscitační či intenzivní péči, na dýchacích přístrojích, pacienti vyžadující specializovanou rehabilitaci mozku. Na OCHRIP jsou zpravidla přijímáni klienti z akutních lůžek ARO, JIP a KARDIO. U těchto pacientů není již nutná hospitalizace na akutním lůžku, ale nadále je nutné sledovat či zajišťovat jednu i více životních funkcí. Péče na těchto specializovaných odděleních je dlouhodobá, postupy jsou (oproti běžným JIP a ARO) méně invazivní, přibývá speciální rehabilitace a ergoterapie. Pacienti se netlumí, jsou motivováni k činnostem (i v průběhu umělé ventilace), mají k dispozici laryngofon. Jsou bez antibiotik, výživa je podávána enterálně se snahou o perorální příjem potravy (5,7,33).

1.1.1 Počet lůžek, specifické vybavení

V České republice je počet institucionalizovaných lůžek tohoto zaměření dosud nedostatečný a zkratka OCHRIP není vždy vykládána správně. Oddělení urgentního příjmu dospělých (OUPd) a Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP) s charakterem superspecializované JIP akademické úrovně má 12 lůžek. Vybavení oddělení odpovídá ARO/JIP, včetně všech potřebných přístrojů a monitorovacích zařízení. Pacient leží na speciálním polohovacím lůžku, které by mu mělo poskytnout nejvyšší míru komfortu a personálu umožnit optimální podmínky k péči. Lůžka jsou umístěna v oddělených boxech, což umožňuje lepší hygienické podmínky, komfort a soukromí pro klienty. Každý box je vybaven radiomagnetofonem s CD přehrávačem a televizním přijímačem (4,7,33).

1.1.2 Pacienti na OCHRIP: Proč jsou pacienti hospitalizováni na OCHRIP

Na oddělení chronické resuscitační péče jsou přijímáni pacienti závislí na umělé plicní ventilaci s obtížným odpojováním od ventilátoru. Dále klienti, kteří mají nestabilitu orgánových funkcí, stavy po akutním infarktu nebo exacerbaci závažné chronické choroby. Příjmy na OCHRIP se dohodnou mezi lékařem pracoviště, které pacienta k překladi indikuje a lékařem OCHRIP. V případě většího zájmu, než je momentální počet volných lůžek, vstoupí daný pacient do pořadníku. Důvody, proč nebude vůbec přijat, jsou vysvětleny lékaři doporučujícího pracoviště. OCHRIP nepřijímá pacienty v terminálním stavu se selháním základních životních funkcí a s infaustní prognózou (s neřešitelnou nádorovou chorobou), v refrakterním toxicko-septickém šoku atd. Nejsou přijímáni ani infekční pacienti (HIV, TB, MRSA, infekční průjemy), děti a nezletilí. Pacienti trvale ventilodependentní jsou z OCHRIP navrhováni k domácí umělé plicní ventilaci, jsou-li pro ni splněny podmínky.

V České republice vedly k řešení problému dlouhodobé intenzivní péče zprvu děti po vysokých páteřních a míšních traumatech, s neurodegenerativními chorobami, s myopatiemi, s myodystrofiemi. Byla zahájena éra domácí umělé plicní ventilace u dětí umístěných do domácí péče instruovaných rodičů. Postupně k nim v posledních letech přistupují dospělí a mladší klienti po těžkých dopravních nehodách s mozkolebečními a míšními traumaty, po hemoragických mozkových příhodách při násilí, po neodkladné resuscitaci v terénu při maligních dysrytmích, po předávkování arytmogenními psychomimetickými aminy. Starší klienti při pokračující CHOPN, při komunitní pneumonii, po těžké multiorgánové dysfunkci, po sepsích. Na rozdíl od dětí jsou do domácí péče svými rodinami přijímáni ojediněle. Do dlouhodobé intenzivní péče nejsou indikováni pacienti např. s cystickou fibrózou, s amyotrofickou laterální sklerózou nebo roztroušenou sklerózou (4,5).

Péče na OCHRIP po stránce ošetřovatelské i léčebné má za cíl klienta pokud možno postupně odpojit od dýchacího přístroje, umožnit a zajistit toaletu dýchacích cest, upravit selhávající nebo minimálně fungující orgánové systémy (mentální, kardiální, jaterní, ledvinné, výživové, endokrinní, svalové atd.). Dále nalézt mu umístění do

odpovídajícího prostředí a připravit klienta k návratu kvality života, která by ho uspokojovala. Např. v FN Motol na oddělení dlouhodobé chronické resuscitační péče je úzká spolupráce s Rehabilitační klinikou v oblasti fyzioterapie a ergoterapie. Lůžková složka dále poskytuje klinicko-psychologickou péči klientovi a jeho rodině v krizi. Je zde velká možnost volnočasových aktivit (TV, muzika, puzzle, knihovna, atd.) i možnost vyvézt klienta ven do areálu nemocnice za doprovodu ošetřujícího personálu. Velký význam je kladen na vzájemný vztah klienta, jeho rodiny a ošetřujícího personálu. Rodina klienta je úzce zapojována do všedních činností klienta, ve spolupráci s fyzioterapeutem provádí prvky rehabilitace a je poučena o zásadách bazální stimulace i o možnosti přinést klientovi osobní a oblíbené věci, opticky a sluchově působící předměty i oblíbené jídlo či nápoje po předchozí domluvě se sestrou. Dále jsou rodinným příslušníkům pravidelně podávány informace o stavu klienta, o postupu další terapie a prognóze. Hlavním úkolem OCHRIP je klienty s příznivou prognózou postupně odpojit od ventilátoru, zkompenzovat, případně zrušit PEG a tracheostomickou kanylu, upravit jejich přidružené choroby a rozhodnout o prognóze intenzivní léčby, podpoře základních životních funkcí nebo ošetřovatelské péči (7,32).

1.2 Specifika péče o pacienta na chronické resuscitační jednotce

1.2.1 Monitorování

Pacient přijatý z akutního lůžka je ve většině případů napojen na monitor, kde je monitorován TK (invazivní nebo neinvazivní cestou), pulz, EKG křivka, CVP kontinuálně, SpO₂ a dechová frekvence. Postupně je však snaha o minimalizaci jen na nejnnutnější parametry. V akutní fázi je u klienta sledováno více parametrů než v následné péči. Cílem je zanechat pouze nezbytně nutná invazivní měření a v případě možnosti přejít z invazivního monitorování na neinvazivní.

Pulz (tep) je náraz krevního proudu na stěnu tepny při kontrakci levé srdeční komory. Pulz je měřen invazivně či neinvazivně. Místa měření periferního pulzu jsou a.temporalis, a.carotis, a.brachialis, a.radialis, a.femoralis, a.poplitea, a.dorzalis pedis,

a.tibialis posterior. Při hodnocení pulzu sledujeme frekvenci, rytmus, kvalitu a rozdílnost.

Krevní tlak (TK) je tlak krve v arteriích a je výsledkem odporu cév a srdečního výdeje. Rozeznáváme tlak systolický a diastolický. Tlak ovlivňuje řada faktorů jako věk, tělesná aktivita, pohlaví, rasa, stres, léky, denní doba, obezita, krvácení, tělesná teplota (horečka), zevní teplo a chlad. Monitorace arteriálního krevního tlaku v přímém měření se systolickou a diastolickou hodnotou a s hodnotou středního arteriálního tlaku je možné zaměnit za metodu nepřímého sledování až po definitivní stabilizaci klienta. Invazivní monitorace tlaku v arteriálním řečišti s sebou přináší řadu komplikací jako trombóza arterie, hematom v místě vpichu, infekce a jiné. Proto je nahrazena měřením tlaku pomocí manžety, nejčastěji na paži.

Dalším častým parametrem, který je u klienta na OCHRIP sledován, je EKG křivka. Je to základní monitorovací technika s užitím tří nebo pěti svodového EKG. Díky nimž sledujeme tepovou frekvenci, ale i změny srdečního rytmu, arytmie, fibrilace a jiné. Pomocí pulzního oxymetru sledujeme saturaci hemoglobinu kyslíkem (SpO₂). Zpočátku se také pravidelně provádí kontrola krevních plynů a parametrů acidobazické rovnováhy (8,25).

Dále je mnohdy nutné kontinuální měření tělesné teploty pomocí čidla z důvodu kolísání tělesné teploty. Tělesnou teplotu ovlivňuje řada faktorů jako věk, denní doba, tělesná aktivita, hormony a okolí. Vlivem patologických procesů může dojít ke změnám tělesné teploty. V akutní péči má klient zavedené čidlo, které by však nemělo být zavedeno dlouhodobě pro riziko poškození sliznice a následné infekci. Pokud je to možné, tělesná teplota se měří neinvazivně v pravidelných intervalech. Naměřené hodnoty pravidelně zapisujeme do dokumentace.

Pokud dojde k poruše vědomí, hodnotíme stav klienta pomocí stupnice stavu vědomí Glasgow Coma Scale (GSC). Stupnice hodnotí reakci klienta na zevní prostředí, a to otevření očí, motorickou reakci a slovní odpověď. Dle bodového vyhodnocení (15-3) určíme stav vědomí. Hodnocení pravidelně opakujeme.

Klienti na OCHRIP nejsou tlumeni a nemají analgosedaci jako na lůžkách akutní péče. V takovém případě je nutné zhodnotit stupeň bolesti klienta a podle toho zvolit vhodnou analgetickou léčbu. Bolest je subjektivní pocit a právě z tohoto důvodu bychom měli respektovat vše, co klient o bolesti uvádí. Rozlišujeme základní druh bolesti na akutní a chronickou. Při hodnocení bolesti používáme hodnotící škály, a to konkrétně VAS (vizuální analogová škála), NRS (číselná hodnotící škála), slovně popisná škála. Bolest hodnotíme také z celkového stavu klienta a to v případě, že nám z důvodu poruchy vědomí nebo komunikace, klienti nemohou sdělit své problémy. Klient může bolest projevit emočně, mimikou, polohou těla, reakcí na změnu polohy atd. Po vyhodnocení bolesti klienta, je důležité zvolit vhodnou léčbu.

Nedílnou součástí péče o pacienta na OCHRIP je pravidelné sledování. Sledováním pacienta získáme základní orientaci o stavu nemocného, o vývoji klinického obrazu, o komplikacích, úspěšnosti léčby a prognóze. Cílem je získat potřebné a aktuální informace, s přehledem o změnách ve smyslu zlepšení či zhoršení stavu. Největší podíl sledování se soustřeďuje na sledování životně důležitých funkcí a již zmíněné monitorování. Základem je odborné smyslové posouzení vzhledu nemocného, barvy kůže, charakteru dýchání apod. Dále pravidelně sledujeme ovlivnění pacienta léčbou a komplikace léčby, sladění pacienta s ventilátorem, kdy se postupně dle stavu pacienta snažíme měnit režimy až k následnému odpojení ventilátoru a v nejlepším případě přejít na spontánní dýchání. Pravidelně také sledujeme a kontrolujeme laboratorní výsledky. Sledujeme hemokoagulační parametry, dále vyšetření červeného krevního obrazu, hematokritu, hemoglobinu a počet retikulocytů. Sleduje se také výskyt erytrocytů v moči a v žaludečním obsahu. Z biochemického vyšetření sledujeme hladiny dusíku, kalia, kalcia, magnezia, fosfátů, cholesterol a triacylglyceroly, dále jaterní testy (bilirubin, cholinesteráza), T3, T4, TSH a jiné. Pravidelně se také vyšetřuje moč, biochemicky i mikrobiologicky a provádí se funkční vyšetření ledvin. Dle ordinace lékaře se dále klient vyšetřuje pomocí RTG, CT, MRI, endoskopie, bronchoskopie, biopsie atd. O všech vyšetřeních a výkonech klienta předem informujeme a vysvětlíme důvod a princip vyšetření (2,4,16,20,31).

1.2.2 Péče o invazivní vstupy

Invazivní vstupy většinou zavádí lékař za asistence sestry. Případně kvalifikovaná sestra dle odborné způsobilosti nebo sestra s písemným pověřením lékaře. Sestra o tyto vstupy pravidelně pečuje, převazuje je, kontroluje místo vpichu a vše zaznamenává do dokumentace. Péče o invazivní vstupy se provádí pravidelně zpravidla po provedené hygieně nebo dle potřeby klienta a standardu oddělení. Případné komplikace a změny musejí být vždy nahlášeny lékaři.

Pacienti mají často zaveden trojcestný centrální žilní katétr (např. cestou v.iugularis,v.subclavia,v.femoralis) a zpočátku i arteriální katétr (např. cestou a.radialis,a.brachialis,a.femoralis). Dále jeden či více periferních žilních katétrů. Pokud to stav pacienta vyžaduje, má zavedenou ještě např. dialyzační kanylu. Někteří pacienti mohou mít zaveden epidurální katétr k epidurální analgezi. V případě, kdy není invazivní vstup dále zapotřebí nebo je možné jej nahradit neinvazivní metodou, ihned vstup rušíme, jelikož právě invazivní vstupy jsou častým zdrojem nozokomiální nákazy.

U chronických pacientů je upřednostňován čtyřcestný CŽK s ionty AG, který je možno ponechat 3-4 týdny. Všechny ostatní katétrů je nutné po týdnu překanylovat. Periferní katétrů můžeme ponechat 2-3 dny. Vždy se řídíme standardem oddělení, stavem invazivního vstupu a stavem klienta. Všechny invazivní vstupy musejí být ošetřovány sterilně za aseptických podmínek. Invazivní vstup se má převazovat vždy po 24 hodinách. V případě použitých transparentních převazových materiálů 1x za 3 dny, nebo vždy při narušení integrity (8,15).

Léky ke kontinuálnímu intravenóznímu podávání jsou aplikovány přes různé infuzní filtry. Ani přes jeden typ filtru nelze podávat krev, krevní deriváty, koloidní roztoky a faktory srážlivosti. Používání infuzních filtrů nenahrazuje aseptické pracovní postupy. Infuzní filtry se mění s celým systémem každých 24 nebo 96 hodin. Výměna infuzních setů, trojcestných kohoutků a spojovacích hadiček se provádí 1x za 24-48 hodin (dle zvyklosti zdravotnického zařízení). Vždy označíme datem a hodinou výměny a zaznamenáme do dokumentace.

V akutní fázi jsou léky podávány převážně intravenózně nebo formou injekcí. Při přípravě léků k intravenóznímu podání je nutné se řídit ordinovanou koncentrací, množstvím, intervalem a způsobem podání. Léky musejí být připravovány sterilně za aseptických podmínek ve speciálním boxu s laminárním prouděním. Všechny léky (roztoky) musejí být připraveny a naředěny dle návodu k přípravě a ihned podány klientovi dle ordinace lékaře. Čas a způsob podání vždy zaznamenáme do dokumentace. Pokud lékař rozhodne o zrušení katétru, při jeho vytažení zkontrolujeme celistvost a dle zvyklosti oddělení odešleme konec katétru na mikrobiologické vyšetření. Místo vpichu zkontrolujeme a sterilně překryjeme. Do dokumentace zaznamenáme datum, čas, popis místa vpichu, celistvost katétru a podpis (6,18,20,25).

1.2.3 Péče o dýchací cesty

Na chronickou resuscitační jednotku je většinou přijímán pacient závislý na dýchacím přístroji a se zavedenou tracheostomickou kanylou. Umělá plicní ventilace (UPV) je způsob dýchání, při němž přístroj plně či částečně zajišťuje průtok plynu do respiračního systému. UPV ovlivňuje i metabolismus orgánů jako řízení vodního a elektrolytového hospodářství, lymfatickou drenáž a koagulační rovnováhu. Lékař na ventilátoru nastaví dýchací režim. Režimy se dělí na spontánní (parametry ovlivňuje ventilace pacienta) a podpůrné (parametry ovlivňuje nebo určuje přístroj). Při zavedení endotracheální či tracheostomické kanyly dojde u klienta k vyřazení funkcí horních cest dýchacích. Tyto funkce musíme nahradit uměle. Vdechovaná směs musí být zvlhčená, ohřátá a mít správnou koncentraci plynů. Zvlhčování vdechované směsi se provádí za pomoci zvlhčovačů. Každý dýchací okruh je proto vybaven zvlhčovačem, ohřivačem a bakteriálním filtrem. Dýchací okruh je sterilní a výměna probíhá za aseptických podmínek. Ošetrovatelská péče se zaměřuje, na zajištění dostatečného přísunu kyslíku klientovi a toaletu dýchacích cest s případným aktivním odsáváním hlenu z dýchacích cest podle potřeby klienta (1,12,13).

UPV může trvat dny, týdny, měsíce i roky. Podmínky pro odpojení od ventilátoru jsou stabilizovaný stav klienta, dostatečná výživa a hydratace, tělesná teplota

pod 38°C, uspokojivý krevní tlak a tepová frekvence, frekvence dýchání do 30/min., uspokojivá hodnota krevních plynů, psychická příprava pacienta (vysvětlit, že se neudusí a ventilátor zůstane v pohotovosti, jak dlouho bude třeba). Odvykání od ventilátoru je dlouhodobý proces, který může negativně ovlivnit psychiku klienta. Odvykání trvá podle výkonnosti nemocného, typu onemocnění a délky UPV. Nejdříve se z plně řízené ventilace přechází na podpůrné, individuální přizpůsobivé ventilační režimy. Zpočátku na pár minut dopoledne a odpoledne, poté se intervaly prodlužují. V průběhu těchto výkonů je klient sledován a monitorován a případné změny jsou ihned hlášeny lékaři. Následně se postupuje až ke spontánní ventilaci i přes noc. Tento postup je individuální a často zdoluhavý, může mít i nepříznivý zvrát, kdy je nutný návrat na plně řízenou ventilaci.

Klienti na OCHRIP mají zavedenou tracheostomickou kanylu. Při UPV je nezbytně nutná kvalitní a pravidelná péče o dýchací cesty. Pravidelně odsáváme sekret z dolních cest dýchacích podle potřeb klienta. Odsávání můžeme rozdělit na akutní odsávání z důvodu aspirace cizího tělesa, toaletu dutiny ústní a nosohltanu nebo toaletu dolních cest dýchacích. Pacienta předem upozorníme, že budeme odsávat a sdělíme účel odsávání. Pracujeme sterilně se sterilními pomůckami za aseptických podmínek po nezbytně nutnou dobu, jelikož tento výkon je pro klienta velice nepříjemný a dráždivý. Aby odsávání bylo, co nejméně nepříjemné, použijeme např. Mesocain gel, Xylocain spray. Při odsávání sledujeme vzhled sputa (barva, konzistence, příměsi). O případných změnách ihned informujeme lékaře a vše zaznamenáváme do dokumentace. Dále je v péči o dýchací cesty užívána inhalace, dechová rehabilitace, poklepová masáž, mikronebulizace a v rámci BS masáž stimulační dýchání.

Při dlouhodobém zavedení tracheostomické kanyly provádíme výměnu v pravidelných intervalech dle standardu oddělení či v případě zhoršené průchodnosti dle potřeby klienta. Dále je nutné důkladně pečovat o dutinu ústní, jak v případě zaintubovaného klienta, tak i s TSK či bez podpory dýchání. Pravidelně kontrolujeme stav dutiny ústní a sliznic, jelikož mohou vznikat dekubity, poškození sliznice či infekce v místě zavedení endotracheální kanyly či TSK (19,21,25,31).

1.2.4 Péče o výživu

Výživa není pouze přijímání potravy, ale i zpracování přijatých živin. Množství potravy by mělo odpovídat spotřebě energie. Rychlost metabolismu ovlivňuje řada faktorů jako věk, svalová práce, teplota, mužské pohlavní hormony, hormony štítné žlázy a specificko-dynamický účinek potravy. Mezi základní živiny patří bílkoviny, tuky a uhlovodany a přídavné jsou vitaminy, minerální látky a voda. Faktory ovlivňující výživu jsou biologické (funkce trávicího ústrojí, věk, pohlaví, zdravotní stav), psychické (emocionální stav, psychosomatické stavy) a sociální faktory (víra, životní styl, individuální zvyky, ekonomická situace).

U pacienta je vždy preferován perorální příjem potravy. Ne vždy to však stav pacienta dovoluje a je tedy nutné zajistit výživu jiným způsobem. Na druhém místě je upřednostňována výživa enterální do GIT na třetím místě výživa parenterální (30).

Parenterální výživa je využívána spíše v akutní péči. Je indikována v případě, kdy není možný perorální příjem potravy a enterální výživa je u pacienta kontraindikována, špatně tolerována či není účinná. Nejčastější indikace parenterální výživy jsou malabsorpce, malnutrice, mentální anorexie, střevní píštěle, ileus, polytrauma, jaterní či renální selhání, popáleniny, trauma hlavy, sepse a jiné. Parenterální výživu vždy ordinuje lékař a rozdělujeme ji dle kritérií. Parenterální výživa je podávána z jednotlivých lahví nebo častěji systémem all-in-one. Systém all-in-one je vak, ve kterém jsou obsaženy cukry, tuky i aminokyseliny. Vak je možné doplnit dle ordinace lékaře, stavu a potřeb klienta o další složky výživy jako vitamíny, stopové prvky, tukové emulze a jiné. Vše je připravováno sterilně za přísně aseptických podmínek. Kompletní vak musí být řádně označen jménem pacienta, přesnou identifikací pacienta a oddělení, celkovým objemem, objem jednotlivých komponent, časem podání vaku a expirace. Dále parenterální výživu dělíme podle místa podání na periferní a centrální výživu a podle složení na doplňkovou, totální a speciální orgánově specifickou výživu.

Základní indikací pro použití enterální výživy je, pokud má pacient fungující gastrointestinální trakt, ale není schopen z nějaké jiné příčiny přijímat potravu. Kontraindikace enterální výživy jsou: Úplná ztráta funkce střeva způsobená selháním, těžkými záněty nebo poruchami motility v pooperačním stavu, úplná střevní obstrukce, nemožnost přístupu do GIT z důvodu těžkých popálenin, mnohočetného traumatu, velké ztráty střevního obsahu píštělemi apod. Enterální výživu dělíme na gastrickou, duodenální a jejunální. Dle místa zavedení na nazogastrickou, nazojejunální, punkční gastrostomii nebo punkční jejunostomii.

Nazogastrickou sondu (NGS) zavádí zpravidla sestra dle standardu oddělení. Duodenální sondu zavádí gastroenterolog pomocí fibroskopu a následně je provedena kontrola uložení pomocí RTG snímku (před RTG aplikujeme Telebrix-kontrastní látku). Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) je používána v indikacích dlouhodobé enterální výživy a v indikacích domácí enterální výživy. A pokud je předpoklad, že klient bude mít dlouhodobě problém s příjmem potravy déle než 6 týdnů. Hlavní indikací jsou onemocnění, při kterých hrozí vznik malnutrice nebo se již malnutrice vyvinula a u kterých je funkční trávicí trakt. Mezi hlavní indikace v intenzivní péči však patří polytrauma, protrahovaná intenzivní péče s multiorgánovou dysfunkcí a vegetativní stav. Kontraindikací jsou difúzní peritonitida, ascites, karcinom žaludku, poruchy koagulace, a jiné. Při zavedení PEG mohou nastat časně či pozdní komplikace. Nezávažné komplikace jsou např. netěsnost podél PEG kanyly, ucpání kanyly, infekce v okolí vývodu PEG, subfebrilie. Závažné komplikace jsou krvácení, aspirace, akutní peritonitida, píštěl. Ústí gastroenterologické kanyly sterilně kryjeme. Po vytvoření stomického kanálu (6-8 týdnů) není nutné převazovat (29).

Enterální výživa je na OCHRIP nejčastěji podávána enterální pumpou, která umožňuje přesné a bezpečné dávkování. Dále se dle ordinace lékaře volí režim podávání. Bolusové podávání spočívá v tom, že enterální přípravek je pomocí stříkačky podáván pomalu (tak, aby nepřesáhl 30ml/min). Výživa musí být připravována a podávána sterilně za aseptických podmínek. Na OCHRIP je často volen režim intermitentního podávání, kdy je přípravek podáván 24h. v intervalech: Tři hodiny se

přivádí enterální výživa čerpadlem, následuje dvouhodinová pauza bez enterální výživy a poté opět tři hodiny přívodu výživy a dvou hodinová přestávka. Dále je možno podávat enterální výživu kontinuálně 20 hodin bez přerušení, nejlépe enterální pumpou. Nebo podávání enterální výživy pouze přes noc, což je vhodné spíše u pacientů, kteří se během dne normálně pohybují a během noci jsou připojeni na enterální pumpu. Tekutou výživu dělíme do čtyř základních skupin:

- 1) *Tekuté výživy připravené kuchyňskou technologií (home made diets)*
- 2) *Polymerní formule*
- 3) *Elementární a oligomerní diety*
- 4) *Speciální (orgánově specifické) formule enterální výživy*

Pokud klient může přijímat potravu ústy, je nutné zvolit vhodnou dietu, dle stavu klienta a jeho onemocnění. Dbáme o dostatečný přívod vitamínů a minerálů. Pravidelně sledujeme výživový stav klienta. Často je přínosné promluvit si o stravovacích zvyklostech klienta s rodinou, která nám může poskytnout informace o oblíbených a neoblíbených jídlech či nápojích. Všechny typy výživy jsou indikovány dle stavu a potřeb klienta. U každého klienta je potřeba výživy individuální. Sestra má za úkol podávat výživu dle ordinace lékaře, dbát o správnou přípravu a podání výživy, sledovat stav klienta a případné nežádoucí účinky ihned hlásit lékaři (11,18,20,25,29,30).

1.2.5 Péče o vyprazdňování

Vyprazdňování moče a stolice je základní potřeba klienta. Vyprazdňování ovlivňuje řada faktorů jako onemocnění, věk, pohyb, způsob života, příjem tekutin a potravy. Vylučování moče zajišťuje močový systém, který tvoří ledviny, močovody, močový měchýř a močová trubice. U dlouhodobě ležících klientů je nutno zajistit permanentní vyprazdňování močového měchýře a pravidelné vyprazdňování stolice.

Pacienti na OCHRIP mají zpravidla zaveden permanentní močový katétr (PMK), což je důležité při sledování příjmu a výdeje tekutin. Pravidelně sledujeme diurézu a

posléze hodnotíme bilanci tekutin. Permanentní močový katétr je zaváděn sterilně za aseptických podmínek. Mužům zavádí PMK lékař, ženám pověřená sestra dle standardu oddělení. PMK je nutno pravidelně měnit dle standardu oddělení, zpravidla každých 14 dní, případně podle potřeby klienta. Na PMK je napojen sběrný sáček (uzavřený systém – ureofix), který se mění každý týden. Pokud je PMK zaveden dlouhodobě a není v dohledné době možné jeho zrušení, je klientům po rozhodnutí lékaře provedena epicystostomie. Což je suprapubická drenáž močového měchýře. Při tomto výkonu je porušena kožní integrita a hrozí riziko vzniku infekce. Proto o místo zavedení pravidelně pečujeme, sledujeme jej a sterilně převazujeme. Vždy dbáme i na důkladnou hygienickou péči. Oblast genitálu udržujeme v suchu a čistotě, především u žen je velké riziko vzniku infekce močových cest.

Při vyprazdňování stolice je důležitá pravidelnost, u dlouhodobě ležících klientů se často střídá období zácpy a průjmů. Vždy sledujeme barvu stolice, její konzistenci, frekvenci vyprazdňování, zápach, příměsi, odchod plynů a případné změny hlásíme lékaři. Pokud klient trpí dlouhodobě zácpou, je vhodné začít šetrnými metodami, jako změna stravy, tekutiny, cvičení a jiné. Jelikož časté a dlouhodobé podávání laxativ ztrácí účinnost. V opačném případě, kdy klient trpí častými průjmy, je nutné dbát na hygienu v oblasti konečníku a čistotu pokožky. Vyprazdňování moče i stolice je u každého klienta individuální a je často na místě si o tomto problému promluvit s rodinou (18,20,27).

1.2.6 Péče o kůži, hygienická péče, prevence dekubitů

Péče o čistotu vlastního těla je základní lidskou potřebou. Hygienická péče je v rukou sestry téměř každého pacienta na OCHRIP. U nesoběstačného klienta provádí kompletní hygienu sestra. Pokud je klient z části schopný si hygienickou péči obstarat sám, sestra mu pomáhá a dohlíží na něj. Hygiena je základní biologickou potřebou a základní předpoklad pro pocit osobní pohody.

Hygiena se provádí po 12 hodinách, eventuálně dle potřeby klienta. Každého klienta před hygienou oslovíme a po celou dobu hygieny s klientem komunikujeme (i

s klientem v bezvědomí!). Připravíme si všechny potřebné pomůcky a zjistíme i prostředí (vhodnou teplotu). Pokud je to možné používáme klientovi osobní hygienické potřeby a kosmetické pomůcky (oblíbené mýdlo, šampon, krém, vůni atd.). Hygiena obličeje zahrnuje péči o dutinu ústní, nos, oči, uši. Při hygieně dutiny ústní nejprve vyčistíme zuby nebo zubní protézu, dále vypláchneme a vyčistíme dutinu ústní speciálním roztokem či ústní vodou. Kontrolujeme i jazyk, kde dáváme pozor na povlaky a rty ošetříme mastičkou. Ošetření očí je u klienta s poruchou vědomí v ruce sestry, jelikož samočisticí mechanismy očí jsou narušeny z důvodu omezení nebo úplné absence mrkání. Oči se pravidelně kontrolují a ošetřují. Zavřené oči vyčistíme tamponkem s fyziologickým roztokem nebo použijeme speciální oční roztok (Ophtal). Postupujeme z vnější do vnitřní části oka k slznému kanálku. Dokumentujeme velikost a tvar zornic a reakci na osvit. Pravidelně oči vykapáváme nebo aplikujeme masti (Ophtalmo – Septonex gtt., ung., Lacrisyn gtt.). Dále důkladně očistíme ušní boltce a prostor za ním. Při hygieně nosu zhodnotíme stav nosních průduchů, odstraníme přítomný sekret či krev. Dutinu nosní vyčistíme štětičkami s olejem. Pokud má klient zavedenou žaludeční nebo duodenální sondu vyměníme náplasti a fixujeme pokud možno na neporušené kůži. Uvnitř nosního průduchu podle možnosti změňme polohu sondy jako prevenci vzniku dekubitu. Pokračujeme na oblast krku, horní končetiny, podpaždí (kontrolujeme opruzení), hrudníku (u žen kontrolujeme opruzení pod prsy), břicha, dále provedeme hygienu dolních končetin (ostříháme nehty, ošetříme paty). Poté se klient otočí na bok, umyjí se záda, namasírují a promažou. Nakonec provádíme důkladnou hygienu genitálu čistou vodou (18,20,21).

Pokud to stav klienta dovolí, je ideální provést celkovou koupel ve speciální vaně, ve které je možné umýt klienta přímo ve sprše. Provede se celková koupel i s mytím vlasů. Při hygienické péči se kompletně mění ložní prádlo. Klient je uložen na speciální antidekubitární matraci, eventuálně na nafukovací antidekubitární matraci. Je nutné pravidelně kontrolovat místa nejčastější lokalizace dekubitů (predilekční místa) a klienta každé dvě hodiny, případně dle potřeby polohovat. Kůži je nutné kontrolovat nejen při hygieně, ale při každé manipulaci s klientem, při polohování atd. Kůži udržujeme v suchu a pravidelně ji promašťujeme.

Vznik dekubitu je značnou komplikací hospitalizace. Dekubitus je místní odumření tkáně, které postihuje kůži, podkoží, sval dle stupně dekubitu s následným vředovým rozpadem. Příčiny vzniku dekubitů jsou primárně způsobeny nepřerušným tlakem, který poškozují i malé cévy, následná hypoxie a odumrtí buněk. Faktory ovlivňující vznik dekubitu jsou tlak – intenzita a doba jeho působení, tření, střížná síla (nejčastěji ve Fowlerově poloze), vlhkost, mobilita, věk, výživa, tělesná teplota, poruchy centrální nervové soustavy, onemocnění. Vždy pravidelně hodnotíme riziko vzniku dekubitů a dle výsledků volíme pomůcky k prevenci vzniku dekubitů, pravidelné polohování, zajištění hydratace a výživy, péči o hygienu atd.

Po hygienické péči provedeme převaz všech invazivních vstupů, operačních ran a dalších defektů na kůži. Případné změny hlásíme ihned lékaři. Nakonec vše zaznamenáme do dokumentace (22,27,32).

1.2.7 Komunikace, bazální stimulace

Komunikace s klientem je při práci sestry velice důležitá. Komunikace slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s klientem. Sestra musí rozlišovat oblasti komunikace a to s nemocným (dítětem, dospělým, nemocným se zvláštními potřebami a handicapem), rodinou, blízkými a přáteli. Rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace v rámci ošetřování a to komunikaci sociální (běžný hovor, kontakt s nemocným při úpravě lůžka, hygieně, pomoci při jídle), specifická komunikace (strukturovaná, kdy sdělujeme důležitá fakta, postup vyšetření, dietní režim, edukujeme), terapeutická komunikace (při denním kontaktu s nemocným poskytujeme oporu a pomoc v těžkých životních situacích).

Základní rozdělení komunikace je na verbální a neverbální. Verbální komunikace (pomocí slov) má svá kritéria a to jednoduchost (ověřujeme, zda klient porozuměl sdělovanému), stručnost, zřetelnost (jasně vyjádřit podstatu věci), vhodné načasování (podle druhu tématu, zajistit soukromí, nerušený prostor, dostatek času), adaptivita (přizpůsobit hovor reakcím nemocného). Velmi důležitým prvkem komunikace je ochota naslouchat. Nasloucháme očima, ušima a srdcem. Neverbální

komunikace je považována za upřímnější a jde o řeč těla. Často jde ruku v ruce s verbální komunikací, jelikož při mluvení používáme jak mluvené slovo, tak řeč těla (mimika, dotek, pohyb, gesta). Komunikace s klientem je velice důležitá, ať už komunikujeme verbálně či neverbálně. Po celou dobu každé činnosti, kterou provádíme, udržujeme s klientem kontakt. Na začátku klienta oslovíme, obeznámíme jej s činností či výkonem, který u něj budeme provádět a postupně popisujeme, co konkrétně děláme.

Klienti s tracheostomií mají nejčastěji strach, že nebudou moci mluvit a v případě potřeby zavolat o pomoc. Sestra musí udělat vše po usnadnění komunikace, proto by měl mít klient v dosahu tabulky či kartičky na psaní. Vždy dáme klientovi dostatek času, aby se mohl vyjádřit. Mluvíme na klienta normálním tónem hlasu (často máme tendenci mluvit příliš nahlas, i když klient dobře slyší), pokládáme pouze jednu otázku, aby měl klient čas na odpověď, i v případě písemného dorozumění ujistíme klienta, že dodržujeme mlčenlivost a klientovo soukromí (27,28).

Bazální stimulace patří v zemích Evropské unie k uznávaným a aplikovaným konceptům, jak v oblasti speciální pedagogiky, tak v ošetrovatelství. Je určena pro lidi jakkoli tělesně či duševně postižené, pro klienty ve vigilním komatu, v akutní ošetrovatelské péči u dlouhodobě nemocných klientů na umělé plicní ventilaci, v bezvědomí, u klientů s apalickým syndromem, dále pro mentálně postižené a v podstatě pro většinu klientů v nemocnicích, ústavech sociální péče, domovech důchodců, domácí péče a jiných zařízeních. Vždy je nutné zohlednit individualitu klienta. Koncept Bazální stimulace se přizpůsobuje věku a stavu klienta. Základním principem konceptu je zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci.

Základními prvky Bazální stimulace jsou komunikace, pohyb a vnímání. Do konceptu Bazální stimulace můžeme zařadit velký rozsah činností a vjemů. Je nutné rozpoznat reakci klienta na stimulaci, např. grimasy obličeje. Prvkem Bazální stimulace je somatická stimulace, která nám poskytuje vjemy z povrchu těla prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Zprostředkujeme tím klientovi vjemy z jeho vlastního těla a vnímání tělesného schématu. Nejjednodušším prvkem Bazální stimulace je dotyk. BS

není doteková terapie, pouze pracuje s dotekem a především s kvalitou doteku. Správný dotyk musí být pevný a jistý. Pokud naše dotyky budou necílené, náhodné, jemné či chaotické, docílíme opačného efektu, klient bude mít strach a pocit nejistoty. Somatické stimulace dle konceptu BS jsou somatické stimulace zklidňující (zklidňující koupel), somatická stimulace povzbuzující (povzbuzující koupel), neurofyziologická stimulace (stimulace postižené části těla za předpokladu vnímání nepostižené části těla), symetrická stimulace, rozvíjející stimulace, diametrální stimulace, polohování, dále se používá masáž stimulující dýchání, kontaktní vibrační masáž a kontaktní dýchání, kdy cílenými dotyky rukou navedeme klienta ke klidnému, hlubokému a pravidelnému dýchání. Vhodné polohování, které stimuluje klienta k uvědomování si hranice svého těla je poloha hnízdo a poloha mumie, které poskytuje klientům komfort, navozují příjemné pocity a nabízí pocit jistoty a zlepšení vnímání hranic svého těla. Na základě získaných informací ze somatické a biografické anamnézy (viz. Přílohy) zjistíme konkrétní potřeby každého klienta s ohledem na jeho individualitu. Koncept Bazální stimulace je založen na principu vnímání a uvědomování si sebe sama. Podporuje lidské vnímání v základní rovině (10).

Koncept BS je na velice vysoké profesionální úrovni a je nutné, aby jej znali všichni pracovníci oddělení a ošetrovatelský personál, kde se rozhodli tento koncept aplikovat v praxi. Zaškolení těchto pracovníků probíhá ve speciálním kurzu. A pouze absolventi těchto kurzů jsou oprávněni aplikovat koncept Bazální stimulace v praxi. Při používání BS platí určité zásady, které musí znát a dodržovat každý, kdo přichází s klientem do styku. Do konceptu BS jsou zahrnuti i rodinní příslušníci a je vhodné, aby i oni měli možnost tímto způsobem pečovat o svého blízkého. Pokud bude BS provádět pouze jedna či dvě sestry, je pravděpodobné, že klient nebude na tuto stimulaci reagovat! Nejnáročnějším úkolem ošetřujícího je rozpoznat potřeby klienta, porozumět jeho stylu komunikace, poskytnout mu prostor pro orientaci, rozvoj jeho osobnosti a jistoty. Při používání konceptu BS mění ošetřující personál své postavení a vtažení ke klientovi a jeho blízkým. Přizpůsobují se komunikační úrovni klienta a volí jeho komunikační formu i v případě pacienta v bezvědomí či s jinou poruchou vnímání. Do nastavbových prvků BS jsou řazeny optické stimulace, auditivní stimulace (řeč, hudba,

zpěv), orální stimulace, olfaktorická stimulace a taktilně-haptická stimulace (9,10,14,22).

1.2.8 Rehabilitace

Rehabilitace je jedna z nejdůležitějších prvků terapie na OCHRIP. Cílem rehabilitace není klienta vyléčit, ale dovést klienta na nejvyšší možnou úroveň soběstačnosti v každodenním životě. Rehabilitace je dlouhodobý proces. Jde o týmovou spolupráci sester, lékařů, fyzioterapeutů, nutričních specialistů, psychologů, ergoterapeutů a v neposlední řadě spolupráce klienta a rodinných příslušníků.

Klienti na OCHRIP přicházejí s různě sníženou a omezenou tělesnou kondicí a fyzickou výkonností po předešlé dlouhé hospitalizaci. Po přijetí je klient vyšetřen pokud možno kineziologickým rozbohem, při kterém zjišťujeme schopnost aktivního pohybu, rozsah pohybu v kloubech, svalové kontraktury, svalovou sílu, držení těla, kvalitu sedu, stoje, chůze, eventuelně i rehabilitační konzilium. Po tomto vyšetření se společně s ošetřujícím lékařem stanoví krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán. Adaptace klienta na vhodnou a pravidelnou pohybovou aktivitu se projeví zvýšenou svalovou silou, lepším držením těla, zlepšením dechových a ventilačních funkcí, zvládnutím některých prvků soběstačnosti a sebeobsluhy (4,6,32).

Ergoterapie je důležitou součástí rehabilitace klienta. Tato zdravotnická disciplína využitá činnosti v procesu rekonvalescence, rehabilitace a dlouhodobé adaptace na nemoc. Klient by pomocí ergoterapie měl mít možnost nalézt a rozšířit nový smysl života, mít radost z činností, posilovat, zlepšovat a udržovat své kognitivní a motorické funkce. Na OCHRIP tak ergoterapie pomáhá klientům najít smysl lidského života, i přes omezení a limity v celkovém zdravotním stavu. Svě místo v ergoterapii má rodina klienta, jeho přátelé a blízcí. Právě oni jsou partneři a pomocníci v procesu léčby klienta.

Rehabilitační ošetřování patří ke komplexní ošetřovatelské péči sester, kam zahrnujeme polohování, včasnou mobilizaci klienta, aktivní a pasivní cvičení, dechovou

gymnastiku atd. Rehabilitační ošetřování má za úkol v akutním stadiu nemoci zamezit imobilizačnímu syndromu, deformitám a kontrakturám svalů a šlach. Imobilizační syndrom je souhrn poškození, která vzniknou při dlouhodobém pobytu na lůžku. Po překonání akutní fáze nemoci je tedy nutné klienta co nejdříve aktivizovat. Léčebná rehabilitace je speciální péče, která se zaměřuje na hybnost, soběstačnost a samostatnost klientů. Provádějí jí fyzioterapeuti a ergoterapeuti. Mezi metody a prostředky pohybové léčby patří fyzioterapie, fyzikálně terapeutické prostředky (světloléčba, elektroléčba, vodoléčba, masáže), nácvik činností a praktických dovedností vedoucích k samostatnosti (17,26).

Rehabilitační ošetřování můžeme rozdělit na aktivní a pasivní. Mezi pasivní patří polohování a pasivní pohyby a do aktivních patří dechová rehabilitace, kondiční cvičení, vertikalizace, nácvik chůze, nácvik základní soběstačnosti a sebeobsluhy, nácvik obnovy komunikačního procesu. Při polohování vedeme záznam o polohování, kde je uveden stav kůže, případné dekubity, vyhodnocení rizika vzniku dekubitů a dále přesný interval polohování a poloha klienta. Zhodnocení stupně rizika vzniku dekubitů se provádí na základě určitých kritérií, dle specifických tabulek, např. stupnice rizika vzniku dekubitu podle Nortonové, Bradenové, rozsáhlé hodnocení celkového stavu dle IGAP nebo je možné ověřit stupeň soběstačnosti pacienta pomocí testu ADL dle Barthela. Hodnocení rizika vzniku dekubitů se provádí u každého klienta při příjmu a poté se opakuje v pravidelném intervalu (např. 1x týdně) a při změně stavu klienta. Vyhodnocením zjistíme, zda je klient bez rizika, s nízkým, středním, vysokým nebo velmi vysokým rizikem vzniku dekubitů. Dle stupně rizika je klientovi zvoleno preventivní opatření pro snížení rizika vzniku dekubitů. Zásady pro prevenci vzniku dekubitů jsou polohování, použití antidekubitárních pomůcek, hygiena, rehabilitace a normalizace celkového stavu (vnitřní prostředí, výživa, krevní oběh, okysličování, zvládání celkové infekce apod.).

Polohování je systematická, přesnými pravidly se řídicí, změna polohy klienta, která se provádí v pravidelných časových intervalech a je nedílnou součástí prevence vzniku dekubitů, i jejich samotné léčby. Pravidelným polohováním se snažíme zamezit

působení nadměrného tlaku na tlakové body. Při polohování respektujeme individualitu klienta a nasloucháme jeho potřebám. Nepolohujeme klienta do poloh, které mu jsou nepříjemné či bolestivé. Vždy volíme polohu, tak aby byla co nejpřirozenější a pro klienta pohodlná. Je důležité, aby se ošetrovatelský tým vcítil do pozice a pocitů klienta, zvláště pak klienta, se kterým nelze komunikovat.

Další důležitou částí rehabilitačního ošetřování je dechová rehabilitace, jelikož u ležících klientů dochází v krátké době k výraznému snížení rozsahu dýchání. Při dechovém cvičení je nutné nejdříve provést hygienu dýchacích cest. Při dechové gymnastice dochází ke zlepšení ventilace a distribuce vzduchu v plicích, ke zlepšení svalové práce dýchacích svalů a ke zvýšení vitální kapacity plic. V rámci konceptu Bazální stimulace se provádí masáž stimulující dýchání (18,23,26).

1.3 Potřeby pacientů na OCHRIP

Klienti dlouhodobě hospitalizováni na OCHRIP mají stejné potřeby jako ostatní. Proto se na každého klienta díváme jako na sobě rovnou bytost s individuálními potřebami. Ne všichni klienti nám mohou sdělit, co je bolí, co potřebují, jak se cítí a proto je důležité se do tohoto klienta vcítil a dělat vše proto, abychom naplnili jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Důležité je, aby sestry na klienty pohlížely jako na celek, ne jako na soubor částí (srdce, plíce, mozek, ledviny).

Právě sestra je v rozpoznání potřeb klienta nejcitlivější pozorovatelkou. Vystihne nejen objektivní údaje, ale i reakci a náladu pacienta a rychle se orientuje ve vztazích s rodinnými příslušníky. Je-li stav klienta po delší dobu stacionární a není zřejmé zlepšení, rodina často volí jiné způsoby léčby a to např. léčitele. O všem musí být informován ošetřující lékař pacienta a činnost léčitele nesmí ohrozit bezpečnost pacienta, rozvrátit denní harmonogram ani narušit hygienický režim. Navíc je důležité, aby lékař rodině vysvětlil, že ani kvalitní léčitel nemůže zlepšit stav vzniklý destrukcí struktur. Častější jsou návštěvy duchovních a to nejen v terminálním stádiu klienta na žádost rodiny, ale i na žádost pacientů ve smyslu smíření se s daným stavem. Pravidelné jsou také návštěvy klinických psychologů.

Na pacienty bychom měli pohlížet jako na členy společnosti, což je podstata principů a hodnot holizmu. Musíme brát v úvahu prostředí, ve kterém jedinec žije, jeho postavení ve společnosti, v rodině, kulturní a sociální potřeby, hodnotový systém. Ošetřovatelství se neomezuje pouze na léčbu nemoci, ale ve spolupráci s klientem se zaměřuje i na podporu jeho zdraví. Ošetřující personál by měl chápat a respektovat potřeby klientů, vytvářet podmínky pro poskytování ohleduplné a taktní péče, která respektuje důstojnost klienta (3,27,32).

1.4 Komplikace u pacientů na OCHRIP

U pacientů hospitalizovaných na OCHRIP může vzniknout řada komplikací. První komplikace může nastat při snaze odpojit pacienta od ventilátoru za účelem odvykání. Často je tento proces zdlouhavý, především vznikne-li klientova závislost na ventilátoru a odpojení není možné. Dále mohou vzniknout komplikace v souvislosti s léčbou, imobilizační syndrom, dekubity a jiné kožní defekty, infekce dolních a horních cest dýchacích, infekce v místě zavedení invazivního vstupu, infekce v ráně, celková sepe, atd. Jde tedy především o nozokomiální nákazy.

Nozokomiální nákaza (NN) je infekce, která vznikne v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Hospitalizace na OCHRIP představuje zátěžovou situaci s poklesem obranyschopnosti organismu. Nozokomiální nákazy můžeme dělit dle výskytu, původu a klinických projevů. NN dle výskytu se dělí na specifické a nespecifické. Specifické jsou ty, které mohou vzniknout pouze v souvislosti s hospitalizací, diagnostickými či léčebnými procedurami. Nespecifické jsou ty, se kterými se lze setkat i mimo zdravotnické zařízení (hepatitida A, chřipka A). NN dle původu dělíme na endogenní (způsobené vlastní mikrobiální florou pacienta) a exogenní (infekce vznikne přechodem mikroorganismu z vnějšího prostředí). A dle klinických projevů jsou to nejčastější infekce respiračního traktu, močového ústrojí, infekce v chirurgické ráně či katérová sepe.

Obvyklá doba hospitalizace na OCHRIP trvá v řádech měsíců. Sestra má zpravidla na starost 2 pacienty. Základní předpoklad, aby NN u klienta nevznikla, jsou

preventivní opatření. Preventivní opatření jsou např. omezení nežádoucích účinků léků, invazivní vstupy a zákroky omezit na nejnutnější a každý den přehodnocovat, adekvátní pohybový režim, vhodná výživa a hydratace, vhodná vlhkost a teplota vdechované směsi a prostředí. Ale také používání jednorázových pomůcek, dezinfekčních prostředků, uzavřené odběrové systémy atd. Sestra v prevenci NN dodržuje zásady asepse, sterilní postup při převazech a dalších výkonech, správnou techniku a frekvence dezinfekce a mytí rukou a jiné (24,25,32).

1.5 Sestra na OCHRIP

1.5.1. Náročnost práce sester na OCHRIP

Práce sester na OCHRIP je velice náročná po fyzické, ale i psychické stránce. Sestry pracují ve dvanáctihodinovém směnném provozu. Sestry jsou rozděleny na stálé skupiny, kdy v každé skupině je určena vedoucí sestra celé skupiny. Na oddělení je 24hodinová péče, při které jsou pacienti odkázáni na ošetřující personál. Sestry jsou ve větší míře ohroženy syndromem vyhoření, jelikož hospitalizace pacientů je dlouhodobá a často neúspěšná. Sestry si proto musejí zachovávat určitý odstup, ale zároveň úzce spolupracují s rodinnými příslušníky. Tím získají více informací o klientovi před jeho hospitalizací a získané poznatky uplatní v provádění Bazální stimulace. Sestry stejně jako klienti i jejich rodiny mohou využít klinického psychologa, který v případě hrozícího syndromu vyhoření poskytne vhodnou pomoc (4,6,7,32).

1.5.2. Vzdělání sester na OCHRIP

Náplní práce sester na OCHRIP je především verbální a neverbální komunikace s klienty, nácvik nového sociálního a životního stylu, komunikace s rodinou a výuka specifických postupů při návštěvách i v rooming-in systému, spolupráce s klinickým psychologem u encefalopatií a u organických i reaktivních psychosyndromů. Vzhledem k tomu, že práce na Oddělení chronické péče spočívá v odbornosti sester, zřídilo Ministerstvo zdravotnictví ČR v FN Motol při jeho OCHRIP vzdělávací centrum

ošetřovatelské péče o dlouhodobé až chronické pacienty v resuscitační a intenzivní péči. V FN Motol jsou rovněž možné návštěvy v rámci exkurzí a krátkých stážových pobytů sester z jiných oddělení. Kromě přednášek, diskuse a exkurze na oddělení pod vedením výukové sestry je vždy připraven sborník formou skript. Texty jsou vždy konzultovány s lékaři, takže ke každé přednášce nechybí i didaktická část pro širší rozhled k praktickým postupům. Sestra pracující na OCHRIP má registraci a celoživotně se vzdělává. Vzhledem k tomu, že na OCHRIP se provádí Bazální stimulace, měly by na oddělení pracovat sestry s tímto kurzem (4,7,33).

Institut BS je vzdělávací instituce akreditovaná Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR a Ministerstvem zdravotnictví Slovenské republiky. První základní kurz Bazální stimulace v České Republice lektorovala PhDr. Friedlová v lednu roku 2003 na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Institut byl v České Republice založen v roce 2005 (14).

1.5.3. Kompetence sester na OCHRIP

Sestry pracující na OCHRIP mají většinou specializované vzdělání. Pracují zde registrované sestry s vyšším odborným vzděláním, případně se specializačním vzděláním v oboru ARIP a kurzem Bazální stimulace. Sestra musí mít znalosti a vědomosti z ošetřovatelské péče o dlouhodobé až chronické pacienty v resuscitační a intenzivní péči. Sestry spolupracují s řadou dalších specializovaných pracovníků (nutriční terapeut, klinický psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, lékaři jiných oborů), s rodinou klienta a s dalšími členy ošetřovatelského týmu. Pracují ve stálých skupinách, kdy jedna sestra je vedoucí směny, je to zpravidla pověřená nejzkušenější sestra. Vedoucí sestra rozděluje každé sestře klienta. Na každou sestru připadá jeden až dva klienti. Sestry pracují samostatně, provádějí kompletní péči o klienta, pracují s konceptem Bazální stimulace, naplňují bio-psycho-sociální potřeby klientů.

Kompetence sester na OCHRIP je v souladu se zákonem č.96/2004 Sb. A výhláškou č.424/2004 Sb Ministerstva zdravotnictví České Republiky. OCHRIP v FN

Motol se podílí na vzdělávání personálu v tématice dlouhodobé resuscitační a intenzivní péče v rámci Centra MZ ČR. OCHRIP FN Motol bylo určeno jako Centrem MZ ČR pro dlouhodobou / chronickou intenzivní/resuscitační ošetrovatelskou péči (4,5,32).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1. Cíle práce

Cíl 1 - Zjistit specifika ošetrovatelské péče o pacienty hospitalizované na chronické resuscitační jednotce

Cíl 2 - Zjistit, jaké požadavky jsou kladeny na sestru pracující na chronické resuscitační jednotce

Cíl 3 - Zmapovat náročnost práce sester pracujících na chronické resuscitační jednotce

2.2. Výzkumné otázky

VO 1 - Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty hospitalizované na chronické resuscitační jednotce?

VO 2 - Jaké požadavky jsou kladeny na sestru pracující na chronické resuscitační jednotce?

VO 3 - Jak hodnotí sestry náročnost práce na chronické resuscitační jednotce?

3. Metodika

3.1. Metodika práce

Pro toto výzkumné šetření byla použita technika kvalitativního sběru dat pomocí hloubkového rozhovoru. Pro záznam dat z rozhovorů byl použit písemný záznam a rozhovory byly anonymní. Výzkumné šetření bylo provedeno v období od ledna do března 2011. Získaná data byla následně zpracována. Rozhovor byl zaměřen na specifika péče o klienta na OCHRIP, náročnost práce sester a požadavky na sestru pracující na OCHRIP (viz. Přílohy)

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Rozhovory byly provedeny se sestrami pracujícími na chronické resuscitační jednotce (DIP-OCHRIP) Fakultní nemocnice v Motole a MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o. Věk dotazovaných sester byl od 25 let do 48 let. Délka praxe dotazovaných sester na OCHRIP byla od jednoho roku do 28 let. Celkem bylo provedeno 10 rozhovorů.

4. Výsledky rozhovorů se sestrami

4.1. Rozhovory

Respondentka 1

První sestra uvedla, že na oddělení pracuje 11 let. V praxi je celkem 15 let. Předtím pracovala na ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení). Má specializaci ARIP a kurz bazální stimulace.

Na otázku, jak provádí u klientů hygienickou péči, odpověděla: „Hygienu provádíme ráno a večer. U ležících klientů provádíme kompletní hygienickou péči. Pokud to stav klienta dovoluje, provádí se hygiena přímo v koupelně na speciální pojízdné vaně. Tato možnost je nejideálnější jak pro nás, tak pro klienta. Pokud není možné klienta vzít přímo do koupelny, provádíme kompletní hygienu na lůžku. Částečně soběstačným klientům jsme při hygieně nápomocné a mají také možnost se umýt přímo ve sprše. Hygienu provádíme dle konceptu BS. Takže na každého klienta máme dostatek času, klidné prostředí, používáme jejich osobní hygienické pomůcky a pokud možno i oblíbené krémy, mýdla, vůně atd.“

Na otázku, jak provádí u klientů prevenci dekubitů, odpověděla: „Každý klient má antidekubitární matraci a polohovací postel. Již při příjmu zhodnotíme riziko vzniku dekubitů, toto hodnocení pravidelně opakujeme. Používáme speciální polohovací pomůcky a klienty pravidelně dle potřeby polohujeme. V prevenci dekubitů dbáme i o stav pokožky a dostatečnou hydrataci.“

Při zajištění výživy klientů sestra odpověděla: „Pokud je klient schopný přijímat potravu ústy, je zvolena vhodná dieta po poradě s nutričním terapeutem. Většina klientů má zaveden PEG nebo NGS, kdy lékař určí vhodnou výživu a dávkování. Výživa je podávána kontinuálně, případně jednorázově v pravidelných intervalech 5-6x denně. Pravidelně hodnotíme nutriční stav klienta.“

Na otázku, jak sestry na OCHRIP pečují o vylučování klientů, odpověděla: „Klienti mají zaveden PMK nebo epicystostomii. Měříme P+V, sledujeme moč. Dbáme na důkladnou hygienu. U klientů je často problém se střídáním zácpy a průjmu. Sledujeme pravidelnost, konzistenci, barvu a jakékoli nežádoucí změny hlásíme lékaři.“

S klienty komunikují verbálně i neverbálně. Říká, že především klienti s poruchou vědomí jsou velice vnímaví ke všem podnětům. V komunikaci se řídí konceptem bazální stimulace. Pokud s nimi klient nemůže komunikovat, snaží se o kontakt s rodinou pro získání důležitých informací k anamnéze a bazální stimulaci. Říká, že je pro ně velice přínosné, když mohou od rodiny klienta zjistit potřebné informace, např. oblíbené a neoblíbené jídlo, oblíbená hudba, stimulující předměty, hygienické potřeby.

Jako stimulující předměty, které mají klienti u sebe, uvádí fotografie, TV, hygienické pomůcky, ale i např. oblíbené oblečení.

Návštěvní hodina je dána od 14,00 – 18,00. Sestra říká, že je však možná domluva s lékařem i na jiném čase. Na oddělení nesmí lidé s infekčním onemocněním. Pokud to stav klienta dovoluje, je možná i vyjížďka v areálu nemocnice.

Na otázku, zda spolupracují s rodinou klienta, odpověděla: „Spolupráce s rodinou je pro nás velice důležitá, jak při sběru informací, tak i ve vztahu sestra – klient – rodina. Rodinu také informujeme o konceptu BS a v případě zájmu je naučíme základní prvky.“

Kurz BS sestra absolvovala v roce 2007. Při názoru na tento koncept uvádí, že je důležité, aby BS prováděli všichni, kdo přichází s klientem do kontaktu. Ošetřující personál, lékaři i rodina. Hlavním prvkem je dotyk, takže každý klient má nad postelí uvedenu informaci o iniciálním doteku (na jakém místě a na jaké straně se máme klienta dotknout při příchodu k němu, abychom ho informovali o naší přítomnosti, to samé při odchodu). Na otázku, jaké pozoruje výsledky při provádění tohoto konceptu, odpověděla: „Pozoruji pozitivní vliv na vývoj stavu klienta, lepší vnímání, spolupráce,

rovnováha a stabilizace. Klient je po čase klidný, bez velkého stresu a strachu. Vnímá řadu podnětů.“

Myslí si, že na provádění bazální stimulace si čas může udělat každá z nich, jde spíše o organizaci práce. Na každou sestru připadají dva klienti.

Na otázku, jak by hodnotila náročnost práce na OCHRIP, říká: „Práce na OCHRIP je náročná spíše z psychické stránky. Hospitalizace jsou zde dlouhodobé i několik měsíců, když potom nevidíte žádné zlepšení stavu a spíše nepříznivou prognózu, je to náročné.“ Častý problém je prý i nespokojenost a nezáměr ze strany rodiny. Z fyzické stránky hodnotí jako náročnou manipulaci s ležícím klientem, proto jim při hygieně a manipulaci s klienty pomáhá pomocný personál. Z psychické stránky je podle ní důležité překonat neúspěch léčby i jiných léčebných postupů a i při špatné prognóze vynaložit nadále stejné úsilí a snahu v péči o klienta.

Pokud by měla zhodnotit, co je pro ni nejvíce náročné, říká: „Pro mne osobně je nejvíce náročné, když nevidím žádnou zpětnou vazbu, žádné výsledky. Dlouhodobě neúspěšná hospitalizace se špatnou prognózou.“

Při otázce, zda se již za svou praxi setkala se syndromem vyhoření, odpovídá: „Ano se syndromem vyhoření jsem se setkala na předchozím pracovišti. Myslím, že proti tomu, abych nevyhořela, se nedá nic udělat. Pokud pozoruji, že jsem emočně nebo fyzicky vyčerpaná, unavená, nemám chuť cokoli dělat, pak si vezmu dovolenou a opravdu se snažím relaxovat, nepřemýšlet o práci, věnuji se svým zájmům, rodině.“ Myslí si, že sestry jsou často vystaveny velkému stresu. Podle ní je důležitý i kolektiv na pracovišti, finanční a profesní ohodnocení. Je důležité si najít určitou vnitřní rovnováhu a na vše pohlížet realisticky.

Myslí si, že sestra na OCHRIP musí být zodpovědná, empatická s holistickým přístupem ke klientům, mít znalosti o problematice hospitalizovaných klientů, měla by umět spolupracovat a komunikovat. Měla by mít kurz bazální stimulace nebo si jej případně dodělat, jelikož s tímto konceptem na oddělení pracuje celý ošetrovatelský tým.

Na otázku, co musí splňovat nastupující sestra, říká: „Nastupující sestra musí být registrovaná a mít alespoň tři roky praxe. Výhodou je prý specializace v oblasti dlouhodobé, intenzivní péče, vyšší odborné případně vysokoškolské vzdělání.

Myslí si, že sestra pracující na tomto oddělení by měla být zodpovědná, samostatná, pokorná, empatická, znalá konceptu BS a mít znalosti z dlouhodobé intenzivní péče.

Respondentka 2

Druhá dotazovaná sestra pracuje na oddělení jeden rok. Má bakalářské vzdělání, obor všeobecná sestra. Na praxi chodila v rámci bakalářského studia, po studiu nastoupila na toto oddělení. Délka praxe v zaměstnání je tedy jeden rok.

Jak provádí hygienickou péči u klientů na OCHRIP, odpovídá: „Hygienickou péči provádíme u klientů dle potřeby. Pravidelně ráno a večer provedeme kompletní hygienu i s výměnou ložního prádla. Je možná koupel na speciální vaně, kdy klienta převezeme do koupelny a zde provedeme kompletní hygienu. V případě, že není možné klienta z lůžka přeložit či odpojit je provedena hygiena na lůžku. Při koupeli a hygieně provádíme prvky bazální stimulace.“

Na otázku, jak provádí prevenci dekubitů, říká: „Při prevenci dekubitů pravidelně polohujeme, používáme polohovací pomůcky, antidekubitární matraci. Každý klient je uložen na speciálním polohovacím lůžku. Pravidelně hodnotíme riziko vzniku dekubitů. Při antidekubitární péči je důležitá i důkladná hygienická péče a péče o kůži.“

Říká, že při zajištění výživy má většina klientů zaveden PEG, jelikož při dlouhodobém zajištění výživy není většinou NGS vhodná. Po poradě s nutričním terapeutem a dle ordinace lékaře je klientovi podávána výživa pomocí enterální pumpy nebo bolusově. Pokud je klient při vědomí a pokud to jeho stav dovoluje, snaží se postupně přejít i k výživě perorální.

Na otázku, jak pečují o vylučování klientů, odpověděla: „Zpočátku má klient zaveden PMK, pokud je však vyhlídka dlouhodobého zajištění vylučování moče, je provedena suprapubická drenáž močového měchýře. Sledujeme množství moče, barvu, příměsi a hodnotíme příjem a výdej tekutin.“ Při vyprazdňování stolice je prý důležitá pravidelnost, což je mnohdy velice obtížné. Říká, že v péči o vylučování je samozřejmě důležitá hygiena, aby předešli podráždění kůže, opruzeninám a dalším komplikacím.

Na otázku, jak s klienty komunikují, odpovídá: „Pracujeme s konceptem bazální stimulace, takže i v komunikaci používáme tyto prvky. U klientů s tracheostomií se dorozumíváme pomocí tabulek s písmeny nebo použitím laryngofonu.“ Komunikace je velice důležitá, komunikují s každým klientem, i když jinými způsoby. S klientem v bezvědomí komunikují pomocí prvků bazální stimulace.

Říká, že ve spolupráci s rodinou je možné zajistit klientovi oblíbené věci a předměty z běžného života. Jsou to obrázky, oblečení, hygienické potřeby. Klienti prý mohou poslouchat oblíbenou hudbu nebo se dívat na TV.

Na otázku, jaká je možnost návštěv u klientů, říká: „Jsou dány návštěvní hodiny, ale je možné se individuálně domluvit s lékařem.“ Soukromí je prý možné zajistit zástěnami, každý klient je však oddělen dostatečnou vzdáleností. Na oddělení mají tzv. boxy, jsou to takové poloviční pokoje po dvou lůžkách.

Na otázku, jak spolupracují s rodinou, odpověděla: „Vždy se snažíme o spolupráci s rodinou. Někdy je to velice obtížné, např. když rodina nejeví zájem o klienta, nesmíří se s jeho zdravotním stavem, odmítá spolupráci atd.“ Ale ve většině případů je podle ní s rodinnými příslušníky a blízkými klientů velice dobrá spolupráce, pomáhají jim při sběru dat a potřebných informací pro sestavení anamnézy a ošetřovatelského plánu. V mnohých případech se rodina zapojuje do ošetřovatelské péče i bazální stimulace.

Kurz bazální stimulace právě absolvuje a je to pro ni velice přínosné. Uvádí, že bazální stimulace se užívá v intenzivní péči, v péči o dlouhodobě nemocné klienty, o nedonošené děti, mentálně postižené, klienty s různým druhem tělesného postižení.

Tento koncept podle jejího názoru, rozšiřuje kompetence ošetřujícího personálu a zvyšuje kvalitu poskytované péče.

Když jsem se dotazovala, zda na jejich oddělení pracují s tímto konceptem, řekla: „Na našem oddělení pracujeme s konceptem bazální stimulace u všech klientů. Nejvíce prvků používáme při hygienické péči, při koupeli, při polohování, v komunikaci a při navázání vzájemného vztahu s klientem.“

Na otázku, jaký má názor na koncept BS, odpověděla: „Podle mého názoru je tento koncept velice přínosný. Dříve ošetřovatelský personál neuměl pracovat s nemocnými v bezvědomí nebo s apalickým syndromem.“ Tento koncept prý přináší prvky komunikace u klientů s poruchou vědomí, navázání vztahu s klientem, uklidnění klienta, minimalizace stresových faktorů. Koncept BS dává jiný pohled na péči o klienta, kdy se nesoustředíme pouze na výkony, léčbu, práci s přístroji, ale především na individualitu klienta, jeho potřeby, psychiku atd. Pozoruje výsledky především ve smyslu stabilizace klienta, vnímání okolních vjemů a stimulací, mnohdy i výrazné zlepšení zdravotního stavu a spolupráce s klientem.

Na provádění bazální stimulace mají prý čas, prostor i možnosti. Říká, že je to na každé z nich, jak k tomu přistupuje. Koncept bazální stimulace je podle ní v podstatě myšlenka, kterou pochopíte a budete s ní pracovat podle svého nejlepšího vědomí a svědomí.

Myslí si, že práce na OCHRIP je celkem náročná po psychické i fyzické stránce. Musí umět pracovat s přístroji, provádět rehabilitační ošetřování, kompletně pečovat o nesoběstačné klienty, dbát na celkový stav klienta a snažit se o co největší zlepšení tělesného i duševního stavu. Fyzická náročnost je podle ní především při manipulaci s nesoběstačným klientem s poruchou vědomí.

Na otázku, co je pro ni při práci na OCHRIP nejvíce náročné, říká: „Pro mne je nejvíce náročné pokud se stav klienta dlouhodobě zhoršuje. I při poskytování té nejlepší ošetřovatelské péče, rehabilitace a bazální stimulace nejsou žádné výsledky zlepšení.“

Zda se setkala při své praxi se syndromem vyhoření uvedla, že na tomto oddělení ne, ale při praxi v rámci bakalářského studia prý měla možnost vidět několik „vyhořelých,, sester. Podle ní je to velký problém, některé sestry si to nechtějí připustit. Často tak dochází i k ohrožení pacientů.

Říká, že neví, co by měla konkrétně dělat, aby nevyhořela, ale snaží se být do práce vždycky odpočatá a problémy se snaží řešit okamžitě. Ve volném čase se věnuje svým zájmům. Vždy si najde čas na odpočinek.

Na otázku, jaké požadavky jsou kladeny na sestry pracující na OCHRIP, říká: „Sestra musí být zodpovědná, samostatná, mít znalosti z intenzivní péče a umět bazální stimulaci.“ Dále by se podle ní měla umět vcítit do klienta a rozpoznat jeho potřeby.

Nastupující sestra prý musí mít registraci, specializaci v oblasti intenzivní péče nebo vysokoškolské vzdělání. Říká, že výhodou je absolvování kurzu BS, ale je možné si kurz dodělat i po nástupu na oddělení.

Jaká by podle ní měla být sestra na OCHRIP, odpověděla: „Sestra na OCHRIP by měla být vzdělaná v problematice dlouhodobé intenzivní péče o chronické pacienty, samostatná, zodpovědná, empatická. Měla by si umět zorganizovat práci a sestavit ošetrovatelský plán.“

Respondentka 3

Třetí sestra pracuje na oddělení DIP-OCHRIP 7 let jako sestra u lůžka. Délka její ošetrovatelské praxe je 8 let. Sestra uvádí, že má specializační vzdělání v oboru ARIP, kurz bazální stimulace a bakalářské vzdělání, obor všeobecná sestra.

Na otázku, jak provádí hygienickou péči u klientů na OCHRIP, říká: „Hygienickou péči provádíme ráno a večer a dále dle potřeby. Ráno se provádí kompletní hygiena na lůžku nebo přímo ve sprše na pojízdném mycím lůžku. Zároveň se kompletně mění lůžkoviny.“ Koupel ve sprše by měla být nejméně 1x týdně pokud to stav klienta dovoluje. Částečně soběstačným klientům při hygieně pomáhají

v činnostech, které nejsou schopni samy uskutečnit. U klientů s poruchou vědomí prý pracují s konceptem bazální stimulace, takže zvolí vhodnou koupel dle potřeb klienta a výsledků ze somatické anamnézy, používají pokud možno jeho osobní hygienické pomůcky a stimulující předměty. Jako somatickou stimulaci provádí zklidňující nebo povzbuzující koupel.

V prevenci dekubitů se zaměřují na polohování, odlehčení predilekčních míst, používání antidekubitárních pomůcek a každý klient má antidekubitární matraci. Hodnotí riziko vzniku dekubitů a toto hodnocení pravidelně opakují. Sestra dále říká, že v prevenci dekubitů také hodnotí hydrataci, inkontinenci, výživu a stupeň bolesti dle VAS. Provádí masáže, pečují o kůži a dbají na důkladnou hygienu. Dále s klienty rehabilitují a snaží se o mobilizaci a aktivizaci. Klienty polohují dle konceptu bazální stimulace (polohování hnízdo, mumie).

Jak zajišťují výživu u klientů na OCHRIP, říká: „Výživa u klientů na OCHRIP je ve většině případů enterální. Klienti mají zaveden PEG nebo PEJ, NGS se ponechává pouze v případě, že je v nejbližší době vyhlídka pro její zrušení a klient bude schopen přijímat potravu ústy. Enterální výživu podáváme pomocí enterální pumpy, nejčastěji intermitentně, což je 24hodinová výživa s přestávkami (3h. přívod, 2h.přestávka). U klientů, kteří se během dne pohybují, podáváme výživu pouze přes noc enterální pumpou. Nebo je výživa aplikována bolusově, což je méně časté.“

Sestra říká, že vylučování je základní potřebou každého člověka. Vzhledem k tomu, že vylučování je u každého individuální, zjistí prý informace o klientovi z odebrané anamnézy. Dotazují se na problémy při vyprazdňování, inkontinence, pravidelnost, rituály, zda klient trpěl zácpou nebo průjmy, zda používal pomůcky k vyprazdňování, zda používal projímadla atd. Říká, že klienti mají zaveden PMK, měří tak bilanci tekutin a kontrolují vzhled moče. Dle standardu oddělení pravidelně sterilně za aseptických podmínek provádí výměnu PMK. Při vylučování stolice prý především dbají na důkladnou hygienu a v prevenci zácpy se zaměřují na vhodnou výživu, hydrataci, cvičení, mobilizaci, aktivizaci klienta atd.

Komunikace v péči o klienty je podle ní velice důležitá a nepostradatelná. Říká: „Komunikujeme s každým klientem, vždy a po celou dobu naší přítomnosti u něj. Komunikaci je možné rozdělit na verbální a nonverbální. Měli bychom si tedy uvědomit, že i náš výraz, postoj, mimika a gesta jsou prostředkem komunikace a řada klientů je právě k nonverbální komunikaci velice vnímavá. Samozřejmě komunikujeme i s klienty s poruchou vědomí, kde pracujeme s konceptem bazální stimulace.“ Nejčastější prostředek komunikace je prý dotek, kdy u každého klienta zvolí iniciální dotek (nejvhodnější místo na klientovo těle) a zřetelným dotekem ho informují o počátku a ukončení přítomnosti u něj. A u klientů při vědomí se zajištěnými dýchacími cestami, je prý vhodné použít jako prostředek komunikace elektrolarynx.

Dotazovaná sestra říká, že na oddělení pracují s konceptem bazální stimulace. Je tedy velice důležité, aby každý klient měl kolem sebe stimulující předměty. Nejdříve za pomoci rodinných příslušníků prý získají informace o klientovi. Jako stimulující předměty uvádí fotografie, osobní hygienické pomůcky, oblíbené vůně, hudba, TV, oblíbený polštářek, deka. Ale také např. věc, kterou klient nejčastěji používal či se kterou má citové pouto.

Návštěvy u klientů jsou prý možné v době návštěvních hodin nebo případně po domluvě s lékařem. Zda je u klientů zajištěno soukromí, říká: „Soukromí u klientů můžeme zajistit zástěnami. Návštěvy u klientů jsou velice důležité a přínosné, proto se snažíme rodinným příslušníkům vyjít co nejvíce vstříc.“

Myslí si, že spolupráce s rodinou je velice důležitá. Vždy se snaží o navázání kontaktu, aby získali potřebné informace a zapojili rodinné příslušníky do konceptu bazální stimulace. Uvádí, že v případech, kdy se rodina zapojí do ošetrovatelského procesu a provádí prvky bazální stimulace, má toto velice pozitivní vliv na stav klienta.

Dotazovaná sestra má kurz bazální stimulace a při své práci s tímto konceptem pracuje. Na oddělení jsou s konceptem prý seznámeni všichni pracovníci. Podle ní jde o vnímání a respektování individuality člověka, podporují tak kvalitu života klientů.

Na otázku, zda pozoruje výsledky prováděné bazální stimulace, odpověděla: „Ano, pozoruji výsledky při provádění bazální stimulace. Často dojde k zřetelnému zlepšení stavu klienta.“ Koncept prý klientům umožní uvědomit si sebe sama, své pohyby, polohu a navázat komunikaci s okolním světem. Říká, že např. když dají klientovi do ruky oblíbený stimulující předmět, dáme jej klientovi ohmatat a popíšeme jej, můžeme pozorovat stisk ruky, pevné držení předmětu, mimiku ve tváři. Nebo když oblékají klienta do oblíbeného trička, nadzvedne hlavu. Velké pokroky také podle ní přináší orální stimulace, kdy je možné donést klientovi oblíbené jídlo v kašovitě formě a postupně se snažit o příjem potravy ústy.

Myslí si, že na provádění konceptu nemají moc času, mnohdy je dokumentace a práce kolem klienta více časově náročná, takže se nestíhají intenzivně věnovat klientovi. Klienta s poruchou vědomí má prý většinou na starost jedna sestra, která si musí umět zorganizovat práci tak, aby měla při provádění konceptu dostatek času, vhodné prostředí, klid atd. Říká, že na jednu sestru připadá 1-2 klienti.

Podle jejího názoru, je práce na DIP-OCHRIP náročná především z psychické stránky. Je zde nutný předpoklad pro zvládnání intenzivní dlouhodobé péče, samostatnost, znalosti v problematice, empatický přístup ke klientovi a respektování jeho potřeb a individuality. Říká, že každý klient vyžaduje jinou péči. Je důležité si umět sestavit ošetřovatelský plán, umět pracovat s konceptem bazální stimulace, vést dokumentaci, sledovat stav klienta a kompletně pečovat o nesoběstačného klienta. Myslí si, že mají ke klientům bližší vztah vzhledem k dlouhodobé hospitalizaci než na jiných odděleních. Často se setkávají s nepříznivými prognózami a v mnohých případech je i spolupráce s rodinou velice obtížná.

Na otázku, zda se při své praxi setkala se syndromem vyhoření, odpověděla: „Ve své praxi jsem se setkala se syndromem vyhoření a bohužel se to týkalo mé kamarádky. Na sestry jsou kladeny často vysoké požadavky. Sestry jsou ve stresu, nestíhají, zůstávají v práci i přes čas, nejsou finančně ohodnocené, mají stále více dokumentace a musejí mít více a více znalostí, nejsou odpočinuté, mají např. i rodinné problémy.“

Když si to člověk dlouho nechce připustit a včas vyhledat pomoc, je tímto syndromem podle ní velice ohrožen.

Proto, aby nevyhořela, nedělá nic cíleného. Snaží se pouze relaxovat, věnuje se svým zálibám a doma se snaží o práci nepřemýšlet, tzv. si nebere práci domu.

Myslí si, že sestra pracující na OCHRIP musí zvládat práci s technickým vybavením (monitory, ventilátory, dávkovače, infuzní a enterální pumpy), mít znalosti z intenzivní dlouhodobé péče o chronické pacienty. Sestra by měla být samostatná a zodpovědná, jelikož sama pečuje o přiděleného klienta a zodpovídá si za svou práci po celou dobu směny.“

Nastupující sestra musí být registrovaná s minimálně tříletou praxí u lůžka nebo s vysokoškolským vzděláním. Výhodou je absolvování kurzu BS.

Sestra pracující na OCHRIP-DIP by podle jejího názoru měla být empatická, samostatná, zodpovědná, vzdělaná a informovaná v dané problematice intenzivní dlouhodobé péče. Dále by se prý měla chtít učit nové věci, celoživotně se vzdělávat. Měla by mít ráda svoji práci a být pokud možno psychicky vyrovnaná.

Respondentka 4

Čtvrtá dotazovaná sestra na tomto oddělení pracuje 8 let. Délka její ošetrovatelské praxe je 10 let (3 roky byla na mateřské). Je diplomovaná sestra a mám kurz bazální stimulace

Hygienickou péči provádí u klientů pravidelně ráno a večer a během dne dle potřeby. Pracují s konceptem bazální stimulace, takže zvolí na základě somatické anamnézy vhodný druh koupele. Říká, že somatická anamnéza sděluje, zda je klient pravák nebo levák, jak často se denně umývá, jakou formou (sprcha, vana), rituály při mytí, jak často si myje vlasy, atd. Při hygieně používají klientovo osobní hygienické pomůcky, oblíbená mýdla, krémy. 1x týdně a dále dle potřeb klienta a jeho přání se prý

provádí celková koupel na speciální pojízdné mycí vaně přímo ve sprše. Zároveň každý den kompletně mění lůžkoviny.

Dotazovaná sestra jako prevenci dekubitů uvádí, že provede zhodnocení rizika vzniku dekubitů a podle toho zvolí vhodná preventivní opatření. Dále zhodnotí stav pokožky, hydratace, inkontinence a stav vědomí. Každý klient má prý polohovací lůžko s antidekubitární matrací. Sestra říká: „Klienty pravidelně polohujeme, masírujeme a promazáváme pokožku, dbáme o důkladnou hygienu. Polohování je důležité jako prevence proleženin, tromboembolické nemoci, pneumonie.“ Při polohování se řídí informacemi ze somatické anamnézy, kde zjistí, v jaké poloze klient rád usíná, jak se přikrývá, zda má oblíbený polštář, deku. Vždy důkladně zkontrolují polohu klienta, aby byla co nejkomfortnější.

Při výživě klientů nejdříve zhodnotí nutriční stav, laboratorní výsledky a poté s nutričním terapeutem zvolí vhodnou dietu či enterální výživu. Zjistí pokud možno oblíbené a neoblíbené jídlo a pití pro následnou orální stimulaci. Říká, že klienti dostávají umělou enterální výživu pomocí gastrostomie nebo jejunostomie, méně často do NGS. Výživu podávají přes enterální pumpu nebo bolusově. Při orální stimulaci je možné podávat oblíbené nápoje či oblíbenou stravu v kašovitě formě. Myslí si, že tato stimulace je často velice přínosná a klienti postupně začínají přijímat potravu ústy.

Na otázku, jak pečují o vylučování klientů, odpověděla: „V problematice vyprazdňování je důležité dbát o pravidelnost. Častým problémem je střídání zácpy a průjmu. Sledujeme vzhled moče a stolice. U klientů, kteří mají zaveden PMK měříme příjem a výdej tekutin, pravidelně provádíme vyšetření moče.“ Při nutnosti dlouhodobého vyprazdňování močového měchýře je prý klientům provedena perkutánní epicystostomie, kdy je důležité důkladně pečovat o okolí vstupu.

Při komunikaci s klienty pracují s konceptem bazální stimulace. U klientů, kteří nemají poruchu vědomí, ale mají tracheostomii nebo jinou překážku v komunikaci je důležité zvolit vhodný prostředek komunikace, např. laryngofon, tabulky s písmeny, desku na psaní a jiné. Uvedla, že u klientů s poruchou vědomí se používá pasivní

komunikace, kdy sestra na klienta hovoří po celou dobu přítomnosti, seznámí ho s výkonem, ale není ze strany klienta zpětná vazba.

Na otázku jaké mají klienti stimulující předměty, uvedla, že vhodné stimulující předměty zjistí z odebrané somatické a biografické anamnézy. Jsou to předměty jako např. oblíbená věc, se kterou se klient ve svém životě každý den setkával, toaletní potřeby, oblečení, kompenzační pomůcky, brýle, oblíbená hudba, vůně.

Návštěvy u klientů jsou podle ní velice důležité a mají velký význam při stimulaci klienta. Už pouhý dotek od blízké osoby je pro klienta velkým stimulujícím prvkem. Jsou dány návštěvní hodiny od 13,00 – 18,00. Říká, že je možné se individuálně domluvit s lékařem i na jiném čase.

Myslí si, že spolupráce s rodinou je nepostradatelná. Od počátku se snaží rodině vše vysvětlovat, informují je o průběhu bazální stimulace, respektují soukromí. Od rodinných příslušníků a blízkých se snaží získat co nejvíce informací k somatické a biografické anamnéze. Pokud má rodina zájem, je možné se zapojit do péče o klienta. Po domluvě je možné klientovi donést osobní věci, hygienické potřeby a jiné stimulující předměty.

Zda absolvovala kurz bazální stimulace, odpověděla, že tento kurz absolvovala v roce 2006. Při své práci pracuje dle tohoto konceptu a vidí velké výsledky. Již po pár dnech je podle jejích zkušeností klient zklidněný, stabilizovaný, vnímá dotyk jako prostředek komunikace. Vnímá stimulující předměty, svou polohu, má informace o svém těle. Pomocí mimiky či stisku ruky vidí klientovo schopnost komunikace a tak mohou dostávat i zpětnou vazbu.

Na provádění bazální stimulace má podle jejího názoru dostatek času. Jedna sestra má vždy pouze jednoho klienta s poruchou vědomí, kdy provádí stimulující hygienu, polohování, orální stimulaci, sluchové stimulace a další. Na jednu sestru připadají většinou dva klienti. Klienta s poruchou vědomí má vždy jedna sestra. Většinou mají tedy sestry klienty rozděleny tak, aby na každou sestru připadal jeden klient s poruchou vědomí a jeden klient při vědomí.

Náročnost práce na OCHRIP-DIP by hodnotila jako středně náročnou a větší náročnost pro ni po psychické stránce. Na tomto oddělení by podle ní měla být práce systematická, nechaotická, tak aby sestra neměla na klienta negativní vliv. Je důležité si zorganizovat práci a čas tak, aby byly splněny všechny ordinace, vyšetření, dokumentace, ale aby byl dostatek času na provádění bazální stimulace a aby tento čas byl efektivně využit.

Z fyzické stránky je podle ní práce náročná při manipulaci s nesoběstačnými klienty, s poruchou vědomí. Na oddělení mají pomocný personál, takže nikdy s těmito klienty nemanipulujeme samy. Myslí si, že z psychické stránky je práce náročná především v tom, že jsou se stejnými klienty delší dobu v kontaktu (i několik měsíců a déle), jsou více zainteresované do jejich stavu a osudu a více se jich dotýká jejich prognóza, zhoršení stavu nebo neúspěchy léčby.

Pro ni samotnou je nejvíce náročné, když nejsou dlouhodobě viditelné žádné výsledky kvalitně odvedené péče, klient nereaguje nebo ze strany rodiny a blízkých není snaha o spolupráci.

Se syndromem vyhoření se osobně nesetkala, ale ví, o co jde. Toto téma je podle ní poslední dobou velice aktuální, hodně o tom četla.

Myslí si, že proti vyhoření se nedá nic dělat. Říká, že ve volném čase relaxuje, sportuje, věnuje se rodině nebo přátelům. Do práce chodí vždy odpočatá a problémy nechává doma, i v opačném případě. Také se snaží si příliš nepřipouštět k tělu osudy klientů a držet si určitou distanci, ale je to podle ní často nemožné.

Sestra pracující na tomto oddělení musí být vzdělaná v problematice obtížného odpojování od ventilátoru a péči o dlouhodobě hospitalizovaného klienta. Měla by mít chuť se stále učit nové věci. Výhodou je prý absolvování kurzu BS, ale je možné si kurz dodělat po nástupu na oddělení. Samozřejmě by měla umět komunikovat a spolupracovat.

Říká, že nastupující sestra musí být samostatně pracující, registrovaná s tříletou praxí u lůžka. Sestra pracující na OCHRIP by podle jejího názoru měla být zodpovědná, kompetentní, umět si zorganizovat čas a práci, umět jednat s lidmi, respektovat každého klienta a jeho individualitu, umět spolupracovat se členy zdravotnického týmu, s rodinou a blízkými klienta.

Respondentka 5

Další dotazovaná sestra pracuje na OCHRIP 6 let jako sestra u lůžka. Délka její ošetrovatelské praxe je 10 let (tři roky byla na mateřské). Předtím pracovala na ARO. Má specializaci ARIP a dálkově studovala bakalářské studium, obor všeobecná sestra.

Na otázku, jak provádí hygienickou péči u klientů na OCHRIP, odpověděla: „Hygienická péče u našich klientů je převážně v rukou sestry. Při hygieně aplikujeme prvky bazální stimulace. Provádíme stimulující koupel zklidňující nebo povzbuzující.“ Používají stimulující předměty, klientovo oblíbené věci, toaletní potřeby, např. holicí strojek, krém, mýdlo, vůni, žinku, kartáček atd. Toaletu provádí vždy ráno a večer. Na hygienickou péči podle ní musí mít dostatek času, klidné prostředí a vhodnou teplotu. Nejméně 1x týdně (nebo podle přání klienta a ze získaných informací) provedou celkovou koupel i s mytím vlasů přímo ve sprše na pojízdné mycí vaně. Při hygienické péči se řídí informací ze somatické anamnézy.

Dotazovaná sestra dále říká, že v prevenci dekubitů klienty polohují. Polohování je prý v rámci bazální stimulace, vždy se snaží, aby poloha klienta byla co nejpohodlnější a nejkomfortnější. Používají stimulující předměty jako oblíbenou deku, polštářek. Dále je podle ní vhodné, aby měl klient ještě další stimulující předměty před sebou a díval se na ně (fotografie, obrázky) nebo poslouchal hudbu. Při polohování používají také polohovací pomůcky, každý klient má antidekubitární matraci. U každého klienta ihned po přijetí zhodnotí riziko vzniku dekubitů, toto hodnocení pravidelně opakují. Dále sledují stav pokožky, hydratace, výživy, stupeň bolesti a hodnotí vědomí.

Uvádí, že výživa u klientů na OCHRIP je zajištěna formou umělé enterální výživy a je podávána přes PEG nebo NGS. Vhodnou výživu zhodnotí s nutričním terapeutem. Enterální výživu podávají nejčastěji pomocí enterální pumpy, kdy je dle ordinace lékaře nastaven vhodný režim. Dále říká, že u klientů, kteří přes den rehabilitují a částečně se pohybují, je enterální výživa podávána pouze přes noc a přes den podávají výživu bolusově. Při výživě a stravování klientů zohlední získanou somatickou anamnézu. Ve spolupráci s rodinou se snaží o podávání oblíbených a neoblíbených jídel a nápojů, nejdříve prý po malých dávkách, spíše pro orální stimulaci, časem však často docílí výsledku, kdy klient začne přijímat potravu pouze ústy.

Při zajištění vylučování klientů uvedla, že klienti na OCHRIP jsou většinou inkontinentní. Vyprazdňování moče je zajištěno pomocí PMK nebo zavedenou epicystostomií. Sledují tak množství moče, měří příjem a výdej tekutin za 24h. Říká, že důležité je dbát o důkladnou hygienu a při zavedené epicystostomii pečovat o místo vstupu. Při defekaci je také důležitá pravidelnost. Snaží se o prevenci zácpy a průjmu. I v problematice vyprazdňování jim pomáhají informace z odebrané anamnézy, zda měl klient problémy s vyprazdňováním, jaké, zda používal pomůcky k vyprazdňování, zda užíval projímadla.

Na otázku, jak s klienty komunikují, odpověděla: „Komunikace s klienty je pro nás velice důležitá. Komunikujeme s každým klientem, i s klientem s poruchou vědomí komunikujeme dle konceptu bazální stimulace. S klienty komunikujeme po celou dobu naší přítomnosti, vysvětlíme, co budeme dělat, jak to bude probíhat.“ U klientů s poruchou vědomí je prý důležité, aby každý, kdo přichází k tomuto klientovi, znal alespoň základní prvky bazální stimulace. Říká, že hlavním prvkem je dotyk, u každého takového klienta tedy zvolí tzv. iniciální dotyk, což je část a strana těla, na které se klienta dotkneme při příchodu a odchodu (dotyk by měl být pevný, cílený, nechaotický a doprovázen verbálně). Důležité je zvolit u každého klienta vhodný druh komunikace a případný prostředek komunikace. Např. klienti, kteří nemají poruchu vědomí, ale nemohou verbálně komunikovat, mají u sebe tabulky s písmeny, desky na psaní. U klientů s tracheostomií použití laryngofonu.

Jako konkrétní stimulující předměty uvádí hygienické potřeby (krémy, mýdla, vůně, holicí strojek, žínku, kartáček atd.), oblíbené oblečení (tričko, ponožky), hudbu, TV, fotografie, obrázky, ale např. i věci, se kterými se klient denně setkával (mobilní telefon), chutě a vůně pro orální stimulaci.

Návštěvy u klientů jsou prý velice vítány. Zda jsou nějaká omezení pro návštěvy, odpověděla, že omezení jsou pouze při chřipkové epidemii a pro osoby s otevřeným infekčním onemocněním. Návštěvní hodiny uvádí od 15,00 – 16,30. Je možné se domluvit na jiném čase s lékařem nebo ošetřujícím personálem.

S rodinou a blízkými spolupracují již od přijetí klienta. Pokud není možné odebrat somatickou a biografickou anamnézu přímo od klienta, je podle ní právě rodina v tomto směru velice nepostradatelná. Rodinu se snaží zapojovat do péče o klienta, ukáží a případně naučí základní prvky bazální stimulace. Společně se poradí o vhodných stimulujících předmětech, které mu rodina může donést.

Na otázku, zda absolvovala kurz bazální stimulace, odpověděla: „Mám kurz bazální stimulace, který jsem absolvovala v roce 2006. Na našem oddělení pracujeme s tímto konceptem již dlouhou dobu, takže jsem měla možnost pozorovat výsledky.“ Hlavní myšlenka je podle jejího názoru v respektování individuality člověka, zachování jeho důstojnosti, vnímání okolního světa, vnímání svého těla, podpora aktivity klienta, navázání komunikace, stimulace vnímání. Koncept se prý orientuje na podporu komunikace, pohybu a vnímání, jelikož tyto potřeby jsou zachovány v každé životní situaci.

Dále si myslí, že pro správné a účinné provádění bazální stimulace je čas to nejdůležitější. Pokud bude bazální stimulace prováděna chaoticky, nesystematicky a pouze od některých sester, bude výsledek spíše negativní. Proto na oddělení pracuje s konceptem celý ošetřující personál. Podle jejího názoru mají na bazální stimulaci dostatek času, na každou sestru připadá 1-2 klienti. Klienta s poruchou vědomí má prý na starost vždy jedna sestra. Uvedla, že většinou má sestra jednoho klienta s poruchou vědomí a jednoho klienta při vědomí.

Myslí si, že práce na OCHRIP je náročná spíše z psychické stránky. Klienti jsou zde hospitalizováni delší dobu, často se stav klienta nelepší, není vyhlídka pro odpojení od ventilátoru. Často je i problém s umístěním klienta do další ošetrovatelské péče. Mnohdy není možné přeložit klienty na lůžka LDN nebo standardní pokoje. Dále říká, že v mnohých případech by bylo možné propustit klienta do domácího léčení, ale není ochota a spolupráce ze strany rodiny. Z fyzické stránky je podle ní práce náročná např. při manipulaci s těžkými klienty na ventilátoru, náročný je i přesun klienta na mycí lůžko. Mají však na oddělení pomocný personál, který jim velice pomáhá.

Na otázku co je pro vás při práci na OCHRIP nejvíce náročné, odpověděla: „Pro mne je asi nejvíce náročné u hospitalizovaných mladých lidí vidět nelepšící se stav a špatnou prognózu. Nebo pokud nemá rodina klienta zájem o spolupráci, ani zájem o zlepšení jeho stavu.“

Se syndromem vyhoření se prý setkala. Bohužel měla možnost toto pozorovat u své kolegyně. Říká, že naštěstí měla kolem sebe lidi, kteří se jí snažili pomoci, takže včas vyhledala odborníka a následně odešla ze stávajícího pracoviště. Syndrom vyhoření je podle jejího názoru velký problém právě v pomáhajících profesích a konkrétně u zdravotních sester, kde je náročná práce s lidmi. Velkou roli prý také hraje psychická a duševní vyrovnanost.

Proto, aby nevyhořela, se snaží nejtít do práce se špatnou náladou, problémy řeší ihned, své starosti nepřenáší do práce. Osudy klientů se snaží brát s odstupem. Ve volném čase se věnuje rodině, svým zálibám, chodí do přírody. Velký význam prý vidí také v informovanosti o tomto problému a celoživotním vzdělávání sester.

Sestra pracující na OCHRIP musí podle ní být empatická a zodpovědná. Specializace v oboru, nástavbové či vysokoškolské vzdělání je výhodou. Dále uvedla, že by měla mít kurz bazální stimulace nebo je možné si jej dodělat po nástupu na oddělení.

Myslí si, že nastupující sestra musí být samostatná, zodpovědná, flexibilní, vzdělaná v dané problematice, empatická a pokud možno psychicky vyrovnaná. Měla

by umět základy rehabilitačního ošetřování, prvky bazální stimulace, zvládat práci s monitorem, ventilátorem, dávkovači a enterální pumpou.

Respondentka 6

Další dotazovaná sestra pracuje na tomto oddělení třetím rokem jako sestra u lůžka. Délka její ošetrovatelské praxe je 5 let. Má střední zdravotnické vzdělání a právě dokončuje bakalářské studium, obor všeobecná sestra.

Na otázku, jak provádí u klientů na OCHRIP hygienickou péči, odpověděla: „Hygienickou péči provádíme pravidelně 2x denně, ráno a večer. Minimálně 1x týdně provedeme celkovou koupel klienta přímo ve sprše. Částečně soběstačným klientům dopomáháme v činnostech, které nejsou schopni sami uskutečnit.“ Potřeba hygieny je podle ní u každého individuální, takže se snaží zjistit údaje o klientovi, jak často se denně umýval, zda se sprchoval či koupal, zda má nějaké návyky či rituály při hygieně. Používají klientovo osobní toaletní potřeby, oblíbené krémy, mýdla. Každý den kompletně mění lůžkoviny. Dále uvádí, že při hygieně pracují s konceptem bazální stimulace, aplikují prvky bazální stimulace, používají stimulační předměty a volí vhodný druh koupele.

V prevenci dekubitů říká, že hodnotí riziko vzniku dekubitů u každého klienta a hodnocení pravidelně opakují. Každý klient má antidekubitární matraci. Pravidelně klienty polohují, sledují predilekční místa, stav pokožky, hydratace a výživy. Dále říká, že pokud shledá opruzení či začínající dekubitus, provede záznam a ihned zvolí vhodný druh ošetření.

Při zajištění výživy zhodnotí nutriční stav klienta. Po poradě s nutričním terapeutem a dle ordinace lékaře prý určí vhodnou dietu či umělou enterální výživu. U klientů, kteří jsou schopni přijímat potravu ústy je podle ní také důležité zvolit vhodnou dietu a formu potravy. Uvádí, že klienti, kteří nemohou přijímat potravu ústy, mají zaveden PEG nebo NGS. Nazogastrická sonda se prý ponechává v případě

krátkodobého zajištění umělé výživy. Výživu podávají bolusově nebo kontinuálně pomocí enterální pumpy.

Na otázku, jak zajišťují vylučování klientů, odpověděla: „Potřeba vyprazdňování je u každého klienta individuální. Vylučování moče je zajištěno pomocí PMK, jelikož většina klientů je inkontinentních a zároveň je potřeba měřit denní bilanci tekutin.“ Při výměně PMK se řídí standardem oddělení a pracují sterilně za aseptických podmínek, jelikož vznik infekce je podle ní u klientů velkou komplikací hospitalizace. Důkladně také pečují o hygienu. Dále říká, že vyprazdňování stolice je u klientů spontánní. Klienti na umělé enterální výživě mají často průjmy.

Na otázku, jak s klienty komunikují, říká: „S klienty komunikujeme verbálně i neverbálně, aktivně i pasivně. Komunikace je pro nás i klienty velice důležitá a nepostradatelná.“ Každý klient má jinou potřebu komunikace. Říká, že klient s poruchou vědomí nemůže sdělit své potřeby verbálně, je tedy nutné zvolit vhodnou formu komunikace. Komunikují prý také pomocí bazální stimulace, sledují reakce klienta na oslovení, na podněty, sledují mimiku. U klienta s tracheostomií komunikují pomocí tabulek s písmeny nebo použitím laryngofonu. Pokud je klient spolupracující, je prý možné se domluvit na základních znacích pro řeč těla, např. je mi zima, mám žízeň, mám bolest, kde to bolí.

Jako konkrétní stimulující předměty uvádí obrázky, fotografie, TV, hudbu, osobní hygienické potřeby (vůni, mýdla, žínku, zubní pastu). Pokud je klient schopný orální stimulace, může to být oblíbený nápoj nebo jídlo v kašovitě formě.

Návštěvní hodiny jsou od 14,00 do 18,00. Tento čas je podle ní přibližný a není problém přijít v jinou hodinu. Záleží na domluvě s rodinou, takže možnost návštěv je v podstatě kdykoliv. Omezení pro návštěvy nejsou prý téměř žádná. Rodina klienta by se měla ze začátku seznámit s domácím řádem oddělení. Platí běžná opatření a to, že si návštěva před vstupem na oddělení vezme návleky na boty a plášť, případně ještě ústenku. Na oddělení by neměli chodit lidé s otevřeným infekčním onemocněním. Říká,

že soukromí je zajištěno tzv. boxovým systémem, kdy na každém boxu leží dva klienti stejného pohlaví a postele jsou ještě odděleny zástěnami.

Na otázku, zda spolupracují s rodinou klienta, říká, že spolupracují vždy. Rodina a blízcí jsou velice důležitou součástí té nejlepší možné péče o daného klienta. Společně s rodinou můžou odebrat anamnézu, zjistit potřebné informace o klientovi, jeho denní návyky, rituály, oblíbené činnosti a konkrétní informace o základních potřebách. Říká, že klient a jeho rodina jsou pro ně rovnocennými partnery.

Dále uvádí, že zatím neabsolvovala kurz bazální stimulace. Umí základní prvky a zná tento koncept. Pokud je prý u klienta prováděna bazální stimulace, snaží se podle tohoto konceptu pracovat všichni. Říká, že bazální stimulace dává ošetřujícímu personálu jiný pohled na kvalitu poskytované péče. Jelikož ani ta nejpreciznější péče o klientovo zdraví nikdy nemůže dosáhnout těch nejlepších výsledků bez péče o klientovu duševní stránku. Myslí si, že právě proto jsou potřeby každého klienta bio-psycho-sociální i spirituální, s ohledem na jeho osobnost a individualitu. A právě proto vidí koncept bazální stimulace jako jistou formu poskytované péče o člověka, jako o celek. Dále uvedla, že má určitě zájem si kurz BS dodělat, jelikož s tímto konceptem pracují u všech klientů a je tedy důležité, aby tento kurz absolvovala každá sestra na tomto oddělení.

Na každou sestru prý připadají dva klienti. Oddělení je desetilůžkové a na směnu je pět sester. Uvedla, že jedna sestra je vždy vedoucí směny, je to zpravidla nejzkušenější sestra s nejdelším působením na oddělení. Říká, že na provádění BS mají čas v rámci možností, jelikož podstatnou a podle ní nedůležitou část směny zabere dokumentace a papírování kolem.

Práci považuje za náročnou především z psychické stránky. Říká, že klienti jsou u nich hospitalizováni několik měsíců i několik let. Ve všech případech jde o obtížné odpojování od ventilátoru. Postupně s ohledem na zdravotní stav se prý snaží měnit režimy na ventilátoru tak, že například klient je přes den odpojený a na ventilátoru je pouze přes noc nebo už ventilátor nepotřebuje vůbec, tak převádí na nebulizátor. Myslí

si, že je to velice individuální, někdy se odpojování nedaří vůbec, zhoršuje se prognóza nebo se odpojování podaří bezproblémově a nastanou jiné komplikace. Mají v péči i klienty v domácím léčení, kteří mají přenosný ventilátor doma a docházejí pouze ambulantně.

Se syndromem vyhoření se prý osobně nesetkala. Je to podle jejího názoru velký a dlouhodobý problém. Neví, zda se dá dělat něco proto, aby nevyhořela. Snaží se být vždy dostatečně odpočatá, má své zájmy, přátele. Říká, že se umí radovat z maličkostí a umí si udělat radost. A podle ní to nejdůležitější, má ráda svou práci a rozhodně ji nepovažují pouze za formu výděлку.

Dále říká, že požadavky na sestru jsou spíše v tom, jaká by sestra na tomto oddělení měla být. Měla by být pokorná, empatická, zodpovědná. Sestra na OCHRIP by měla zvládat práci s ventilátorem a dávkovači. Měla by pracovat samostatně a umět si zorganizovat práci.

Nastupující sestra by podle ní měla být duševně vyrovnaná tak, aby zvládala psychickou náročnost práce na tomto oddělení. Měla by mít nástupní praxi, tedy alespoň tři roky u lůžka a být registrovaná. Výhodou je prý specializace v oboru intenzivní, dlouhodobé péče nebo vyšší odborné vzdělání.

Myslí si, že sestra pracující na OCHRIP by měla umět spolupracovat nejen se členy ošetrovatelského týmu, ale i s rodinou klienta. Měla by umět komunikovat, znát rozdíly v komunikaci s klientem při vědomí a s klientem v bezvědomí. Mít základní znalosti z intenzivní, resuscitační a dlouhodobé péče. Většinou to však prý sestra pozná sama po krátké době, zda na to má pracovat na tomto oddělení.

Respondentka 7

Další dotazovaná sestra říká, že na OCHRIP pracuje od počátku, kdy toto oddělení vzniklo. Předtím pracovala na ARO. Délka její ošetrovatelské praxe je 25 let. Má specializaci ARIP .

Na otázku, jak provádí hygienickou péči u klientů na OCHRIP, odpověděla: „Hygienickou péči u našich klientů provádíme 2x denně a dále dle potřeby. Ranní toaletu provádíme i celé dopoledne. Pokud to stav klienta umožňuje, provedeme minimálně 1x týdně koupel přímo ve sprše. Jinak provádíme hygienu na lůžku.“ Každý den kompletně mění lůžkoviny. Dále říká, že při hygienické péči pracují s konceptem bazální stimulace, používají stimulační předměty a aplikují zklidňující a povzbuzující koupele. Hygienická péče je podle ní velice důležitá a je prováděna s maximální precizností. Při hygieně s klienty komunikují, sledují reakce, hodnotí bolestivost, sledují stav pokožky. Dále uvedla, že po hygienické péči je ideální provést masáž stimulační dýchání.

V prevenci dekubitů se zaměřují na celkový stav klienta. Zhodnotí stav výživy, hydratace, stupeň inkontinence, vědomí, přidružená onemocnění. Po vyhodnocení rizika vzniku dekubitů zvolí vhodný druh péče. Klienty pravidelně polohují, používají polohovací pomůcky, antidekubitární matraci. Dále říká, že v prevenci opruzenin a dekubitů dbají na důkladnou hygienu, pečují o pokožku (promazávání, masírování), sledují predilekční místa, provádí rehabilitační ošetřování. Pokud je klient na oddělení přeložen již s dekubitem, vše ihned zaznamenají do dokumentace, informují lékaře a provedou vhodné ošetření.

Na otázku, jak zajišťují výživu klientů, odpověděla: „Výživu klientů zajišťujeme umělou enterální výživou. Výživu podáváme přes NGS nebo PEG. Po vyhodnocení nutričního stavu a po konzultaci s lékařem a nutričním terapeutem podáváme vhodnou enterální výživu.“ Enterální výživu podávají bolusově nebo kontinuálně enterální pumpou. Postupně se také snaží po malých dávkách přecházet na perorální příjem potravy.

Na otázku, jak pečují o vylučování klientů, odpověděla: „Vyprazdňování moče je zajištěno pomocí PMK. Sledujeme množství a vzhled, případné příměsi, barvu a hodnotíme bilanci tekutin.“ Výměnu katétru provádí dle standardu oddělení. Pokud není u klienta možná dlouhodobá katetrizace močového měchýře, je prý provedena suprapubická drenáž močového měchýře. Dále uvádí, že při vylučování stolice se u

klientů často střídá průjem a zácpa, proto se snaží tomuto předcházet především preventivně. Klienti jsou prý většinou inkontinentní, takže péče o vylučování je v rukou sestry.

S klienty komunikují verbální i neverbální formou. Pokud s nimi klienti nemohou komunikovat slovně, snaží se najít jiný způsob komunikace. Je to podle ní individuální, snaží se o vzájemné navázání kontaktu, je možné použít pomůcky pro usnadnění komunikace nebo elektrolarynx. U každého klienta je potřeba komunikace jiná, ze začátku se snaží zjistit potřebné informace od rodiny. Říká, že pokud má klient zájem s nimi komunikovat, něco jim sdělit, být s nimi v kontaktu, je to pro ně velký krok v komunikaci. U klienta v bezvědomí komunikují po celou dobu přítomnosti, pracují prý i s konceptem bazální stimulace, kdy u každého klienta zjistí somatickou a biografickou anamnézu a určí iniciální dotyk.

Jako stimulující předměty uvádí, že klienti mají u sebe talismany, plyšáky, obrázky, fotografie, osobní hygienické potřeby, běžné věci, které klient denně používal (brýle, mobil), dále oblíbenou hudbu, oblíbené oblečení (tričko, ponožky), pro orální stimulaci je podle ní vhodné použít oblíbené jídlo nebo nápoj.

Dotazovaná sestra dále říká, že návštěvy u klientů jsou možné kdykoli po domluvě s ošetřujícím personálem nebo v době návštěvních hodin od 14,00 do 18,00. Omezení nejsou prý téměř žádná. Je vhodné, aby si rodinní příslušníci a blízcí pročetli domácí řád oddělení, kde najdou potřebné informace. Soukromí klienta s jeho rodinou je z části zajištěno strukturou oddělení, kde je boxový systém a na každém boxu leží dva klienti, kteří jsou ještě odděleni zástěnami a jsou od sebe v dostatečné vzdálenosti. Pokud to stav klienta dovoluje, je prý možné klienta vzít ven v areálu nemocnice za doprovodu ošetřující sestry.

Na otázku, jak spolupracují s rodinou klienta, odpověděla: „S rodinou klienta máme většinou velmi dobré vztahy. Ve všem se snažíme najít společné řešení, poskytujeme pravdivé informace, v případě zájmu zapojíme rodinu do péče o klienta.“ Vysvětlují jim prvky bazální stimulace. Respektují prý potřeby klientů i jejich blízkých.

Říká, že jsou bohužel i výjimečné situace, kdy rodina klienta nechce spolupracovat, nejví o klienta zájem, nenavštěvuje ho nebo vidí v ošetřujícím personálu jisté protivníky.

Sestra uvedla, že má kurz bazální stimulace. Při ošetrovatelské péči prý provádí bazální stimulaci. Prvky BS provádí při hygieně a to konkrétně koupel zklidňující nebo povzbuzující. Dále říká, že při polohování vždy polohují tak, aby se klient cítil co nejpohodlněji, aby poloha byla přirozená a co nejkomfortnější. Další prvky bazální stimulace používají při komunikaci.

Myslí si, že pokud má klient dostatek podnětu, může vnímat své tělo, poznávat stimulující předměty, jsou právě výsledky bazální stimulace velice pozitivní. Klient je podle ní zklidněný, není vystrašený, může s nimi komunikovat a dát jim najevo, jak se cítí. Podle ní je tento koncept velice přínosný. Je to jiná, řekla by vyšší forma kvalitní ošetrovatelské péče. Ošetřující personál prý tímto získává vyšší kompetence, více se dokáže vcítit do člověka, respektuje jeho individualitu, jeho potřeby, pozná jeho reakce. Dále říká, že na provádění konceptu mají dostatek času a doufá, že s tímto konceptem budou pracovat u všech klientů. Samozřejmě by také považovala za nutné, aby měli všechny sestry absolvovaný kurz bazální stimulace nebo alespoň znaly myšlenku a základní prvky tohoto konceptu. Uvedla, že každá sestra má na starost dva klienty.

Při zhodnocení náročnosti práce na OCHRIP říká, že náročnost práce vidí především z té psychické stránky. Klienti jsou na oddělení hospitalizováni i několik let, jsou tu jako doma, mají tu své věci a žijí tady. Proto i poskytovaná péče se prý nesusoustředí pouze na vyléčení nebo zlepšení zdravotního stavu, ale především na zkvalitnění života. Soustředí se na klienty jako na celek, důraz je kladen na kvalitní a precizní ošetrovatelskou péči. Vzhledem k takto dlouhodobým hospitalizacím mají ke klientům bližší vztah, jsou více zainteresované do jejich osudů, znají jejich rodiny a spolupracují s nimi. Z fyzické stránky je podle ní práce náročná pouze při manipulaci s klientem, především při hygieně a polohování. Do ošetrovatelského týmu samozřejmě patří i pomocný personál, takže na tuto fyzickou námahu prý nikdy nejsou samy.

Se syndromem vyhoření se setkala jednou u své kolegyně na předchozím pracovišti. Někdy má také pocit, že je vyčerpaná, bez energie. Říká, že zatím to vždy řešila dovolenou. Myslí si, že každý na sobě musí poznat, že už nemůže, že ho tato práce nenaplňuje, že je unavený, vyčerpaný, bez radosti ze života, nemá o nic zájem, pak je jediná možnost vyhledat včas odbornou pomoc a odejít ze stávajícího pracoviště. Každý se podle ní musí rozhodnout, zda je pro něj toto povolání tím pravým. Sestry jsou často vystaveny velkému stresu, emočnímu vypětí i fyzické námaze.

Dále uvedla, že sestra pracující na OCHRIP musí zvládat práci s ventilátorem, s monitorem, s dávkovači. Musí mít znalosti v péči o klienta na tomto oddělení. Sestra musí umět spolupracovat, komunikovat, samostatně a zodpovědně pracovat. Každá sestra má na starost dva klienty, takže si musí zorganizovat čas a práci tak, aby zvládla a precizně poskytla kvalitní péči u obou klientů. Dále by podle ní sestra na OCHRIP měla umět základní prvky bazální stimulace a rehabilitačního ošetřování.

Nastupující sestra by prý měla být registrovaná. Musí mít znalosti z intenzivní, chronické, dlouhodobé péče. Na nově nastupující sestru podle ní nejsou kladeny velké požadavky, jelikož většinou to sestra po čase zjistí sama, zda na tomto oddělení zvládne pracovat.

Myslí si, že sestra na OCHRIP by měla být zodpovědná, empatická, pokorná, komunikativní. Měla by umět poradit a pomoci klientům i jejich rodinám.

Respondentka 8

Dotazovaná sestra pracuje na OCHRIP sedm let. Délka její ošetrovatelské praxe je 12 let. Je diplomovaná sestra a mám specializaci ARIP.

Na otázku, jak provádí u klientů na OCHRIP hygienickou péči, odpověděla: „Hygienickou péči u našich klientů provádíme ráno a večer. Hygiena u nás zahrnuje celkovou koupel na lůžku nebo ve sprše, pokud to stav klienta umožňuje.“ Koupel ve sprše se provádí u klientů, které je možno odpojit od ventilátoru. Koupel ve sprše je

podle jejího názoru nejideálnější, jak pro klienta, tak pro ošetřující personál. Koupel se provádí na speciální pojízdné vaně a to nejméně 1x týdně u každého klienta. Hygienickou péči provádí u každého klienta tak dlouho, dokud je potřeba, takže na oddělení je hygiena prováděna i celé dopoledne. Dále sestra uvedla, že při hygieně provádí prvky bazální stimulace, rehabilitační ošetřování, prevenci dekubitů. Dbají o stav pokožky, kontrolují predilekční místa, kůži masírují atd. Potřeba hygieny je u klientů individuální a ve většině případů je pouze v rukou sestry, takže hygienická péče je podle jejího názoru vizitkou každé sestry.

Dále odpověděla, že v prevenci polohování nejdříve u každého klienta zhodnotí riziko vzniku dekubitů. Hodnotí také stav výživy, hydratace, vědomí, inkontinence, přidružená onemocnění. Klienty pravidelně dle potřeby polohují, sledují stav kůže, predilekční místa, masírují a promazávají pokožku, dbají na důkladnou hygienu, provádí rehabilitační ošetřování. Klienty pokud možno mobilizují, vertikalizují a podporují zachovalé schopnosti. Za smutné považuje, když přeloží klienta z ARO, kde byl hospitalizovaný 14 dní a má rozsáhlý dekubitus. Říká, že u nich jsou klienti hospitalizováni i několik let a dekubity nemají.

Na otázku, jak pečují o výživu klientů, odpovídá, že nejdříve zhodnotí nutriční stav klienta. Společně s nutričním terapeutem a dle ordinace lékaře poté podávají vhodný druh výživy. Většina klientů má prý zajištěnou výživu pomocí NGS nebo PEG. Není pravidlem, že klienti s dlouhodobou potřebou enterální výživy mají zaveden PEG nebo PEJ. V případě NGS je však, jak uvádí, potřeba pravidelné výměny.

V péči o vyprazdňování prý zhodnotí stupeň inkontinence. Dále říká, že klienti mají zaveden PMK nebo epicystostomii. Měří bilanci tekutin a sledují vzhled moče. Dbají na důkladnou hygienu a pravidelně dle standardu oddělení mění katétr. V případě vyprazdňování stolice je podle ní častým problémem nepravidelnost. Vyprazdňování je u klientů spontánní.

Na otázku, jak s klienty komunikují, uvedla, že komunikace s klienty je pro ně velice důležitá. S klientem komunikují vždy a po celou dobu jejich přítomnosti u něj.

Pracují s konceptem bazální stimulace, takže při každém příchodu a odchodu se klienta dotknou na určeném místě, což je iniciální dotyk, který je dále doprovázen slovně. Klienty oslovují podle přání rodiny a podle odebrané somatické a biografické anamnéze, kde se dozvídají informace o klientovi. Říká, že potřebné informace získávají od rodiny a blízkých. Ptají se, jak většina lidí klienta oslovuje a domluví se, jak má klienta oslovovat ošetřující personál. I když jim klient nemůže odpovídat, snaží se pozorovat jeho reakce, čímž podle ní získávají zpětnou vazbu.

Klienti na OCHRIP mají u sebe stimulující předměty. Uvedla, že nejčastěji jsou to osobní hygienické potřeby, obrázky a fotografie, oblíbené oblečení, polštář, plyšák, hudba atd.

Kurz bazální stimulace absolvovala v roce 2009. Na oddělení pracují s tímto konceptem již od začátku. Podle jejího názoru je důležité, aby s tímto konceptem pracovali, nebo alespoň znali základní prvky všichni, kdo přichází s klientem do kontaktu. Výsledky při provádění tohoto konceptu jsou, jak říká, velice pozitivní. Klienti začínají reagovat na podněty, vnímají vjemy ze svého okolí, snaží se s nimi komunikovat a spolupracovat. Jako konkrétní prvky BS prý aplikují koupel (zklidňující, povzbuzující), polohování (mumie, hnízdo), orální stimulace (oblíbený nápoj, jídlo), sluchová stimulace (oblíbená hudba) a jiné. U každého klienta odeberou somatickou a biografickou anamnézu. Snaží se podporovat zachovalé schopnosti a umožnit klientům žít kvalitní život v rámci možností svého zdravotního stavu.

Zda mají na provádění BS dostatek času, odpověděla, že ano. Myslí si, že je důležité si umět zorganizovat práci, mít dostatek času, klidné prostředí, vhodnou teplotu, soukromí. Každá sestra má prý na starost dva klienty.

Pokud by měla zhodnotit náročnost práce na OCHRIP, říká, že práce je náročná z psychické stránky vzhledem k dlouhodobým hospitalizacím klientů. Snaží se klienty postupně odpojit od ventilátoru. Lékař postupně mění režimy na ventilátoru tak, aby klient dýchal s pomocí např. po intervalech nebo pouze v noci nebo dle potřeby. Tento proces je prý velice zdoluhavý a nesmí se nijak uspěchat. Po fyzické stránce je podle ní

náročná manipulace s ležícím klientem, s poruchou vědomí. Na oddělení mají pomocný personál, který jim při manipulaci pomáhá.

Se syndromem vyhoření se osobně nesetkala. Uvádí, že viděla některé dokumenty na toto téma a četla články. Myslí si, že je to velký problém. Některé sestry jsou podle ní tím ohroženy více některé méně, záleží na oddělení, na náročnosti práce, ale především na osobnosti a duševní stránce člověka. Sestry jsou prý často vystaveny velké psychické i fyzické náročnosti.

Na otázku, jak se brání syndromu vyhoření, říká: „Já se snažím ve volném čase relaxovat, občas sportuji. Ráda trávím čas se svou rodinou a přáteli. Samozřejmě je důležité nebýt v práci přes čas a vybírat si dovolenou.“

Sestra pracující na OCHRIP podle ní musí být empatická, znát problematiku komunikace s klienty s poruchou vědomí. Dále uvedla, že musí umět pracovat s přístroji pro monitorování, infuzní a enterální pumpou, pečovat o invazivní vstupy. Měla by prý mít základy z bazální stimulace.

Myslí si, že sestra na OCHRIP musí být samostatně pracující, umět si zorganizovat práci a vést dokumentaci. Nastupující sestra by, jak říká, měla být registrovaná. Výhodou je vyšší vzdělání nebo specializace v intenzivní, dlouhodobé péči. Také by měla mít kurz bazální stimulace nebo mít zájem si jej dodělat při práci.

Sestra pracující na OCHRIP by podle jejího názoru měla být samostatná, zodpovědná, pokorná, empatická. Měla by respektovat individualitu každého člověka, umět spolupracovat s rodinou, navázat kontakt s klienty, umět komunikovat. Každá sestra prý sama zjistí, zda na tomto oddělení chce pracovat a zda to zvládne především z té psychické stránky.

Respondentka 9

Další sestra, se kterou jsem provedla rozhovor, pracuje na oddělení OCHRIP-DIP pět let. V praxi je devět let, dříve pracovala na chirurgickém oddělení. Má bakalářské vzdělání.

Na otázku, jak provádí u klientů na OCHRIP hygienickou péči, říká: „Hygienickou péči u našich klientů provádíme dle potřeby. Pravidelně každé ráno provedeme celkovou hygienu na lůžku nebo v koupelně.“ Pokud to stav klienta dovolí, je podle ní koupel přímo ve sprše nejpříjemnější. Hygienu provádí velice precizně, jelikož ve většině případů nejsou klienti schopni si hygienickou péči obstarat samy, je tedy na nich jim poskytnout nejvyšší míru komfortu. Klienty, jak říká, udržují v čistotě a suchu. Při hygieně aplikují prvky bazální stimulace, používají klientovo osobní hygienické potřeby, oblíbené krémy, mýdla, žínku. Při každodenní toaletě pečují o dutinu ústní, oči, nos, uši, vlasy, nehty. Provádí i rehabilitační ošetřování. A na závěr prý provedou převaz všech invazivních vstupů. Večerní toaleta je, jak dále uvádí, přípravou na spánek. Klienta umyjí na lůžku, promažou a namasírují kůži, upraví a řádně vypnou lůžkoviny. Nakonec klienta uloží do vhodné polohy.

V prevenci dekubitů klienty pravidelně polohují, pečují o pokožku, masírují ji a promazávají, dbají především na důkladnou hygienu. Dále říká, že každý klient je uložen na speciálním polohovacím lůžku s antidekubitární matrací. Pravidelně také opakují hodnocení rizika vzniku dekubitů.

V péči o výživu hodnotí nutriční stav klienta. Říká, že člověk potřebuje k výživě množství potravy odpovídající spotřebě energie. Parenterální výživa je u klientů na OCHRIP indikovaná pouze v nejnútnejších případech, ale všeobecně se snaží minimalizovat invazivní vstupy. Takže výživu nejčastěji podávají do NGS nebo PEG. Je to podle ní individuální, záleží na tom, jak to klient snáší a jaká je vyhlídka dlouhodobého zajištění výživy. Enterální výživu podávají bolusově nebo kontinuálně. Uvedla, že v enterální výživě jsou obsaženy všechny potřebné složky ve správném poměru.

Na otázku, jak pečují o vylučování klientů, odpověděla: „Potřeba vyprazdňování je základní potřebou a je u každého individuální. Klienti jsou většinou inkontinentní, vylučování probíhá spontánně. V případě vylučování se snažíme získat informace od klienta nebo rodiny (pokud není možné od klienta odebrat somatickou anamnézu), ptáme se na pravidelnost, problémy s vyprazdňováním, inkontinenci, pomůcky k vyprazdňování atd.“ Klienti mají nejčastěji zaveden PMK, kdy měří bilance tekutin a sledují vzhled moče. Při vylučování stolice se snaží o prevenci zácpy, kdy podávají vhodnou stravu, provádí rehabilitační cvičení a podle možností i mobilizaci klienta.

Komunikace s klienty je podle ní velice důležitá. Jak sama říká, potřeba komunikace je u každého člověka individuální. Myslí si, že je nutné zvolit takový druh komunikace, aby jim klient rozuměl a aby jim mohl dát zpětnou vazbu. U klientů s poruchou vědomí pracují s bazální stimulací. S klienty s tracheostomií komunikují pomocí tabulek nebo použitím laryngofonu.

Jako stimulující předměty, které mají klienti u sebe, uvedla plyšáky, oblíbené věci, osobní hygienické potřeby, oblíbenou hudbu, TV, obrázky, ale např. i oblečení nebo věc, se kterou má klient citové pouto nebo jí každý den používal (mobilní telefon, volant, propiska, brýle).

Dále uvádí, že návštěvní hodiny jsou od 14,00 do 18,00. Záleží na domluvě, není problém se domluvit i na jiném čase, tak jak to bude rodině a blízkým vyhovovat. Respektují soukromí každého klienta. Klienti jsou rozděleni na dvoulůžkové pokoje (boxy). Prostor mezi postelemi je oddělen zástěnami. Dveře do každého pokoje jsou prosklené s pohledem na inspekční pokoj a je možné je zatáhnout žaluziemi.

Na otázku, zda spolupracují s rodinou klienta, říká, že s rodinou a blízkými klientů spolupracují vždy a od začátku hospitalizace na oddělení. Klienti jim většinou nejsou schopni sdělit informace k získání anamnézy, své problémy a potřeby. Spolupráce s rodinou je tedy, jak dodává, nepostradatelná. V případech, kdy se rodina a blízcí zapojily do ošetrovatelské péče, prováděli základní prvky bazální stimulace a

pravidelně klienta navštěvovali, pozorovala velké pokroky ve smyslu zlepšení stavu. Rodinu klienta vždy respektují a snaží se navázat kontakt ke vzájemné spolupráci.

Kurz bazální stimulace zatím neabsolvovala. Ale dodává, že na oddělení s tímto konceptem pracují všichni, kdo přicházejí s klientem do kontaktu. Prvky bazální stimulace se naučila od svých kolegyně, které kurz absolvovali. Určitě má zájem si kurz dodělat a už se na něj prý přihlásila. Myslí si, že aplikace tohoto konceptu v praxi přináší velké výsledky a že koncept dává klientům možnost komunikovat s okolím, projevit své pocity, bolest. Klienti vnímají své tělo, svou polohu, ale i okolní prostředí a stimulující předměty. Toto se snaží respektovat a podle získaných informací ze somatické a biografické anamnézy dělají vše proto, aby klient nepociťoval žádný deficit v bio-psycho-sociálních a spirituálních potřebách.

Dále odpovídá, že na provádění bazální stimulace mají dostatek času, není problém, když provádí např. hygienickou péči v průběhu celého dopoledne. Je důležité si umět zorganizovat čas a práci. Na každou sestru připadají dva klienti.

Sama hodnotí, že práce na OCHRIP je náročná po psychické, ale i fyzické stránce a to konkrétně v tom, že jsou zde dlouhé hospitalizace i několik let. Říká, že stav klientů se mění k lepšímu, ale i k horšímu. Je důležité se smířit s faktem, že i přes tu neprecizněji a nejkvalitněji provedenou péči se stav klienta může zhoršovat. Hlavním důvodem hospitalizace je obtížné odpojení od ventilátoru. Řekla by, že je to spíše dlouhodobá záležitost, režimy na ventilátoru se mění postupně tak, jak to klient zvládá a snáší. Největší psychickou zátěž tedy vidí v té setrvačnosti, stejní klienti několik měsíců i let, nemění se stav, obtížná spolupráce s klientem nebo s rodinou. Z fyzické stránky je pro ni náročná manipulace s ležícími, nesoběstačnými klienty s poruchou vědomí. Hygienickou péči, polohování a další manipulace s klientem provádí vždy s pomocným personálem.

Se syndromem vyhoření se setkala u své kolegyně na předchozím pracovišti. Je to momentálně diskutované téma a podle jejího názoru i velký problém. Jsou oddělení, kde jsou sestry tímto více ohroženy, ale podle ní jde především o daného člověka, jak se

staví ke svému povolání, zda je duševně vyrovnaný. Říká, že je důležité si umět zorganizovat čas a práci, umět řešit problémy. Proti tomu, aby sama nevyhořela, se snaží chodit do práce s čistou hlavou, ve svém volnu relaxuje a pravidelně si vybírá dovolenou. Myslí si, že důležité je taky finanční ohodnocení a vztahy mezi kolegyněmi v práci. To podle ní hraje velkou roli právě to, zda chodíte do práce ráda, jaká je tam atmosféra, zda se mohou jedna na druhou spolehnout.

Požadavky na sestry pracující na OCHRIP jsou podle ní znalosti z intenzivní dlouhodobé péče, znalost problematiky hospitalizovaných klientů. Dále práce s ventilátorem, monitorem, dávkovači, enterální pumpou. Říká, že sestra musí umět pracovat samostatně, zodpovědně, umět si zorganizovat práci a vést dokumentaci. Dále musí zvládnout kompletní péči o ležícího, nesoběstačného klienta a péči o invazivní vstupy. Nastupující sestra by podle ní, měla být registrovaná s minimálně tříletou praxí u lůžka. Měla by mít chuť se učit nové věci a dále se vzdělávat. Měla by mít také znalosti z intenzivní péče o chronické pacienty.

Myslí si, že sestra pracující na OCHRIP by měla být empatická, spolehlivá, komunikativní, vzdělaná v dané problematice, měla by umět pracovat s ležícím, nesoběstačným klientem s poruchou vědomí. Měla by umět spolupracovat se členy týmu, s rodinou a blízkými klientů.

Respondentka 10

Poslední sestra, se kterou jsem provedla rozhovor, pracuje na OCHRIP od počátku, kdy toto oddělení vzniklo. Předtím pracovala na ARO. Má specializaci ARIP a kurz bazální stimulace. Jako sestra u lůžka pracuje 28 let.

Hygienickou péče zajišťují u klientů dle potřeby během dne a pravidelně ráno a večer. Dále odpověděla, že ranní toaleta spočívá v celkové hygieně, tedy celková koupel klienta na lůžku, případně ve sprše na speciální mycí vaně, pokud to stav klienta dovoluje. Koupel ve sprše vždy preferují alespoň 1x týdně, jelikož je to nejkomfortnější pro klienta i pro ně. Při hygieně pečují o kůži, oči, uši, nos, dutinu ústní, vlasy, nehty.

Kompletně každý den mění lůžkoviny. Dále promazávají a masírují pokožku, kontrolují predilekční místa a provedou masáž stimulující dýchání. Velký důraz klade na komunikaci a to po celou dobu toalety! Aplikují prvky bazální stimulace, používají stimulující předměty. Večerní toaleta je podle ní přípravou ke spánku. Říká, že potřeba hygieny je u každého individuální, takže se předem vždy informují, jak často se klient umýval, jaké používal hygienické potřeby, zda se rád koupal nebo sprchoval atd.

Prevenici dekubitů provádí u každého klienta. Po přijetí zhodnotí riziko vzniku dekubitů. Dále hodnotí stav výživy a hydratace, stupeň bolesti, stav vědomí, inkontinence, stav kůže. Uvádí, že každý klient na OCHRIP je uložen na polohovací postel s antidekubitární matrací. Používají polohovací pomůcky a klienty polohují dle potřeby. Vždy se snaží poskytnout tu nejkomfortnější polohu a klienta stimulovat. Důležitá je podle ní také péče o pokožku, promazávání, masírování, kontrola predilekčních míst.

Výživu podávají přes PEG nebo NGS. Jak sama říká: „Klienti většinou nejsou schopni přijímat potravu ústy. Výživa je tedy enterální, podáváme umělé enterální výživy bolusově, kontinuálně nebo intermitentně pomocí enterální nutriční pumpy.“ Pravidelně hodnotí nutriční stav klienta a spolupracují i s nutričním terapeutem. Pokud u klienta aplikují orální stimulace, podávají oblíbené nápoje a jídlo v kašovitě formě. Vždy po velice malých dávkách, sledují reakce klienta. Dále říká, že postupně je možné přejít k častějšímu podávání potravy ústy a v některých případech takto klienty převedly z enterální výživy na perorální příjem potravy.

Na otázku, jak pečují o vylučování klientů na OCHRIP, říká: „Vylučování je základní potřeba a je u každého člověka individuální. Proto vždy odebíráme somatickou a biografickou anamnézu.“ Klienti na OCHRIP mají zaveden PMK nebo epicystostomii, která není podle ní tak častá a spíše v případech, kdy je předpoklad dlouhodobé potřeby vylučování močového měchýře. Měří příjem a výdej tekutin, sledují vzhled moče, pravidelně odesílají moč pro kontrolu do laboratoře. V případě vylučování stolice se snaží o prevenci zácpy, uvedla, že léky volí až jako poslední možnost. Vzhledem k tomu, že např. časté dlouhodobé používání projímadel má podle

jejího názoru negativní účinky. V případě průjmu je především důležité dbát na důkladnou hygienu, aby nevznikly opruzeniny a podráždění v okolí konečníku.

S klienty komunikují verbálně i neverbálně. Za velký pokrok považuje komunikaci podle konceptu bazální stimulace. Ke každému klientovi přistupují holisticky. Důležité pro ni je, aby si všichni uvědomili, že každý člověk vnímá a určitým způsobem komunikuje, i člověk v bezvědomí! Pokud má klient poruchu vědomí nebo s nimi z jiného důvodu nemůže komunikovat, musí zvolit takový druh a způsob komunikace, aby byla pro klienta nejvhodnější (použití vhodných výrazů, srozumitelná výslovnost, pomůcky k dorozumívání). Podle ní je nejdůležitější pochopit potřeby každého klienta, porozumět jeho stylu komunikace a dále mu poskytnout jistotu a další možný rozvoj osobnosti.

Jako stimulující předměty, které mají klienti u sebe, uvedla obrázky, fotografie, oblečení, TV a jiné předměty ze svého života. Dále oblíbené oblečení, polštářek, ručník, osobní hygienické potřeby. Při sluchové stimulaci poslech oblíbené hudby nebo hlasu blízké osoby, při orální stimulace oblíbené jídlo, nápoj.

Návštěvy u klientů jsou možné v době návštěvních hodin a to od 14,00 do 18,00. Je také možné se konkrétně domluvit na jiném čase. Omezení pro návštěvy jsou jako na jiných odděleních. Na oddělení nesmí lidé s otevřeným infekčním onemocněním. Platí běžná opatření pro vstup na intenzivní lůžka, tedy návštěva si obléká plášť a roušku. Doporučují, aby si každý přečetl domácí řád oddělení, kde se rodinný příslušník dozví důležité informace o chodu oddělení. Soukromí klientů respektují, na každém boxu jsou dva klienti, každá postel je ještě oddělena zástěnami a dveře k boxu je možné zatáhnout žaluziemi.

Na otázku, zda spolupracují s rodinou klienta, říká, že vždy. Rodina a blízcí jim mohou velice pomoci při získání somatické a biografické anamnézy. Pokud má rodina zájem účastnit se ošetrovatelské péče nebo se naučit prvky bazální stimulace, jsou velice rádi a ve všem se jim snaží vyjít vstříc. Společně se také domlouvají na vhodných stimulujících předmětech.

Kurz bazální stimulace absolvovala v roce 2005. Na oddělení s tímto konceptem pracují a aplikují prvky bazální stimulace při koupeli, hygieně, polohování, v komunikaci atd. Dále říká, že než začnou s tímto konceptem pracovat, odeberou somatickou a biografickou anamnézu. Většinou tyto informace získají od rodiny a blízkých klienta, jelikož klienti nejsou schopni jim tyto informace z různých důvodů sdělit. Podle získaných informací sestaví plán ošetrovatelské péče a stanoví vhodné stimulační a stimulační předměty k provádění bazální stimulace.

Myslí si, že aplikace tohoto konceptu v praxi je velkým přínosem a dává tak ošetřujícímu personálu vyšší kompetence a jiný pohled na klienta. Více vnímají individualitu každého člověka. Podle ní je důležité si uvědomit myšlenku tohoto konceptu. Bazální stimulace dává klientům možnost vnímat své tělo, okolní prostředí, dotyk jako formu komunikace. Je přesvědčena o tom, že klient má takto možnost žít v rámci možností kvalitní život a komunikovat se svým okolím. Pomocí stimulace dávají klientovi pocit být v prostředí jemu příjemném. Říká, že pomocí stimulačních předmětů klient vnímá známé věci, předměty, hudbu, své každodenní hygienické potřeby a tím dostává pocit jistoty a bezpečí. Často prý dojde k velkému zlepšení stavu klienta.

Podle jejího názoru, mají sestry na OCHRIP na provádění BS dostatek času. Každá z nich si musí umět zorganizovat práci a zhodnotit důležité a méně důležité činnosti. Každá sestra má na starost většinou dva klienty, podle počtu pacientů na oddělení a podle denního stavu sester.

Práce na OCHRIP je podle ní celkem náročná a to především z hlediska psychické náročnosti. Většina klientů je dlouhodobě ventilovaná. Hlavním důvodem hospitalizace je tedy obtížné odpojování od ventilátoru. Odpojování musí probíhat velice pomalu s ohledem na stav klienta. Dále uvádí, že lékař postupně mění režimy tak, aby si klient v určitém rozmezí dýchal sám. Postupně se mění režim v intervalech, kdy klient dýchá sám a poté s ventilátorem. Dále pokud je to možné, dýchá klient přes den sám a v noci mu pomáhá ventilátor. A v tom nejlepším případě dýchá klient po celý den i noc sám a ventilátor je připraven pouze pro případ, že by klient již ventilaci nezvládl

sám. Tento proces, jak říká, může trvat měsíc, ale i rok nebo více let. Hospitalizace jsou u nich dlouhodobé. Největší náročnost tedy vidí v tom, když každou směnu se na oddělení setkává se stejnými klienty, několik let. Často se stav klientů dlouhodobě nemění, může ale také přijít zvrát a stav klienta se náhle změní v kritický.

Při své praxi jsem se setkala se syndromem vyhoření několikrát. I sama na sobě mnohdy pozorovala, že v určitém období se jí změnil pohled na klienta, dříve byla i více empatická. Často si uvědomuje, že do práce chodí pouze za účelem výdělků a toto povolání bere pouze „jako práci“. Neví, jestli je toto už syndrom vyhoření, podle ní je to spíše ostřílenost praxí. Za svou praxi se setkala téměř se vším, už nemůže brát tak osobně osud každého klienta, jak říká, je proti tomu tzv. imunní. Ale zároveň dodává, že má svou práci ráda, umí komunikovat s klienty, umí bazální stimulaci, zná problematiku oddělení, zaučuje nově nastupující sestry. Zatím nemá pocit vyčerpanosti nebo nadměrné únavy z práce. V případě, kdyby na sobě pozorovala, nebo by jí někdo jiný dal impulz, že s ní něco není v pořádku, určitě by vyhledala odbornou pomoc a z tohoto oddělení odešla.

Proti syndromu vyhoření se podle ní bránit nedá. Říká, že na oddělení nejsou tolik ve stresu, ale zase je zde vysoké emoční vyčerpání a pořád stejní pacienti, u kterých se dlouhodobě nemění stav ani k lepšímu ani k horšímu. Podle jejího názoru je důležité si uchovat alespoň v rámci možností odstup od osudu klienta, nebýt tak zainteresovaná do jejich problémů. Dalším důležitým předpokladem pro nevyhoření je duševní vyrovnanost, mít reálný pohled na danou situaci, umět řešit problémy, umět komunikovat a spolupracovat. Ve svém volnu nepřemýšlet o práci, udělat si radost z maličkostí, věnovat se rodině, svým zájmům, přátelům.

Sestra pracující na OCHRIP musí podle jejích slov být zodpovědná, samostatná, vzdělaná, komunikativní. Umět spolupracovat s ostatními členy ošetrovatelského týmu (lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut, pomocný personál, a jiní), s rodinou a blízkými klienta. Umět pracovat s monitorem, ventilátorem, dávkovači a pumpami. Měla by mít znalosti z intenzivní péče o chronické pacienty a orientovat se v problematice dlouhodobě hospitalizovaných klientů s obtížným odpojováním od

ventilátoru. Sestra pracující na tomto oddělení by měla znát koncept bazální stimulace, umět s ním pracovat, znát prvky bazální stimulace.

Dále uvedla, že nastupující sestra by měla být registrovaná, samostatně pracující a mít alespoň 3 roky praxe. Měla by mít základní znalosti z intenzivní péče a zvládat práci s ventilátorem, monitorem a dávkovači. Na nastupující sestry nejsou kladeny vysoké nároky, jelikož každá sestra sama po určité době pozná, zda na tomto oddělení chce a zvládne pracovat.

Myslí si, že sestra na OCHRIP by měla být zodpovědná, empatická, komunikativní, měla by umět řešit problémy, umět si zorganizovat práci, pracovat s konceptem bazální stimulace. Měla by umět poradit a pomoci nejen klientů, ale i jejich rodinám. A samozřejmě by měli mít holistický přístup ke každému klientovi.

4.2. Kategorizace dat v tabulkách

Tabulka 1. Délka praxe sester na OCHRIP

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Délka praxe na OCHRIP	11 let	První rok	7 let	8 let	6 let	3 roky	Od vzniku oddělení	7 let	5 let	Od vzniku oddělení

Z tabulky číslo 1 vyplývá, že dvě dotazované sestry (R7 a R10) pracují na OCHRIP od vzniku tohoto oddělení. Jedna sestra (R1) pracuje na oddělení 11 let a jedna sestra (R4) celkem 8 let. Další dvě dotazované sestry pracují na oddělení 7 let (R3 a R8). Pátá dotazovaná sestra pracuje na oddělení 6 let a sestra (R9) pět let. Další sestra (R6) pracuje na oddělení 3 roky a sestra (R2) je na tomto oddělení zatím prvním rokem.

Tabulka 2. Provádění hygienické péče u klientů na OCHRIP

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
1x denně											0
2x denně	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Dle potřeby		X	X	X			X		X	X	6

Z tabulky číslo 2 vyplývá, že všechny sestry uvedly pravidelnou hygienickou péči ráno a večer. Šest sester dále uvedlo, že hygienickou péči provádí dle potřeby během dne

Tabulka 3. Aplikace prvků BS při hygienické péči

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
ANO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
NE											0
nevedla											0

Z tabulky číslo 3 vyplývá, že všechny dotazované sestry při hygienické péči aplikují prvky Bazální stimulace a používají stimulující předměty.

Tabulka 4. Prevence dekubitů u klientů na OCHRIP

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Polohování dle potřeby	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
AD matrace, pomůcky	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Pravidelné hodnocení rizika vzniku dekubitů	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10

Z tabulky číslo 4 vyplývá, že všechny dotazované sestry provádějí prevenci vzniku dekubitů. U každého klienta hodnotí riziko vzniku dekubitů a toto hodnocení pravidelně opakují. Každý klient má polohovací postel s antidekubitární matrací. V prevenci dekubitů klienty pravidelně dle potřeby polohují, používají antidekubitární pomůcky, kontrolují predilekční místa a důkladně pečují o pokožku.

Tabulka 5. Výživa u klientů na OCHRIP

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Výživa do PEG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Výživa do NGS	X		X	X	X	X	X	X	X	X	9
Hodnocení nutričního stavu klienta	X			X		X	X	X	X	X	7

Z tabulky číslo 5 vyplývá, že všechny dotazované sestry podávají výživu klientům přes PEG, kromě jedné sestry, všechny uvedly i výživu přes NGS. Dále vyplývá, že sedm z deseti sester u každého klienta hodnotí nutriční screening.

Tabulka 6. Péče o vylučování u klientů na OCHRIP

Rozhovor	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Péče o PMK	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
epicystostomie	X	X		X	X		X	X		X	7
Hodnocení bilance tekutin	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Prevence zácpy			X		X				X	X	4

Z tabulky číslo 6 vyplývá, že všechny dotazované sestry při vylučování moče pečují o PMK, dále sedm z deseti dotazovaných sester uvedlo, že u klientů na OCHRIP pečují o epicystostomii. Při vyprazdňování stolice provádí prevenci zácpy čtyři dotazované sestry z deseti. Všechny dotazované sestry hodnotí u klientů denní bilance tekutin.

Tabulka 7. Komunikace s klienty na OCHRIP

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Verbálně x neverbálně	X		X			X	X			X	5
Komunikace dle konceptu BS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Použití vhodných pomůcek		X	X	X	X	X	X		X	X	8

Z tabulky číslo 7 vyplývá, že všechny dotazované sestry komunikují s klienty na OCHRIP dle konceptu Bazální stimulace. Dále osm dotazovaných sester uvádí při komunikaci s klienty také použití vhodných pomůcek ke komunikaci. Přesně polovina sester také uvádí, že komunikovat s klienty lze verbálně i neverbálně.

Tabulka 8. Stimulující předměty u klientů na OCHRIP

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Osobní hygienické potřeby (mýdlo, krém, vůně, žínka)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Plyšák, talisman, oblíbená deka, polštář, oblečení	X	X	X	X	X		X	X	X	X	9
Obrázky, fotografie	X	X	X		X	X	X	X		X	8
Hudba, známé hlasy, TV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Oblíbené chutě (nápoj, jídlo)					X	X	X			X	4

Z tabulky číslo 8 vyplývá, že všechny dotazované sestry uvedly jako konkrétní stimulující předměty, které mají klienti u sebe nejčastěji osobní hygienické potřeby, hudbu a TV. Dále kromě jedné sestry, všechny uvedly další předměty jako plyšáky, oblíbenou deku, polštář, případně oblíbené oblečení. Celkem osm sester uvedlo jako stimulující předměty obrázky a fotografie a čtyři sestry z deseti dále uvedly chutě pro orální stimulaci.

Tabulka 9. Oblasti aplikace prvků BS

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Hygienická péče	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Polohování			X	X	X			X	X	X	6
Komunikace	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10

Z tabulky číslo 9 vyplývá, že všechny dotazované sestry aplikují prvky Bazální stimulace při hygienické péči a při komunikaci s klientem. Šest z deseti dotazovaných sester dále uvedlo, že prvky bazální stimulace aplikují při polohování

Tabulka 10. Absolvování kurzu BS u sester na OCHRIP

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
ANO	X		X	X	X		X	X		X	7
NE											0
Má zájem si jej dodělat nebo jej absolvuje		X				X			X		3

Z tabulky číslo 10 vyplývá, že celkem sedm z deseti dotazovaných sester absolvovali kurz bazální stimulace a s tímto konceptem pracují. Dále tři z deseti dotazovaných sester uvedly, že kurz BS zatím nemají, ale mají zájem a možnost si jej dodělat nebo tento kurz právě absolvují. Sestry, které zatím kurz BS nemají, dále uvedly, že se základní prvky Bazální stimulace učí od svých kolegyň.

Tabulka 11. Znalost sester na OCHRIP v konkrétních prvcích BS

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Koupel dle BS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Polohování dle BS	X		X	X	X		X	X	X	X	8
Iniciální dotek	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Masáž dle BS	X		X	X	X		X	X		X	7
Somatická a biografická anamnéza		X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
Spolupráce s blízkými	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10

Z tabulky číslo 11 vyplývá, že všechny dotazované sestry, znají z uvedených prvků Bazální stimulace, koupel dle BS, iniciální dotek a spolupráci s blízkými. Kromě jedné sestry (R1) všechny uvedly, že dále znají somatickou a biografickou anamnézu. Dále osm z deseti dotazovaných sester zná polohování dle konceptu BS. A sedm z deseti dotazovaných sester zná masáž dle konceptu BS.

Tabulka 12. Hodnocení náročnosti práce sester na OCHRIP

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Spíše psychická náročnost	X		X	X	X	X	X	X		X	8
Spíše fyzická náročnost											0
Fyzická i psychická náročnost		X							X		2

Z tabulky číslo 12 vyplývá, že osm z deseti dotazovaných sester hodnotí práci na OCHRIP jako psychicky náročnou. Dvě sestry z deseti dotazovaných by zhodnotily práci na OCHRIP jako psychicky i fyzicky náročnou.

Tabulka 13. Mají sestry na OCHRIP dostatek času na provádění BS

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
ANO		X		X	X		X	X	X	X	7
NE			X								1
V rámci možností	X					X					2

Z tabulky číslo 13 vyplývá, že sedm z deseti dotazovaných sester má dostatek času na provádění BS u klientů. Jedna dotazovaná sestra (R3) uvedla, že na provádění BS nemá dostatek času. Dvě sestry z deseti dotazovaných uvedly, že na provádění BS mají čas v rámci možností.

Tabulka 14. Syndrom vyhoření u sester na OCHRIP

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
Sama na sobě										X	1
nesetkala				X		X		X			3
Setkala, u někoho jiného	X	X	X		X		X		X		6

Z tabulky číslo 14 vyplývá, že jedna sestra z deseti dotazovaných v určitém období své praxe pozorovala syndrom vyhoření i sama na sobě. Tři sestry z deseti dotazovaných uvádí, že se se syndromem vyhoření za svou praxi zatím nesetkaly. Dále šest z deseti dotazovaných sester uvedlo, že se se syndromem vyhoření setkaly u své kolegyně.

Tabulka 15. Požadavky na sestru pracující na OCHRIP

Rozhovory	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	Celkem
zodpovědnost	X	X	X		X	X	X		X	X	8
samostatnost		X	X			X	X		X	X	6
vzdělání	X	X	X	X	X		X		X	X	8
Práce s monitorem, ventilátorem, dávkovači			X			X	X	X	X	X	6
empatie	X	X			X	X		X			5
Komunikace a spolupráce	X			X			X	X	X	X	6
Umět bazální stimulaci	X	X		X	X		X	X		X	7

Z tabulky číslo 15 vyplývá, že osm z deseti dotazovaných sester uvedlo jako požadavek na sestru pracující na OCHRIP zodpovědnost. Osm z deseti dotazovaných sester uvádí jako další požadavek vzdělání. Sedm z deseti dotazovaných sester uvedlo jako požadavek na OCHRIP znalost konceptu Bazální stimulace. Šest sester dále uvádí, že sestra na OCHRIP by měla být samostatně pracující. Šest sester z deseti dotazovaných uvádí, že sestra na OCHRIP musí zvládat práci s ventilátorem, monitorem a dávkovači. Šest sester dále uvedlo jako požadavek schopnost komunikace a spolupráce. A pět z deseti dotazovaných sester uvádí jako požadavek na sestru pracující na OCHRIP schopnost empatie.

5. Diskuse

V rámci získání informací týkající se specifiky péče o pacienty na chronické resuscitační jednotce bylo provedeno celkem 10 hloubkových rozhovorů. Rozhovory byly anonymní a všechny dotazované byly sestry pracující na OCHRIP v FN Motol a MEDITERRA-Sedlčany, s.r.o. Všechny sestry s námi ochotně a otevřeně vedly rozhovory v klidném prostředí zasedací místnosti na oddělení. Na začátku jsme si určily okruh otázek, podle kterých bude rozhovor veden. První okruh otázek byl zaměřen na identifikaci dotazované sestry. Výsledek ukázal, že dvě sestry z deseti dotazovaných pracují na OCHRIP od vzniku tohoto oddělení. Většina sester pracuje na oddělení pět a více let. A pouze jedna dotazovaná sestra pracuje na oddělení prvním rokem. Z toho vyplývá, že většina sester na OCHRIP má poměrně dlouholetou praxi na tomto oddělení.

Další okruh otázek byl zaměřen na potřeby klientů na OCHRIP. Snažily jsme se zjistit, jak sestry provádějí u klientů hygienickou péči, neboť všichni klienti hospitalizovaní na OCHRIP mají deficit v oblasti péče o vlastní hygienu a úpravu. Z toho vyplývá, že hygienická péče je právě v rukou sestry a je na ní, aby klientovi poskytla tu nejvyšší možnou kvalitní ošetrovatelskou péči a uspokojila jeho základní potřebu hygieny. V oblasti hygieny jsme se dozvěděly, že sestry provádějí hygienickou péči dle konceptu Bazální stimulace. Tento fakt uvedlo všech deset dotazovaných sester. A to konkrétně stimulující koupel zklidňující nebo povzbuzující, což považujeme za správný údaj, neboť dle Friedlové (2007) je právě stimulující koupel zklidňující a povzbuzující prvkem Bazální stimulace. Dále jsme zjišťovaly, jak často dotazované sestry provádějí u klientů hygienickou péči. Všechny dotazované sestry uvedly, že hygienickou péči provádějí 2x denně a to zpravidla ráno a večer. Myslíme si, že hygienická péče u klientů na OCHRIP by měla být prováděna pravidelně 2x denně a během dne dle potřeby, tento fakt navíc potvrdilo šest sester z deseti dotazovaných. V rámci konceptu Bazální stimulace je vhodné předem zjistit údaje k somatické a biografické anamnéze, při jejímž vyplňování je především důležitá spolupráce rodiny a blízkých, jelikož klient není schopen tyto informace poskytnout. Při sběru těchto

informací se sestry dotazují na individuální potřebu hygieny u každého klienta. V tomto směru jsme zjistily, že somatickou a biografickou anamnézu zná devět dotazovaných sester z deseti.

Další okruh otázek byl zaměřen na prevenci dekubitů. Dozvěděly jsme se, že prevenci dekubitů provádějí všechny dotazované sestry a to konkrétně polohování dle potřeby, používání antidekubitární matrace a antidekubitárních pomůcek a pravidelné hodnocení rizika vzniku dekubitů. Přičemž Trachtová (2004) uvádí, že právě polohování za použití antidekubitární matrace patří k důležitým opatřením prevence vzniku dekubitů. Dále se potvrdilo, že šest sester při polohování aplikuje prvky Bazální stimulace, ale znalost o polohování dle BS uvedlo osm sester. Jako konkrétní polohování v rámci konceptu BS sestry uvedly polohu hnízdo a mumie. Friedlová (2007) uvádí, že při polohování je nutné zohlednit, jak se klient cítí, jeho komfort a autobiografický faktor. Polohu hnízdo a mumie je podle autorky možné upravit při poloze na zádech, na boku, na zádech s dolními končetinami v extenti nebo ve flexi a tyto dvě polohy lze také kombinovat. Dotazované sestry dále uváděly, že při polohování je důležité kontrolovat predilekční místa, promazávat a masírovat kůži, důkladně dbát na hygienickou péči a zhodnotit celkový stav klienta (hydrataci, výživu, inkontinenci, věk, bolest), podle kterého je možné lépe vyhodnotit riziko vzniku dekubitů. Sestry se velice přiblížily prevenci dekubitů podle Křiškové (2006), která konkrétně uvádí jako prevenci vzniku dekubitů právě hodnocení rizika, kontrola predilekčních míst, upravené lůžko, použití antidekubitárních pomůcek, polohování klienta, péče o hygienu, masírování, mobilizace a rehabilitace, výživa a hydratace.

Dále jsme zjišťovaly, jak sestry pečují o výživu klientů na OCHRIP. Dozvěděly jsme se tedy, že všechny sestry podávají výživu do PEG. Kromě jedné sestry (R2) ostatní dotazované dále uvedly výživu přes NGS. U klientů je výživa podávána enterálně. Je individuální, zda klient dostává výživu do PEG nebo NGS a také samotné podávání výživy je individuální s ohledem na stav klienta. Sestry uvedly, že enterální výživa je podávána bolusově, kontinuálně nebo intermitentně, tuto informaci považujeme za adekvátní, jelikož ji uvádí i Kapounová (2007). Musíme dále

podotknout, že na OCHRIP je preferován především příjem potravy ústy. Za spolupráce rodiny je tedy klientovi umožněno dostávat ve velice malých dávkách oblíbené jídlo a nápoje. Jak sestry uvedly, nejdříve jsou tyto oblíbené chutě podávány pro orální stimulaci klienta. Orální stimulace jako součást konceptu BS však potvrdily pouze čtyři dotazované sestry. Domníváme se, že tento fakt je dán tím, že většina klientů není schopna přijímat potravu ani nápoje ústy a sestry se tedy ani o tuto stimulaci nepokoušejí. Sedm sester nám dále sdělilo, že u klientů provádí pravidelné hodnocení nutričního screeningu a spolupracují s nutričním terapeutem.

V problematice vylučování klientů jsme zjistily, že většina klientů má zaveden PMK, což uvedly všechny dotazované sestry. Sedm dotazovaných sester na oddělení OCHRIP také pečuje o epicystostomii. Což je suprapubická drenáž močového měchýře, která je dle Kapounové (2007) indikována při akutní nebo chronické retenci moče, dlouhodobé inkontinenci nebo ruptuře uretry. Sestry uvedly, že v případě zavedené epicystostomie, je nutné sterilně převazovat místo vpichu. Jak také uvádí Krišková (2006), obvazy se mění vždy po znečištění, kůži v okolí udržujeme v čistotě a suchu. Dále všechny dotazované sestry uváděly, že u klientů hodnotí bilance tekutin za 24 hodin a sledují vzhled moče. V problematice vyprazdňování stolice sestry uváděly, že je u klientů nepravidelné. Časté je střídání zácpy a průjmu. Prevenci zácpy provádí pouze čtyři dotazované sestry z deseti, které k podání laxativ přistupují až jako k poslední možnosti. Pokud má klient průjmy, je shodné, že sestry důkladně dbají na hygienickou péči, snaží se udržovat pokožku v suchu a čistotě, pravidelně ji promazávají a předcházejí tak vzniku opruzeninám a podráždění v okolí konečníku.

Dalším diskutovaným tématem pro nás byla problematika komunikace s klienty. Jako základní rozdělení komunikace na verbální a neverbální, jak také uvádí Venglářová a Mahrová (2006), uvedlo 5 sester z deseti dotazovaných. Zajímavý výsledek jsme ale shledaly, když sestry shodně odpověděly, že komunikaci s klienty provádějí podle konceptu Bazální stimulace. Osm sester dále uvedlo, že s klienty komunikují pomocí kompenzačních pomůcek a to především s klienty s tracheostomií, kdy používají tabulky na psaní, laryngofon nebo mají základní neverbální znaky,

kterými sestru upozorní na základní potřeby, např. je mi zima, bolí to, mám hlad, mám žízeň. Právě komunikaci v péči o klienty na OCHRIP považujeme za velice důležitou a nepostradatelnou součást kvalitní ošetrovatelské péče. Jak uvádí Friedlová (2007) vztah je výměnný proces, který zahrnuje vnímání – pohyb – komunikaci. Dále uvádí, že koncept Bazální stimulace pracuje s dotekem a důraz je kladen na kvalitu doteku. U klienta, kde pracujeme s konceptem BS, je tedy vhodné zvolit tzv. iniciální dotek. Všechny sestry shodně uvedly, že tento dotek znají a je u klientů na OCHRIP používán. Jako další velice důležitou součást komunikace považujeme i komunikaci s blízkými a rodinou klienta. Jak shodně uvádějí i dotazované sestry, spolupráce s rodinou je velice důležitá a mnohdy jim pomáhá při sběru důležitých informací k somatické a biografické anamnéze. Spolupráce s rodinou je také velkým přínosem pro klienta samotného. Na OCHRIP jsou právě rodina a blízcí součástí každodenního života klienta a je tedy vhodné, aby se v rámci možností zapojovali do péče o něj. Sestry jsou v tomto ohledu jejich partnery, snaží se je naučit základní prvky Bazální stimulace, zapojují je do péče o klienta a jsou jim oporou v těžkých chvílích. V případech, kdy se rodina a blízcí zapojili do péče o klienta, prováděli prvky Bazální stimulace a pravidelně klienta navštěvovali, shledaly sestry pozitivní výsledky ve smyslu celkového zlepšení stavu.

Koncept Bazální stimulace je stále častěji využíván právě u klientů s poruchou vědomí, pohybu nebo komunikace. Považovaly jsme tedy za vhodné zjistit, kolik dotazovaných sester absolvovalo kurz bazální stimulace. Z výsledků vyplývá, že sedm dotazovaných sester absolvovalo tento kurz. Za pozitivní výsledek považujeme, že žádná sestra neuvedla, že nemá zájem o tento kurz. Zbylé sestry mají zájem tento kurz v budoucnu absolvovat nebo jej absolvují a to právě z důvodu, že na OCHRIP je tento koncept začleněn do ošetrovatelské péče a pracuje s ním celý zdravotnický tým. Zjišťovaly jsme také, jaké konkrétní stimulující předměty mají klienti u sebe. Dotazované sestry nejčastěji uváděly osobní hygienické potřeby jako mýdlo, krémy, žínku, ručník, oblíbené vůně, dále poslech oblíbené hudby, nahrané známé hlasy blízkých a rodiny a také pozorování TV. Kromě jedné sestry (R6) se sestry shodly na předmětech jako oblíbený polštář, deka, plyšák, talisman nebo i oblíbené oblečení. Osm sester dále uvádí obrázky a fotografie a čtyři dotazované sestry uvedly stimulace

chuťové a to oblíbený nápoj nebo jídlo v kašovitě formě. Z toho vyplývá, že sestry na OCHRIP znají konkrétní stimulující předměty a provádějí prvky Bazální stimulace. Podle Friedlové (2007) jsou prvky Bazální stimulace rozděleny na somatické stimulace, vestibulární stimulace, vibrační stimulace, optické stimulace, auditivní stimulace, orální stimulace, olfaktorické stimulace a taktilně-haptické stimulace.

Můžeme tedy tímto zhodnotit, že jsme zjistily specifika péče o klienta na oddělení chronické resuscitační péče. Ošetrovatelská péče na OCHRIP zahrnuje kompletní péči o klienta v oblastech hygieny, výživy, vyprazdňování. Dále je velice důležité umět a chtít s klientem komunikovat, najít vhodný druh komunikace a případně i prostředek. Za velice pozitivní výsledek považujeme fakt, že všechny sestry při své péči o klienta na OCHRIP aplikují koncept Bazální stimulace. Myslíme si, že právě tato skutečnost umožňuje klientům žít kvalitní život v rámci možností a ošetrojícímu personálu dává tak trochu jiný pohled na poskytování té nejkvalitnější ošetrovatelské péče s ohledem na individualitu každého člověka.

Druhým cílem bylo zjistit, jak sestry hodnotí náročnost práce na OCHRIP, zaměřily jsme se na zhodnocení psychické a fyzické náročnosti. Sestry celkem shodně zhodnotily práci na OCHRIP jako psychicky náročnou. A to právě z důvodu dlouhodobých a často prognosticky neúspěšných hospitalizací. Důvodem pro dlouhodobou hospitalizaci klienta je jeho závislost na ventilátoru. Odpojování od dýchacího přístroje musí probíhat postupně, dle stavu klienta a to nejen zdravotního a fyzického stavu, ale především psychického stavu, kdy největším problémem je právě překonání strachu z odpojení. Častým problémem je také následné umístění klienta do odpovídajícího zařízení nebo do domácí péče. Dvě sestry uvedly, že práci považují za psychicky i fyzicky náročnou, kdy za fyzickou náročnost považovaly manipulace s klienty, především při hygieně a polohování. V rámci náročnosti práce jsme zjistily, že na každou sestru na OCHRIP připadají dva klienti, což považujeme za odpovídající. Do ošetrojícího týmu patří také pomocný personál (sanitář, ošetrovatel), který sestřím pomáhá při těžkých manipulacích s klienty. Pokud máme tedy zmapovat náročnost

práce sester na oddělení chronické resuscitační péče, hodnotíme tuto práci především jako psychicky náročnou.

Zajímalo nás také, zda se sestry na OCHRIP setkaly se syndromem vyhoření. Pouze jedna sestra uvedla, že syndrom vyhoření v jistém období své praxe pocítovala sama na sobě. Konkrétně na sobě vyzorovala ztrátu empatie, nebo že do práce chodí pouze za účelem výdělků. Na druhou stranu to přisuzuje jisté ostřílenosti praxí. Zda je právě toto syndrom vyhoření nelze zcela s jistotou říci. Celkový výsledek však není příliš dobrý, jelikož šest sester uvedlo, že se se syndromem vyhoření setkaly u své kolegyně a pouze tři sestry se s tímto syndromem doposud nesetkaly.

Posledním cílem bylo zjistit, jaké jsou požadavky na sestru pracující na chronické resuscitační jednotce. Odpovědi sester byly celkem shodné, kdy nejčastějším požadavkem na sestru byla zodpovědnost, vzdělání, samostatnost, dále umět bazální stimulaci, což většina sester považovala spíše za výhodu než za jistý požadavek. Šest sester také uvedlo zvládat práci s monitorem, ventilátorem a dávkovači a schopnost komunikace a spolupráce. Nejméně, i když celkem polovina sester uvedly schopnost empatie a porozumění. Vzhledem k tomu, že sestra na OCHRIP pracuje samostatně a po celou dobu směny si zodpovídá za přidělené klienty, považujeme tyto odpovědi za adekvátní. Dotazované sestry také hodnotily, jaká by měla být sestra na OCHRIP. Názory se shodovaly s uvedenými požadavky, přičemž sestry ještě nejčastěji uvedly vzdělání (v dané problematice oddělení, v intenzivní dlouhodobé péči, v problematice odpojování od dýchacího přístroje), schopnost organizace práce a jistou psychickou a duševní vyrovnanost.

6. Závěr

Závěrem by bylo vhodné shrnout výsledky z výzkumného šetření. Podařilo se nám zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienta na chronické resuscitační jednotce. Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (OCHRIP) je specializovaná jednotka poskytující kvalitní odbornou péči klientům dlouhodobě závislým na dýchacím přístroji.

Prvním cílem bylo zjistit specifika péče o pacienta na chronické resuscitační jednotce. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry poskytují kompletní cílenou ošetrovatelskou péči ve všech oblastech základních potřeb klienta. Na oddělení chronické resuscitační péče je většina klientů ležících, nesoběstačných, často s poruchou vědomí. Sestry poskytují kompletní hygienickou péči, pečují o výživu a vylučování klientů. Ošetrovatelská péče na tomto oddělení je na velice vysoké kvalitní a precizní úrovni. Velký důraz je kladen na komunikaci s klienty, s jejich rodinou a blízkými. Ke každému klientovi je přistupováno holisticky s ohledem na jeho individualitu, schopnost komunikace a jeho potřeby v komunikaci. Celý ošetrovatelský tým pracuje s konceptem Bazální stimulace. Z výsledků vyplynulo, že sestry aplikují vhodné prvky Bazální stimulace u každého klienta pomocí získaných informací z biografické a somatické anamnézy.

Druhým cílem bylo zmapovat náročnost práce na oddělení chronické resuscitační péče. Výsledky ukázaly, že sestry hodnotily práci jako psychicky náročnou, a to především z důvodu dlouhodobých hospitalizací klientů. Zdlouhavé odpojování od dýchacího přístroje, především z důvodu psychického stavu klienta a jeho strachu z odpojení. V případě úspěšného odvykání od ventilátoru je dalším problémem umístění klienta do následné péče nebo do domácího léčení. Po stránce fyzické náročnosti bylo zhodnoceno, že práce je náročná při manipulacích s nesoběstačným, ležícím klientem, při hygienické péči a polohování. Výsledky ukázaly, že na každou sestru připadají dva klienti a do ošetrovatelského týmu patří pomocný personál, který sestřím při manipulacích s klienty pomáhá. V tomto směru jsme také zkoumaly, kolik sester se setkalo se syndromem vyhoření. Z výzkumného šetření

vyplývalo, že pouze jedna sestra tento syndrom pozorovala sama na sobě. Ze zjištěných konkrétních příznaků se však nedá s jistotou tvrdit, že šlo o syndrom vyhoření.

Třetím cílem bylo zjistit požadavky na sestru pracující na chronické resuscitační jednotce. Z výsledků se podařilo zjistit konkrétní požadavky. Sestra by měla být zodpovědná, vzdělaná, empatická, měla by umět pracovat samostatně, ale zároveň spolupracovat se členy zdravotnického týmu, s rodinou a blízkými klienta. Sestra na oddělení chronické resuscitační péče by měla umět komunikovat, umět koncepci Bazální stimulace, měla by mít znalosti z intenzivní dlouhodobé péče a v problematice odpojování od dýchacího přístroje. V neposlední řadě by měla být psychicky a duševně vyrovnaná. Cíle práce tak byly splněny a všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Tato práce může být využita jako podklad pro zhodnocení náročnosti práce sester na chronické resuscitační jednotce. Ke zhodnocení kompetence sester vzhledem k jejich dosaženému vzdělání či specializaci. A v neposlední řadě k vyhodnocení ošetrovatelské péče na chronické resuscitační jednotce.

7. Seznam literatury a použitých zdrojů

1. ASTL, J., CHROBOK, V., KOMÍNEK, P. *Tracheostomie a koniotomie, techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 170s. ISBN 80-7345-031-3
2. BARTOŠ, A. a kol. *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 238s. ISBN 80-246-0921-5
3. DRÁBKOVÁ, J. *Co přináší na OCHRIP přítomnost léčitelů, duchovních, psychologů pacientům a zdravotnickým pracovníkům*. Sestra. Praha: 2003, roč.13, č.1, s.38. ISSN 1210-0404
4. DRÁBKOVÁ, J. *Dlouhodobá/ chronická resuscitační/ intenzivní péče*. Postgraduální medicína. Praha: 2008, roč. 10, č. 4, s. 368-371. ISSN:1212-4184
5. DRÁBKOVÁ, J. *Domácí řád OCHRIP FN Motol*, 2008
6. DRÁBKOVÁ, J. *Ošetrovatelská péče u pacientů dlouhodobě závislých na resuscitační/intenzivní péči*. Sestra. Praha: 2000, roč. 10, č. 4, s. 10-12. ISSN: 1210-0404
7. DRÁBKOVÁ, J. *Ošetrovatelská péče u pacientů v chronické resuscitační a intenzivní péči* [online] 15. 11. 2001 [cit. 2011 – 1 – 15]. Dostupné z: http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=3964&s_ts=39830,705
8. DRÁBKOVÁ, J. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 307s. ISBN 80-247-0419-6
9. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. Sestra. Praha: 2003, roč.13, č.1, s.14-16. ISSN 1210-0404
10. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 168s. ISBN 978-80-247-1314-4

11. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora praktický rádce pro sestru*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 240s. ISBN 978-80-247-1868-2
12. HÁJKOVÁ, S. *Výkonnost dýchacích svalů a obtížnost odpojování z ventilátoru*. Sestra. Praha: 2003, roč.13, č.1, s.41. ISSN 1210-040
13. HABARTOVÁ, S., KOVALČIKOVÁ, Z., PAZDEROVÁ, K. *Péče o pacienta na dlouhodobé UPV a v domácí péči*. Sestra. Praha: 2009, roč.19, č.1, s.36-38. ISSN 1210-0404
14. INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE [online]. 2010 [cit. 2011-04-29]. Dostupný z WWW: <www.bazalni-stimulace.cz>.
15. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 368s. ISBN 978-80-247-1830-9
16. Kolektiv autorů. *Vše o léčbě bolesti-příručka pro sestry*. 1. vydání, Praha: Grada, 2006. 356s. ISBN 80-247-1720-4
17. KOVÁRNOVÁ, Š. *Zlepšení kondice a výkonnosti. Současná fyzioterapie a její meze*. Sestra. Praha: 2003, roč.13, č.1, s.42. ISSN 1210-0404
18. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatel'ské techniky, 2*. Prepracované a doplnené vydání, Martin: Osveta, 2006. 779s. ISBN 80-8063-202-2
19. LUKÁŠ, J. *Tracheostomie v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 120s. ISBN 80-247-0673-3.
20. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatel'ské péče I*. Praha: Grada Publishing, 2006. 248s. ISBN 80-247-1442-6
21. MILOTOVÁ, K., BENDÍKOVÁ, J. *Péče o pacienty s apalickým syndromem a jeho specifika*. Sestra. Praha: 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 73-74. ISSN 1210-0404

22. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. 376s. ISBN 80-247-0932-555
23. ROZSYPALOVÁ, M., HALADOVÁ, E., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství II*. Praha: Informatorium, 2002. s. 147-167, ISBN 80-86073-97-1
24. STÁDNÍKOVÁ, M. *Nozokomiální nákazy na OCHRIP*. Sestra. Praha: 2010, roč.20, č.6, s.38-40. ISSN 1210-0404
25. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ V., VÍTOVEC, J. *Intenzivní medicína*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 432s. ISBN 80-7262-203-X
26. TLÁSKALOVÁ, H., WOLESKÁ, J. *Specifická ergoterapie*. Sestra. Praha: 2003, roč.13, č.1, s. 37-38. ISSN 1210-0404
27. TRACHTOVÁ, E. A kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-32-4.
28. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8
29. VOJTOVÁ, M. *Metody zavedení, indikace a kontraindikace PEG*. Sestra. Praha: 2009, roč. 19, č. 6, s. 44-46. ISSN 1210-0404
30. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*, 2. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 552s. ISBN 978-80-247-2844-5
31. ZADÁK, Z., HAVEL, E. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 336s. ISBN 978-80-247-2099-9
32. ZVONÍKOVÁ, E. *Péče o pacienty na OCHRIP a DIP*. Sestra. Praha: 2010, roč. 20, č. 12, s. 80. ISSN 1210-0404
33. WILDOVÁ, O. *Víte co je OCHRIP? Mini rozhovor s J. Drábkovou* [online] 16.1.2007 [cit. 2011 – 1 – 11] Dostupné z: http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=7132&s_ts=39114,82125

8. Klíčová slova

OCHRIP

Dlouhodobá intenzivní péče

Odpojování

Ošetrovatelská péče

Klient

Sestra

Bazální stimulace

9. Přílohy

Příloha 1 Otázky k výzkumnému šetření

1. Identifikace práce – Jak dlouho pracujete na OCHRIP?

- Jaká je délka Vaší oš.praxe (toto oddělení, celkově)?
- Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání, specializace?

2. Potřeby klientů – Jak provádíte hygienickou péči?

- Jak provádíte prevenci dekubitů, AD péče?
- Jak zajišťujete a pečujete o výživu klientů (PEG,NGS)?
- Jak pečujete o vylučování klient?
- Jakým způsobem s klienty komunikujete?
- Jaké konkrétní stimulující předměty mají klienti u sebe?
- Jaká je možnost návštěv u klientů (čas, omezení, soukromí, ...)?
- Spolupracujete s rodinou klienta?

3. Bazální stimulace – Absolvovala jste kurz BS?

pokud ne – máte zájem a možnost si jej udělat?

- Provádíte koncept BS při ošetrovatelské péči?
- Jaký je váš názor na tento koncept, pozorujete výsledky?
- Máte čas na provádění BS u klienta
- Kolik klientů připadá na jednu sestru

4. Náročnost práce – Jaký je váš názor na náročnost práce na OCHRIP

- V čem vidíte náročnost práce / fyzická, psychická
- Co je pro Vás v této práci nejvíce náročné
- Setkala jste se ve své praxi se syndromem vyhoření
- Co děláte pro to, abyste nevyhořela

5. Požadavky na sestru při práci na OCHRIP

- Jaké požadavky jsou kladeny na sestry
- Co musí splňovat nastupující sestra
- Jaká by podle Vás měla být sestra na OCHRIP

Příloha 2 Polohy BS



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

Příloha 3 Somatická anamnéza

Otázky pro somatickou anamnézu:

Je klient pravák nebo levák?

Je pro něho důležitá péče o jeho tělo?

Jak často se umývá a jakou formou (sprcha, vana,...)?

Jakou používal k péči o své tělo teplotu vody?

Jaké toaletní potřeby používal k toaletě svého těla (i k holení, popř. k líčení)?

Potřebuje pomoc při mytí?

Jaké má rituály při mytí?

Jaký je stav pokožky?

Jak pečuje o svůj chrup? Jak často si čistí zuby?

Má zubní protézu? Spí s protézou?

Jak často si myje vlasy?

Jak pečuje o své nehty?

Je zvyklý na tělesný kontakt?

Na kterém místě na těle mu nevadí dotek cizí osoby?

Na kterém místě na těle nesnese dotek cizí osoby?

Jak spí (délka a kvalita spánku)?

V jaké poloze usíná?

Jak usíná, dává si při usínání deku za ramena?

V jakém prádle spí?

Má oblíbený polštář, deku nebo jinou věc při spánku?

Je zvyklý na zatemnění při spánku?

Má problémy s vyprazdňováním?

Jaké pomůcky používá k vyprazdňování (inkontinentní vložky, plenkové kalhotky ...)?

Používá nějaké specifické techniky k vyprazdňování (např. masáž břich, projímadla)?

Jak reguluje svou tělesnou teplotu? Je zvyklý spíše na teplo nebo chlad?

Je zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu? Jakou?

Jaký má svalový tonus?

Má parézu nebo plegii? Pokud ano, lokalizujte.

Má poruchy citlivosti? Pokud ano, lokalizujte.

Má kontraktury? Pokud ano, lokalizujte.

Používá kompenzační pomůcky? Pokud ano, specifikujte.

Má poruchy rovnováhy?

A jiné....

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

Příloha 4 Biografická anamnéza

Otázky k biografické anamnéze:

Sociální situace, profese klienta

Kdo může a kdo nemůže klienta navštěvovat

Jaký je typ (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění)

Jak slyší

Jak vidí, potřebuje brýle\?

Denní rytmus klienta, struktura dne

Je klient pravák nebo levák?

Které doteky má klient rád a naopak

Jak spí, v jaké poloze usíná, jak je zvyklý se přikrývat

Jak si čistí zuby, jak se holí

Co jí rád/nerad. Co pije rád/nerad

Které zvuky poslouchá rád (rádio, TV, hudbu)

Upřednostňuje některé materiály

Oblíbené vůně, předměty, věci

Co dělá, když má bolesti

Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, společnost, klid, káva,...)

Důležitý zážitek v poslední době

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