

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Specifika péče o pacienta po stomatochirurgickém výkonu

bakalářská práce

Autor práce: Edita Chumová

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u nemocného po stomatochirurgickém výkonu. Pojem stomatochirurgie není synonymem pouze pro chirurgickou extrakci zubu. Pod tímto pojmem se nachází daleko více lékařských ošetření, která jsou jak pro operátora tak i pro nemocného náročná. Takový nemocný potřebuje po výkonu kvalitní ošetrovatelskou péči, jejíž nositelkou je sestra. Sestra se orientuje ve specifikách péče a ví, jak o nemocného pečovat.

Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Úvod teoretické části se skládá ze základních pojmů stomatologie a stomatochirurgie. Dále práce pokračuje informacemi o stomatochirurgickém vyšetření prováděné extraorálně a intraorálně a spolupráci sestry s lékařem. Na tyto informace navazují nejčastěji se vyskytující onemocnění v dentoalveolární a maxilofaciální stomatochirurgii. Na to již navazuje předoperační příprava, ta je dělená na přípravu na plánovaný výkon, která je dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední, na přípravu nemocného v lokální anestezii, na urgentní neplánovaný výkon a přípravu nemocných, kteří jsou dlouhodobě antikoagulačně léčeni. Poté přichází téma, které obsahuje intervence prováděné u nemocného po výkonu, dále požadavky kladené na sestru pečující o tyto nemocné. Nepostradatelné je téma hygieny dutiny ústní, výživy a bolesti. Jsou uvedeny i komunikační a edukační schopnosti sestry a konečná péče o nemocného praktikovanou pomocí rehabilitace orofaciální oblasti.

Praktická část je tvořena kvalitativním šetřením pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který je tvořen 24 otázkami. Výzkumný vzorek tvoří sestry z Nemocnice České Budějovice, a.s., které pečují o stomatochirurgicky nemocné, tzn. sestry ze stomatochirurgické ambulance, ORL a očního oddělení. Během výzkumného šetření, bylo zjištěno, že o tyto nemocné je postaráno i na oddělení traumatologie. Proto byl výzkumný vzorek rozšířen o sestry z traumatologického oddělení. Rozhovory byly, po schválení hlavní a vrchní sestry provedeny na příslušných odděleních, kde tyto sestry pracují. Rozhovory jsou naprosto anonymní, se svobodnou volbou respondentky. Po souhlasu respondentek a staničních sester byly rozhovory zaznamenány na diktafon v mobilním telefonu. Výzkumné šetření se uskutečnilo na začátku měsíce března. Polostrukturovaný rozhovor je tvořen základní charakteristikou respondentky. Dále bylo zjišťováno, o jaké nejčastěji stomatochirurgicky nemocné respondentky na svém

oddělení pečují. Po úvodu do problematiky následují otázky charakteristické pro zkoumanou oblast, tudíž se otázky týkají stravování, hygieny a edukace, dále jsou rozhovory neplánovaně rozvíjené o další otázky. Záznamy z rozhovorů jsou zaznamenány přepisem do bakalářské práce a výsledky zpracovány kategorizací.

Pro toto výzkumné šetření byly stanoveny celkem tři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1 : Jaká jsou specifika stravování u nemocného po stomatochirurgickém výkonu? Výzkumná otázka 2 : Jaká jsou specifika hygienické péče dutiny ústní u nemocného po stomatochirurgickém výkonu? Výzkumná otázka 3 : Jak sestra edukuje nemocného po stomatochirurgickém výkonu? Na všechny výzkumné otázky bylo zodpovězeno.

Na otázku 1 bylo odpovězeno, že nemocnému bezprostředně po výkonu jsou tekutiny a strava hrazeny pomocí infuzí, poté se přechází na čaj a příjem stravy per os v přijatelné úpravě. U těch, kteří nemohou přijímat stravu pomocí úst delší dobu, je zavedena nasogastrická sonda. Strava musí být vhodně upravena. Je podávána buďto v mleté nebo kašovitě podobě a přitom musí být zohledněná dietoterapie nemocného. Pokud má nemocný provedenou mezičelistní fixaci a je schopný v ústech vytvořit podtlak, přijímá stravu po lžici. Ovšem když není schopen tento podtlak vytvořit, je mu strava podávána pomocí hadičky a stříkačky nebo pomocí brčka. U nemocných s nasogastrickou sondou se používají potravinové přípravky, které jsou dodávány z lékárny. Ovšem ty mohou způsobovat zažívací potíže, proto se využívá i kuchyňská mixovaná strava. Onkologicky nemocní mívají doplňky stravy v podobě sippingu.

Při zkoumání specifík péče, které se týkala 2. výzkumná otázka, bylo zjištěno, že řádnou hygienou dutiny ústní se předchází vzniku infekce a následných komplikací. Hygiena je prováděna podle typu onemocnění. První den po zákroku se nesmí do úst nic dostat, proto nemocný smí operační ránu jen ledovat. V dalších dnech se hygiena provádí pomocí výplachů, které jsou naordinované lékařem. Hygiena je prováděna vhodným zubním kartáčkem, pastou, zubní nití a dalšími pomůckami, na které je v běžném životě nemocný zvyklý. Nemocní s mezičelistní čelistí by měli volit zubní kartáčky s malou pracovní plochou, aby se lépe dostaly pod zubní fixaci a vyčistily veškeré nečistoty. U nesoběstačných nemocných je péče o hygienu dutiny ústní svěřena do rukou sestry, která k tomu využívá nejčastěji glycerínové nebo molitanové štětíčky nebo vlastní kartáček nemocného. O rty sestra pečuje vazelínou, Infadolanem nebo lojem na rty, který má nemocný u sebe.

Výzkumnou otázkou 3 bylo zjištěno, že veškeré informace jsou nemocnému ve stomatologické ambulanci poskytnuty od lékaře. Pokud bude nemocný hospitalizován, budou mu informace podávány od sestry z příslušného oddělení. Informace jsou nemocnému sděleny hlavně ústní formou. Písemné informace má nemocný poskytnuté pouze v písemném souhlasu. Informace nemocný získává při pravidelných vizitách ve stomatologické ambulanci a ve svém pokoji, kde získává informace od sestry. Informace se týkají následných ošetrovatelských intervencí, léčebného režimu a informací, na které se nemocný ptá. Sestra si zpětnou vazbou zjišťuje, zda veškerým podaným informacím nemocný dobře porozuměl.

Výsledky práce budou přístupné studentům, kteří se během své praxe setkávají s těmito nemocnými a sestrami, které o tyto nemocné pečují. Výsledky budou sloužit k rozšíření či doplnění informací v oblasti péče po výkonu u těchto nemocných. Proto byly získané informace zpracovány jako informační materiál, který bude zpřístupněn v elektronické podobě. Podoba informačního materiálu je uvedena příloze (*Příloha 4*).

Klíčová slova: stomatologie, mezičelistní fixace, ošetrovatelská péče, péče o dutinu ústní, stravování nemocného.

Abstrakt

This bachelor's dissertation deals with the specifics of attendant care for a patient after dental treatment. The term “dental treatment” is not the synonym just for a surgical dental extraction. This term includes more forms of medical treatment, which are demanding for the surgeon as well as for the patient. Such patient needs a quality attendant care after the treatment, care represented by a nurse. The nurse is acquainted with the specifics of the care and knows how to look after the patient.

The dissertation contains a theoretical as well as practical part. The introduction of the theoretic part consists of basic terms of stomatology and dental surgery, followed by an introduction into the anatomy and oral cavity physiology. The basic information is accompanied by information about stomatology investigation and cooperation of a nurse with a doctor. The dissertation continues with the most frequent diseases in dent alveolar and maxillofacial dental surgery. This is followed by preoperative preparation, divided into preparation for a planned treatment, which is long-term, short-term and immediate; preparation of the patient in local anaesthesia; urgent unplanned treatment and preparation of patients who are being cured on long-term bases with anticoagulative treatment. Later emerges a topic, which contains interventions executed at the patient after the treatment, together with the requested standards of the nurse looking after these patients. The theme of oral cavityhygiene, nutrition and pain is essential. There are also stated communicational and educational skills of a nurse and the final care for the patient practiced with the help of orofacial area rehabilitation.

The practical part contains a quality examination via a semi structured dialogue consisting of 24 questions. The examination sample is represented by nurses from Nemocnice České Budějovice, a.s., who look after dental surgery patients, it means nurses from dental ambulances, ORL (ear-nose-and-throat) and ophthalmological departments. It was found out during the examination survey that these patients are looked after at the department of traumatology as well. This was the reason for extending the examination also with the traumatology department nurses. The dialogues were realized in the chosen department, where these nurses work, after the approval of the matron and staff nurse. The dialogues are absolutely anonymous with the respondent's free choice. After the agreement of the respondents and the sister ward the dialogues were recorded on a dictaphone of a mobile phone. The examination took

place at the beginning of the month of March. The semi structured dialogue contains basic characteristics of the respondent. The next part of examination was to find out, which patients after dental treatment are looked after by the respondents in their departments most often. Questions typical for the examined area follow after the introduction into the problematic, this means question dealing with taking meals, hygiene and education, the dialogues are further enriched with more unplanned questions. The record of the dialogues is registered in the bachelor's dissertation in the form of a transcription and the results are dealt with via the categorization.

For this examination there were stated three examination questions. The examination question 1: What is the specific of taking meals with the patient after a dental surgery? Examination question 2: What is the specific of oral cavity hygienic care with the patient after a dental surgery? Examination question 3: How does the nurse educate a patient after a dental surgery? All the examination questions have been answered.

The answer for question 1 is that a patient immediately after the treatment is supplied with the fluids and nourishment via infusion, later it is switched for tea and nourishment per os, in an acceptable form. With these who are unable to accept nourishment through their mouth for a longer period of time, there is inducted a nasogastric probe. The nourishment must be suitably modified. It is served or in a milled or pasty form with regard to the patient's diet therapy. If the patients are after interjaw fixation and are able to create under pressure in their mouth, they can accept nourishment on a spoon. In cases the patients are not able to create such under pressure, they are fed via a little hose and a syringe or via a drinking straw. For patients with the nasogastric probe pharmacy articles of food are supplied. Nevertheless these can cause digestive troubles, this is why also cooked mixed food is used. Oncology patients have nourishment supplements in the form of sipping.

During examining the care specific considering examination question 2, it was found out that proper oral cavity hygiene prevents the rise of infection and consequential complication. Hygiene is practised according to the type of disease. The first day after the surgery nothing can enter the mouth, so the patients are only allowed to use ice for the wound. In the following days hygiene is carried out in the form of doctor prescribed laxage. Hygiene is carried out with a suitable toothbrush, toothpaste,

dental floss and other tools the patients are used to in their normal lives. Patients with interdental fixation should choose toothbrushes with a small effective area, to reach easily under the dental fixation and clean all the contamination. The care for non-autarkic patients' oral cavity is consigned to the nurse, who in most cases uses glycerine or foam brushes or the patient's own toothbrush. The nurse looks after the lips of the patient with Vaseline, Infadone or lip balm of the patient's possession.

The examination question 3 showed that all the information for dental surgery ambulance patient is provided by the doctor. If the patient is hospitalized, he or she will be provided with the information by the nurse from a relevant department. Information is mostly provided in oral form. Written information is given to the patient only in a written consent. The patients get information during regular rounds in dental surgery ambulance and in their rooms, where they get information from the nurse. The information deal with following care intervention, drug regimen and answers the patients' questions. The nurse elicits feedback from the patients to make sure they have understood the provided information.

The results of our dissertation are going to be accessible to the students who meet these patients during their practices, and for nurses who look after these patients. The results will serve to enrichment or completion of information in the field of after-treatment care for these patients. That is why the received information was dealt with as an information material, accessible in electronic version. The form of the information material is stated in the enclosure (Enclosure 4).

Keywords: dental surgery, intermaxillary fixation, nursing care, dental care, eating patient.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce Mgr. et Bc. Jitce Tamáš Otáskové za cenné rady a připomínky, které mi pomohly při psaní bakalářské práce. Dále bych velice ráda poděkovala za odborné konzultace MUDr. Grüberové a MUDr. Neumannové a respondentkám za jejich účast během výzkumného šetření.

Obsah

OBSAH.....	10
ÚVOD.....	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1 STOMATOLOGIE	13
1.2 STOMATOCHIRURGIE	13
1.3 VYŠETŘENÍ VE STOMATOLOGII	14
1.3.1 Anamnéza.....	14
1.3.2 Extraorální vyšetření	15
1.3.3 Intraorální vyšetření	15
1.3.4 Pomocná vyšetření.....	15
1.4 DENTOALVEOLÁRNÍ STOMATOCHIRURGIE	16
1.5 MAXILOFACIÁLNÍ CHIRURGIE	17
1.6 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	19
1.6.1 Předoperační příprava na chirurgický výkon v lokální anestezii	21
1.6.2 Příprava na neplánovaný (urgentní) výkon	21
1.6.3 Předoperační příprava u nemocných s chronickou antikoagulační léčbou.....	21
1.7 PRÁCE SESTRY V POOPERAČNÍM OBDOBÍ	22
1.7.1 Požadavky kladené na sestru pracující na stomatochirurgickém oddělení.....	23
1.7.2 Hygiena dutiny ústní	24
1.7.3 Výživa.....	24
1.7.4 Bolest	25
1.7.5 Komunikační schopnosti sestry.....	27
1.7.6 Edukace.....	29
1.7.7 Rehabilitace v orofaciální oblasti	30
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
2.1 CÍLE PRÁCE.....	32
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
3 METODIKA	33
3.1 POUŽITÉ METODY A TECHNIKY	33
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33
4 VÝSLEDKY	34
4.1 PÍSEMNÝ ZÁZNAM ROZHOVORŮ	34
4.2 KATEGORIZACE	53
4.2.1 Skladba nemocných.....	53

4.2.2	<i>Uložení nemocných po stomatochirurgickém výkonu</i>	53
4.2.3	<i>Specifika stravování nemocných po stomatochirurgickém výkonu</i>	54
4.2.4	<i>Péče o hygienu dutiny ústní</i>	55
4.2.5	<i>Péče o oči a nosní průduchy</i>	57
4.2.6	<i>Péče o nemocného po extrakci zubu</i>	57
4.2.7	<i>Péče o nemocného s tracheostomií</i>	58
4.2.8	<i>Podávání informací nemocnému po stomatochirurgickém výkonu.....</i>	58
5	DISKUZE	61
6	ZÁVĚR	67
7	POUŽITÉ ZDROJE	68
8	PŘÍLOHY	71

Úvod

Odpovědí na otázku, proč jsem si vybrala bakalářskou práci na téma specifika ošetrovatelské péče u nemocného po stomatochirurgickém výkonu, je to, že se jedná o velmi nevšední téma, které se v běžné ošetrovatelské literatuře nevyskytuje.

Obyčejně slyšíme o návštěvě u stomatologa, ale už ne tak často u stomatochirurga. Z tohoto důvodu jsem se chtěla zajímat o to, jaké nejčastější potíže přivádějí nemocného ke stomatochirurgickému ošetření a především, co sestra potřebuje znát ohledně péče o takového nemocného. Ke stomatochirurgovi nepřichází lidé jen s potížemi se zuby, jako je kaz nebo luxace zubu, ale mnohdy jsou to daleko závažnější situace, které vyžadují operační ošetření a následující ošetrovatelskou péči. Jelikož operační výkon bývá především v dutině ústní, musí se sestra orientovat ve specifických péče, které stomatochirurgie obnáší, především v oblasti stravování a hygieny dutiny ústní. Musí ale také znát intervence prováděné u nemocného po výkonu, být empatická a porozumět nemocnému, kterého trápí bolest, umět komunikovat a edukovat, neboť bez řádně podaných informací by se doba léčby mohla prodloužit.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá definicí oboru, krátkou anatomí a fyziologií dutiny ústní, stomatologickým vyšetřením, nejčastěji se vyskytujícími nemocemi, předoperační přípravou, intervencemi po výkonu, požadavky kladenými na sestru v tomto oboru, hygienou dutiny ústní, výživou, bolestí, rehabilitací a schopností sestry komunikovat a edukovat. Praktickou část tvoří kvalitativní šetření provedené pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sestrami pečujícími o tyto nemocné. Na základě výsledků bylo odpovězeno na výzkumné otázky.

Cílem práce bylo zjistit specifika péče po stomatochirurgickém výkonu v oblasti stravování, hygieny dutiny ústní a edukace.

1 Současný stav

1.1 Stomatologie

Stomatologie je samostatný medicínský obor. Její náplní je preventivní, diagnostická a léčebná činnost. Dále se zabývá chorobnými stavy a poraněním tvrdých i měkkých tkání a dutin, které jsou do tohoto oboru zahrnuty. Cílem oboru by mělo být dentální zdraví populace jakéhokoliv věku. Stomatologie se dále dělí na podobory záchovné, dětské, protetické, forenzní, dále na chirurgickou stomatologii, gerontostomatologii, ortodontie, paradontologii a stomatologickou rentgenologii (1).

1.2 Stomatochirurgie

„Chirurgické ošetřování ve stomatologii je vlastně nejstarší činností oboru. Již odpradáva se člověk snažil zbavit bolesti, když jej „zub bolel“, a řešilo se to vytažením zubu“ (Wurm, str. 21). Stomatochirurgie se rozděluje na obor dentoalveolární neboli ústní chirurgie a na chirurgii maxilofaciální – ústní, čelistní a obličejovou. Dentoalveolární obor se zabývá menšími výkony, které lze provádět ambulantně. Výkony se týkají onemocnění zubů a dásní, měkkých tkání, extrakce zubů a zánětů dutiny ústní (2). Zákroky jsou prováděny v ordinacích stomatologů či v zaměřených centrech, v místní anestezii a za splnění přísných aseptických podmínek (3).

Maxilofaciální chirurgie se zabývá léčbou osteomyelitid, fraktur, poranění měkkých tkání a léčbou cyst a tumorů benigních i maligních. Výkony jsou prováděny většinou v celkové anestezii. Nemocný je hospitalizován v nemocničním zařízení s lůžkovou částí, které se specializuje na danou problematiku (3).

Stomatochirurgie spolupracuje s ostatními obory medicíny, neboť bez jejich propojení a využití by nemuselo docházet k léčbě bez komplikací, či by přidružené onemocnění mohlo velmi komplikovat zdravotní stav nemocného. K blízkým oborům je možné přiřadit oftalmologii, jež se zabývá záněty, frakturami a tumory infiltrujícím z čelisti. Dále je to obor otorinolaryngologie, anesteziologie, traumatologie, neurochirurgie, interní lékařství, onkologie. V neposlední řadě také infekční lékařství,

neboť hlavně dětské infekční onemocnění se projevují v ústech zduřením podčelistních a mizních uzlin (3).

1.3 Vyšetření ve stomatologii

Řádné vyšetření nemocného vede ke správné diagnostice a ta vede k cílené léčbě. Vyšetření začíná celkovým pohledem na nemocného a zjištěním anamnézy. Celkový vzhled nemocného může odhalit mnoho důležitých informací, jako jeho handicap, chování, intoxikaci a také nám může pomoci odhadnout míru spolupráce (1).

1.3.1 Anamnéza

Anamnézu od nemocného lékař získává rozhovorem nebo písemným dotazníkem, a to buď od nemocného, nebo od jeho průvodce. Je-li nemocným dítě, je nutná přítomnost rodiče. Lékař se ptá na současné obtíže, kvůli kterým nemocný přichází, dále se ptá na možné další onemocnění typu diabetes mellitus, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění. Nesmí zapomenout na otázku ohledně užívání alkoholu a kouření. V případě nemocného dítěte je zapotřebí zjistit, jaká onemocnění se vyskytují v rodině, průběh těhotenství, porodu a poporodní doby. Dále zda a jak dlouho bylo dítě kojeno, jakou mělo porodní váhu a míru a zdali prodělalo nějakou infekční chorobu, operaci nebo úraz. U hospitalizovaných dětí je zapotřebí zkontrolovat očkovací průkaz a obzvláště, pokud jde o úraz, sestra zjistí, zda je očkováno proti tetanu (1).

Při úrazu se lékař zajímá, kdy, kde a jak k němu došlo, jestli u toho byli přítomní svědci nebo kdo je viníkem. Dále zda byla podána první pomoc a neobjevilo se zvracení, amnézie nebo bolest hlavy po prodělaném úraze (2).

Dále sestra vypracuje ošetřovatelskou anamnézu, která je součástí zdravotnické anamnézy. Ta obsahuje důležité záznamy o poskytované zdravotnické péči, která je nemocnému poskytována celým ošetřovatelským týmem, o průběhu ošetřování a doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu. Záznam musí obsahovat ošetřovatelskou anamnézu a ošetřovatelský plán. Ošetřovatelskou propouštěcí zprávu sestra vypracovává pouze tehdy, je-li nemocný propuštěn z ústavní péče (4).

1.3.2 Extraorální vyšetření

Toto vyšetření je prováděno především pohledem (inspekce) a pohmatem (palpace). Lékař si všímá asymetrie obličeje, barvy kůže, tetování, známek poranění (hematomy, oděrky atd.), inervace lícního nervu, vzhledu a barvy rtů, jizev a dalších patologických jevů (2). Světlo by mělo být denní, umělé osvětlení může zkreslovat zabarvení kůže (5). Lékař provádí hodnocení otevírání úst, zda jsou volně otevíratelné, nebo jdou obtížně otevírat (lékař změří, na kolik milimetrů je nemocný schopen otevřít ústa) a zda jsou slyšitelné zvukové fenomény v čelistních kloubech. V obličeji a na krku palpačně vyšetří mízní uzliny (2).

1.3.3 Intraorální vyšetření

Jde o stěžejní vyšetření, kdy lékař pomocí zrcátka a sondy (*Příloha 1*) popřípadě palpací provede vyšetření dutiny ústní. Lékař nejdříve vyšetří všechny zuby. Spočítá je, zkontroluje jejich stav, vitalitu zubní dřeně a postavení jednotlivých zubů. Prohlédne postavení čelistí, zhodnotí hygienu dutiny ústní, stav paradontu a zubního kamene. Posoudí stav sliznice, případně patologické stavy. Může provést ještě další speciální vyšetření, u kterých zjišťuje indexy kazivosti zubů, ústní hygienu a mnoho dalších vyšetření (2). Sestra je přítomna u vyšetření asistuje lékaři u zubařského křesla (*Příloha 2*) a je pro něho pravou rukou. Musí zajistit potřebné pomůcky pro vyšetření, během vyšetření asistovat lékaři, po vyšetření zajistit úklid pomůcek a jejich desinfekci nebo sterilizaci. Musí zapsat veškeré informace o dutině ústní, zjištěné během vyšetření a zpracovat výsledky z doplňujících vyšetření (6).

1.3.4 Pomocná vyšetření

Doplňují a upřesňují získané údaje z předchozích vyšetření. Mezi nejdůležitější zobrazovací metody řadíme panoramatický rentgen – OPG zobrazující kompletní chrup. U dospělých se tento rentgen provádí zhruba jednou za 2 roky v rámci preventivní prohlídky. U dětí se provádí jen zřídka, hlavně pro využití v ortodoncii. Pro odhalení kazu pod plombou nebo v mezičelistním prostoru slouží intraorální RTG snímek neboli Bite Wing (7). Dále se využívá CT vyšetření, scintigrafie skeletu, magnetická rezonance, ultrazvukové vyšetření, endoskopické vyšetření, především artroskopie

čelistního kloubu, díky které je možno ihned provést jemný chirurgický zákrok. Sialoendoskopie je endoskopické vyšetření slinných žláz a umožní vyjmout nebo rozdrtit slinné kaménky (1).

Nejčastější laboratorní vyšetření jsou mikrobiologická, eventuálně parazitologická, biochemická, hematologická - především krevní obraz a hemokoagulace, imunologická, genetická (1).

1.4 Dentoalveolární stomatochirurgie

Výkony tohoto druhu se nejčastěji provádí v lokální anestezii. Velmi častý výkon je extrakce zubu. Extrahuje se zub, který již nelze ošetřit. Extrakce může být i komplikovaná, jestliže zub má více kořenů a tyto kořeny je nutné extrahovat (8). Nebo může jít o vícenásobnou extrakci, kdy se extrahují 2 zuby najednou (2). Při extrakci se může lékař setkat s mnoha komplikacemi, jako je zlomení kořene zubu, které bývá způsobeno kazem korunky, anomálií tvaru zubu nebo nesprávným mechanismem extrakce. Dále zlomeninou dolní čelisti, způsobenou komplikovanou extrakcí nebo chirurgickým výkonem na čelisti, která je oslabená patologickým stavem (cysta, tumor, osteomyelitida). Ovšem může se stát, že lékař pochybí v diagnostice a svou nedbalostí extrahuje nesprávný zub. Mezi poextrakční komplikace můžeme zařadit zánět zubního lůžka. Ten je způsoben absencí krevního koagula v extrakční ráně nebo přítomností infekce a následným rozpadem koagula (9). Nejbolestivější poextrakční komplikací je vytvoření suchého lůžka. Objevuje se 1 až 3 dny po extrakci. Nemocný trpí velikou bolestí a má foetor ex ore (2).

Resekce kořenového hrotu je výkon, kdy lékař odstraní periapikální ložisko (váček) a část kořene zubu, což má zabránit v možné exacerbaci zánětu (1). Takovéto váčky sice nemocného nebolí, ale je třeba je odstranit, neboť způsobují infekci a ta může postihovat další orgány, především srdeční chlopně (10). Egalizací alveolu docílí lékař úpravy nerovností alveolárního výběžku, které by se mohly stát budoucí překážkou pro protetické ošetření. Dále může odstranit menší cysty, provést intraorální incizi (naříznutí) pro léčbu zánětů menšího rozsahu. V neposlední řadě lze do dentoalveolární chirurgie lze zařadit dekapulaci při obtížném prořezávání zubů (11, 12).

Do dentoalveolární chirurgie se řadí také úrazy zubů, které bývají spojené s poraněním měkkých tkání obličeje nebo chrupu. Podle postižené tkáně můžeme

rozdělit poranění na úrazy závěsného aparátu a na vlastní poškození zubu. Poranění závěsného aparátu je kontuze zubu. Zraněný má subjektivní pocity povystouplého zubu a je lehce citlivý na poklep. Léčba je konzervativní. Subluxace zubu je změna postavení zubu, viklavost a bolest na poklep a skus. Léčba je opět konzervativní, nemocný musí mít kašovitou stravu a kontroluje se vitalita zubu. U těžších subluxací je nutná fixace zubu. Může dojít k úplné luxaci, kdy se přeruší veškerá cévní a nervová komunikace. Vlastní poranění zubu jsou zlomeniny, které mohou postihovat korunku nebo kořen zubu. Odlomení skloviny zubu se může ošetřit zábrusem odlomené části. Zlomeniny zasahující do dentinu je třeba ošetřit nepřímým překrytím dřeně (13).

1.5 Maxilofaciální chirurgie

Zlomeniny obličejového skeletu se dělí na fraktury dolní, střední a horní etáže. Při fraktuře dolní etáže je postižena dolní čelist. Toto poranění patří mezi nejčastější (14).

Zlomeniny střední obličejové etáže jsou pojmenované po anatomovi z Francie R. Le Fortovi, který tyto zlomeniny rozdělil. Zlomenina Le Fort 1 probíhá horizontálně nad apexy horních zubů a dorzálně mezi křídlovými výběžky kosti klínové a tuberem maxily. U zlomenin Le Fort 2 probíhá lomná linie kořenem nosu, přes mediální stěnu očnice, přední stěnou horní čelisti do oblasti křídlových výběžků klínové kosti. Zlomenina Le Fort 3 odděluje obličejovou část od báze lebni (15).

Mezi poranění horní obličejové etáže se řadí zlomeniny frontobazální, často s poraněním mozku a s přítomností likvorely (15). Tyto zlomeniny je nutné chirurgicky ošetřit. U fraktur dolní etáže se fragmenty uvedou do anatomického postavení a zafixují se mezičelistní fixací – Sauerovo dlahou. Pro stabilizaci zlomenin typu Le Fort se užívá osteosyntéza pomocí mikrodlah a šroubů a Adamsovy závěsy, který mají za úkol fixovat odtržené části obličejového skeletu k prvnímu pevnému bodu (16).

Poranění měkkých tkání bývají kombinovaná s poraněním kostí a zubů, nebo jsou izolovaná, jako jsou například oděrky, škrábnutí, řezné, tržné a pohmožděné zranění. Poranění mohou pronikat celou tloušťkou kůže. Ošetření se provádí chirurgickým způsobem. Také se mohou objevovat rány, při kterých dochází ke ztrátě tkáně, toto je pak ošetřeno plasticky. V případě kombinovaného poranění, tzn. měkkých tkání, kostí

i zubů, se nejdříve ošetřují zuby, poté se fixují fraktury a potom se teprve ošetřují měkké tkáně (17).

Čelistní záněty bývají velmi často dentálního původu, nejčastěji způsobené zubním kazem. Zubní kaz způsobí zánět zubní dřevě, infekce projde kořenovým kanálkem do oblasti peridontia a dále se šíří do okolních tkání (8). Záněty mohou být specifické a nespecifické. Nespecifické záněty jsou hnisavé (vytéká hnis) nebo mohou být pruridní, kdy vytéká nahnědlá páchnoucí tekutina. U subperiostálního a submukózního zánětu se tvoří hnis mezi povrchem kosti a okostice. Mohou také vznikat abscesy sublingvální, submandibulární a abscesy tváře. Záněty očnice a okolí bývaly dříve nejčastější a velmi obávané, velmi těžko se léčily, ale s objevem antibiotik se léčba usnadnila. Další zánět je flegmóna očnice, což je akutní difuzní zánět vycházející ze zubů maxilly. Ovšem vznikají také záněty čelistní dutiny nebo čelistních kostí. Specifické záněty, jako jsou syfilis a tuberkulóza a mají chronický průběh (17).

Ortognátní chirurgie je podoborem maxilofaciální chirurgie a řeší abnormální postavení čelistí. Celá léčba velice úzce souvisí s ortodontistou. Terapie ovlivňuje postavení hlavně rtů a zubů. Mezi hlavní prováděné výkony se řadí předsun dolní čelisti, zasunutí dolní čelisti, korekce vertikálního vztahu, transverzálního a anterioposterionálního vztahu (1).

Nádorová onemocnění se nevyhýbají ani orofaciální oblasti, tumory orofaciální oblasti představují 3 – 5 % všech zhoubných nádorů. Riziko malignity stoupá s věkem, a avšak více jsou postiženi muži (16 000) než ženy (12 000). Příčinou vzniku nádoru mohou být vnější vlivy a to především požívání alkoholu (destilátů) a kouření, ionizující záření, UV záření, špatná hygiena o dutinu ústní. Z vnitřních faktorů má vliv onemocnění trávicího systému a orogenní viry (hlavně HPV viry) (18, 19).

Typickou prekancerózou, která se v dutině ústní objevuje, je leukoplakie, neboli bílé místo na sliznici, které nelze setřít. Mezi benigní epitelové nádory se řadí papilomy, např. papillomatosis duri. Mezenchymové benigní nádory jsou fibromy (z vazivových buněk), lipomy (z tukových buněk), chondromy (z chrupavčité tkáně), osteomy (z kostní tkáně), myomy (ze svalových buněk), myxomy (z hlenovité tkáně). Zhoubné - maligní nádory z 90% tvoří epidermoidní karcinomy, které velmi často recidivují. Mezi nejčastěji se vyskytující zhoubné karcinomy orofaciální oblasti patří karcinomy spodiny

úst, jazyka, gingivy, alveolárního výběžku, tváře a také sarkomy a melanoblastomy. (17,18).

Příznaky karcinomu jsou nejčastěji zápach z úst, změna hlasu, příměs krve ve slinách, obtížné a bolestivé polykání, uvolňování zubů, asymetrie obličeje, porucha inervace obličeje, ztráta hmotnosti (17, 19).

Radikální chirurgická léčba je pro nemocného velmi náročná, neboť výkon v celkové anestezii trvá dlouho, nemocný ztrácí hodně krve, je nezbytná umělá plicní ventilace a výkon zasahuje do estetického vzhledu obličeje (19).

1.6 Předoperační příprava

Předoperační příprava, kterou provádí sestra, by měla předejít vzniku komplikací po operaci. Dle druhu výkonu, buď plánovaného, nebo neplánovaného, musí zajistit předoperační přípravu. Ve stomatochirurgii se příprava liší také podle toho, jestli se jedná o výkon, který lze provést v lokální nebo v celkové anestezii (20).

Dlouhodobá předoperační příprava začíná již 14 dní před výkonem. Nemocný by měl mít zajištěné interní předoperační vyšetření, ve kterém je zahrnuto fyzikální vyšetření, vyšetření fyziologických funkcí, screeningové vyšetření moči (močový sediment, cukr a aceton v moči), screeningové vyšetření krve (krevní obraz, základní biochemický screening, krevní skupina s Rh faktorem, aPTT, Quickův test), EKG, rentgenové vyšetření srdce. Tato příprava může být doplněno o zajištění autotransfuze. Vyšetření provádí lékař s pomocí sestry (20).

Krátkodobá předoperační příprava probíhá 24 hodin před výkonem. Během přípravy navštíví nemocného anesteziolog, který kontroluje jeho zdravotní stav, podává informace o anestezii a o možných komplikacích s ní spojených. Sestra během přípravy dbá na psychickou přípravu nemocného, aby zmírnila jeho strach z operace. Nesmí se dopustit bagatelizování kladených otázek od nemocného (20). Sestra je nemocnému psychickou oporou, na všechny kladené otázky odpovídá pravdivě. Psychické průpravy by se měl zúčastnit i lékař popřípadě psycholog, protože některé zákroky ve stomatochirurgii mohou mít somatické i psychické komplikace. Nemocnému se může zhoršit verbální komunikace, setkává se s obtížným přijímáním potravy a může nastat mnoho dalších komplikací (5). Dále sestra pokračuje řádnou hygienou nemocného. Je-li nemocný schopen, provede hygienu sám nebo s pomocí. Sestra

zkontroluje nehty, které by měly být čisté, u žen odlakované, bez gelové aplikace. Den před operací nemocný dostává od anesteziologa naordinovaná sedativa a hypnotika pro klidný spánek a lepší zvládnání stresu. Cennosti, větší obnos peněz a protetické pomůcky si nemocný může ponechat uschované v trezoru. Cennosti se do něho vkládají proti podpisu (20).

Nemocný by měl před výkonem lačnit po dobu 6 – 8 hodin. Těm, kteří mají potíže s hydratací a výživou, sestra zajistí parenterální přívod energie a tekutin (20). Nutné je to u diabetiků, u nichž může vlivem stresu kolísat hladina cukru. To může být způsobené traumatem, nedostatkem aktivity či stresem. Proto je třeba zajistit úpravu hladiny glykémie během dne, aby nepřekročila 10 mmol/l (21). Dále sestra zajistí bandáže dolních končetin, kterými se předchází vzniku tromboembolické nemoci. Bandáž se provádí od prstů nohou pod koleno, nebo do třísla. Nemocný, by měl mít těsně před operací vyprázdňený močový měchýř (20). Sestra by měla zkontrolovat podpisy od nemocného v informovaném souhlasu o poskytnutí léčby a operace (8). Lékař má povinnost vhodně informovat nemocného nebo členy jeho rodiny. Tato povinnost vychází z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Tento souhlas by měl informovat o účelu provedení, možných komplikacích a důsledcích zákroku a také poučení nemocného, jak zabránit nežádoucím komplikacím. Každý informovaný souhlas by měl obsahovat přesnou dobu sdělení informací, jméno lékaře a podpis nemocného popřípadě svědka, který potvrdí, že dotyčný s výkonem souhlasí naprosto dobrovolně (22).

Bezprostřední předoperační příprava v období 2 hodin před výkonem je sestra povinná zkontrolovat dokumentaci, přiložení bandáží, lačnění a vyprázdnění nemocného. Na žádost chirurga se postará o provedení doplňujících úkonů (zajistí venózní přístup, zavede nasogastrickou sondu či močový katétr) (20). Dále upraví dlouhé vlasy, zajistí ranní hygienu, dohlédne na odložení osobního prádla, odstraní nebo dohlédne na odložení zubní protézy, brýlí, hodinek, šperků, protetických náhrad, kontaktních čoček, naslouchadla. Podle ordinace anesteziologa zajistí aplikaci premedikace 30 minut před výkonem. Anestezie způsobí pokles salivace, umožní lepší navození do anestezie a má sedativní účinky. Sestra zajistí převoz nemocného s veškerou dokumentací na operační sál (8).

1.6.1 Předoperační příprava na chirurgický výkon v lokální anestezii

Nemocný je na výkon předem objednaný a na základě objednání má stanovený čas příchodu. S sebou si přináší výsledky RTG vyšetření a další výsledky podle ordinace stomatochirurga. Nemocný se může nasnídat. Před výkonem sestra zkontroluje hygienu dutiny ústní. Veškeré cennosti uloží nemocnému do úschovny proti jeho podpisu. Pokud při ošetření po výkonu bude využita zubní protéza, vydezinfikuje ji. Dále aplikuje premedikaci a na výzvu sálové sestry odvede nemocného s jeho dokumentací na operační sál (23).

1.6.2 Příprava na neplánovaný (urgentní) výkon

U neplánovaných urgentních zákroků je možný vyšší výskyt komplikací, které jsou spojené s krátkou dobou na přípravu a s nedostatkem získaných informací od nemocného, jelikož trpí bolestmi, jeho stav ho ohrožuje na životě nebo nejsou k dispozici všechny výsledky. V největším ohrožení se nacházejí děti a lidé staršího věku, kteří mohou mít další přidružená onemocnění. Odběry biologického materiálu se provádí akutně – STATIM. Sestra nabírá krev na vyšetření krevního obrazu, biochemický screening krve a moči, krevní skupinu a Rh faktor. Co se týče hygieny, sestra odstraní hrubé nečistoty (20). Sejmeme veškeré šperky, hodinky, brýle, zubní protézy atd. (8). Cennosti uschová do trezoru proti podpisu nemocného. O lačnosti nemocného rozhodne anesteziolog, popřípadě je nutné odsát žaludeční obsah a zavést permanentní močový katétr. Očistné klyzma v takovéto situaci je kontraindikováno. Sestra musí zajistit žilní vstup, provést bandáže dolních končetin a aplikovat premedikace jak určí anesteziolog (20).

1.6.3 Předoperační příprava u nemocných s chronickou antikoagulační léčbou

Antikoagulační terapie chrání nemocného před tromboembolickými komplikacemi. Nemocní v antikoagulační léčbě jsou ohroženi většími ztrátami krve při výkonu. Pokud se přeruší antikoagulační léčba, nastává riziko spojené s tromboembolickými komplikacemi, proto je důležité zvážit přerušování antikoagulační terapie. Krvácivé komplikace spojené s výkonem mohou být doprovázeny hyperkoagulačním stavem,

který může zvýšit riziko tromboembolie po pooperační mobilitě. Koagulační léčba se nemusí přerušovat u nekomplikovaných extrakcí zubů, ovšem u komplikovaných extrakcí zubů, operací dásní a složitějších stomatochirurgických výkonů lze očekávat krvácivé projevy. Krvácivé projevy po zubních výkonech u nemocného léčených na trvalé antikoagulační léčbě se objevují v 0,2 % tj. u 4 z 2014 nemocných. Za úpravu antikoagulační léčby před chirurgickým výkonem je považována hladina INR pod 1,5. Této hladiny se dosahuje vysazením Warfarinu 5 dní před výkonem. Doba vysazení Warfarinu se odvíjí od výchozí hodnoty INR. Pokud má nemocný výchozí hodnotu INR 2 až 3, stačí vysadit léčbu 5 dní před výkonem. Je-li hodnota INR nad 3 nebo se jedná o starší nemocné, vysazuje se tato léčba 6 – 7 dní před výkonem (9).

Běžné výkony, nekomplikované extrakce 1 až 2 zubů, či drobné excize slizničních lézí jdou provádět v ambulantní péči bez speciální přípravy. Je nezbytné po výkonu provést ošetření chirurgického pole hemostatickým čepem, který je upevněn pevnou suturou. Popřípadě se aplikuje tkáňové lepidlo. U složitých chirurgických výkonů je zapotřebí dávky preparátů snížit či úplně vysadit, ovšem při této akci je třeba zahájit heparinizaci. Po zvládnutém výkonu se u nemocného provede místní ošetření operačního pole hemostatickým čepem, suturou nebo tkáňovým lepidlem. Ihned po zákroku se znova zahájí léčba a v heparinizaci se pokračuje do stabilizace léčebných hodnot (9).

U urgentních neplánovaných výkonů je nutné podat faktory protrombinového komplexu, rekombinačního faktoru VII. K rychlejšímu poklesu INR se podává vitamin K. Vyšší dávky vitaminu K v hodnotách 5 – 10 mg se podávají intravenózně s velikou opatrností, jelikož mohou způsobit poruchy koagulace a rezistenci na Warfarin. Tyto potíže mohou být spojené se subjektivními potížemi – bolest na hrudi, dušnost. Vitamin K je možné podávat pouze u výkonů, které lze o 24 – 48 hodin odložit, protože ke snížení INR dochází za 12 až 24 hodin od podání (5).

1.7 Práce sestry v pooperačním období

Pooperační péče začíná převezením nemocného na jednotku intenzivní péče, kde zůstane nezbytně dlouho dobu pro zlepšení jeho celkového stavu. Nemocný se po stomatochirurgickém výkonu ukládá do mírně zvýšené polohy, pokud není lékařem indikováno jinak (8). Polštář by měl být krytý jednorázovou rouškou, kdyby

rána více krvácela nebo nemocný více slinil (15). Sestra po výkonu sleduje ránu, zda nekrvácí. Měla by zabránit vzniku infekce, tzn. ránu pravidelně převazovat a všímat si známkem zánětu. Také sleduje, zda krev neztéká do dýchacích cest, aby nedošlo k její aspiraci, popřípadě aspiraci zvratků. K zabránění aspirace by měla být u lůžka odsávačka. Dle celkového stavu nemocného po výkonu sestra kontroluje fyziologické funkce (tlak krve, pulz, tělesnou teplotu, dýchání) (8).

U některých nemocných může být provedena tracheostomie, kterou sestra převazuje sterilním krytím a pravidelně odsává také sterilní cévkou. Pro lepší rozpuštění hlenu může do trachey kápnout 10 kapek fyziologického roztoku (24). U nemocných s mezičelistní fixací je zapotřebí mít po ruce, tzn. na stolečku, štípací kleště pro akutní uvolnění fixace, kdyby došlo k otoku měkkých tkání nebo náhlému zvracení. Tyto kleště nosí nemocný po celou dobu mezičelistní fixace. U zavedených drénů sleduje sestra zavedení drénu, jeho spojení a odvod. Celkové odvedené množství zapisuje do dokumentace (15). Nemocného s frakturou sestra poučí o nutnosti nesmrkat, čím se předchází emfyzému. Proto je třeba nosní průduchy alespoň pětkrát denně prokapávat nosními kapky. U zlomenin očí je třeba, aby sestra prokapávala oči pětkrát denně antiseptiky. Na noc je vhodné aplikovat masti (15).

1.7.1 Požadavky kladené na sestru pracující na stomatochirurgickém oddělení

U sestry pracující na stomatochirurgickém oddělení se nevyžaduje specializace. Je od ní ovšem očekáváno, že kromě běžných znalostí a dovedností je zběhlá i v léčebných postupech stomatologie. Dále by měla ovládat znalosti z dalších klinických oborů, jako je chirurgie, dermatovenerologie, psychologie, onkologie a také pediatrie. Měla by zvládat práci s přístrojovým vybavením, asistovat při stomatologických zákrocích a mít znalosti o stomatologických léčivech. Sestra vytváří psychologickou oporu pro nemocné, měla by být vstřícná a ochotná a budit dojem důvěry ke správné spolupráci. V neposlední řadě poskytuje edukační činnost nemocnému, případně rodičům, o způsobech péče o dutinu ústní nebo zvláštnostech hygieny při konkrétním onemocnění. Je nemocnému psychickou oporou při těžkých zákrocích a pomáhá mu s nácvikem všedních činností v pooperačním období (8).

1.7.2 Hygiena dutiny ústní

Sestra musí klást veliký důraz na hygienu dutiny ústní po výkonu, neboť po provedeném výkonu je zapotřebí odstraňovat krusty a krevní sraženiny (11). U nemocných s mezičelistní čelistí je narušena samočisticí schopnost, a proto by v neošetřené sliznici mohl vzniknout zánět, který by mohl narušit hojení (8).

Samostatný nemocný může provést hygienu dutiny ústní sám. Sestra mu doporučí vhodnou zubní pastu (obsahující fluoridové a dezinfekční látky), dále zubní kartáček, který má husté měkké štětiny a malou pracovní plochu. Pro zdokonalení hygieny může nemocný použít mezičelistní kartáček, interproximální sondu nebo dentální nit. Dále je třeba zvolit vhodnou techniku čištění, která bude šetrná k zubům i dásním, aby nedošlo k jejich poranění. Pro děti je nejvhodnější Foneova metoda krouživými pohyby. Bassova metoda pomocí vibračních pohybů je doporučována dorostu a dospělým. Pro dočištění nepřístupných úseků chrupu se využívá sólo technika. Po hygieně provede výplach dutiny léčebným roztokem (heřmáněk, řepík) a nakonec dutinu pečlivě vytře pomocí tamponu a peánu (8).

Jestliže nemocný není schopen samostatné péče, provede péči ošetřující sestra. Péče by měla provádět minimálně třikrát denně, nejideálněji po každém jídle. Hygienu provádí pomocí peánu a tamponu namočeného v léčebném roztoku. Dle zvyklostí na oddělení se používá roztok 0,2 % chlorhexidinu, Stopanginu nebo odvaru z heřmánku (11). Sestra vyčistí předsíň dutiny ústní směrem odzadu dopředu, poté pokračuje v čištění vlastní dutiny. U nemocného s mezičelistní fixací je přístup ztížen, proto se pro čištění používá stříkačka s vlažnou vodou nebo různé spreje (8). V péči o dutinu ústní nesmí sestra zapomenout na péči o rty, které je vhodné buďto promazávat nebo krýt masťou nebo vazelínou (11).

Nemocný po extrakci zubu se v prvních dvou dnech nedoporučuje výplach úst z důvodu možného krvácení. Poté se může dutina vyplachovat roztokem chlorhexidu dvakrát denně nebo se můžou využívat odvary z heřmánku, řepíku pětikrát denně. Je zakázáno kouřit, neboť kouření zhoršuje hojení rány (1).

1.7.3 Výživa

Po provedených výkonech v dutině ústní je potřebná úprava stravy. Měla by být měkká, nejlépe tekutá nebo kašovitá. Délka dietní úpravy se odvíjí od provedeného

výkonu. Někdy postačí úprava výživy na několik dnů, v jiných případech je nemocný odkázán na parenterální výživu nebo nasogastrickou sondou (8). U nemocných s mezičelistní čelistí může dieta trvat i několik týdnů (25). V pooperační fázi by měla sestra zajistit nemocnému dostatečný příjem tekutin, neboť po provedeném výkonu se objevuje slinotok a zvýšený odpar ze sliznic, kvůli kterému dochází k velkým ztrátám tekutin (11). U nemocných v bezprostřední péči, kteří nemohou přijímat per os, je přívod živin a tekutin zajištěn parenterální cestou. Sestra musí dbát na řádnou přípravu infuzního roztoku, zajistit jeho podání a pečovat o intravenózní kanylu (15). Nemocným, kteří ubývají na váze vlivem dietní úpravy či jsou onkologicky nemocní, se doporučuje sipping popíjení nutričních drinků (25).

U některých nemocných může být zajištěna enterální výživa pomocí nasogastrické sondy. Do nasogastrické sondy může sestra aplikovat výživu připravenou kuchyňskou technologií. Ovšem tato strava má menší energetický obsah, proto musí nemocný dostat větší obsah. Aby nedošlo k ucpání sondy, je nezbytné, aby sestra každé čtyři hodiny proplachovala sondu 30 ml převařené vody. Sestra musí mít na paměti, že výživa připravená v kuchyni je určena pouze pro podání do žaludku. Polymerní formule jsou možné podávat do žaludku, duodena i jejunu, jelikož jsou připravovány farmaceuticky. Bývají čichově i chuťově příjemné, proto se podávají i perorálně, avšak u nemocných mohou velice často způsobovat průjmy. Třetím typem jsou enterální a oligomerní diety, které nevyžadují přílišné trávení a jsou prakticky bezzbytkové (26).

Avšak je zapotřebí co nejdříve zahájit perorální výživu. U nemocných s mezičelistní fixací se podává strava pomocí brčka nebo skleněné rourky s koncem umístěným za zubní řadou, Janetovou stříkačkou či usrkáváním ze lžičky (17).

1.7.4 Bolest

„Bolest je definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkáně“ (Rokyta, str. 21). Je vždy subjektivní. Vnímání bolesti je individuální, ovlivňuje ji věk, pohlaví, rasa a etnika. Nejčastěji je rozlišována bolest akutní a chronická. Akutní bolest má krátké trvání. Často bývá doprovázená pocitem strachu. Tělo reaguje na bolest tachykardií, hypertenzí, tachypnoí, vazokonstrikcí, mydriázou, paralýzou střev nebo hyperglykemií. Trvá hodiny až dny. Akutní bolest funguje jako výstražná funkce pro organismus a je

dobře lokalizovatelná. Většinou postihuje spíše periférie. I když akutní bolest je účelná, měla by být tišená, aby nepřešla do stádia chronické bolesti. K tišení bolesti se využívají opioidní analgetika. Mezi akutní bolest můžeme zařadit pooperační a poúrazovou bolest. Pooperační bolest se objevuje téměř u 100 % pacientů po chirurgickém výkonu a je nezbytné tuto bolest tišit. V ideálním případě by měla být zahájena léčba bolesti již před operací. Poúrazová bolest vzniká jako důsledek mechanického či chemického účinku na tkáň nebo mohou tkáň poškodit účinky tepla a chladu. Za chronickou bolest je považována bolest přetrvávající déle než 3 – 6 měsíců. Na rozdíl od akutní formy je tato bolest těžce lokalizovatelná, nemá žádný spouštěcí mechanismus, objevuje se nepravidelně a opakovaně. Nemocný trpí poruchami spánku, depresí, sociální izolací, změnou osobnosti, zhoršenou kvalitou života, zácpou, ztrátou libida a v neposlední řadě ztrácí zaměstnání. Nemocný si postupem času na bolest zvyká. Chronickou bolest lze objektivně pozorovat bolestivými grimasami, vzdycháním, pláčem, zaujímáním úlevových poloh. Intenzitu bolesti lze hodnotit. Je to důležité pro správnou léčbu. Nejčastěji je pro hodnocení využívána vizuální analogová škála (VAS). Nemocný pomocí čísel od jedné do deseti hodnotí intenzitu bolesti. Přičemž číslo nula označuje žádnou bolest a číslo deset označuje nejhorší možnou bolest, kterou si nemocný dokáže představit. V pediatrii či u nemocných, kteří mají problémy s řečí a nemohou se vyjádřit, jde využít škálu, která je tvořena „smajlíky“. Nemocný dle toho, jak se cítí, vybere obličej, který nejlépe hodnotí intenzitu jeho bolesti. Při léčbě bolesti je sestra pro nemocného velmi nepostradatelná, neboť zde hraje velkou roli psychologický přístup k nemocnému. Je třeba na něho brát ohledy a poučit ho, jak si ulevit od bolesti úlevovou polohou. V další řadě je důležité zahájit včasnou léčbu analgetiky, aby nemocný netrpěl bolestmi. Sestra by měla včas informovat lékaře a kontrolovat účinky léků. Ovšem dnešním trendem je odstupovat od farmakologické léčby a spíše využívat alternativní způsoby (27, 28).

Bolest v orofaciální oblasti je typická pro stomatologii. Bolest nemusí být vyvolána jen zubním postižením, ale i onemocněním paradontu, záněty, traumatem orofaciální oblasti, onemocněním slinných žláz a nádory. Je důležité, aby se u této bolesti zabránilo přechodu do chronického stádia, neboť se může stát farmakorezistentní (27). Nemocní vnímají bolest v orofaciální oblasti mnohem intenzivněji než v ostatních částech těla (29).

Neuralgie trigeminu se dělí na primární (idiopatickou) a sekundární (symptomatickou). U primární neuralgie je velmi obtížné zjistit příčinu bolesti. Může ji způsobovat komplikovaná extrakce zubu nebo tumor. Projevuje se ostrou, pálivou a záchvatovitou bolestí, kterou vyvolává mechanické podráždění (např. při jídle, čištění zubů). Trvá několik sekund a objevuje se zpravidla jen na jedné straně. Sekundární (symptomatická neuralgie) se vyskytuje mnohem častěji. Její příčina není také tak jednoznačná, mohou ji způsobovat výkony na dolní čelisti. Bolest je tupá, kontinuální a vychází z měkkých tkání či skeletu obličeje. Projevuje se ataky, které mají kolísavou intenzitu (29).

Atypická obličejová bolest je kontinuální, má kolísavou intenzitu a je lokalizovaná ve střední třetině obličeje. Objevuje se na obou stranách obličeje. Vzniká po stomatologickém výkonu, po kterém přetrvává. Typicky se objevuje u zánětlivé komplikace extrakční rány, po níž si nemocný vyžádá chirurgickou revizi místa, ve kterém se bolest projevuje, aniž by existoval pro tento výkon objektivní podklad (29).

Myofasciální obličejovou bolest nemocný popisuje bolest ostrou nebo pálivou, která se objevuje na jedné či obou stranách obličeje. Na intenzitě přibývá v ranních hodinách. Postihuje žvýkácí a krční svaly. Projevuje se obtížným a bolestivým otevíráním úst. Příčina bolesti souvisí traumatickým postižením, stresovou situací nebo zánětlivým onemocněním. Pro léčbu této bolesti se mimo jiné využívají relaxační dlahy na dolní zubní oblouk. Nemocný si dlahu nasazuje vždy na noc (18).

1.7.5 Komunikační schopnosti sestry

Schopnost komunikovat slouží sestře jako nástroj pro navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným a je základem veškeré ošetrovatelské péče. Prostřednictvím komunikace navazuje a rozvíjí sestra s nemocným kontakt. Komunikaci lze rozdělit na verbální a neverbální. Ve verbální komunikaci probíhá rozhovor pomocí slov. Rozhovor by měl být obousměrný, aby nemocný mohl vyjádřit své pocity, nikoliv jednosměrný. Sestra by měla dbát na přiměřenou rychlost řeči, hlasitost, výšku hlasu, délku projevu a intonaci. Neverbální komunikace, označována také jako řeč těla, spočívá v projevech, které nemocný vysílá, aniž by mluvil, nebo těmito projevy řeč doprovází. Součástí neverbální komunikace je mimika (výraz obličeje), proxemika (vztah k druhému

ve vzdálenosti), haptika (dotek), posturologie (postoj těla), kinezika (pohyb) a gesta. (30).

Sestra by měla mít na vědomí, že své umění komunikace ve stomatologii využívá již při telefonickém objednání nemocného na plánovaný výkon. Je zapotřebí, aby pro sestru bylo samozřejmostí řádné oslovení, pozdrav a poděkování přívětivým hlasem, neboť nemocný má z ošetření většinou veliký strach. Je nutné nemocného vyslechnout. Sestra ho musí ujistit, že vyšetření bude provedeno bezbolestně. Je důležité, aby navodila důvěru a povzbudila ho. Během komunikačního procesu je nemocnému sděleno, jak ošetření bude probíhat a jaký bude jeho výsledek. Po ukončení ošetření je nutné nemocnému sdělit, co po výkonu smí dělat a jak se bude dále postupovat (11). Dle Vurma cituji: „Je třeba si uvědomit, že kvalitu vlastního provedeného výkonu objektivně pacient sám posuzuje těžko, ale jednání personálu v ordinaci je pacient vždy schopen plně vyhodnotit a ocenit. I kvalitní výkon při nedobré ošetrovatelské dovednosti a špatné komunikaci bývá zpravidla pacientem hodnocen negativně.“ (Vurm, str. 56).

Při komunikaci s dítětem by měla mít sestra na vědomí, že velikou roli hraje nonverbální komunikace. Velice důležitý je úsměv a oční kontakt. Pozorováním gest dítěte je možné dosáhnout komunikace na stejné úrovni pomocí zrcadlení. Samotná úprava formálního zevnějšku sestry může pomoci ke zklidnění dítěte, a to i pouhou maličkovitostí, jako je plyšová hračka vykukující z náprsní kapsy. Haptikou sestra může dítě zklidnit ale i rozrušit, proto je vhodné zvolit přiměřenou citlivost dotyku. Komunikaci může sestra navázat pomocí hračky, knihy nebo obrázku. Během komunikačního procesu sestra nesmí dítěti zalhat (na bolest dítě připraví, netvrdí mu, že žádnou bolest nebude pociťovat), musí vše vysvětlit (co se bude konat, jak dlouho a kdo u toho bude) s přihlédnutím ke zralosti dítěte. Používá k tomu krátké srozumitelné věty (30). Dále je dobré, aby rodič své dítě přivedl, když jej nic nebolí a není třeba ošetření. Dítě se seznámí s ordinací, posazení na zubařské křeslo může být pro něho příjemné svezení. Lékař mu pochválí chrup, motivuje ho k správné zubní hygieně a odmění ho obrázkem nebo omalovánkami. Příští návštěva s případně nutným ošetřením nebude pro dítě tak stresující, než když už dítě něco bolí a rodič ho přivede přes jeho odpor. Ošetření je pak pro něho velmi nepříjemné a tento zážitek v něm může vyvolat negativní přístup ke stomatologovi na celý život (11).

Ve stomatologii je zapotřebí, aby sestra ovládala i komunikaci s vážně nemocným a věděla, jak postupovat při sdělování špatných zpráv. Nemocného se závažnou prognózou provází mnoho nepříjemných symptomů, jako je například chronická bolest nebo psychické potíže. Zamýšlí se nad svým osudem a není neobvyklé, že sestru zaskočí velmi závažným dotazem. V takové situaci by měla sestra vyjádřit zájem o nemocného a sladit verbální projev s neverbálním, aby nedošlo k tomu, že verbálně projevuje zájem, ovšem neverbálním způsobem je již na odchodu. Není vhodné, aby uhýbala od tématu. Na nemocného by měla reagovat citlivě a celá komunikace musí být pro nemocného srozumitelná, proto by sestra neměla používat odborné termíny. Špatnou zprávu vždy sděluje lékař. Nemocný mnohdy po takovém rozhovoru vyhledává sestru k další konzultaci této situace, aby se mohl rozhodnout pro vhodný postup a aby mohl ventilovat své emoce, obavy a nejistoty. Pro takovýto rozhovor by mělo být zajištěné klidné místo, dostatek času na rozhovor a nemocný by po takovém rozhovoru měl mít dostatek času na oddech.(30).

1.7.6 Edukace

Latinský výraz educio, educare znamená v překladu vést vpřed, vychovávat. Tudiž je edukace určitou formou vzdělávání nebo výchovy (31). Ve zdravotnictví se edukaci věnuje vyšší pozornost, neboť napomáhá předcházení nemoci, k navrácení zdraví nebo přispívá ke zkvalitnění života nemocného a tím minimalizuje komplikace. Edukaci ve stomatologii provádí nejen lékař, ale i dentální hygienista, zubní instrumentářka a všeobecná sestra. Edukační proces se skládá z edukanta (nemocný, který přímá informace, sestra musí respektovat jeho věk, sociální prostředí, ekonomické faktory a kulturní odlišnost), edukátora (člověk poskytující informace), edukačního konstruktu (jedná se o metodické pomůcky) a edukačního prostředí (místo, kde edukace probíhá). Podle toho, zda edukace již u nemocného někdy proběhla nebo ne, můžeme rozeznávat základní edukaci, kdy sestra poskytne základní informace, měla by nemocného motivovat k získání nových informací a reedukaci (32).

Při reedukaci, může sestra navázat na již získané vědomosti a dovednosti, které jsou dále prohloubené, nebo může provést kompletní edukaci, jež probíhá v etapách. Nemocný postupně získává informace a dovednosti, které vedou k udržení či zlepšení zdraví. Sestra musí dodržovat didaktické zásady edukace jakožto názornost,

přiměřenost, vědeckost, zpětnou vazbu, soustavnost a trvalost. Ve stomatologii se můžeme setkat s nejčastěji použitou metodou přednášky a vysvětlování. Edukaci může ovlivnit věk nemocného, jeho soběstačnost, motivace, návyky, zkušenost, vzdělání a kultura. Pro efektivní edukaci by měla sestra-edukátorka využívat také neverbální komunikaci, hlavně při styku s nemocným s handicapem, např. s hluchoněmým nemocným by měla dodržovat stálý oční kontakt. Ve verbální komunikaci sestra využívá ideální výšku, tón a rychlost hlasu (32).

Po stomatochirurgickém výkonu podává nemocnému informace sestra s lékařem, anebo jen sestra. Informace jsou zaměřené na správnou hygienu dutiny ústní, (vhodný zubní kartáček, četnost čištění), způsoby přípravy a příjmu potravy, dojedná další návštěvu buďto stomatologa nebo stomatochirurgie. U onkologicky nemocného je nutno edukovat o možných vedlejších účincích chemoterapie a radiologie, o nutnosti abstinovat a možnosti konzultace své situace s psychologem a zdůrazní nemocnému, že kdyby se vyskytly komplikace, je nutné, aby vyhledal lékařskou pomoc (8, 33).

1.7.7 Rehabilitace v orofaciální oblasti

Rehabilitace je dlouhodobé doléčování, které si od nemocného i ošetřujícího personálu sice vyžaduje trpělivost, avšak přináší úspěchy (11). Na rehabilitaci orofaciální oblasti se podílí fyzioterapeut, logoped nebo i ergoterapeut, záleží na druhu poškození. Díky stimulaci dutiny ústní dochází ke zvýšené citlivosti, zlepšuje se činnost svalů, což má za následek lepší příjem potravy a zřetelnější artikulaci. Při stimulaci v dutině ústní je třeba respektovat nemocného a jeho pocity, neboť může dojít k dávivému reflexu. V horších případech může dojít k vyvolání kousacího reflexu. Proto je zapotřebí, pracuje-li rehabilitační pracovník v dutině ústní, aby používal rukavice nebo příslušné pomůcky (např. vatovou štětičku, zubní kartáček). Rehabilitační personál využívá ke cvičení intraorální taktilní stimulaci, masáž dásní, pasivní pohyby nebo termickou stimulaci. K posílení obličejového svalstva po úrazech čelistí se doporučuje protahování tváří a rtů, posilování vnitřní a vnější stěny tváří a jejich masírování. Ke zvolnému rozevírání dutiny ústní a k posílení dutiny ústní se využívá kousací klín. Pro docílení co největšího pohybu čelistí se postupně do úst vkládá stále větší klín. Kousací klín můžeme zhotovit z dřevěné špátle, srolované gázy

nebo z korku. Nemocný může pro rozevření úst užít i své prsty na ruku, vkládá kloub ruky do úst a musí vydržet 15 sekund. Poté klouby přidává a musí vydržet stejnou dobu, nakonec může přidat i palec ruky (34, 35).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče v oblasti stravování po stomatochirurgickém výkonu.

Cíl 2: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče v oblasti péče o dutinu ústní u nemocného po stomatochirurgickém výkonu.

Cíl 3: Zjistit specifika edukační činnosti sestry po stomatochirurgickém výkonu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika stravování u nemocného po stomatochirurgickém výkonu?

Výzkumná otázka 2: Jaká jsou specifika hygienické péče u nemocného po stomatochirurgickém výkonu?

Výzkumná otázka 3: Jak sestra edukuje nemocného po stomatochirurgickém výkonu?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Ve výzkumné části bylo využito kvalitativního šetření. Rozhovor byl polostrukturovaný. Obsahoval celkem 24 připravených otázek. Otázky vznikly na základě prostudované odborné literatury, která tvoří podklad teoretické části. Rozhovor byl naprosto anonymní s možností odmítnutí. Veškeré rozhovory po schválení staniční sestry a dotazované respondentky byly zaznamenány na diktafon v mobilním telefonu. Z rozhovorů se sestrami byly vyhotovené písemné záznamy, které tvoří podklad pro výzkumné šetření, z něhož vychází kategorizace dat. Výzkumné šetření probíhalo na začátku měsíce března roku 2013.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor je tvořen 8 respondentkami pracujícími v Nemocnici České Budějovice, a.s., kteří pečují o stomatochirurgicky nemocné. První dvě respondentky pracují v ambulanci stomatochirurgie, 2 respondentky na traumatologickém oddělení, 2 respondentky na oddělení ORL a 2 respondentky na očním oddělení.

4 Výsledky

4.1 Písemný záznam rozhovorů

Rozhovor 1

Respondentka1 (dále R1) pracuje na oddělení stomatochirurgie již 12 let. Praxi vykonává celkem 25 let. Říká, že práce v ambulanci je občas dosti náročná, ale má ji ráda a za nic by ji nevyměnila. Respondentka je v dobré náladě, s úsměvem na tváři.

T: „*Sice se zde jedná o ambulantní stomatochirurgii, ale provádíte i výkony, u kterých je nutná hospitalizace? Na jaké oddělení ukládáte nemocné po výkonu?*“

R1: „*Pacienti jsou ukládáni na oddělení ORL, oční a traumatologie.*“

T: „*Máte nějak rozdělení, na jaké oddělení pošlete nemocného s určitým onemocněním?*“

R1: „*Ano, máme to rozdělené. Na traumatologii se posílají pacienti s frakturami, na oční čistou chirurgii a na ORL pacienty se záněty, frakturami se zánětlivou komplikací a nádory.*“

T: „*Kde jsou uloženi nemocní bezprostředně po výkonu?*“

R1: „*Máme zde dospávací pokoj.*“

T: „*Kolik je v něm lůžek?*“

R1: „*Celkem tři lůžka.*“

T: „*Kdo o tyto nemocné pečuje?*“

R1: „*Všechny sestřičky, co jsou právě ve službě. U lůžka se střídáme.*“

T: „*Jak pečujete o nemocné na dospávacím pokoji?*“

R1: „*Každých 15 minut zapisujeme fyziologické funkce, kontrolujeme bolestivost, operační ránu, jestli nekrvácí a otok.*“

T: „*Jak máte takový pokoj zařízený?*“

R1: „*Tak samozřejmě máme zde monitorovací zařízení (EKG, tonometr, oxymetr) a také odsávačku, kdyby bylo potřeba odsávat.*“

T: „*Po uběhlých dvou hodinách je tedy nemocný převezen na příslušné oddělení. Jak takovýto převoz probíhá?*“

R1: „*My jako sestry ze stomatochirurgie svezeme pacienta na příslušnou stanici, informujeme na oddělení příslušnou sestru o jeho stavu a předáme dokumentaci.*“

T: „Nemocní, kteří jsou přeloženi na traumatologii, jsou převezeni sanitkou?“

R1: „Ano, s doprovodem ARO sestry ihned po výkonu, jelikož tam mají dospávací pokoj.“

T: „A jak následná péče na daném oddělení probíhá? Jste s nimi nějak v kontaktu?“

R1: „Následnou ošetrovatelskou péči již přebírají sestry z daného oddělení. Pacienti sem pouze chodí nebo jezdí na vizity, které jsou dvakrát denně.“

T: „Co je takovou tou hlavní náplní vaší práce?“

R1: „Hlavně administrativa, příprava nástrojů na různé výkony, zarouškování pacienta a pak podávám lékaři to, co potřebuje během výkonu. Po výkonu uklidím použitý materiál, provedu dezinfekci a sterilizaci nástrojů a křesla. Pokud je to pacient, co jde na příjem, vypíšeme sesterský a lékařský příjem, odvedeme pacienta na oddělení a tím to pro nás končí.“

T: „Zmínila jste intervence, které před, během a po výkonu děláte, ale jak pečujete o toho nemocného dál po výkonu?“

R1: „Po výkonu, pokud jde o ambulantní výkon, podává informace sám lékař, my mu do toho nijak nezasahujeme. Jak říkám, spíše se jedná o administrativu. Lékař pacienta informuje dostatečně i o následné péči, jak by měl jíst, o hygieně, dalších návštěvách a dále dostává pacient informovaný souhlas, kde má napsané komplikace po výkonu, doporučení po výkonu jak se chovat. A pokud jde o péči u hospitalizovaného, tak ta je zajištěna sestrami na oddělení.“

T: „A máte pro nemocné ještě nějaké doplňující informační materiály?“

R1: „Ne, nemáme. To mají spíše v zubních ordinacích.“

T: „Pokud přijde nemocný na ambulantní výkon, jak ho připravujete?“

R1: „Tak pacient přichází už připravený z domova, jelikož je dopředu objednaný, má veškeré informace, které mu poskytl lékař. Je najedený. Já připravím křeslo k výkonu, zarouškuji a pak podle lékaře a po výkonu, to už sem říkala.“

T: „A jak je to nemocnými s mezičelistní fixací? Kdy a kdo fixaci odstraní?“

R1: „Fixace se odstraňuje po čtyřech až šesti týdnech, zkrátka jak určí lékař. Nemocný je s ní klidně doma a pak přijde k nám do ordinace a tady mu ji lékař odstraní.“

T: „Jak by se měl nemocný zachovat po odstranění fixace?“

R1: „Pacient je informovaný, že stále má dietní opatření. Neměl by čelisti příliš zatěžovat, měl by si je šetřit, takže jíst měkkou stravu.“

T: „Dostává doporučení k rehabilitaci orofaciální oblasti?“

R1: „To ne, rozcvičí to sám, ale jak říkám, měl by jíst měkkou stravu a zatěžovat postupně.“

T: „Jsou onkologicky nemocní u vás dispenzováni?“

R1: „Ano, jsou. Po výkonu chodí půl roku každý měsíc, poté jednou za půl roku a o druhého roku po výkonu jednou za rok.“

T: „Velice děkuji za příjemný rozhovor.“

Rozhovor 2

Respondentka 2 (dále R2) vykonává činnost všeobecné sestry od roku 1985, tudíž 28 let a na stomatochirurgickém oddělení pracuje již 19 let. Sestra byla na vážkách, zda s rozhovorem souhlasit, posléze s rozhovorem souhlasila.

T: „Jaké nejčastější výkonu jsou zde prováděny?“

R2: „Takže z těch ambulantních jsou to hlavně chirurgické extrakce osmiček, poté odstranění hemangiomů a fibromů. A z těch s hospitalizací nádory jazyka a rtů, záněty a zlomeniny.“

T: „Jak pečujete o pacienty po výkonu, kteří jsou hospitalizováni?“

R2: „Dvě hodiny po výkonu jsou na dospávacím pokoji a poté jsou přeloženi na oční oddělení, ORL nebo traumatologii, kde je dále o ně pečováno. Na traumatologii bývají přeloženi ihned po výkonu sanitkou a s doprovodem ARO sestry.“

T: „Takže o nemocné pečujete jen po dobu těch dvou hodin na dospávacím pokoji. Jaká zde převládá péče?“

R2: „Tak jako na každém oddělení po výkonu, musíme hlídat fyziologické funkce pomocí přístrojů, kterými je pokoj vybaven, sledovat pacienta, jeho vědomí, bolest a také sledovat operační ránu, zda nekrvácí a zda sliny odchází v pořádku, popřípadě odsát.“

T: „V jakém časovém rozmezí kontrolujete fyziologické funkce?“

R2: „Po 15 minutách“

T: „Jakým způsobem předáváte nemocného na dané pracoviště?“

R2: „Zavoláme na oddělení a my se sanitárkou tam pacienta odvezeme. Na traumatologii je odvezen tou sanitou a ARO sestrou. Dospává již na traumatologii,

protože tam mají dospávací pokoj.“

T: „Jak poté pečujete o nemocného během hospitalizace?“

R2: „Tak my už nijak. Pacient dochází dvakrát denně sem na ambulanci na vizity a další veškeré ordinace a vyšetření vyřizují sestry z dané stanice.“

T: „V čem Vy shledáváte hlavní náplň své práce?“

R2: „Pracuji na ambulanci, takže hlavně příjem pacienta, vyřízení veškerých papírů a že jich není málo. Když je příjem vyplněný, odvedu pacienta na oddělení.“

T: „A pokud se jedná o ambulantní výkon?“

R2: „Tak opět obstarám nutnou dokumentaci, připravím nástroje k výkonu, natáhnu anestezii, prostě co lékař potřebuje. A pak uklidím nástroje, vydezinfikuji plochy, sterilizuji nástroje.“

T: „O čem informujete nemocného po výkonu?“

R2: „Já o ničem, tohle si všechno dělá lékař sám. Ten mu sděluje informace o další návštěvě, o tom, co a kdy jíst, jak pečovat o dutinu po výkonu a o možných komplikacích.“

T: „Máte pro nemocné nějaké informační materiály nebo získávají informace pouze ústním sdělením od lékaře?“

R2: „Ne, nemáme. Informace podává lékař. A pak tedy informace v informovaném souhlasu, ale informační brožury nebo letáky tady nemáme.“

Rozhovor 3

Respondentka 3 (dále R3) z traumatologického oddělení vykonává povolání všeobecné sestry 11 let, z toho 6 let pracuje zde. Do rozhovoru se jí moc nechtělo, myslela si, že jde o jakési zkoušení. Po ujištění, že jde o anonymní rozhovor pro účely mé bakalářské práce, s poúsměvem souhlasila.

T: „S jakým nejčastějším onemocněním jsou ošetřováni nemocní po stomatochirurgickém výkonu na vašem oddělení?“

R3: „Nejčastěji zlomeniny horní a dolní čelisti.“

T: „Jakým způsobem je zajištěn přísun tekutin a živin u takovýchto nemocných bezprostředně po výkonu?“

R3: „Nejprve infuzemi a poté se přechází na pití čaje v malých doušcích a příjem

upravené stravy.“

T: „Jak pečujete o nemocné ze stomatochirurgie, co mají zavedenou nasogstrickou sondu?“

R3: „Takovéto nemocné nemáme.“

T: „A pacienty s tracheotomií?“

R3: „Standardně takové nemáme.“

T: „Pomocí jakých pomůcek zajišťujete příjem stravy nemocnému?“

R3: „Jak už jsem řekla, na našem oddělení jsou nemocní se zlomeninami a podle toho, jaká je to zlomenina, se to liší. U některých není provedena fixace a ti mají kašovitou stravu. Pacienti s mezičelistní fixací buď stravu pomocí lžičky vypijí, a když nevytvoří podtlak k nasátí stravy, dáváme jim brčka, nebo stříkačky s hadičkou. Záleží individuálně, jak jim to jde, a jak to kdo zvládne. Podle toho jim je zajištěna standardní pomůcka.“

T: „Proč, vy jako sestra byste měla dbát na řádnou hygienu dutiny ústní po jídle?“

R3: „My kladem důraz kvůli tomu, že je tam operační rána, tak aby nevznikla infekce.“

T: „Jakou polohu zajišťujete u nemocného po stomatochirurgickém výkonu?“

R3: „Podle toho, jak komu to vyhovuje, ale standardně by měli mít zajištěnou zvýšenou polohu.“

T: „Dbáte na zvýšenou kontrolu nemocného po takovém výkonu?“

R3: „Nemocní jsou kontrolováni na pooperačním pokoji, pokud jsou dobře probuzeni, jsou po dvou hodinách přeloženi na pokoj, pokud ne, zůstávají tam o něco déle. Ale nějak extra více je poté nekontrolujeme.“

T: „Pooperační pokoj se nachází na tomto oddělení?“

R3: „Ano, ten je tady na patře, přímo vedle inspekce.“

T: „Takže nemocní jsou bezprostředně po výkonu odvezeni ze stomatochirurgie k vám?“

R3: „Ano, u nás jsou hospitalizováni a také zde je jim poskytnuta ošetrovatelská péče.“

T: „Pečujete u nemocného o oči a nosní průduchy a čím o ně pečujete?“

R3: „Pokud je to třeba. Někdy o ten nos, protože nemůžou dýchat pusou a když ještě mají ucpaný nos, tak je to problém a pokud je to třeba, provádíme prokapávání nosu pomocí kapek či nosních sprejů, které jsou na oddělení dostupné. Třeba když se popral a dostal do oka, má oči oteklé, tak ano, ale záleží, jaké jsou přidružené onemocnění. Oči

prokapáváme kapkami, které předepíše ošetřující lékař. Pokud je všechno ostatní v pořádku, tak ne.“

T: „Jaké pomůcky doporučujete samostatnému nemocnému po výkonu pro hygienu dutiny ústní po výkonu?“

R3: „Po výkonu se nesmí do úst nic dostat kromě stravy, takže se nesmí ani vyplachovat. Záleží, co napíše operatér, ale standart bývá, že leduje a nevyplachuje. Další den po operaci začíná čistit kartáčkem, droboučkým, kterým se dostane mezi kovy a tu fixaci a vyplachuje třeba ústní vodou nebo heřmánkem.“

T: „A jaké pomůcky používáte k hygieně dutiny ústní u nesamostatného nemocného?“

R3: „Tak kartáček, pokud je to třeba, tak takovou tu pagavitovou štětičku, která je napuštěna glycerínem nebo takové ty různé molitanové kostičky, kterými se čistí hlavně ten prostor mezi tou fixací po tom jídle a samozřejmě emitní miskou a další potřeby, které jsou denně běžné.“

T: „Jakým způsobem pečujete o rty?“

R3: „Většinou pečujeme tak, že mají svůj vlastní lůž, o kterém jim poví lékař při prvním kontaktu.“

T: „Jakým způsobem sdělujete informace nemocnému?“

R3: „Nejčastěji slovně. Pacient před výkonem dostává podepsat informovaný souhlas, kde mají napsané extra informace po výkonu.“

T: „Čeho se informace nejčastěji týkají?“

R3: „Záleží, co ho zajímá. Týká se to hlavně předoperační přípravy a lačnění, potom co se bude dít, že pojedje na jiné oddělení, jak se bude zpátky vracet, kde bude dvě hodiny po operaci a tak dále. Potom je zajímá, jak to bude vypadat, jestli bude mít nějakou fixaci, jestli to bude mít nějak sdrátovaný, jak bude jíst a tak dál. Pak podle toho, co ho zajímá. Standardně se to ale týká předoperační přípravy a po operaci těch pooperačních ordinací od lékaře. Aby si tu pusou ledoval, aby si ji nevyplachoval, že strava bude upravená a aby si třeba nechal přinést něco od blízkých, protože tady ta strava je taková špatná. Potom, když tu ty lidé leží týden, tak mu to nevyhovuje, protože se to stále opakuje.

T: „Má nemocný možnost získat informace i jinak než jen slovním způsobem od personálu?“

R3: „Ne, jelikož nejsme specializované oddělení na stomatochirurgické výkony

i pourazové, tak informace, které by chtěl pacient navíc získat, získává na stomatochirurgii, kam denně dojíždí na kontroly. Pacienti se vrací informováni a poučení a i lékař nám to píše do ambulantních zpráv, že je poučen o tom dalším postupu.“

T: „Dochází za stomatochirurgicky nemocnými rehabilitační pracovník?“

R3: „Ne, protože pacienti od nás odcházejí s mezičelistní fixací. Ta se jim pak po určité době sundává a nemocný dochází do ambulantního zařízení, kde mu byl výkon proveden.“

Rozhovor 4

Respondentka 4 (dále R4) pracuje na traumatologickém oddělení. Jako všeobecná sestra pracuje již 25t let, z toho 12 let na tomto oddělení. S úsměvem říká, že práce na tomto oddělení ji velice baví, i když to občas bývá hodně náročné.

T: „S jakým nejčastějším stomatochirurgickým onemocněním míváte pacienty na vašem oddělení?“

R4: „Bývají to nejčastěji zlomeniny horní nebo dolní čelisti anebo zlomeniny orbity.“

T: „Takže se jedná pouze o fraktury?“

R4: „Víceméně ano. Občas to bývají ještě kontuze. Ale to je opravdu jen výjimečně.“

T: „Nemocní jsou hospitalizováni bezprostředně po operaci na tomto oddělení?“

R4: „Když jsou po operačním výkonu, tak operace probíhá v dolním areálu na stomatochirurgii, která nemá lůžkovou část. Tu předoperační a pooperační péči zajišťujeme my tady na naší stanici. Takže pacienty k nám vozí sanitkou s doprovodem árové sestry a dospívají u nás na pooperačním pokoji.“

T: „Jak zajišťujete bezprostředně po výkonu nemocnému přísun tekutin a živin?“

R4: „Samozřejmě nejdříve infuzemi, poté čajem a poté stravou.“

T: „Proč je třeba dbát po výkonu na řádné doplnění tekutin?“

R4: „Jako u každého pacienta, když to vezmeme všeobecně, je nějaká předoperační příprava a lačnění, což znamená deficit tekutin a to se potom musí doplnit.“

T: „Jak zajišťujete přísun stravy nemocnému po výkonu?“

R4: „Záleží na charakteru toho onemocnění. Pokud mají zlomeninu orbity, tak mají kašovitou stravu pro odlehčení toho kousání a když mají zlomené čelisti, tak je mají

fixované gumičkami nebo pevnou mezičelistní fixací. A to potom přijímají pomocí brčka tekutou mixovanou stravu.“

T: „Jakým způsobem zajišťujete přísun stravy nemocnému po stomatochirurgickém výkonu, který má zavedenou nasogastrickou sondu?“

R4: „Takové pacienty nemíváme.“

T: „Proč je kladen důraz na hygienu dutiny ústní u takového nemocného?“

R4: „No protože operatíva probíhá v té dutině ústní a do té dutiny se nemůže, protože je tam ta fixace a ta hygiena je tam taková specifická. A musí probíhat kvůli tomu, aby probíhalo hojení per primam, aby nedošlo k nějaké infekci z přijímané stravy, která by tam zůstávala. To je vlastně specifikum péče o ty pacienty.“

T: „Jaká je zabezpečená poloha u nemocného po výkonu?“

R4: „Bývá to poloha na zádech zvýšená, to znamená ve Fowlerově poloze, kvůli zvracení a narůstání otoku po tom výkonu.“

T: „Jaké pomůcky doporučujete nemocnému pro hygienu dutiny ústní po výkonu?“

R4: „Tak oni si musí vyplachovat dutinu heřmánkem nebo nějakým jiným roztokem na doporučení té stomatochirurgie a dále vhodný kartáček, se kterým se dostane mezi tu fixaci, to znamená kartáček s malou pracovní plochou a vhodnou zubní pastu.“

T: „Jaké pomůcky používáte pro hygienu dutiny ústní u nesamostatného pacienta?“

R4: „Tak buď glycerínové štětičky nebo tampony. V dutině je špatná manipulace s peánem, vhodnější jsou vyrobené štětičky, aby ten materiál byl měkký. Peánem bychom mohli tu dutinu poranit. Pak se těžko dostává do té dutiny ústní. Dále emitní misku na vyplachování, pak nějaký ten roztok na vyplachování.“

T: „Jakým způsobem provádíte hygienu dutiny ústní?“

R4: „Mělo by se odzadu dopředu, ale spíš je to podle toho, kam se dostanete a aby to bylo co nejpečlivější.“

T: „Jakým způsobem pečujete o rty?“

R4: „Většinou se promazávají vazelínou.“

T: „Jak pečujete o oči a nosní průduchy?“

R4: „U těchto pacientů je tato péče individuální, když je to potřeba. Jsou poranění, u kterých stomatochirurg zakáže smrkat. V takovém případě přichází na řadu nosní kapky. Oči se většinou vykapávají oftalmoseptonexem, když je potřeba například u zlomenin orbity, aby se neucpávaly slzné kanálky, ale to nebývá tak časté.“

T: „Jakou metodou podáváte informace nemocnému?“

R4: „Tak nejčastěji slovním rozhovorem. Oni rozumí dobře.“

T: „V jakém prostředí podáváte informace nemocnému?“

R4: „Většinou to bývá na pokoji pacienta.“

T: „Má nemocný možnost získat podané informace i jinak než slovním způsobem?“

R4: „Nemocný dostává propouštěcí zprávu, kde má veškeré informace o sebekéčce a návštěvě obvodního lékaře, takže si vše může i přečíst.“

Rozhovor 5

Respondentka (dále R5), pracující na oddělení ORL, vykonává činnost všeobecné sestry od 1979 roku, tudíž 34 let. Na oddělení ORL pracuje 24 let. Sestra má dobrou náladu, usmívá se a já hned pokládám první otázku.

T: „Nemocní s jakým nejčastějším onemocněním se léčí na Vašem oddělení?“

R5: „Stomatochirurgičtí nemocní jsou na našem oddělení teprve od doby, kdy jsme se spojili, od roku 2000, což je nyní 13 let, kdy zrušili stomatochirurgii lůžka a přestěhovali to do dolního areálu. Pacienti leží jednak u nás, tak i na očním oddělení. U nás leží vždycky takové ty zánětlivé onemocnění, karcinomy, zkrátka taková ta špinavá část.“

T: „Jak je zajištěn přísun živin a tekutin nemocným, bezprostředně po provedeném stomatochirurgickém výkonu nebo nemocnému, který nemůže přijímat stravu per os?“

R5: „Bezprostředně po výkonu mají všichni infuzi, kdy jsou hrazeny tekutiny buďto Plasmalytem nebo glukózou a následně dostávají čaj po lžičkách, nebo mohou normálně pít anebo mají zaveden určitý druh sondy PEG, ten je ale spíše později v terminálním stavu a nebo nasogastrickou sondou.“

T: „Proč je třeba dbát na zvýšené doplnění tekutin u nemocného po stomatochirurgickém výkonu?“

R5: „Já si myslím, že není třeba dbát na dodání zvýšeného množství tekutin, než u jiných pacientů. Je samozřejmě nutné doplnit tekutiny, které chybí po operaci infuzí nebo tím, že pacient dostatečně pije. Je třeba vyplavit veškeré zplodiny, což je potřebné u všech pacientů po narkóze, aby měli dostatečnou hydrataci.“

T: „V jaké podobě je zajištěna strava nemocného po stomatochirurgickém výkonu?“

R5: „Záleží na tom, o jaký výkon jde. Většinou máme buďto zavedenou sondu u pacienta, nebo nulovou stravu, případně mletou stravu. Málokdo má po výkonu normální stravu, dietu číslo 3. Samozřejmě se musí zohlednit dieta jednotlivého pacienta. Takže když má diabetickou dietu, tak se všechno dělá z diabetické stravy, ať už je to nulová nebo mletá.“

T: „Tedy, když má pacient zavedenou nasogastrickou sondu, jaké typy stravy používáte?“

R5: „Nejčastěji používáme Fresubin, který dodává naše jídelna. Jsou i jiné stravy. Nejsou špatné, ale ne všichni pacienti je tolerují, jak by se očekávalo. Někdo zvrací, někdo má průjem. Pro ty pak objednáváme z jídelny nulovou stravu a mixujem ji ponorným mixérem a poté dodáváme do sondy. Poté třeba doplňujeme stravu pomocí nutridrinků.“

T: „Jak po podání stravy pečujete o sondu?“

R5: „U nás proplachujeme sondu převařenou vodou, nepoužíváme na to sterilní vodu a sondu proplachujeme po každém podání jídla i po podání čaje.“

T: „Jakými pomůckami zajišťujete podání stravy u nemocného s mezičelistní fixací?“

R5: „Takovému nemocnému podáváme stravu v podobě Fresubinu, který přecedí přes zuby a pokud mu opět nesedne, objednáme mu tekutou stravu. Ovšem ne každá strava je pro pacienta vhodná, protože některé omáčky obsahují malé části masa, které se dostávají pod tu fixaci a ti nemocní to nemůžou přes zuby přecedit. Takže opět použijeme tyčový mixér a tu stravu rozmixujeme, aby jim nezůstávaly zbytky v ústech.“

T: „Tedy pacient musí stravu přecedit přes zuby, nevyužíváte žádné pomůcky?“

R5: „Z těch pomůcek používáme akorát brčko, víc toho nemáme.“ „

T: „Proč by měl být kladen důraz na hygienu dutiny ústní u nemocného po stomatochirurgickém výkonu?“

R5: „Podle mě je kladen důraz na hygienu podle toho, o který výkon jde. Pokud se jedná o extrakci zubu, tak tam by se s hygienou mělo šetřit. To znamená, že by se ústa neměla vyplachovat, aby se vytvořila ta krevní zátka, aby se dobře zhojilo místo po extrakci. Samozřejmě u jiných výkonů mají pacienti výplachy přímo naordinované. Pokud je ta operační rána přímo v puse, je dobré provádět výplachy například heřmánkovým roztokem. Dále záleží na tom, co si přeje stomatochirurg.“

T: „Jaká poloha by měla být u nemocného po stomatochirurgickém výkonu a proč?“

R5: „Bezprostředně po výkonu leží pacienti o patro výš na dospávacím pokoji. Pokud mají provedenou tracheostomii během výkonu, jsou bezprostředně uloženi k nám na oddělení. Vždy se jedná o zvýšenou polohu na zádech nebo na boku.“

T: „Zmínila jste, že u některých nemocných je během výkonu provedena tracheostomie, jak o ni po výkonu pečujete?“

R5: „Pacient je ve zvýšené poloze, má zvlhčený kyslík, je odsáván dle potřeby. Pro lepší odsávání se hlen zvlhčuje.“

T: „Jaké pomůcky doporučujete samostatnému nemocnému po stomatochirurgickém výkonu?“

R5: „Pro hygienu mu doporučím jeho zubní kartáček s pastou, pokud může provádět hygienu. Někdy ovšem má doporučeno pouze vytírat ústa štětičkou. Ale většinou se jedná o výplachy, které se rozdělávají do skleničky. Jinak běžné pomůcky.“

T: „Pokud se jedná o nesamostatného nemocného, jaké volíte pomůcky?“

R5: „U nesamostatného použiji běžné pomůcky jako u ležících pacientů, tudíž emitní misku, kartáček na zuby nebo různé štětičky na vytržení úst, kelímek s vodou, brčko.“

T: „A jaké pomůcky zvolíte u nemocného s mezičelistní fixací?“

R5: „U takových nemocných jde pouze čistit jen přední strana. Na to používají opět svůj kartáček nebo štětičky. Maximálně můžou provést výplach úst třeba tím heřmánkem. Pokud by chtěl nemocný použít na výplach Tantum Verde nebo něco podobného, musí si to zajistit na své náklady.“

T: „Jak postupujete během hygieny dutiny ústní?“

R5: „Nemám na to zvláštní postup, čistím ty plochy, kam se dostanu.“

T: „Jak pečujete o rty?“

R5: „Většinou ošetřujeme rty Infladalonem nebo Dermatozulenem.“

T: „Pečujete u některých nemocných i o oči nebo nosní průduchy?“

R5: „Většinou ne. Pokud mají v očích aplikovanou mast, tak ji poté stíráme a případně očistíme vodou, ale jinak ne.“

T: „Co doporučíte nemocnému po extrakci zubu?“

R5: „Po extrakci aby si tlakoval místo skousnutým tamponem, přibližně půl hodiny. Dále mu doporučím, aby si ústa nevyplachoval, aby se lůžko pěkně zhojilo a dostatek tekutin. Po dvou hodinách od výkonu může začít přijímat měkkou stravu.“

T: „Jakou nejčastější metodu volíte k podání informací nemocnému?“

R5: „Slovní, stomatologové informují pacienta o výkonu jako takovém, my poté informujeme o ošetrovatelských výkonech.“

T: „Čeho se takové informace nejčastěji týkají?“

R5: „Nejčastěji se tedy informace týkají těch ošetrovatelských činností, poté dodržování léčebného režimu, jako je klid na lůžku. Také před výkonem informujeme o nutnosti lačnit. Po výkonu informujeme o způsobu stravování, možnosti hodnocení bolesti. S tím pacienty seznamuje už před výkonem, aby ty pacienti měli dostatek času a byli dostatečně připraveni. Jsou seznámeni se škálou bolesti VAS, kterou jim ukážeme a vysvětlíme jim, co po nich budeme chtít, když se budeme ptát na bolest. Poté už je to hodně individuální, kdy je třeba informujeme o způsobech stravování a hlavně u pacienta s mezičelistní fixací informujeme o nutnosti nosit stále kleštičky na uvolnění při sobě, kdyby se mu náhle udělalo nevolno, aby se neudusil na vlastních zvratkách. S tím také souvisí to, že informujeme o zákazu alkoholu, který by opět mohl způsobit zvracení.“

T: „Kde takovéto informace nemocnému sdělujete?“

R5: „Většinou na pokoji pacienta.“

T: „Co děláte pro to, aby pacient informacím dobře porozuměl?“

R5: „Pokud hůře slyší, mluvím hlasitě, ne moc rychle a nechávám pacienta, aby se mě mohl zeptat. Po podání informací si ještě pacienta ověřím, že mě dobře slyšel, jednoduchou otázkou.“

T: „Má nemocný možnost získat tyto informace i jiným způsobem než jen sdělením od personálu?“

R5: „U nás ne. Veškeré letáčky a podobně, co se toho týkají, mají o patro výš na stomatologické oddělení.“

Rozhovor 6

Respondentka 6 (dále R6) pracuje již 20 let jako všeobecná sestra. Na oddělení ORL pracuje celkem 15 let. Podle jejich slov jde o práci mnohdy fyzicky i psychicky náročnou, ale jinde by pracovat nechtěla.

T: „S jakým nejčastějším stomatologickým onemocněním zde pečujete o nemocné?“

R6: „Nejčastěji to bývají čelistní záněty, fraktury dolní čelisti a nádory. Hlavně tedy

nádory jazyka. “

T: „Jakým způsobem zabezpečujete přísun tekutin a živin nemocnému bezprostředně po výkonu?“

R6: „Bezprostředně po výkonu jsou pacienti na dospávacím pokoji na stomatochirurgii nebo na našem, pokud jim je provedena tracheostomie. A to mají naordinované infuze. “

T: „Proč je zapotřebí nemocným po výkonu zajistit dostatečný příjem tekutin?“

R6: „Tak samozřejmě, aby se doplnily ztráty po výkonu a tekutiny, které byly před výkonem omezené. “

T: „A jakým způsobem je zajištěn přísun tekutin a živin, pokud nemohou přijímat per os?“

R6: „Takovým pacientům je buď zavedena nasogastrická sonda, a nebo PEG, ale je to hlavně u pacientů s nádorovým onemocněním. “

T: „V jaké podobě je zajištěna strava nemocnému po stomatochirurgickém výkonu?“

R6: „Tak nejčastěji to bývá tekutá nebo kašovitá strava. Zkrátka něco měkkého a tekutého co se nemusí moc kousat a dobře to jde do krku. “

T: „Používáte nějaké nutriční doplňky u onkologicky nemocných?“

R6: „Ano, pokud pacient velmi špatně přijímá a je podvyživený, objednávají se mu doplňky v podobě sippingu. “

T: „Pokud se jedná o nemocné s nasogastrickou sondou, jaké typy stravy mu podáváte?“

R6: „Jsou to velice často Fresubing a nebo rozmixovaná strava, protože po tom Fresubingu mívají pacienti zažívací potíže. “

T: „Jakým způsobem pečujete o nasogastrickou sondu po podání stravy?“

R6: „Samozřejmě ji propláchneme po každém jídle. Na proplach je lepší voda, jelikož čaj sondu zevnitř barví. “

T: „Jaké pomůcky používáte k příjmu stravy u nemocného s mezičelistní fixací?“

R6: „Tak pokud to zvládá, tak usrkne ze lžičky a stravu vysaje, nebo pomocí brčka. “

T: „Proč je kladen veliký důraz na hygienu dutiny ústní po stomatochirurgickém výkonu?“

R6: „Samozřejmě, pacient má v puse operační ránu a řádnou hygienou se předchází vzniku infekce. “

T: „Jakou polohu zajišťujete u nemocného po stomatochirurgickém výkonu a proč?“

R6: „Pacient je ve zvýšené poloze na zádech, aby se mu zlepšil odtok slin. U těchto pacientů dáváme na polštář jednorázové podložky, neboť povlak polštáře velice rychle ušpiní sliny, nebo když jim ještě trochu teče krev.“

T: „Jakým způsobem pečujete o nemocné s tracheostomií?“

R6: „Pravidelně je odsáváme, aby mohli dobře dýchat. Pokud se stane, že tam je nějaký táhlý hlen nebo krusta, zvlhčujeme to fyziologickým roztokem. A pokud si lékař přeje, hlídáme pacientovi saturaci.“

T: „Jakým způsobem provádíte odsání hlenu z dýchacích cest?“

R6: „Pomocí sterilní cévky, peánu a odsávačky. V ochranných rukavicích a roušce.“

T: „Jaké pomůcky doporučujete pro hygienu dutiny ústní samostatným nemocným?“

R6: „Samozřejmě zubní kartáček, pastu a dále, co používají. Pokud jsou zvyklí na zubní vodu neb nit. Ale někteří pacienti si po výkonu ihned nemohou čistit zuby, pouze vytírat štětičkami nebo jsou jim naordinovány výplachy.“

T: „Čím se nejčastěji výplachy provádějí?“

R6: „Často to bývá odvar z heřmánku.“

T: „Jaké pomůcky k hygieně dutiny ústní používáte u nesamostatného pacienta?“

R6: „Emitní misku, zubní kartáček se zubní pastou nebo glycerínové štětičky a kelímek s vodou na vypláchnutí úst.“

T: „Jaké pomůcky používáte u nemocných s mezičelistní fixací?“

R6: „Zase zubní kartáček, lepší je nějaký menší, lépe se s ním čistí ta mezičelistní fixace, zubní pastu a výplach pro lepší hojení. Třeba odvar z heřmánku.“

T: „Jaký postup volíte u čištění dutiny ústní?“

R6: „Mělo by se odzadu dopředu, ale já to dělám tak, jak se kam s kartáčkem dostanu. Pro mě je hlavní, aby ta dutiny byla čistá a nezůstávaly tam zbytky jídla. To pak zapáchá.“

T: „Jak pečujete o rty?“

R6: „Pokud má pacient u sebe lůj, doporučím mu, aby si promazával rty lojem. Pokud ne, používáme Infadolan.“

T: „Co doporučujete nemocným po extrakci zubu?“

R6: „Tak první den, aby si zuby nečistili, ani to ničím nevyplachovali pro dobré hojení. Také je dobré ledovat, stranu tváře, kde byl zub extrahován.“

T: „A v dalších dnech?“

R6: „Doporučím mu měkkou stravu a dále ledovat.“

T: „Jakou metodou podáváte informace nemocnému?“

R6: „Především slovní.“

T: „O čem stomatochirurgicky nemocného nejčastěji informujete?“

R6: „Tak o veškerých výkonech, které mu budou prováděny, dále o nutnosti docházení na vizity na stomatochirurgii. U pacientů s mezičelistní fixací kladem důraz na to, aby měli stále u sebe štípací kleště pro přerušování fixace při náhlé nevolnosti. O formě stravy, opakujeme pacientům důležitost řádné hygieny dutiny ústní. O nutnosti během léčebného režimu nepít alkohol a nekouřit. To je asi tak všechno.“

T: „Má nemocný možnost získat informace i jinou formou než jen slovním sdělením od personálu?“

R6: „Ne.“

T: „Jak informace podáváte, aby vám nemocný dobře rozuměl a pochopil?“

R6: „Nepoužívám odborné názvy, snažím se mluvit přiměřeně rychle. Pokud vím, že nemocný hůře slyší, mluvím o něco hlasitěji.“

T: „A kde nemocnému podáváte informace?“

R6: „Na jeho pokoji.“

Rozhovor 7

Respondentka 7 (dále R7) vykonává činnost všeobecné sestry již 37 let. Na očním oddělení pracuje 27 let.

T: „Nemocní s jakým nejčastějším onemocněním se léčí na Vašem oddělení?“

R7: „Cysty a chirurgické extrakce zubů“

T: „Nemocní jsou po výkonu rovnou převezeni na vaše oddělení?“

R7: „Pouze po lokální anestezii, ostatní zůstávají na stomatochirurgii a poté jdou k nám“

T: „Jak je zajištěn přísun živin a tekutin nemocnému, bezprostředně po provedeném stomatochirurgickém výkonu nebo nemocnému, který nemůže přijímat stravu per os?“

R7: „Bud' to mají infuze nebo přijímají normálně per os.“

T: „Proč je třeba dbát na řádné doplnění tekutin u nemocného?“

R7: „Kvůli dehydrataci.“

T: „Čím může být ta dehydratace u nemocného způsobena?“

R7: „Lačněním v předoperační přípravě a ztrátami během operace.“

T: „V jaké podobě zajišťujete stravu nemocnému po stomatochirurgickém výkonu?“

R7: „Bud' kašovitou, nebo mletou.“

T: „Pokud má pacient zavedenou nasogastrickou sondu, jaké typy stravy používáte?“

R7: „Tyto pacienty zde nemáme.“

T: „Jakými pomůckami zajišťujete stravování nemocného s mezičelistní fixací?“

R7: „S mezičelistní fixací máme pacienty zcela výjimečně. Dalo by se spíše říct, že tu spíše hospitalizováni nejsou. Bývali. A to měli tekutou stravu, kterou požili pomocí lžice nebo brčka.“

T: „Proč je kladen důraz na hygienu dutiny ústní po provedeném stomatochirurgickém výkonu?“

R7: „Je to prevence infekce, neboť má pacient v puse operační ránu.“

T: „Jaká by měla být zajištěna poloha nemocného po stomatochirurgickém zákroku a proč?“

R7: „Žádnou zvláštní polohu nezajišťujeme, zaujímají úlevovou, pokud mají výraznější bolest.“

T: „Jak pečujete o nemocného s provedenou tracheostomií?“

R7: „Tyto pacienty zde nemáme.“

T: „Jaké pomůcky pro hygienu dutiny ústní doporučíte samostatnému nemocnému?“

R7: „Zubní pastu a kartáčky, mezičelistní kartáčky, zubní nitě, vyplachování dutiny ústní.“

T: „Co používáte pro výplachy dutiny ústní?“

R7: „Roztok z heřmánku, Rivanol.“

T: „Jaké pomůcky si připravíte k provedení hygieny v dutině ústní u nesamostatného nemocného?“

R7: „Tyto pacienty zde nemáme.“

T: „Jaké pomůcky si připravíte k provedení hygieny u nemocného s mezičelistní fixací?“

R7: „Žádné speciální pomůcky zde nemáme. Použijme, co je dostupného. Takže nejčastěji pacientovo kartáček a zubní pastu.“

T: „Jaký zvolíte postup při provádění hygieny dutiny ústní u nesamostatného

nemocného?“

R7: „Pacienti jsou samostatní.“

T: „Jak pečujete o rty?“

R7: „My je mažeme Infadolanem.“

T: „Jak pečujete o nosní průduchy a oči u nemocného?“

R7: „Pacienti nejsou tak dlouhodobě uspaní, aby měli problémy s očima.“

T: „Co doporučíte nemocnému po extrakci zubu?“

R7: „Nevyplachovat ústa, léky na bolest, ledování. Neměli by 2 hodiny po zákroku jíst.“

T: „Jakou nejčastější metodu volíte k podání informací pacientovi?“

R7: „Ústní.“

T: „Čeho se nejčastěji informace týkají?“

R7: „Jednak výkonů, záznamu bolesti dle stupnice VAS, jak se mají chovat během hygieny, jak vypadá oddělení.“

T: „V jakém prostředí jsou podávány informace?“

R7: „Na pokojích.“

T: „Má nemocný možnost podané informace získat i jinou formou než jen sdělením od personálu?“

R7: „Pacienti dostávají letáček, co se týče předoperační a pooperační péče.“

T: „Jak zajistíte, aby nemocný informacím dobře porozuměl?“

R7: „Mluvím nahlas a pomalu. „

T: „Jak provedete kontrolu, že nemocný informacím porozuměl?“

R7: „Zeptám se ho, jestli mi rozuměl a jestli se mě nechce ještě na něco zeptat.“

Rozhovor 8

Respondentka 8 (dále R8) je všeobecnou sestrou již 36 let a z toho 17 let pracuje zde. K rozhovoru se stavěla poněkud negativisticky a odpovědi byly rychlé, přímočaré.

T: „Nemocní s jakým nejčastějším onemocněním se nachází na tomto oddělení?“

R8: „Po extrakcích, s cystami, s nádory jazyka.“

T: „O jaké extrakce jde?“

R8: „Jsou to vícenásobné extrakce, anebo extrakce u pacientů, kteří jsou warfarizováni a u nás se jim upravuje hodnota INR.“

T: „Nemocní po výkonu jsou ihned uloženi na vaší stanici?“

R8: „Ne, dvě hodiny jsou na stomatochirurgii na dospávacím pokoji a poté jsou svezeni k nám.“

T: „Jak je zajištěn přísun tekutin a živin u nemocných, kteří ž jsou převezeni na vaší stanici?“

R8: „Dokapávají jim infuze a zhruba po pěti hodinách přechází na per os příjem.“

T: „Proč je třeba u nemocného potřeba doplňovat tekutiny po výkonu?“

R8: „ Aby nebyl hydratovaný.“

T: „V jaké podobě zajišťujete stravu nemocnému po tomto výkonu?“

R8: „V podobě kašovitě stravy.“

T: „Jak je zajištěn přísun živin u nemocného s nasogastrickou sondou?“

R8: „Takové pacienty tu nemáme.“

T: „A nemocné s tracheostomií nebo s mezizčelistní fixací máte na svém oddělení?“

R8: „ Taky ne.“

T: „Proč vy jako sestra byste měla dbát na řádnou hygienu dutiny ústní u nemocného po stomatochirurgickém výkonu?“

R8: „Kvůli infekci.“

T: „ Jakou zajišťujete polohu u nemocného po výkonu?“

R8: „Zvýšenou polohu.“

T: „Jaké pomůcky doporučujete nemocnému pro hygienu dutiny ústní po výkonu?“

R8: „Vhodný zubní kartáček, zubní nit, vyplachovat, ale to až tak druhý den po výkonu. První den po výkonu nesmí vyplachovat.“

T: „ Máte na své stanici nemocné, kteří by nebyli schopni zajistit si hygienu dutiny ústní sami?“

R8: „ Nemáme tu žádný ležící.“

T: „Jakým způsobem pečujete o rty?“

R8: „Infadolanem.“

T: „Co doporučujete nemocnému po extrakci zubu?“

R8: „Nevyplachovat dutinu ústní, nenandávat zubní protézu, ledovat, měkkou stravu.“

T: „ Jakou nejčastější metodu volíte k podávání informací nemocnému?“

R8: „Slovně, informační materiály tu nemáme, ale na zubním ano.“

T: „ Čeho se ty informace nejčastěji týkají?“

R8: *„Pokud bude mít nějaké komplikace, ať zazvoní. Dále že musí místo extrakce ledovat, jíst až dvě hodiny po výkonu, jíst měkko nebo kašovitou stravu.“*

T: *„Jak zajistíte, aby nemocný všem informacím rozuměl?“*

R8: *„Radši všechny důležité informace několikrát zopakují a mluvím tak, aby mi nemocný dobře rozuměl.“*

4.2 Kategorizace

4.2.1 Skladba nemocných

V rámci výzkumného šetření bylo zjišťováno také to, jaká je skladba nemocných na oddělených, kde je o stomatochirurgicky nemocné pečováno. R1 a R2 na otázku, s jakými nejčastějšími nemocnými se na stomatochirurgii setkávají, odpověděly, že z ambulantních nemocných jsou to nejčastěji extrakce zubů a odstranění hemangionů či fibromů. Z výkonů, které vyžadují hospitalizaci, jsou nejčastější karcinomy rtů, jazyka, zánětlivá onemocnění a fraktury obličejového skeletu. Respondentky 3, 4 uvádí, že na jejich oddělení pečují pouze o nemocné s frakturami orbity a čelistí horní i dolní. Zato R5 hovoří o takzvané špinavé části chirurgie, kterou tvoří nemocní se zánětlivým onemocněním, s frakturami a karcinomy. O nemocných s cystami a po chirurgické extrakci zubu se zmiňuje R7. R8 tuto otázku ještě dále rozvinula. Nemocní s extrakcí zubu, o které tyto sestry pečují, bývají warfarizováni a jsou hospitalizováni již před plánovanou extrakcí, kdy jim je upravena hladina INR a jsou převedeni z Warfarinu na Fraxiparin dále uvádí, že také může jít o extrakce zubů, které mají dlouhé kořeny.

4.2.2 Uložení nemocných po stomatochirurgickém výkonu

Jelikož stomatochirurgie Nemocnice České Budějovice, a.s. nemá lůžkovou část, péče o tyto nemocné je předána na jiné oddělení. Na otázku, která se týkala, toho kde jsou uloženi nemocní bezprostředně po stomatochirurgickém výkonu, R1 a R2 odpověděly, že nemocní jsou 2 hodiny uloženi v dospávacím pokoji na stomatochirurgii. Zde přetrvávají 2 hodiny, jak uvádí R1 a poté jsou přeloženi na oční oddělení nebo ORL. Pouze na traumatologické oddělení se nemocní odváží ihned sanitkou v doprovodu „árové sestry“. Podle slov R1 se o nemocné v dospávacím pokoji starají všechny sestry, jež jsou ve službě, ale v pravidelných intervalech se střídají. Po výkonu je třeba, aby jim sestry v intervalu 15 minut měřily fyziologické funkce, sledovaly bolest a otok, ale také zda je nemocný při vědomí, jak uvádí R2. Převoz nemocných na oční oddělení nebo ORL probíhá tak, že sestra svezí výtahem

nemocného na příslušné oddělení, informuje pečující sestru o jeho stavu a předá dokumentaci.

R3 uvádí stejně jako R1, že nemocní jsou bezprostředně po výkonu odvezeni na traumatologické oddělení, kde jim je dále poskytnuta ošetrovatelská péče. R4 uvádí, že na traumatologickém oddělení je stomatochirurgickým nemocným poskytnuta i předoperační příprava. R5 a R6 uvádí, že nemocní jsou hospitalizováni bezprostředně po výkonu v dospávacím pokoji na stomatochirurgii. R7 a R8 uvádějí, že nemocní po výkonu přebývají 2 hodiny v dospávacím pokoji na stomatochirurgii. Pouze R7 se zmiňuje, že nemocní po výkonu v lokální anestezii se vrací ihned na oddělení.

4.2.3 Specifika stravování nemocných po stomatochirurgickém výkonu

Hlavním úkolem výzkumného šetření bylo, zjistit specifika stravování nemocného po stomatochirurgickém výkonu. První otázka, byla, jakým způsobem sestra zajišťuje přísun tekutin a živin nemocnému bezprostředně po výkonu, anebo nemocnému, který nemůže přijímat potravu per os. Na tuto otázku nemohly odpovědět R1 a R2. Ostatní respondentky se shodly na tom, že přísun živin a tekutin je nemocnému bezprostředně po výkonu zajištěn pomocí infuzí. R3, R4, R5, R6 uvádějí, že nemocný poté přechází na čaj po lžičkách a zhruba po 5 hodinách, dle slov R8, na příjem potravy per os. Příjem živin a tekutin po výkonu je hrazen pomocí Plasmalyte infuzemi nebo infuzí, která obsahuje glukózu. Nasogastrická sonda nebo PEG je zaveden u nemocných, kteří se svou diagnózou vyskytují již v terminálním stádiu, jak uvedla R5. Když jsem se zajímala, proč je důležité doplnit tekutiny po výkonu, R4 odpověděla, že je třeba doplnit ztráty tekutin, které byly způsobeny lačněním a přípravou na výkon. R5 je toho názoru, že je třeba po výkonu vyplavit veškeré zplodiny z těla, což je potřebné u všech nemocných po narkóze. R6 je toho názoru, že se musí doplnit ztracené tekutiny, které byly před výkonem omezeny. R7 a R8 uvádějí, že jde o prevenci před dehydratací. Další otázka byla, jakými pomůckami zajišťuje sestra přísun potravy u nemocného po stomatochirurgickém výkonu. R3 uvádí, že na svém oddělení pečují pouze o nemocné s frakturami a podle toho, o jakou zlomeninu jde, je zajištěna pomůcka. Nemocní, kteří mají provedenou mezičelistní fixaci, přijímají kašovitou stravu. Přijímají ji pomocí lžičky, nebo pokud nejsou schopni vytvořit podtlak

k nasátí stravy, tak mají k dispozici brčko či stříkačku s hadičkou. R4 odpověděla téměř stejně, akorát uvedla, že u nemocných s frakturami orbity se podává kašovitá strava, která odlehčuje od kousání. R5 odpověděla, že záleží, o jaký výkon jde. Nemocní mohou mít zavedenou nasogastrickou sondu, nebo mít tekutou či kašovitou stravu. Málokdo přijímá stravu diety číslo 3 – racionální. Ovšem musí se zohlednit dieta jednotlivého nemocného, například pokud by šlo o diabetika. U nemocných s mezičelistní fixací je využíván Fresubin, který nemocný přecedí přes zuby, ale může se stát, že nemocnému bude způsobovat průjmy, tak se využívá tekutá strava. Ovšem ne každá strava je vhodná, jelikož některé omáčky mohou obsahovat malé části masa, které se mohou dostat do zubní fixace a nemocní to nemohou přes zuby přecedit. U takové stravy se použije pro úpravu tyčový mixér, který stravu dokonale rozmělní. Pokud nemocný nezvládne přecedit potravu přes zuby, je mu k dispozici brčko. R6 uvádí, že strava pro nemocného by měla být tekutá či kašovitá, zkrátka taková, která se nemusí moc kousat a dobře se polyká. Onkologicky nemocní, kteří bývají podvyživení, mívají doplňky stravy v podobě sippingu. Kašovitou nebo mletou stravu také uvádí R7. R8 odpověděla pouze kašovitou stravu. Jedna respondentka naznačila, že strava může být nemocnému podávána také nasogastrickou sondou, proto bylo zjišťováno také to, jaké potravinové přípravky jsou využívány pro podání stravy a jak sestra pečuje o sondu po podání stravy. O nemocné s nasogastrickou sondou pečují pouze R5 a R6. R5 uvedla, že mezi nejčastěji využívané potravinové přípravky patří Fresubin, který zajišťuje nemocniční jídelna. Je více výrobků, jenže ne každý nemocný je toleruje. Někteří z nich mohou zvracet či mít střevní potíže. Pokud se tak stane, je nemocnému objednaná kašovitá strava, kterou sestra na oddělení ještě rozmixuje tyčovým mixérem a poté ji podá nemocnému do nasogastrické sondy. Po podání stravy sestra proplachuje sondu převařenou vodou a je propláchnuta po každém podání stravy, tudíž i po podání čaje.

4.2.4 Péče o hygienu dutiny ústní

Rozhovor o hygieně dutiny ústní byl zahájen otázkou, proč je důležité dbát na řádnou hygienu dutiny ústní u nemocného po stomatochirurgickém výkonu. R3, R4, R6 a R7 se shodly ve své odpovědi na tom, že je to z důvodu prevence infekce,

neboť nemocný má v ústech operační ránu. R8 uvedla pouze prevenci proti infekci. R5 svou odpověď rozvinula. Na hygienu dutiny ústní se klade důraz podle toho, o jaký výkon jde. Pokud se jedná o extrakci zubu, mělo by se s hygienou šetřit, tzn., že by se ústa neměla vyplachovat, aby se vytvořila krevní zátka a místo po extrakci se dobře zahojilo. Dále uvádí, že u jiných výkonů mívají výplachy přímo naordinované. Pokud je operační rána přímo v ústech, je dobré provádět výplachy kupříkladu heřmánkovým roztokem. Dále záleží na stomatochirurgovi, co si u daného nemocného přeje. Další otázka byla, jaké pomůcky jsou doporučovány samostatnému nemocnému pro hygienu dutiny ústní po výkonu. Po výkonu se nesmí do úst nic dostat kromě stravy, takže nemocný nesmí ústa ani vyplachovat. Záleží, co naordinuje operátor, ale standardem bývá, že nemocný ústa leduje a nevyplachuje. Další den po operaci začíná čistit drobným kartáčkem a vyplachuje ústní vodou nebo heřmánkem. Kartáček by měl mít malou pracovní plochu, jak uvádí R3 a R4, které pečují výhradně o nemocné s frakturami. R5 odpověděla, že nemocnému doporučí jeho zubní kartáček s pastou, pokud může provádět hygienu. Někdy může mít nemocný doporučeno pouze vytírat ústa štětíčkou, ale ve většině případů jde o výplachy, které se nemocnému rozdělávají do skleničky. Její odpověď se shodovala s odpovědí R6. Dále se ještě zmínila, pokud by chtěl nemocný vyplachovat ústa pomocí roztoku Tantum Verde nebo něčím podobným, musí si ho zajistit na své náklady. R7 uvedla zubní pastu, zubní nit a výplachy dutiny ústní. Pro výplachy dutiny ústní používá roztok z heřmánku nebo Rivanolu. R8 uvedla, že lze provést výplachy i pomocí roztoku Betadiny. U nesamostatných nemocných používá R3 pagavitové štětíčky, které jsou napuštěné glycerínem, nebo molitanové kostičky, emitní misku a další běžné pomůcky. R4 odpověděla, že používá tampony nebo glycerínové štětíčky. Materiál by měl být měkký. Peán nevyužívá, neboť by s ním nemocného mohla v dutině ústní poranit. Dále opět emitní misku a roztok pro výplachy. R5 a R6 výjimečné pomůcky neuvádí. Pouze emitní misku, zubní kartáček nebo štětíčky na vytření úst, zubní pastu, kelímek s vodou a brčko. R7 na otázku odpověděla, že nesamostatné nemocné na své stanici nemívají. R3 a R4 pečují pouze o nemocné, kteří mají fraktury čelistí a tudíž i mezičelistní fixace, tedy mluvily o hygieně dutiny ústní u samostatného a nesamostatného nemocného. Na oddělení ORL tomu tak není, a proto bylo zjišťováno, jaké pomůcky doporučují nemocnému s mezičelistní fixací. R5 uvedla, že při hygieně dutiny ústní u nemocného

s mezičelistní fixací jde čistit pouze přední strana zubů. Na to nemocný používá svůj zubní kartáček nebo štětičky. Pro výplach úst může využít odvar z heřmánku, ale jiné přípravky pro výplach dutiny, jako je např. Tantum Verde, si musí nemocný zajistit na vlastní náklady. Zajímalo nás, jaký postup volí sestry pro čištění dutiny ústní u nesamostatného nemocného. R4 odpověděla, že záleží, jak to jde, ale hygiena musí být co nejpečlivější. Správně by se mělo postupovat odzadu dopředu. R5 odpověděla, že žádný zvláštní postup nepoužívá. Vyčistí ty plochy, kam se dostane. R6 byla téhož názoru. R7 uvedla, že veškerí nemocní na jejich oddělení jsou samostatní. Jelikož tato péče nezahrnuje jen vnitřek dutiny ústní, byla položena respondentkám otázka, jakým způsobem pečují o rty. R3 vypověděla, že nemocný má svůj lůj na rty. O jeho potřebě mu poví lékař při prvním kontaktu. Vazelínu k promazávání využívá R4. R5 a R6 používají k péči o rty Infadolan, nebo pokud má nemocný svůj lůj, tak ten, jak uvádí R6. Také R7 a R8 využívají v péči o rty Infadolan.

4.2.5 Péče o oči a nosní průduchy

U některých nemocných je třeba pečovat také o oči a nosní průduchy. Další otázka proto směřovala ke zjištění, jak sestry tuto péči poskytují. R3 uvádí, o nosní průduchy a oči pečují, pokud je třeba. Pokud má nemocný ucpaný nos a nemůže dýchat, provádí se prokapávání nosu pomocí kapek nebo sprejů, které jsou na oddělení dostupné. Pokud se nemocný popral, dostal ránu do oka a má oči oteklé, také se provádí péče očními kapkami, které předepíše lékař. R4 hovoří o stomatochirurgicky nemocných, u kterých je tato péče individuální. U některých poranění může stomatochirurg zakázat nemocnému smrkat, v takovém případě se využívají nosní kapky. U zlomenin orbity se vykapávají oči oftalmoseptonexem, aby se neucpávaly slzné kanálky. R5 péči o oči neprovádí, pouze stírá mast, pokud ji má nemocný v očích aplikovanou, ale další péči neuvádí.

4.2.6 Péče o nemocného po extrakci zubu

Sestry mohou na svém oddělení setkat se také s nemocným po extrakci zubu. Dostaly dotaz, co těmto nemocným po výkonu doporučují. Nemocný si musí místo

po extrakci tlakovat skousnutým tamponem aspoň půl hodiny. Dále mu je doporučeno, aby si kvůli lepšímu hojení ústa nevyplachoval. Po dvou hodinách může nemocný začít přijímat měkkou stravu a dostatečně pít doporučuje R5. R6 dále nemocnému doporučuje, aby si místo extrakce ledoval i v následujících dnech. R7 kromě toho, co uvedla R5, informuje nemocného o lécích na bolest. R8 doporučí nevyplachovat ústa, ledovat, přijímat měkkou stravu a pokud se jedná o nemocného se zubní protézou, protézu nenasazovat.

4.2.7 Péče o nemocného s tracheostomií

Jelikož se sestry setkávají i se stomatochirurgickými nemocnými, dostaly dotaz, jak o tyto nemocné pečují. R5 vypověděla, že nemocný leží ve zvýšené poloze a proudí mu zvlhčený kyslík. Odsávání hlenu provádí dle potřeby. Pro lepší odsávání hlen zvlhčuje. R6 dále uvádí, že hlen se zvlhčuje tehdy, pokud je táhlý nebo má nemocný v dýchacích cestách krusty. Zvlhčení provádí fyziologickým roztokem. Na přání lékaře kontroluje u nemocného saturaci kyslíkem. Odsátí hlenu u nemocného provádí v ochranných pomůckách, v roušce a v brýlích pomocí sterilní odsávací cévky a odsávačky, která se na závěr pročistí aqua pro injectione.

4.2.8 Podávání informací nemocnému po stomatochirurgickém výkonu

Nejen řádná péče o nemocného, ale i řádné podání informací je potřeba po stomatochirurgickém výkonu. Bylo zjištěno, jakým způsobem jsou informace sdělované nemocnému. R1 a R2 odpověděly, že veškeré informace podává lékař. Pokud se jedná o hospitalizovaného nemocného, informace mu podá sestra na příslušném oddělení. R3 udává nejčastější slovní způsob a dále i písemný, kdy nemocný před výkonem dostane do svých rukou informovaný souhlas, v němž jsou napsané informace i po výkonu. R4 a R5 uvádí pouze slovní způsob. Stomatochirurgové informují nemocného o výkonu a R5 o ošetrovatelských výkonech. R6, R7 a R8 uvádějí nejčastější slovní způsob sdělení. V zubní ambulanci přebírá práci edukátora lékař. Ten informuje nemocného o následné hygieně a dalších prohlídkách, jak uvedla R1 a R2. R3 podává nemocnému informace především o tom, co ho nejvíce zajímá.

To je především o předoperační přípravě a lačnění, co se dál bude dít, že nemocný musí odjet do jiného areálu. Dále o tom, zda nemocný bude mít mezičelistní fixaci a jak bude vypadat. Informace se týkají také toho, jak bude probíhat příjem potravy. R5 dále informuje nemocného stejně jako R3, ale navíc udává, že nemocného informuje o hodnocení bolesti pomocí hodnotící škály VAS. Dále jsou informace individuální dle potřeb nemocného. R6 podává nejen informace o ošetrovatelských výkonech, které mu budou prováděny, ale také o nutnosti docházení na vizity do stomatochirurgické ambulance. Dále klade veliký důraz na to, aby nemocný s mezičelistní fixací měl štípací kleštičky stále u sebe, kdyby se mu náhle udělalo nevolno. Dále zdůrazňuje informace o léčebném režimu, že je nutné zdržet se alkoholu a kouření. O hodnocení bolesti pomocí VAS škály, o hygieně dutiny ústní, o podobě oddělení a ošetrovatelských výkonů podává informace R7. R8 informuje především o signalizačním zařízení, pokud se nemocnému udělá nevolno a o požívání měkké kašovitě stravy. Pokud jde o nemocného po extrakci zubu, informuje ho o ledování místa extrakce a o zákazu 2 hodin po výkonu jíst. Nejčastější místo pro podání informací uvádí R4, R5, R6 a R7 pokoj nemocného. R1 vypověděla, že informace od lékaře jsou podány v ambulanci, ale pokud jde o hospitalizaci, podávají informace sestry na příslušném oddělení. Jelikož sestry uvedly, že informace jsou podány v pokoji nemocného, byly dotázány, zda má možnost nemocný doplnit si informaci i jiným způsobem. R3 uvedla, že jejich pracoviště není stomatochirurgicky specializované, tudíž nemocní nemají možnost informace si doplnit. Další informace mohou získat jen na vizitách v stomatochirurgické ambulanci, kam dojíždí denně na kontroly. Nemocní se vrací poučení a informování a tento proces je zaznamenán v ambulanci zprávě. R4 uvádí, že další doplňující informace má nemocný v propouštěcí zprávě, kde jsou veškeré informace o sebepěči a další návštěvě obvodního lékaře. R5 uvedla, že veškeré informační letáky, jsou ve stomatochirurgické ambulanci. R6 uvádí, že nemocný nemá další možnost získání informací. Doplňování informací pomocí letáku o předoperační přípravě a pooperační péči využívá R7. R8 uvádí, že nemocný nemá možnost získat další informace a ani na svém oddělení nemají brožury pro stomatochirurgické nemocné. Protože veškeré informace jsou podány nemocnému ústně, bylo zjišťováno, co sestry dělají pro to, aby jim nemocný dobře porozuměl. U nemocných, kteří hůře slyší, mluví R5 hlasitě, přiměřeně rychle a nechává nemocnému prostor na jeho otázky.

Po podání informací si R5 jednoduchou otázkou ověří, zda jí nemocný dobře rozuměl. R6 také mluví přiměřeně rychle, hlasitěji u hůře slyšících a nepoužívá odborné názvy. R7 mluví pomalu a nahlas a kontrolu provede tím, že se nemocného zeptá, jestli jí rozuměl a zda nechce ještě něco zopakovat. R8 raději veškeré důležité informace několikrát zopakuje a mluví tak, aby jí nemocný dobře rozuměl.

5 Diskuze

Na začátku zpracování mé bakalářské práce na téma Specifika péče po nemocného po stomatochirurgickém výkonu jsem musela čelit potížím, které se vázaly k literatuře na toto téma. I když lze hovořit, že stomatochirurgie je obor, který se stále vyvíjí, zůstává poněkud pozadu vývoj literatury. Pro řešení tohoto problému jsem si nechala zhotovit rešerše v Národní lékařské knihovně v Praze a ve Vědecké knihovně v Českých Budějovicích a dále jsem pátrala v internetových zdrojích. Z vyhotovených rešerší bylo zřejmé, že odborná literatura vztahující se ke stomatochirurgii je určena pouze pro lékaře. Literatura týkající se ošetrovatelské péče se vyskytuje velice zřídka a velmi často bývá zastaralá, což se týká i odborných článků v časopisech. Proto jsem musela v teoretické části vycházet také z poznatků obecné chirurgie a projít si velké množství časopisů, týkajících se ošetrovatelství. Články ve stomatologických časopisech jsou totiž zaměřené spíše na samotný výkon než na ošetrovatelskou péči po výkonu. Proto jsem neváhala a některé části práce konzultovala s odborníky v oboru.

Začátek rozhovoru byl zahájen zjištěním základních informací o respondentce. Poté jí byla položena otázka, jaké je nejčastější onemocnění u nemocného, o něž sestry pečují. Nejčastěji se jedná o maxilofaciální tumory. Ročně v České republice vznikne 60 000 nových nádorových onemocnění, z čehož 5 % tvoří nádory maxilofaciální oblasti. Tuto skutečnost zmiňuje MUDr. Mazánek ve svém článku (2010). Podle mého názoru to není až tak příliš vysoké procento výskytu, nicméně by měla sestra i v této oblasti nemocnému pomáhat při udržení zdraví a podporovat ho v prevenci výskytu pomocí efektivní edukace.

První oblast zkoumání byla zaměřena na specifika stravování u nemocného po stomatochirurgickém výkonu. První otázkou bylo, proč je důležité, aby se nemocnému po stomatochirurgickém výkonu doplnilo řádné množství tekutin. Respondentky nejčastěji odpovídaly, že je to důležité proto, aby byly doplněny tekutiny, které nebyly přijímány během lačnění před výkonem a doplnění ztrát, které byly způsobené výkonem. Už ovšem ani jedna neuvědla, že po nemocného po výkonu se objevuje slinotok a zvýšený odpar ze sliznic, kvůli kterým rovněž dochází k velkým ztrátám tekutin, jak uvádí autor Vurm ve své publikaci (2005). Následující otázka byla, jakým způsobem je zajištěn bezprostředně po výkonu příjem tekutin a živin nemocnému. Respondentky nejčastěji využívají infuzních roztoků, jako to uvádí

i spoluautoři článku v časopisu Sestra MUDr. Machoň a Dejmalová (2005). Jelikož nemocný musí mít stravu po výkonu vhodně upravenou, byla položena otázka, v jaké podobě je zajištěna strava nemocnému po výkonu. Odpověď respondentek byla, že nejčastěji se jedná o mletou nebo kašovitou stravu, která nepotřebuje v ústech už tolik rozmělnit a musí být zohledněna dietoterapie nemocného. Ovšem podle mého názoru může nemocný během doby, kdy je třeba úprava stravy, strádat a může se to projevit v úbytku na jeho váze či v nechutenství některých jídel, které jsou v takové situaci vhodné, např. dětské přesnídávky. Tento názor sdílím s autorkou Grofovou (2007), která uvádí, že úpravou stravy může nemocný začít strádat a projeví se to tělesným úbytkem. Respondentka 5 uvedla, že nemocný po výkonu může mít i zavedenou nasogastrickou sondu, na což upozorňuje i autorka Nováková ve své publikaci (2011). Dále bylo šetřeno, jakými pomůckami je zajištěn příjem stravy pro nemocného s mezičelistní fixací, neboť takovýto nemocný nemá možnost otevírání úst a fyziologického rozmělnění potravy. Respondentky uvedly lžice, jestliže je nemocný schopen vytvořit v dutině ústní podtlak k nasátí stravy. Pokud tento potřebný podtlak není schopen vytvořit, používají brčko nebo stříkačku s hadičkou. Autor Pafko ve své publikaci (2008) uvádí navíc skleněnou rourku, která je koncem umístěná za zubní řadu. Ovšem tato pomůcka se mi jeví pro praxi poněkud nevhodná. Sklo je křehké, lehce se rozbije a mohlo by nemocného v dutině ústní poranit. Po zmínce respondentky o stravování nemocného pomocí nasogastrické sondy bylo výzkumné šetření dále zaměřeno na výživu, která je nemocnému podávána pomocí nasogastrické sondy. Zadák ve své publikaci (2009) uvádí, že podávaná výživa může být připravena klasickou kuchyňskou metodou a poté rozmixovaná nebo se můžou podávat polymerní či oligomerní formule, které jsou připraveny farmaceuticky, avšak mohou nemocnému způsobovat zažívací potíže. Tento fakt byl zmíněn i respondentkou 5 při výzkumném šetření, která dále dodala, že při zjištění takovéto situace, přechází od farmaceutických výrobků ke stravě, vyrobené kuchyňskou metodou. Myslím si, že je to pro nemocného lepší, neboť se mu do žaludku dostává teplé jídlo a nemocný dodržuje určité rituály svého stravování. Těmito získanými informacemi bylo zodpovězeno na první výzkumnou otázku: Zjistit specifika ošetrovatelské péče v oblasti stravování

Druhou zkoumanou oblastí byla specifika ošetrovatelské péče v oblasti hygieny dutiny ústní po stomatochirurgickém výkonu. Zkoumání této oblasti začalo otázkou, proč je kladen důraz na hygienu dutiny ústní po stomatochirurgickém výkonu. Na otázku bylo odpovězeno, že jde o prevenci infekce, neboť v ústech má nemocný operační ránu. Respondentkou 5 bylo uvedeno, že záleží, o jaký výkon jde. U extrakce zubu je skutečnost taková, že nemocný by si ústa neměl ničím vyplachovat, aby se vytvořilo krevní koagulum a došlo ke zhojení per primam. Respondentka odpověděla téměř tak shodně, jako kdyby kopírovala slova z publikace od Dostálové (2008). Autor Vurm ve své publikaci (2005) uvádí, že důraz na hygienu dutiny ústní po stomatochirurgickém výkonu je kladen proto, aby byly odstraněny krusty a krevní sraženiny z dutiny ústní. Zajímavé je, že ani jedna respondentka tuto skutečnost neuvedla, avšak jejich mínění bylo správné, neboť v ústech probíhá operační rána a jak je z obecné chirurgie známo, sestra musí bojovat proti vzniku infekce, která by přinesla komplikace v hojení. Autorka Nováková ve své publikaci (2011) navíc uvádí, že během mezičelistní fixace má nemocný narušenou samočisticí schopnost dutiny ústní a právě to by mohlo při nesprávné hygieně dutiny ústní vyvolat infekci. Další otázka byla směřována na to, jaké pomůcky by sestra doporučila nemocnému po stomatochirurgickém výkonu. Odpovědi respondentek se lehce lišily. Respondentkou 3 bylo uvedeno, že po výkonu se nesmí nemocnému do úst nic dostat, nemocný smí místo operační rány jen ledovat. Tento fakt mě zaujal, neboť jsem tuto skutečnost v žádné literatuře uvedenou nenašla. Proto jsem se rozhodla ke konzultaci s MUDr. Neumannovou, která mi tuto skutečnost pouze potvrdila a dále dodala, že lékaři si nepřejí, aby první den po výkonu bylo místo čímkoliv drážděné. Nemocní si mohou ústa jen vyplachovat, např. ústní vodou, která by však neměla obsahovat alkohol, neboť alkohol by mohl sliznici po výkonu dráždit. Mezi pomůcky k hygieně, které by respondentky nemocnému doporučily, byly uvedeny: zubní kartáček s malou pracovní plochou, zubní pasta, mezičelistní kartáček, zubní nit a výplachy. Někdy nemocnému může být doporučeno vytírat ústa štětičkou. Výplachy jsou nejčastěji prováděné odvarem z heřmánku, Rivanolu, Betadine nebo ústní vodou, kterou si nemocný pořizuje na vlastní náklady. Je zajímavé, že autorka Nováková ve své publikaci (2011) zmiňuje pouze odvar z heřmánku či řepíku, i když výplach úst může nemocný provést více přípravky, ovšem jak už jsem uvedla, MUDr. Neumannová dává

přednost výplachům, které neobsahují alkohol. Pro obstarání hygieny dutiny ústní u nemocného, který ji není schopen provést sám, by respondentky použily: pagavitové štětičky napuštěné glycerínem, molitanové kostičky, nebo zubní kartáček (s malou pracovní plochou, při obstarávání hygieny v dutině s mezičelistní fixací), zubní pastu, emitní misku, kelímeček s vodou a brčko. Respondentkou 3 bylo odpovězeno, že materiál pro provedení hygieny musí být měkký. Peán k provedení hygieny dutiny ústní nepoužívá, neboť by nemocného mohla poranit. Autor Vurm ve své publikaci (2005) uvádí využití peánu a tamponů pro hygienu dutiny ústní. Při konzultaci s MUDr. Neumannovou jsme o této metodě diskutovali a využití glycerínových štětiček nebo zubního kartáčku s malou pracovní plochou (nebo dětský kartáček) se nám jeví mnohem efektivněji. Neboť peán je příliš velký a nevhodný pro manipulaci v dutině ústní, např. u nemocných s mezičelistní fixací, kdy je třeba vyčistit těžce přístupné místa, která jsou pod dráty fixace. Pro tuto činnost je vhodnější dětský zubní kartáček. Při užívání tamponu či jiné podobné tkaniny by se mohlo stát, že u nemocných s mezičelistní fixací by se tkanina zadržovala a zůstávala na drátech, její následné odstranění by bylo velice náročné a těžce přístupná místa by nebyla vyčištěna. Myslím si, že by byl vhodný nejen dětský kartáček, ale i kartáček pro čištění sólo metodou, neboť tento kartáček je tvarovaný právě pro to, aby se dostal do špatně přístupných míst. Další otázkou bylo zjištěno, jakým způsobem sestry postupují při zajišťování hygieny u nesamostatných nemocných. Respondentky odpověděly, že postupují podle toho, kam je možné s pomůckou se dostat, ale hygiena musí být co nejpečlivější. Autorka Nováková ve své publikaci (2011) uvádí, že setra by měla nejdříve vyčistit předsíň dutiny ústní směrem odzadu dopředu a poté pokračovat v čištění vlastní dutiny. To ovšem žádná z dotazovaných respondentek neuvedla. Přesto zdůraznily, že hygiena musí být co nejpečlivější. Toto pokládám za hlavní cíl při poskytování péče o dutinu ústní. K péči o dutinu ústní patří také péče o rty. Respondentky uvádějí, že tuto péči zajišťují buďto vazelínou, jelením lojem anebo Infadolanem. Autor Wurm ve své publikaci (2005) uvádí, že rty by se měly krýt nebo promazávat vazelínou nebo masťou. Podle mého názoru je důležité, aby na tuto péči sestry nezapomínaly, neboť vysušené rty vedou k rozpraskání rtů a tvoření ragád, které jsou pro nemocného velice bolestivé. Těmito otázkami bylo odpovězeno na druhou výzkumnou otázku: Jaká jsou specifika péče o dutinu ústní u nemocného po stomatochirurgickém výkonu.

Třetí zkoumanou oblastí byla edukace nemocného po stomatochirurgickém výkonu, neboť je velice důležité, aby nemocný po takovémto výkonu měl dostatek validních informací. Daná oblast byla zkoumaná otázkami týkajícími se metody podávání informací, v jakém prostředí jsou informace podávány a čeho se nejčastěji týkají. Respondentky se jednoznačně shodly na tom, že informace jsou podávány nejčastěji ústní metodou. Ovšem respondentky ze stomatochirurgické ambulance odpověděly, že edukaci provádí pouze lékař, nikoliv ony. Dále se vyskytla odpověď, že informace mohou být podány i písemnou formou, v podobě informovaného souhlasu s výkonem. Podle slov MUDr. Neumannové dostává nemocný informovaný souhlas, který se týká druhu mezičelistní fixace, která mu bude provedena dle druhu zlomeniny, a dále o zákazu požívání alkoholu a cigaret během léčebného režimu a také o nutnosti mít stále po ruce štípací kleštičky nebo nůžky pro uvolnění fixace, kdyby se nemocnému náhle udělalo nevolno. Fixace musí být povolena i za podmínky, kdyby nemocný měl jen pocity nevolnosti, neboť při náhlém začátku zvracení by mohlo dojít k aspiraci zvratků. To je podle mého názoru zapotřebí nemocnému nejen zdůraznit písemně, ale také ústně, aby si nemocný uvědomil závažnost této informace. V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že informace jsou nemocnému podávány nejčastěji v jeho pokoji nebo během vizity ve stomatochirurgické ambulanci. Myslím si, že tímto není zachováno soukromí pro rozhovor a nemocný nemusí položit všechny otázky, na které by chtěl znát odpověď, jelikož může mít obavy z reakcí ostatních zúčastněných. Sdělované informace se nejčastěji týkají následujících ošetrovatelských intervencí, hygieny dutiny ústní, způsobu stravování. Nepochybně také dodržování léčebného režimu, což znamená zdržení se konzumace alkoholu a cigaret, což uvádí jak autorka Nováková ve své publikaci (2011) tak i MUDr. Neumannová. Dále nemocný dostává informace o hodnocení bolesti pomocí hodnotící škály VAS. To hodnotím jako velice užitečné, aby nemocný věděl o existenci a metodice této stupnice. Nemocným s mezičelistní fixací jsou podány informace o štípacích kleštích a jejich užití, kdyby se jim náhle udělalo nevolno. Tato skutečnost je uvedena i ve standardu Předoperační péče před stomatochirurgickým výkonem Nemocnice České Budějovice, a.s. a sestry jsou povinné tuto informaci poskytnout. MUDr. Neumannová dodává, že nemocný podepisuje informovaný souhlas o typu fixace podle lokalizace zlomeniny a také záznam o provedení edukace, že nemocný během léčebného režimu nesmí kouřit

cigarety a pít alkohol. Dále jsou mu dodány informace, odkud a kam má fixaci povolit při náhlém pocitu nevolnosti. V souvislosti s provedeným výzkumem bylo zjištěno, že nemocný nemá možnost si informace dále doplnit informačním materiálem. Z tohoto zjištění vzešla další otázka, jak si sestry ověří, zda-li nemocný rozuměl všem sděleným informacím. Respondentky odpověděly, že k nemocnému se snaží mluvit pomalu, zřetelně, přiměřeně hlasitě a provádí kontrolu kontrolní otázkou. Tímto sestry dodržují didaktické zásady edukace, které popsala autorka Juřeníková ve své publikaci (2010). Těmito informacemi bylo respondentkami odpovězeno na třetí výzkumnou otázku: Specifika edukace u nemocného po stomatochirurgickém výkonu.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá specifiky péče u nemocného po stomatochirurgickém výkonu. Dutina ústní umožňuje člověku dorozumívat se, podílí se na jeho estetickém vzhledu, ale díky ní může také uspokojovat základní biologické potřeby. Při onemocnění orofaciální oblasti nemocný strádá, obtížně přijímá potravu, má potíže s vyjadřováním, také ho může sužovat bolest či nedostatek informací. Sestra musí brát v potaz, že nemocný je stále ohrožen infekcí, která může být vyvolána i takovou banalitou, jako je například nízká hygienická péče úst po jídle. Toto je specifikum péče o nemocné po stomatochirurgickém výkonu.

Ve výzkumném šetření byly položeny tři výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika stravování u nemocného po stomatochirurgickém výkonu? Touto výzkumnou otázkou byla zjištěna specifika, která jsou založena na úpravě stravy, která je nutná po stomatochirurgickém výkonu a pomůckách usnadňující příjem stravy. Výzkumná otázka 2: Jaká jsou specifika hygienické péče dutiny ústní u nemocného po stomatochirurgickém výkonu?. Výzkumem bylo především zjištěno, že sestry v péči o dutinu ústní využívají hlavně měkký materiál, který zajistí dostatečnou hygienu a nemocného v ústech neporaní. Výzkumná otázka 3: Jak sestra edukuje nemocného po stomatochirurgickém výkonu? Na otázku bylo odpovězeno tak, že sestry edukují nemocného slovním způsobem. Informace se týkají především způsobu stravování a hygieny dutiny ústní. Nemocní s mezičelistní fixací jsou informováni o dodržování léčebného režimu a o použití štípacích kleští nebo nůžek, které nosí stále při sobě a při pocitu nevolnosti je ihned použijí.

Výsledky naší práce budou zpřístupněny studentům oboru Všeobecná sestra, kteří by chtěli více poznat specifika péče o nemocného po stomatochirurgickém výkonu, neboť s těmito nemocnými se v rámci své praxe setkají. Výsledky budou užitečné také sestřám, které o tyto nemocné pečují a chtěly by své vědomosti rozšířit. V souvislosti se získanými informacemi z výzkumného šetření, byl zpracován informační materiál, ve kterém je shrnuta ošetřovatelská péče o nemocného po stomatochirurgickém výkonu. Studentům a sestřám bude k dispozici v elektronické podobě.

7 Použité zdroje

1. DOSTÁLOVÁ, T., M. SEYDELOVÁ. *Stomatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 193 s. ISBN 978-80-247-2700-4.
2. KILIAN, J. *Stomatologie: pro studující všeobecného lékařství*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 100 s. ISBN 80-246-0772-7.
3. MERGLOVÁ, V. *Stomatologie: pro studující bakalářských oborů lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 91 s. ISBN 80-246-0094-3.
4. KLÁNOVÁ, M. Zdravotnická dokumentace. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 6. ISSN 1210-0404.
5. SKALICKÁ, H. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 149 s. ISBN 978-802-4710-792.
6. BDA (British Dental Association) - Dental nurses. BDA (BRITISH DENTAL ASSOCIATION). BDA (British Dental Association) - Dental nurses [online]. 2009 [cit. 2013-04-14]. Dostupné z: <http://www.bda.org/dcps/work-in-dent/dental-nurses.aspx>
7. HORNÍČKOVÁ, D. Metody a přístrojové vybavení stomatologické ordinace. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 9. ISSN 1210-0404.
8. NOVÁKOVÁ, I. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 235 s. ISBN 978-802-4734-224
9. PAZDERA, J., O. MAREK. *Neodkladné situace ve stomatologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 135 s. ISBN 80-247-0622-9.
10. HULIČKA, R., M. NEUMANN. Zuby.cz: II. Onemocnění zubní dřeně [online]. 2007 [cit. 2013-04-14]. Dostupné z: <http://www.zuby.cz/endodoncie/ii-onemocneni-zubni-drene.html>
11. VURM, V. *Ošetřovatelství ve stomatologii*. 1. vyd. Praha: Manus, 2005, 82 s. ISBN 80-865-7108-4.
12. VOKURKA, M., J. HUGO. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2008, 1143 s. ISBN 978-807-3451-660.
13. MAZÁNEK, J. *Traumatologie orofaciální oblasti*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, 177 s., 20 s. obr. příl. ISBN 978-802-4714-448.

14. VIŠŇA, P., J. HOCH, a kol. *Traumatologie dospělých*, Praha: Maxdorf, 2004. 157 s. ISBN 80-7345-034-8
15. MACHOŇ, V., M. DEJMALOVÁ. *Zlomeniny obličejového skeletu*. Sestra [online]. 2005, č. 3 [cit. 2013-04-14]. ISSN 1210-0404.
16. POKORNÝ, V. *Traumatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002, 307 s. ISBN 80-725-4277-X.
17. PAFKO, P. *Základy speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 385 s. ISBN 978-807-2624-027
18. MAZÁNEK, J. *Onkologická problematika ve stomatologii*. Lékařské listy. 2010, č. 22. ISSN 0044-1996.
19. HABALOVÁ, J., J. KRUG a kol. *Pooperační intenzivní péče o pacienty po náročných operacích v orofaciální oblasti se zřetelem na poruchy výživy*. *Vojenské zdravotnické listy: vědecký orgán Čs. Vojenských Lékařů, Vet. Lékařů a Lékárníků*. 2005, roč. 74, 3-4. ISSN 0372-7025
20. ČOUPKOVÁ, H. *Ošetřovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-802-4731-292
21. ZEMAN, M. a Z. KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 978-802-4737-706.
22. ŠČIGEL, V., J. SLAVÍK. *Informovaný souhlas: Informovaný souhlas ve stomatologické praxi*. *LKS: časopis České stomatologické komory*. 2003, roč. 13, č. 2. ISSN 1210-3381. Dostupné z: <http://www.stomatochirurgie.cz/obcasnik/doc/Obcasnik-CSCHS-leden-2003.pdf>
23. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, 2009. *Standart ošetřovatelské péče č. 036*. České Budějovice: vydává hl. sestra nemocnice Otásková.
24. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4
25. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 237 s., [8] s. barev. Obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-682
26. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009, 542 s. ISBN 978-802-4728-445.

27. ROKYTA, R. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s., vii s. obr. příl. ISBN 978-802-4730-127.
28. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
29. PAZDERA, J. *Základy ústní a čelistní chirurgie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 241 s. ISBN 978-802-4416-700.
30. VENGLÁŘOVÁ, M., G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
31. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712
32. VRUBLOVÁ, Y. Edukace v primární stomatologické péči. *Sestra*. 2011, č. 9. ISSN 1210-0404
33. JANOUŠKOVCOVÁ, J., V. KRAUSOVÁ. Úloha sestry při plánovaných chirurgických výkonech v dentoalveolární chirurgii. *Stomateam*. 2009, č. 1. ISSN 1214-147X.
34. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.
35. GANGALE, D. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vyd. Překlad Irena Šáchová. Praha: Grada, 2004, 229 s. ISBN 80-247-0534-6.

8 Přílohy

Příloha 1: Instrumenty pro intraorální vyšetření

Příloha 2: Zubařské křeslo

Příloha 3: Otázky k rozhovoru

Příloha 4: Informace pro studenty

Příloha 1: Instrumenty k základnímu vyšetření chrupu



Zdroj: vlastní

Příloha 2: Zubařské křeslo



Zdroj: vlastní

Příloha 3: Otázky k rozhovoru

Otázky k provedení výzkumného šetření:

Charakteristika respondentek

1. Na jakém oddělení pracujete?
2. Jak dlouho vykonáváte činnost všeobecné sestry sestry?
3. Jak dlouho pracujete na tomto pracovišti?

Charakteristika nejčastějšího stomatochirurgického onemocnění, kterým nemocný trpí

4. Nemocní, s jakým nejčastějším stomatochirurgickým onemocněním se léčí na Vašem oddělení?

Charakteristika zajištění výživy u nemocného po stomatochirurgickém výkonu

5. Jak zajišťujete přísun živin a tekutin nemocnému, bezprostředně po provedeném stomatochirurgickém výkonu nebo nemocnému, který nemůže přijímat stravu per os?
6. Proč je třeba dbát na řádné doplnění tekutin u nemocného?
7. V jaké podobě je zajištěna strava nemocného po stomatochirurgickém výkonu?
8. Pokud má pacient zavedenou nasogastrickou sondu, jaké typy stravy používáte?
9. Jak pečujete o sondu po podání stravy?
10. Jakými pomůckami zajišťujete stravování nemocného s mezizubní fixací?

Charakteristika hygieny dutiny ústní

11. Proč je kladen veliký důraz na hygienu dutiny ústní po provedeném stomatochirurgickém výkonu?
12. Jaká by měla být zajištěna poloha nemocného po stomatochirurgickém zákroku a proč?
13. Jak pečujete o nemocného s provedenou tracheostomií?
14. Jaké pomůcky pro hygienu dutiny ústní doporučíte samostatnému nemocnému?
15. Jaké pomůcky si připravíte k provedení hygieny v dutině ústní u nesamostatného nemocného?
16. Jaké pomůcky si připravíte k provedení hygieny u nemocného s mezizubní fixací?

17. Jaký zvolíte postup při provádění hygieny dutiny ústní?
18. Jak pečujete o rty?
19. Co doporučíte nemocnému po extrakci zubu?

Charakteristika edukace nemocného po stomatochirurgickém výkonu

20. Jakou nejčastější metodu volíte k podání informací pacientovi?
21. Čeho se nejčastěji informace týkají?
22. V jakém prostředí jsou podávány informace?
23. Má nemocný možnost podané informace získat i jinou formou než jen sdělením od personálu?
24. Jakým způsobem si ověříte, zda Vám nemocný dobře rozuměl?

Zdroj: vlastní

Specifika péče u nemocného po stomatologickém výkonu

Stravování

- Do stravování nemocného patří i dostatečný pitný režim, proto nemocnému sestra bezprostředně po výkonu zajistí přívod tekutin a živin pomocí parenterální cesty. Infuzní roztok určí lékař. Často se jedná o přípravky Plasmalyte nebo infuze obsahující glukózu.
- Po dvou hodinách může nemocný začít přijímat tekutiny per os po lžičkách a po 5 hodinách od výkonu může začít přijímat vhodně upravenou stravu.
- Strava je buď to mletá, nebo kašovitá, záleží dle omezení nemocného, ale musí být zachována jeho dietoterapie související s přidruženým onemocněním (pokud se jedná o diabetika, bude mletá nebo kašovitá strava diabetická).
- Nemocný s mezičelistní fixací přijímají potravu pomocí lžice, pokud je schopen v ústech vytvořit podtlak a stravu přecedit přes zuby. Pokud potřebný tlak nevytvoří, přijímá stravu pomocí brčka nebo hadičky se stříkačkou.
- Stává se, že některé omáčky mohou obsahovat malé kousky masa, které nejdou přecedit přes mezičelistní fixaci. V takovéto situaci je dobré stravu rozmixovat tyčovým mixérem.
- Některým nemocným může být zavedena nasogastrická sonda nebo PEG. Do sondy se vpravuje strava vyrobená kuchyňskou metodou určena pro podání pouze do žaludku, která je před podáním mixerem rozmixovaná, nebo se mohou využívat polymerní a oligomerní formule, které se mohou vpravit do duodena i jejunu. Jsou vyrobené farmaceuticky, čichově i chuťově příjemné, ale mohou nemocným často způsobovat zažívací potíže. Pokud tato situace nastane, je dobré vrátit se k podávání stravy připravené kuchyňskou metodou. Po podání stravy včetně čaje je třeba sondu propláchnout čistou převařenou vodou.
- U nemocných s velkými ztráty na tělesné hmotě se doporučuje sipping, v podobě nutridrinků.

Hygiena

- První den po výkonu by se nemocnému nemělo do úst nic dostat. Ústa si může pouze vyplachovat, dle ordinace lékaře. Může se jednat o roztoky z heřmánku, řepíku nebo ústní vody bez obsahu alkoholu. Místo operace si může chladit ledem.
- V dalších dnech pokračuje nemocný nebo sestra (záleží na schopnosti nemocného) v čištění úst, dle doporučení lékaře.

Samostatný nemocný:

- Sestra mu doporučí zubní kartáček, pastu a další pomůcky, na které je zvyklý. Po hygieně provede výplach úst naordinovaným roztokem, který mu dle ordinace lékaře připraví sestra.
- U nemocného s mezičelistní fixací sestra doporučí zubní kartáček s malou pracovní plochou nebo dětský kartáček, který se dobře dostane i pod místa fixace. Nemocnému zdůrazní, že hygiena musí být velice důkladná, v dutině nesmí zbývat zbytky potravy.
- U nesamostatného nemocného s mezičelistní fixací provede hygienu dutiny ústní sama sestra

Nesamostatný nemocný

- U nesamostatného nemocného provede hygienu sama sestra. Připraví si zubní kartáček, pastu, kelímek s vodou, emitní misku, brčko, ručník a naordinovaný roztok na výplach dutiny ústní. Pokud nemocný nemá u sebe své hygienické pomůcky, použije sestra glycerínové štětičky.
- Při poskytování hygieny by měla sestra postupovat čištěním předsíně dutiny ústní odzadu dopředu a poté pokračovat v čištění vlastní dutiny ústní.
- U nemocného s mezičelistní fixací provede důkladnou hygienu dutiny ústní zubním kartáčkem s malou pracovní plochou (dětský zubní kartáček) nebo glycerínovými štětičkami a poté vypláchne ústa naordinovaným roztokem. V dutině ústní nesmí zůstat zbytky jídla, které by mohli způsobovat komplikace v hojení a nepříjemný zápach v ústech.

- Po provedené hygieně sestra provede promazání rtů u nemocného jeho Jelením lojem, pokud nemá vlastní, použije vazelínu nebo Infadolan.

Podávání informací

- Informace nemocný získává ve stomatochirurgické ambulanci od lékaře, buďto po provedeném výkonu nebo během vizit, které jsou 2 krát denně
- Na oddělení, kde je nemocný hospitalizován získává informace nemocný od sestry, které se týkají dalších ošetrovatelských intervencí a oblasti hygieny a stravování
- Nemocný získává informace i písemným souhlas, kde má uvedené informace o zákroku a možných komplikací.
- Nemocní s mezičelistní fixací podepisují zvláštní písemný dokument, ve kterém dává písemný souhlas, že je informován o zákazu popíjení alkoholu a kouření cigaret. Dále jsou nemocnému podány informace o štípacích kleštích nebo nůžkách, které musí nemocný stále nosit u sebe a o způsobu uvolnění při náhlém pocitu nevolnosti.

Zdroj: vlastní