



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Ošetřovatelská péče o pacienta s poraněním obličeje

Vypracovala: Toncarová Lucie
Vedoucí práce: Mgr. Dolák František

České Budějovice 2015

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u pacienta s poraněním obličeje. Poranění obličeje představuje synonymum pro spoustu druhů poranění. Pod tímto pojmem se nachází poranění měkkých tkání, obličejových etáží, zubů, nosu, oka, očnice, popáleniny, omrzliny, zlomeniny dolní a horní čelisti, zlomeniny Le Fort a luxace čelisti. Takto nemocný potřebuje kvalitní ošetrovatelskou péči, jejíž nositelkou je sestra. Sestra se orientuje ve specificích péče a ví, jak o nemocného pečovat. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Úvod teoretické části se skládá z druhů poranění obličeje. Na to již navazuje poranění měkkých tkání, dolní, střední a horní obličejové etáže. Dále práce pokračuje informacemi o příčinách onemocnění, vyšetřovacích metodách, první pomoci, léčbě, komplikacích a o péči orofaciální oblasti. Poté přichází téma, které obsahuje intervence u nemocného s poraněním obličeje v rámci ošetrovatelské péče. Nepostradatelná jsou témata pojednávající o hygieně dutiny ústní, převazech, bolesti a výživě. Dále jsou uvedeny komunikační schopnosti sestry a rehabilitace orofaciální oblasti. Praktická část je tvořena kvalitativním výzkumem pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který je tvořen 17 otázkami. Výzkumný vzorek tvoří sestry traumatologického oddělení z Nemocnice České Budějovice a.s., které pečují o pacienty s poraněním obličeje. Rozhovory byly, po schválení hlavní a vrchní sestry, provedeny na příslušném oddělení, kde tyto sestry pracují. Rozhovory jsou naprosto anonymní, se svobodnou volbou zdravotní sestry. Po souhlasu staničních sester byly rozhovory na přání sester zaznamenány písemně na papír. Výzkumné šetření se uskutečnilo na začátku měsíce dubna 2014. Polostrukturovaný rozhovor je tvořen informací o délce praxe zdravotních sester. Dále byla zjišťována skladba nemocných. Následovaly otázky týkající se péče o určitá poranění a péče o dutinu ústní. Tudiž otázky týkající se výplachů, prvního převazu a výživy. Písemné záznamy byly zaznamenány přepisem do bakalářské práce a výsledky zpracovány pomocí kategorizací. Pro toto výzkumné šetření byly stanoveny celkem dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poraněním obličeje? Výzkumná otázka 2: Jaká je problematika ošetrovatelské péče o pacienty s poraněním obličeje? Na všechny výzkumné otázky bylo zodpovězeno. V první výzkumné otázce bylo zjištěno, jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči o pacienta s poraněním obličeje. Při rozhovorech pak bylo zjištěno, jaká je skladba nemocných. Zdravotní sestry se shodly na tom, že pacienti s popáleninami a devastujícím poraněním se na traumatologickém oddělení moc často nevyskytují. V péči o pacienta s poraněním zygomatického komplexu a po stomatochirurgickém výkonu se zdravotní sestry shodly na kontrolách ve stomatochirurgické

ambulanci. Téměř všechny sestry se shodly, že pacient s poraněním nosu je kontrolován na ORL, nos se leduje a pacient nesmí smrkat. Ostatní sestry doplnily, že na traumatologickém oddělení se kontroluje krvácení u tamponády a podávají se analgetika dle ordinace lékaře. Dále pak péče o dutinu ústní, která je založena na speciálních výplaších, prvním převazu a výživě. Všechny sestry se shodly na výplaších z odvaru z heřmánku a ředěného peroxidu. Záleží na ordinaci dle stomatochirurga. Dále se shodly i na prvním převazu, který probíhá na stomatochirurgii. Téměř všechny sestry se shodly, že výživa je ordinována s ohledem na poranění dutiny ústní. Mohou tam být stehy, operační rána nebo poranění čelisti. Záleží, co nařídí stomatochirurg. Čistí se kartáčkem a vyplachuje, pokud to lékaři chtějí. Pacient přijímá tekutiny, tekutou stravu. Pacient může mít zavedenou i nasogastrickou sondu. Ve druhé výzkumné otázce byla zjištěna problematika ošetrovatelské péče o pacienty s poraněním obličeje. Všechny sestry se shodly, že v pooperační péči, kdy může být zavedena dočasně tracheostomie, pacient píše na papír a nemůže komunikovat. Většinou bývají oteklí, špatně artikulují a pociťují bolest. Proto je důležité mít trpělivost při komunikaci. Výsledky práce budou přístupné studentům, kteří se během své praxe setkávají s těmito nemocnými, a sestrám, které o tyto nemocné pečují. Výsledky budou sloužit k rozšíření či doplnění informací v oblasti péče o poranění obličeje u těchto nemocných. Získaný písemný záznam rozhovorů je uveden v příloze. (*Příloha 1*).

Klíčová slova: Sestra, obličej, poranění, pacient, péče

Abstract

This thesis deals with the nursing care of the patient with facial injuries. Injuries to the face is a synonym for many types of injuries. This term is a soft tissue injury, facial trays, teeth, nose, eye, orbit, burns, frostbite, fractures of the lower and upper jaws, Le Fort fractures and dislocations of the jaw. This, the patient needs nursing care quality, whose sister is a carrier. Sister focuses on the specifics of care and knows how to take care of the sick. The work includes theoretical and practical part. Introduction The theoretical part consists of the types of facial injuries. It builds on the already soft tissue injuries, lower, middle and upper face floor. The thesis continues with information about the causes of disease, diagnostic methods, first aid, treatment, complications and treatment of the orofacial region. Then comes the topic, which includes intervention in a patient with facial injuries within nursing care. Essential topics are dealing with oral hygiene, dressing, pain and nutrition. The following are the communication skills of nurses and rehabilitation of the orofacial region. The practical part consists of a qualitative research using semi-structured interview, which consists of 17 questions. The research sample consisted of nurses traumatology department of the Czech Budějovice Hospital a.s. taking care of patients with facial injuries. Interviews were, after approval of the principal and chief nurse at the appropriate department, where these nurses work. Chats are completely anonymous, a free choice of nurses. After approval of the nurses station to request interviews were sisters recorded in writing on paper. The research took place at the beginning of April 2014 Semi-structured interview consists of information about the length practice nurses. Furthermore, the composition was determined by the patients. Followed by questions relating to the care of some injuries and dental care. Thus, questions relating to the mud, the first dressing and eating. Written records were recorded in a transcript of thesis and the results processed by categorization. For this research investigation were set a total of two research questions. Research question 1: What are the specifics of nursing care for patients with injuries to the face? Research Question 2: What is the issue of the nursing care of patients with facial injuries? For all research questions were answered. The first research question was found, what are the specifics in the nursing care of patients with facial injuries. During the interviews, it was found, what is the composition of patients. Nurses agreed that patients with devastating burns and injuries to the traumatology department too often absent. In the care of patients with complex injuries zygomaticus and after dental surgeries with nurses agreed to inspections in oral surgery clinic. Almost all the nurses agreed that patients with injuries of the nose is checked for ENT, nose, use ice and the patient must

not blow his nose. Other sisters added that the traumatology department controls bleeding by tamponade and analgesics are administered as prescribed by your doctor. Furthermore, oral care, which is based on special washes, the first dressing change and nutrition. All nurses agreed washes of decoction of chamomile and diluted peroxide. It depends on the surgery according to the oral surgeon. They also agreed at the first dressing change, which takes place at the dental surgery. Almost all the nurses agreed that the food is ordered with regard to the injury of the oral cavity. There may be stitches, surgical wound or injury to the jaw. It depends on what orders dental surgeon. Purified brush and rinsed, if a doctor wants. The patient receives fluids, liquid food. The patient may have introduced a nasogastric tube. The second research question was identified problems in nursing care of patients with facial injuries. All nurses agreed that in the post-operative care, which can be introduced temporarily tracheostomy, the patient writes on paper and can not communicate. They tend to swell, poorly articulated and feel pain. Therefore, it is important to have patience when communicating. The results will be accessible to students who meet during their experience with these patients, and nurses who care for these patients. The results will be used to extend or supplement the information in the care of facial injuries in these patients. Therefore, the obtained information is processed as informational material that will be made available in electronic form. The form of information material is listed annex (Annex1).
Keywords: Nurse, face, injury, patient, care

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská péče u pacientů s poraněním obličejového skeletu vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedené v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Dále souhlasím 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

.....

Lucie Toncarová

Poděkování

Děkuji svému vedoucímu práce Mgr. Františku Dolákovi za rady a připomínky, které mi pomohly při psaní bakalářské práce. Poděkování patří i zdravotním sestřám z traumatologického oddělení, které byly ochotny se zúčastnit výzkumného šetření. A v neposlední řadě děkuji svým rodičům a příteli za trpělivost, pomoc a podporu při mém studiu.

Obsah

ÚVOD	6
1 SOUČASNÝ STAV	7
1.1 Anatomie obličeje.....	7
1.2 Poranění orofaciální oblasti	8
1.2.1 Poranění měkkých tkání	9
1.2.2 Poranění dolní obličejové etáže	12
1.2.3 Poranění střední obličejové etáže	14
1.2.4 Poranění horní obličejové etáže	16
1.3 Příčiny poranění.....	16
1.4 Vyšetřovací metody.....	17
1.5 První pomoc u poranění obličeje	19
1.6 Léčba u poranění obličeje.....	20
1.6.1 Komplikace u poranění obličeje	23
1.7 Péče o orofaciální oblast	25
1.7.1 Přeřazy obličeje.....	25
1.7.2 Bolest v orofaciální oblasti	26
1.7.3 Výživa nemocného	27
1.7.4 Rehabilitace orofaciální oblasti	28
1.8 Komunikace.....	29
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 Analýza rozhovorů se sestrami	33
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	34
4 VÝSLEDKY	35
4.1 Kategorizace	35

4.1.1	Skladba nemocných.....	35
4.1.2	Péče o pacienta s poraněním nosu	37
4.1.3	Péče o dutinu ústní u pacienta s poraněnou čelistí.....	37
4.1.4	Komunikační problémy	38
4.1.5	Rehabilitace u pacienta s poraněním obličeje.....	39
4.1.6	Informovanost pacienta před propuštěním	39
5	DISKUZE	40
6	ZÁVĚR.....	46
7	POUŽITÉ ZDROJE.....	48
8	KLÍČOVÁ SLOVA	52
9	PŘÍLOHY	53
	Příloha 1 – Písemný záznam rozhovorů sester	54
	Příloha 2 – Sauerova dlaha.....	67
	Příloha 3 – Adamsův závěs.....	68
	Příloha 4 – Otázky k rozhovoru.....	69

Úvod

Poranění obličejového skeletu nepatří mezi život ohrožující poranění, nicméně nerozpoznaná nebo nesprávně reponovaná zlomenina může mít závažný kosmetický dopad. Při úrazu obličeje dochází k porušení celistvosti tvrdých tkání (kostí, zubů) a měkkých tkání s následnými poruchami vzhledu a funkce (poruchy příjmu a žvýkání potravy). Poranění obličejového skeletu se většinou objevuje jako polytrauma, ale může to být i monotrauma. Vždy je nutné vyloučit poranění hlavy a krční páteře. Při ošetřování těchto poranění je nutná mezioborová spolupráce. Na lékařské péči se podílejí specialisté z ORL, chirurgie, traumatologie, očního lékařství a stomatologové. K poranění obličejového skeletu dochází při autonehodách, při sportu, zejména při hokeji, florbalu, basketbalu a jiných míčových hrách. Dále při pádu ze schodů, v koupelně nebo při násilném napadení jinou osobou nebo zvířetem, kdy dojde k silnému, tupému úderu do obličejové části. Mezi nejčastější úrazy patří zlomeniny horní nebo dolní čelisti, zlomeniny nosu, zlomeniny orbity. Všechny úrazy jsou doprovázeny velmi silnou bolestí, omezením komunikace, změnou tvaru obličeje, poruchou funkce a v neposlední řadě také krvácením.

Ošetrovatelská péče o tyto pacienty je velmi náročná pro sestru velmi náročná jak z časového, tak i psychického hlediska. Velkou roli v tom hraje ztížená komunikace s nemocným a silné bolesti, které nemocný má. Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit problematiku ošetrovatelské péče u pacienta s poraněním obličeje. A dále zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacienta s poraněním obličeje. Výzkum je prováděn pomocí polostrukturovaného rozhovoru a kvalitativního šetření na oddělení ORL, chirurgie, stomatologie a traumatologie. Počet i četnost výskytu pacientů je na každém oddělení rozdílná. Výsledky výzkumného šetření jsou popsány v praktické části této práce.

1 Současný stav

1.1 Anatomie obličeje

Lebka tvoří kostru hlavy a je částí axiálního skeletu. Skládá se ze dvou částí. Část mozková (neurocranium) tvoří obal kolem mozku a smyslových orgánů. A část obličejová (splanchnocranium) obkládá začátek trávicí trubice. Jednotlivé kosti těchto dvou částí jsou mezi sebou spojeny vazivem nebo chrupavkou. Kloub, který spojuje spánkovou kost s dolní čelistí, se nazývá articulatio temporomandibularis. Je to kloub párový a na lebce představuje jediné pohyblivé spojení. (Holibková 2010)

Neurocranium vytváří pouzdro kolem mozku. Tvoří ho lebeční klenba (calva) a lebeční spodina (basis cranii). Lebeční dutinu (cavitas cranii), v níž je uložen mozek, uzavírá klenba i spodina lebeční. Vnitřní strana baze lbi (basis cranii interna) je tvořena třemi jámami: přední jámou, střední jámou a zadní jámou lební. Čelní laloky hemisfér mozku a část čichového mozku jsou uloženy v přední jámě lební. Na střední jámu lební naléhají spánkové laloky, hypothalamus a hypofýza. V zadní jámě lební je uložen mozeček a mozkový kmen. Další kosti neurocrania jsou: kost týlní (os occipitale), kost klínová (os sphenoidale), dírkovaná ploténka kosti čichové (lamina cribrosa ossis ethmoidalis), kost čelní (os frontale), kost spánková (os temporale), kost temenní (os parietale), slzná kost (os lacrimale), kost nosní (os nasale) a kost radličná (vomer). Kostěné stěny dutiny ústní jsou tvořeny kostmi splanchnocrania.

Kosti obličejové a mozkové části lebky se stavebně podílejí na stěnách očních (orbitae) a na stěnách dutiny nosní (cavitas nasii). Jako další kosti splanchnocrania lze uvést: horní čelist (maxilla), je to párová kost, která se skládá z těla a výběžků. Tělo horní čelisti (corpus maxillae) obsahuje rozsáhlou dutinu sinus maxillaris. Kost lící (os zygomaticum) je párová, která spoluvytváří kostěný podklad tváře. Její spánkový výběžek se v jařmovém oblouku spojuje s lícím výběžkem kosti spánkové.

Čelní výběžek (processus frontale) se spojuje s čelistní kostí a ta naléhá na lící výběžek (processus zygomaticus) horní čelisti. Kost patrová (os palatinum) je také párová a je složená ze dvou plotének. Lamina horizontalis, která doplňuje tvrdé patro, a lamina perpendicularis, která doplňuje laterální stěnu nosní. Kost čichová (os ethmoidale) má tři části: dírkovaná ploténka (lamina cribrosa) doplňuje ventrálně

spodinu lebeční. Horní část nosní přepážky tvoří lamina perpendicularis a čichový labyrint (*labyrinthus ethmoidalis*) obsahuje četné čichové sklípky, které se dále dělí na přední a zadní skupinu. Součástí střední stěny očné je lamina orbitalis, která tvoří souvislou ploténku na zevní části labyrintu. Z nosní plochy labyrintu se odvíjejí dvě nosní skořepy (*concha nasalis sup. et media*). (Mazánek 2007)

Dolní čelist (*mandibula*) je obloukovitá a nepárová kost. Její tělo je ve střední části (v *protuberantia mandibularis*) ztlustěno. Na jazylce (*os hyoideus*) popisujeme tělo (*corpus*) a malé a velké rohy (*cornua minora et cornua majora*). Jazyk upíná svaly a pomocí vazy (*ligamentum stylohyoideum*) se připojuje na výběžek (*processus styloideus*) baze lebni. (Holibková 2008) Při výčtu kostí obličejové části lebky nesmíme zapomenout ani na sluchové kůstky (*ossicula auditus*). Jmenovitě jsou to kladívko, kovadlinka a třmínek (*malleus, incus et stapes*). Kosti *neurocrania* a *splanchnocrania* jsou spojeny pomocí švů. To neplatí o jazylce a mandibule. Na klenbě lebni je nejvýznamnější šev korunový, šípový, lambdový a šupinový (*sutura coronalis, sagittalis, lambdoidea et squamosa*). (Fiala 2008)

Čelistní kloub (*articulatio temporomandibularis*) je složený. Tvoří ho hlavice a jamka (*caput mandibulae et fossa mandibularis*) na spánkové kosti. Chrupavčitá ploténka (*disca articularis*) se vsouvá mezi dvě kloubní plochy. V kloubu jsou dále zastoupeny vazy (*lig. laterale, lig. mediale a lig. stylomandibulare*), které kloub zpevňují. Mezi základní pohyby čelistního kloubu patří otevírání a zavírání úst (*elevation a depression*) a posun mandibulou vpřed a vzad (*protrahce a retrahce*). Uplatňují se zejména při zpracování potravy a při řeči. (Mazánek 2007)

1.2 Poranění orofaciální oblasti

Poranění obličeje se v některých ohledech liší od poranění ostatních částí těla. Je třeba si uvědomit, že oblast obličeje je velmi bohatě cévně zásobena, a tím způsobuje větší krvácení, ale na druhé straně velmi dobré hojení tkání. Orofaciální oblast je charakterizována bohatou nervovou sítí a přítomností smyslových orgánů, což vede při poraněních ke zvýšené citlivosti a bolestivosti. (Hirt 2011) Úrazy obličeje mohou vzniknout působením zevních i vnitřních činitelů a velmi často dochází k porušení celistvosti tkání (zubů, kostí) a méně důležitých měkkých tkání, kde následně mohou

vzniknout poruchy funkce a vzhledu (příjem a žvýkání potravy). Poranění obličeje jsou z obecného hlediska provázena hematomy, otoky, asymetrií obličeje, různé vzhledy mohou mít rány měkkých tkání, bývají ucpány nosní průduchy krví, může z nosu vytékat krev nebo likvor. Dále může docházet ke změnám zornic a očních pohybů, dvojitému vidění (diplopie), slzení (epifora), krepitaci kostních úlomků a poruchám citění. (*webový zdroj* – Doporučené postupy pro praktické lékaře)

Tato poranění nepatří mezi život ohrožující, ale je důležité vyloučit poranění hlavy a krční páteře, ovšem pokud jsou špatně rozeznány nebo léčeny, může to mít velmi vážný kosmetický dopad nebo trvalé následky např. ochrnutí. (Mazánek 2007) Nemocný bývá také často ohrožen vdechnutím kostních úlomků, zubů a krve. (Vyhnánek 2007) Může se objevit maxilofaciální trauma, což je specifický relativně častý úraz, který může být skrytý za jiným poraněním. (Dobiáš 2013)

Poranění obličeje mívají všeobecné příznaky. Jako první bývá bolest, která je nejčastěji spontánní nebo tlaková. Deformace obličeje vznikají při porušení měkkých tkání otoky, dále se mohou objevit krevní výrony, podkožní emfyzém a traumatické deformace. Mohou se objevit poruchy okluze, funkce, kdy bývají problémy s příjmem potravy, žvýkáním, polykáním, řečí a dýcháním. Varovným signálem pro poranění může být patologická pohyblivost a krepitace. Mezi vedlejší příznaky patří zápach z úst, moučnivka, ochrnutí jazyka, známky poškození hlavových nervů, likvorea a porucha slinění. (Zeman 2014)

1.2.1 Poranění měkkých tkání

Měkké tkáně jsou tvořeny kůží, podkožím, sliznicemi, svaly, adnex (obočí, řasy, ochlupení), slinnými žlázami, nervy a cévami. Hlavním příznakem u poranění měkkých tkání obličeje je masivní krvácení s možností poškození nervů, porušení pouzder slinných žláz nebo jejich vývodů a poškození oka. Nejčastější tržná poranění jsou v oblasti hlavy nebo vlasů a rozdíl je v tloušťce kůže. Nervové zásobení a smyslové orgány způsobují při poranění zvýšenou citlivost a bolestivost. Bohaté krevní zásobení zajistí rychlé hojení. (Mazánek 2007) I nepatrné tržné rány zvýšeně krvácejí a jsou doprovázeny otoky a krevními výrony. (Pilný 2007) Ohroženy jsou dýchací cesty, kdy

velmi snadno může dojít k neprůchodnosti a ohrozit člověka na životě. (Kolektiv autorů 2008)

Do poranění měkkých tkání patří oděrky, trhliny, rány zasahující do celé tloušťky kůže, rány spojené se ztrátou tkáně, rány spojené s poškozením zubů, jazyka, rtů a čelistí, poranění ductu parotideu a lícního nervu. (Zeman 2014) Při primárním ošetření ran v obličeji je významné odstranění veškerých nečistot, aby se předešlo vzniku „traumatické tetováže“. Sutyry by se měly orientovat dle linií minimálního napětí. Přesná adaptace okraje rtů, okrajů víček, nosních křídel a hranice vlasaté části hlavy je důležitá z funkčního i kosmetického hlediska a respektování těchto linií zmenšuje riziko kontraktur nebo vzniku hypertrofických jizev v obličeji. (Hoch 2011)

V dutině ústní bývá nejčastěji poraněn jazyk a slinné žlázy. U poranění jazyka je postižený ohrožen krvácením z a. lingualis, které doprovázejí krevní výrony, otoky a hrozí zde riziko udušení. (Mazánek 2007) Pokud jsou poraněny příušní žlázy, může jít o zhmoždění s hematodem nebo o otevřenou ránu. Bývá postižena příušní a podčelistní slinná žláza. Při postižení parotis je třeba sledovat lícní nerv, aby nedošlo ke komplikacím.

Poranění oka vzniká tupým úderem a proniknutím cizího tělesa a dochází ke krevním výronům ve spojivce, ke krvácení do sklivce, následně až k prasknutí bulbu a slepotě. (Vyhnánek 2007) Úrazy oční krajiny se dělí na poranění očních víček, očního bulbu a očnice. Následkem u tupých poranění oka bývá porušená až úplná ztráta funkce. Při kontuzi víček vzniká krevní výron a otok. Krevní výron se v řídkém podkožním pojivku rychle šíří do okolí. Poranění vnitřního koutku oka ohrožuje pasáže slz. Úrazy očního bulbu se rozdělují na otevřená poranění v podobě ruptury, kdy je oko poškozeno ostrým předmětem, a zavřená poranění (kontuze, lamelární lacerace), která vznikají tupým nárazem. Dochází k deformaci, kdy se několikrát vystřídá fáze protažení a zkrácení, kdy se natahují a traumatizují predilekční struktury oka. Krev v přední komoře oka je nejčastějším příznakem těžké kontuze oka. (Hirt 2011) Při první pomoci je důležité nevyndávat cizí tělesa, jen překrýt obě oči sterilním krytím a zajistit převoz na oční oddělení. (Vyhnánek 2007) V důsledku polytraumat může vzniknout Purtscherova retinopatie, kdy se v povrchových vrstvách sítnice objeví bělavé skvrny i krvácení a

edém papily. V důsledku subarachnoidálního krvácení vzniká Tersonův syndrom, což je nitrooční krvácení. (Kuchynka 2007)

Při *poranění očnice* je postižen obsah očnice s výjimkou bulbu, kdy současně mohou být poškozeny nervové, cévní, svalové struktury. Při kontuzi očnice dochází ke krvácení a následně k poruše vizu a hybnosti bulbu. (Kanski 2011) Při zlomeninách očnice, doprovázejících zlomeniny typu Le Fort II. a III., může dojít ke změně polohy a omezení hybnosti bulbu s následnou poruchou binokulárního vidění. Na poraněné straně může dojít k uskřínutí oko-hybného svalu. Funkční omezení se může týkat intelektu, motoriky, zraku, sluchu, otevírání úst nebo problémy se stravou a komunikací. (Zvoníková 2010)

Úrazy *měkkých tkání nosu* rozdělujeme na poranění zevního nosu, vnitřního nosu, nosních vchodů a kombinovaná poranění. Měkké tkáně nosu bývají nejčastěji poraněny povrchově, typu oděrek krevních výronů a tržných ran. Vnitřní nos bývá poraněn na laterální straně nebo v chrupavčité části nosní přepážky, nejčastěji při pádech. Nosní vchody bývají poraněny nejčastěji cizím tělesem. (Hirt 2011)

Poranění zubů vzniká přímým i nepřímým násilím, např. při pádech na obličej, jízdě na kole, v práci, při sportu nebo při fyzickém napadení. Nejčastěji bývají poraněny horní řezáky. (Pazdera 2005) Při poranění zubů může být poškozen závěsný aparát a samotný zub. U dětí vznikají při pádech, sportu a u dospělých při dopravních nehodách. Do poranění závěsného aparátu zubu patří kontuze, subluxe, luxace a intruze. (Vyhnánek 2007)

Popáleniny vznikají působením vysoké teploty (voda, pára, roztavený kov, chemické látky, oheň) nebo elektrickým proudem. Rozlišuje 4 stupně popálenin podle rozsahu postižené tkáně. Popáleniny obličeje se vyznačují zvýšenou sekrecí, bolestí a poruchou funkce. (Mazánek 2007) Popáleniny I. stupně se vyznačují začervenalou kůží, bolestivostí, mírným otokem a nejsou přítomny puchýře. U II. stupně jsou znatelné skvrny na kůži s bělavými, hnědými, růžovými nebo červenými okrsky. Dále už je přítomnost puchýřků nebo příškarů a bolest. Postižená místa u III. stupně popálenin nejsou bolestivá, kůže je voskově bílá, červená nebo hnědá a tuhá. Kůže nebledne

účinkem tlaku. IV. stupeň popálenin je zuhelnatění, které je neslučitelné se životem. (Slezáková 2008) Při těžkých a rozsáhlých popáleninách vzniká popáleninový šok.

Omrzliny jsou typické bledou kůží a voskovým zabarvením poškozených tkání. Nejčastěji omrzne nos, brada a boltce. Později dochází k tvorbě otoků, puchýřů až nekrotizace. (Mazánek 2007) Klinické příznaky závisí na stupni omrzlin a pohybují se od apatie se zvýšenou srdeční frekvencí až po absenci mozkových vln.

1.2.2 Poranění dolní obličejové etáže

Poranění obličeje zahrnuje poranění horní, dolní a střední obličejové etáže. Dolní obličejová etáž probíhá kaudálně od okluzní roviny zubů. Nejčastěji vzniká luxace dolní čelisti při předsunutí hlavičky kloubu před tuberculum articulare. Může se objevit jednostranná nebo oboustranná. K luxaci dojde při násilném otevření úst. Při repozici lékař uplatňuje Hippokratův hmat. Nejčastějšími úrazy bývají zlomeniny dolní čelisti a její dentice. Je způsobena přímým násilím. (Žvák 2006) Dolní čelist je svým tvarem a uložením nejvíce exponovanou částí obličejového skeletu. Je oslabená přítomností zubů. Nejčastější zlomeniny mandibuly se nacházejí v oblasti špičáků, za stoličkami a v oblasti kloubních výběžků.

Rozlišuje zlomeniny dislokované, nedislokované, otevřené, zavřené apod. Dále je rozdělení podle lokalizace na zlomeniny alveolárního výběžku, ozubené části čelisti, zlomeniny za zubní řadou a v úhlu čelisti, kloubního výběžku a svalového výběžku. Zlomeniny alveolárního výběžku vznikají přímým působením tupého násilí na zuby a alveolární výběžek při otevřených ústech. Dochází k poranění okolních měkkých tkání. Zlomeniny v ozubené části čelisti se vyskytují v oblasti špičáků.

Zlomenina vzniká působením tupého násilí na bradovou část, nebo nepřímou na protilehlý úhel mandibuly. Dalším predilekčním místem pro vznik zlomenin je oblast třetí stoličky a střední čára čelisti. Zlomeniny mandibuly za zubní řadou a v úhlu vznikají působením přímého mechanismu. Zlomenina kloubního výběžku patří mezi nejčastější zlomeniny, kdy bývají s dislokací hlavičky. Zlomeniny svalového výběžku jsou méně časté. (Hirt 2011)

Klinickými příznaky jsou výrazný otok a hematoma měkkých tkání, především dominuje porucha okluze. S touto souvisí i patologická pohyblivost čelistí. Polykací potíže se mohou objevit kvůli narůstajícímu edému. RTG vyšetření rozliší typ zlomeniny, dislokaci a charakter zlomeniny. Zlomené fragmenty lze stabilizovat osteosyntézou pomocí minidlažky nebo mezičelistní fixací. (Hoch 2011) U zlomenin čelistí je možné pozorovat poškození CNS, kdy se mohou objevit různé stupně komocí. Vážným příznakem poškození spodiny lebky je vytékání mozkomíšního moku s krví. (Klepáček 2008).

1.2.3 Poranění střední obličejové etáže

Střední obličejová etáž je kaudálně v okluzní rovině zubů a kraniálně dolním okrajem nadočnicových oblouků. Patří sem zlomeniny zygomaticofaciálního komplexu, izolované zlomeniny nosu, tzv. hydraulické zlomeniny očnice a zlomeniny typu Le Fort. Mezi zlomeniny střední obličejové etáže se řadí i izolované zlomeniny nosních kůstek. (Žvák 2006) Francouzský anatom René Le Fort rozdělil zlomeniny této oblasti na 3 základní typy. Později byl přidán typ IV.

Typ I - Dolní subzygomatická zlomenina prochází od dolního okraje apertura piriformis. Dále pokračuje nad kořeny zubů horní čelisti přední stěnou a po spodině čelistní dutiny, přes kristu zygomaticoalveolární až na tuber maxillae. Pokud dojde k oboustranné zlomenině, patro alveolárního výběžku horní čelisti se odlomí od ostatní kostry střední obličejové etáže. Nejčastější se tak stává v důsledku působení přímého násilí zepředu nebo šikmo ze strany při dopravních nehodách. Dislokované zlomeniny se fixují miniploténkami nebo závěsy dle Adamse za spánkové výběžky lícní kosti. (Hoch 2011)

Typ II - Horní subzygomatická zlomenina probíhá horizontálně přes nosní kůstky, frontální výběžek horní čelisti, spodinu očnice, foramen infraorbitale a odtud přes tuber a kristu zygomaticoalveolární až ke křídlovým výběžkům kosti klínové. Celá centrální část včetně nosu je uvolněna. Někdy může dojít i k rozšíření lomné linie na lamina cribrosa. Pacient může udávat poruchou čichu a stav může být komplikován výtokem mozkomíšního moku. K fixaci se opět využívá miniplotének, nebo se přiloží dentální dlahy na horní a dolní zubní oblouk a uvolněný blok se fixuje Adamsovými závěsy za jařmový oblouk nebo za laterální okraj očnice až na dobu 4 týdnů.

Typ III - Suprazygomatická zlomenina. Linii lomu najdeme od nosních kůstek, přes frontální výběžky horní čelisti do obou orbit, přes fisura orbitalis inferior do fossa sphenopalatina až ke křídlovým výběžkům kosti klínové nebo přes ně. Zygomaticofrontální šev bývá uvolněn a v místě zygomaticotemporální fisury bývá lícní oblouk. Celá obličejová etáž je odtržena od báze lební dorzálně a kaudálně. Likvorea nebývá výjimkou. Léčení je podobné jako u typu Le Fort II. Závěsy dle

Adamse se musí použít vysoké a upevňují se k pevné části čelní kosti nad zygomaticofrontální suturu.

Typ IV - Suprazygomatická zlomenina není až tak častá. Postihuje oblast etmoidů kolem crista Galli, kdy lomná linie neprobíhá pouze dnem přední jámy, ale i přes čelní kost. Tato zlomenina může být i tříštivá. Dislokované zlomeniny se reponují operačně. Pokud nedojde k zaklínění úlomků, lze fixaci provést pomocí miniplotének. (Žvák 2006)

Mezi zlomeniny střední obličejové etáže se řadí i izolované *zlomeniny nosních kůstek*. Ty jsou častými zlomeninami obličejového skeletu. Vznikají působením přímého násilí na kořen nosu a přilehlé části. Bývá postižen frontální sinus, mediální stěny očnice, čelní výběžky horní čelisti. Při takovéto zlomenině dominuje otok nosu, hematom a spontánní i palpační bolestivost. (Dostálová 2008)

Dále sem patří *zlomeniny stěn očnice*. Zevní stěna očnice je nejsilnější, spodina očnice je tvořena jen tenkou lamelou a mediální stěna očnice je nejtenčí kostí těla. Vždy je potřeba vyloučit poranění bulbu a jiných intraorbitálních struktur. Léčba není potřeba u nedislokovaných zlomenin horního okraje očnice a přední stěny čelní dutiny. Zvláštní typ představuje retromarginální zlomenina spodiny očnice. Někde se můžeme dočíst také hydraulická zlomenina nebo „blow-out fracture“. Zlomenina blow-out je výsledkem hydraulického působení přímé síly na stěny očnice přes oční bulbus. Také se jim někdy říká zlomenina tenisového míčku, sněhové koule, popřípadě retromarginální zlomenina. (Hirt 2011) Většinou se jedná o spodinu očnice, kde je kost nejslabší. Může jít ale i o oblast mediální stěny orbity, nebo o laterální stěny čichových sklípků. Část obsahu očnice může připomínat kapku zavěšenou ve stropu čelistní dutiny, která může být jedinou známkou této fraktury. Samotná zlomenina se na rentgenovém snímku pozná jen těžko. A přítomnost vzduchu v orbitě na prostém RTG snímku je nepřímou známkou zlomeniny orbity. V tomto případě mluvíme o tzv. příznaku černého obočí. (Hoch 2011)

1.2.4 Poranění horní obličejové etáže

Horní obličejová etáž se nachází kaudálně nad dolním okrajem nadočnicových oblouků a kraniálně přechází v neurokranium. Patří sem poranění frontálních a etmoidálních sinů. (Žvák 2006) Problematika zlomenin horní části je podobná jako u zlomenin klenby lební. Do poranění dolní části patří, nejčastěji zlomeniny v oblasti fronto – nazo – etmoidální a čelní dutiny, které postihují centrální část horní třetiny obličeje. Jedná se o nejslabší místo báze lební. Zlomeniny vznikají přímým násilím na oblast dolního okraje čela a kořene nosu, popřípadě na oblast vnitřního koutku oka zepředu. Čelní dutina se nachází mezi přední a zadní lamelou kosti čelní. Zlomeniny nejčastěji postihují přední stěnu, méně často přední i zadní stěnu a bývají doprovázeny poraněním měkkých tkání.

Frontobazální poranění se nachází v oblasti čela a báze lební. Lomné linie postihují strop dutiny nosní a čichové sklípky, zadní stěnu čelní dutiny, oblast tureckého sedla a dochází k protržení tvrdé pleny či sliznice paranazálních a nosních dutin. Nejdůležitějšími příznaky jsou likvorea, pneumocephalus a porucha čichu. Je zde velké riziko přestupu infekce z dutiny nosní do dutiny lební. (Hirt 2011)

1.3 Příčiny poranění

Mezi nejčastější příčiny poranění obličeje patří fyzické konflikty mezi lidmi, a jelikož mají trestně právní dopad, tak patří do skupiny kriminálních úrazů. Další jsou úrazy vzniklé při dopravních nehodách všeho druhu, které patří do skupiny dopravních úrazů. S přibývajícím rychlou jízdou a častými nehodami osobních a nákladních aut vznikají sdružená poranění a polytraumata. Hodně se na charakteru úrazu podílí i bezpečností pomůcky (dětské autosedačky, bezpečnostní pásy, airbagy, opěrky hlavy) a odráží se na tom i dnešní způsob života, jako je užívání alkoholu, drog, kouření, léků (psychomimetika), nedostatek spánku a syndrom z vyčerpání. Třetí skupina jsou domácí úrazy. Jedná se o traumata, která mohou vzniknout v domácnosti důsledkem pádu ze schodů, uklouznutí a neznalosti řemeslnických prací. Sportovní úrazy vznikají čím dál častěji např. při kolektivních sportech (fotbal, hokej), kdy dochází ke střetu hráčů a také při tzv. adrenalinových sportech (bungee jumping, paraglaiding, rogalo, horolezectví,

potápění, akrobace na lyžích, snowboardu a skateboardu). Úrazy u dětí bývají často zapříčiněny jízdou na kole, kolečkových bruslích či skateboardu, kdy v mnoha případech nemají osobní ochranné pomůcky (helma, chrániče na lokty, kolena, rukavice). Pracovní úrazy často vzniknou zanedbáním předpisů o bezpečnosti práce, nepozorností a také nešťastnou náhodou. Iatrogenní příčiny poranění vznikají neúmyslně při ošetřování lékařem. (Mazánek 2007)

1.4 Vyšetřovací metody

Vyšetření závisí na rozsahu zranění a zdravotním stavu nemocného, pokud je při vědomí nebo v bezvědomí. Při těžkém poranění obličeje s bezvědomím je důležité zajistit správnou polohu a sledovat vitální funkce. Teprve potom, co je zajištěna poloha a správné vitální funkce, tak se zajímáme o příčinu poranění a další informace s ním spojené. Vyšetřovací metody se skládají z anamnézy, celkového vyšetření, zevního vyšetření, vyšetření dutiny ústní a skiagrafického vyšetření.

Anamnézu získáváme na základě zdravotního stavu zraněného. Bud přímo od nemocného, nebo pokud je v bezvědomí, tak od osoby, která byla v místě nehody. Zajímá nás jméno, příjmení, datum narození, bydliště, povolání, pojišťovna a adresa a telefonní číslo příbuzných. V osobní anamnéze pátráme po nemocích, které mohly ovlivnit úraz (epilepsie, astmatické záchvaty). Zajímají nás úrazy z minulosti, prodělané operace, užívané léky a alergie. Do chorobopisu se zapisují všechny informace týkající se úrazu jako např. čas, místo, jak k němu došlo, stav vědomí, poloha zraněného, nevolnost, zvracení a možné krevní ztráty. Zvýšenou pozornost je třeba dávat při pracovních, dopravních a kriminálních úrazech, kdy je lékař povinen odebrat krev k toxikologickému vyšetření na zjištění alkoholu a psychotropních látek.

Při *celkovém vyšetření* lékař vyšetřuje pacienta po celém těle a bez oblečení. Měříme fyziologické funkce, kontrolujeme a sledujeme rány, otoky, krvácení, hematomy, zlomeniny a zhodnotíme stádium šoku. Při slabém krvácení zajistíme tamponádu a při silnějším je zapotřebí chirurgický výkon. Emfyzém se projevuje zduřením tkání, kdy při pohmatu pocítujeme třaskání a dochází k němu při poranění obličejové etáže.

Zevní vyšetření provádí lékař pohledem a pohmatem, kdy sleduje změny v obličejové části. Poranění obličeje doprovází otoky, hematomy, krvácení, deformace a porucha zraku. Při poranění nervového systému sledujeme stav vědomí, nauzeu, zvracení a poruchy zrakových nervů. Pokud je zlomená očníce, tak hlavním příznakem je dvojité vidění a při poranění slzododného systému zas nadměrné slzení. Pohmatem lékař zjišťuje stav podkoží, případné zlomeniny a kostní úlomky. Nejprve vyhmatává oblast čelní, spánkové kosti a očníce. Při zjištění funkce kloubů čelisti zavádí lékař malíčky do zvukovodů, při čemž pacient otevírá a zavírá ústa. Při vyšetřování poraněných po dopravních nehodách se zjišťuje funkce airbagu a zapnuté bezpečnostní pásy.

Při *vyšetření dutiny ústní* lékař sleduje poranění jazyka, rtů, zubů, měkkého a tvrdého patra. Musí se odstranit z dutiny ústní všechny sekret nebo cizí tělesa. V oblasti ústní předsíně pohmatem zjišťuje deformity i bolestivost. (Mazánek 2007) Poranění dolní obličejové etáže se rozpozná podle dislokovaných zlomenin oblouku dolní čelisti. Jedná se o změny kontury čelisti, krepitaci, schodovou deformaci ozubení, poruchu skusu a bolestivost. Při poranění střední obličejové etáže lékař palpuluje extraorálně jařmový oblouk, lícní kosti, skelet nosu a očníci. Posuzuje subkonjunktivální hematom, který vzniká při zlomeninách očníce a báze lebeční. Při tlaku na horní řezáky či bezzubý alveol může docházet „zkracování“ kořene nosu, ale sleduje se i stabilita celé střední obličejové etáže. (Weber 2012) Při poranění horní obličejové etáže lékař zhodnotí hematom a otok, který může svým zasahováním na víčka znemožňovat vyšetření oka.

Skiografie je nenáročné vyšetření, které se provádí po důkladném celkovém vyšetření. Využívá se při něm rentgenové záření, které dokáže zobrazit měkké i tvrdé tkáně lebky. Intraorální snímky se pořizují u poranění zubů a zlomenin čelistních výběžků. Z extraorálního zobrazení se pak zhotovují 3 druhy snímků (zadopřední, poloaxiální, boční). Poloaxiální snímek lékaři ukáže střední obličejovou část, nosní dutiny, čelní oblast, oční dutiny, kostru nosu, oblouky kosti jařmové a první i druhý krční obratel. Zadopřední snímek zobrazí horní a dolní obličejovou část, linie lebečních kostí i dolní čelist. Boční snímek zobrazuje kost nosní, čelní sinus, dutiny čelistí nebo krční páteř. Zlomeniny obličejové části musí být zhotoveny ve dvou na sebe kolmých

projekcích. Ortopantomograf se provádí u zlomenin kostry obličeje a zajistí snímek z oblasti obou čelistí, dutin nosu, brady, zubů, dolního okraje očníce a kloubních výběžků. Pomocí výpočetní tomografie lékař diagnostikuje poranění mozku a očníce. Tato vyšetření je třeba zajistit co nejrychleji, aby se zjistil druh poranění a zamezilo komplikacím. (Mazánek 2007)

1.5 První pomoc u poranění obličeje

První pomoc pro lajky znamená okamžité poskytnutí pomoci bez zdravotnických pomůcek a zavoláním na číslo 155 nebo 112. Nutná opatření při poskytování první pomoci u orofaciálního poranění jsou nachýlení hlavy dopředu, vytažení jazyka z úst a provedení Esmarchova hmatu. Dále vyčištění dutiny ústní a orofaryngu, zastavení krvácení a přiložení kompresivního obvazu, zajištění dýchání, ošetření poškozených měkkých tkání pohotovostním obvazem a zajištění stabilizované polohy před transportem. Při nedostatečném kapilárním prokrvení výkonných tkání může vzniknout šok s následkem hypoxie a acidózy, které vedou k těžkým celkovým a metabolickým poruchám. Prevencí šoku je včasné zastavení krvácení, zajištění klidu, tišit bolest a chránit nemocného před prochlazením. Dále se monitorují hodnoty krevního tlaku a tepová frekvence. Při změně jejich hodnot se musí ihned zahájit protišoková terapie. Zásadní význam má včasné zajištění přísunu tekutin žilní cestou, protože při výrazném poklesu krevního tlaku je provedení venepunkce obtížné. (Mazánek 2007)

Při poranění zubů dochází nejčastěji k odlomení části korunky a otevření pulpy, kdy vzniká bodavé krvácení, které poměrně rychle ustává. Subluxovaný zub se musí reponovat do jeho původního postavení a fixuje se k okolním zubům, kdy tím ustane i krvácení. Krvácející zubní lůžko po luxacích stačí ošetřit kompresí s tamponem. (Penka 2014)

Krvácení z ucha, zejména ze zvukovodu, bývá velmi časté u zlomenin spodiny lebeční, kdy poraněného položíme na bok a obvazem překryjeme ucho. U krvácení z jazyka se musí stisknout krční tlakový bod, když krvácejí dásně, tak vložíme do úst tampón.

Při malých řezných ranách můžeme zafixovat mašličkovým obvazem, který stáhne, urychluje hojení rány a nevznikne velká jizva. Pokud je v ráně cizí předmět, tak se ho nesnažíme vyndat a ponecháme ho tam. (Bydžovský 2011) Při pronikajícím poranění oka sterilně kryjeme, volně ležící těleso se pokusíme vypláchnout ophthalmoseptonexem, borovou vodou popřípadě rohem čistého kapesníku nebo everzí očního víčka. Zaklíněná cizí tělesa v oku nikdy neodstraňujeme, oko sterilně kryjeme, v případě větších cizích těles zafixujeme a sterilně kryjeme obě oči. (Kurucová 2012)

První pomoc při krvácení nosu spočívá ve stisknutí měkké části nosu k sobě. Silným tlakem směrem k obličejí stlačujeme stisklé části nosu proti kostem obličejí po dobu 5-10 minut. Postižený by si měl sednout a lehce předklonit hlavu nebo si lehnout se zvednutou hlavou. (Stelzer 2007) Při poranění nosu ledujeme a zajistíme prakový obvaz. (Kurucová 2012)

Popáleniny obličejí jsou vážnější než popáleniny ostatních částí těla. U popálenin druhého stupně se nesmí chladit, aby nedošlo k podchlazení. Přikryjeme popáleninu suchým, nepřilnavým, sterilním obkladem. Při popáleninách třetího stupně není třeba chladit, protože tyto popáleniny nebolí. Opět přikryjeme sterilním obkladem. Proti šoku zvedneme postiženému dolní končetiny a udržujeme nemocného v teple. (Stelzer 2007)

U zlomenin dolní čelisti dochází k mírnému difuznímu krvácení z lomné linie poraněných kapilár spongiózy. Difuzní krvácení většinou spontánně v krátké době může ustát. Definitivním ošetřením zlomeniny díky repozici a fixaci, se zastaví i krvácení z lomných ploch. (Penka 2014)

Zlomenou čelist nenapravujeme ani se nesnažíme vrátit kloub do fyziologického postavení. (Kurucová 2012)

Při transportu mohou zaujímat lehce zraněné osoby v obličejí polohu vsedě s předkloněnou a podepřenou hlavou. Pacienti v bezvědomí, kteří nepotřebují kardiopulmonální resuscitaci a intubaci zaujmají tzv. stabilizovanou polohu, kdy zraněný leží na boku, aby nedošlo k aspiraci a zapadnutí jazyka. (Mazánek 2007)

1.6 Léčba u poranění obličejí

Léčba závisí na druhu a rozsahu poranění obličejí. Při selhání dýchacích cest se provádí kardiopulmonální resuscitace s následnou tracheostomií. Podávají se infuzní

roztoky k doplnění tekutin do organismu. Odebírá se do laboratoře kompletní biochemie, hematologie, moč a astrap. (Mazánek 2007)

Při poranění *měkkých tkání* je důležité zamezit a eliminovat šíření infekce. Spočívá to v dezinfekci rány, odstranění znečištěných i nekrotických tkání a výplachy. Pokud se jedná o hlubší rány, musí lékař provést revizi rány, sešítí a nasadit antibiotika. Sestra následně kontroluje rány a provádí převazy.

V případě *popálenin* obličeje léčba závisí na stupni a rozsahu popálené části. Na I. stupeň popálenin postačí mast, která uklidní začervenalou kůži a analgetika na potlačení bolesti. II. stupeň popálenin patří do rukou chirurga, který odstraní buly a ošetří popálená místa mastným tylem. Rozsáhlé popáleniny typu III. a IV vyžadují léčbu na specializovaných popáleninových centrech.

Omrzliny obličeje se léčí postupným oteplováním postižených tkání a podání vazodilatačních léků, které zlepšují periferní cirkulaci. Chirurgické operace se provádějí až při nekrotázách.

U *poranění oka* se využívá místní nebo celková léčba. Podávají se léky do oka. Léčebná metoda, která se využívá v oftalmologii, je aplikace suchého nebo vlhkého tepla. Při těžkých poraněních lékař provede operaci, při které může být i odstraněno oko a následně nahrazeno oční protézou.

Při *poranění očnice* může dojít k poškození zrakového nervu. Těžké následky vznikají u zlomenin stěn optického kanálu, kdy se přímo poraní zrakový nerv a hrozí slepota. (Kopecká 2014) Při léčbě hydraulických zlomenin očnice je lékařovým hlavním cílem uvolnit a reponovat vyhrzlé tkáně zpátky do orbity a zrekonstruovat poškozenou spodinu očnice. (Mazánek 2007)

Při *poranění nosu* se nejprve musí zastavit krvácení. Na 15 minut přitlačíme měkké části nosu k sobě a na šíji přiložíme studený obklad. Pokud se nezastaví krvácení, tak stačí podat léky na podporu srážení krve, anebo lékař zajistí přední či zadní tamponádu. Při zlomenině nosu je důležité včas vyhledat lékaře, protože se velmi snadno dají posunout úlomky kostí i chrupavky a vrátit tak na své místo. Zajistí se tak ventilace a správná konfigurace. Při nezaléčených zlomeninách je potřeba vyhledat pomoc plastických chirurgů. (Kopecká 2014)

Poranění jazyka je ohroženo krvácením, proto lékař musí podvázat cévy a uzavřít rány pomocí speciálních stehů. Léčba poraněné slinné žlázy spočívá ve vyříznutí píštěle, kdy se převede do dutiny ústní nebo se úplně zruší sekrece podvázáním žlázy.

Při *poranění zubu* bývá nejčastěji poškozena zubní sklovina, kdy lékař zbrousí poškozené části, nebo je může vyplnit estetickou výplní. U zlomenin korunky, pokud je otevřena dřeňová dutina, se musí provést amputace dřeně (Mazánek 2007)

Při *úrazech čelisti* se zajistí pomocí drátů mezičelistní fixace, která znemožňuje pohyb a příjem potravy. Ošetrovatelská péče se skládá z péče o dutinu ústní a rty poraněného. Odstraňujeme sraženou krev, krusty a rty namažeme mastí nebo vazelínou. Sestra musí neustále sledovat celkový stav nemocného, chování, klid, neklid, křeče a další jeho reakce. Pokud je poranění čelisti spojené s onemocněním mozku nebo páteře, je důležité předcházet vzniku proleženin. (Vurm 2005) Součástí léčby jsou také fyzikální metody, při kterých se využívá aplikace tepla, chladu, elektrického proudu, laseru, magnetoterapie, mechanoterapie, fototerapie. Dochází k tlumení bolesti, působení na cévy i na příčně pruhované svalstvo a ovlivnění metabolismu tkání. (Slezáková 2008)

U *zlomenin čelisti* hraje významnou roli repozice, kdy se úlomky zlomených kostí musí vrátit do anatomického postavení. Lékař musí zajistit dostatek vzájemného kontaktu lomných ploch bez interpozice okolních měkkých tkání. Správná poloha úlomků je důležitá zejména u ozubených čelistí. Fixací se zajistí vzájemné postavení kostních fragmentů a probíhá v nezměněném stavu po celou dobu hojení kosti. Postižená kost musí být pevně znehybněna, aby nedocházelo k nadměrnému pohybu v místě tvořícího se svalku, jinak by mohlo dojít ke vzniku pakloubu. V případě, kdy nelze provést definitivní fixaci, je na místě fixace dočasná, kterou lze ponechat u jednoduchých zlomenin čelisti a poranění zubů i dlouhodobě. Patří sem jednoduché zevní obvazy. Například prakový obvaz a náplastový fixační obvaz. Dále sem patří drátěné vazby, které jsou mezizubní nebo mezičelistní. Nejčastěji bývají zhotovené z nekorodující oceli. (Pafko 2008)

Do mezizubních fixací patří drátěné vazby osmičkové, žebříčkové, Risdonova a Stoutova. Mezičelistními fixacemi jsou Ivyho očková ligatura, Gilmarova, Winterova a

Halmošova drátěná vazba. Fixační dlaha nesmí dráždit ani poškozovat okolní tkáň a závěsný aparát zubů nemocného. K definitivní fixaci kostních úlomků se používá intraorální drátěná dlaha. U bezzubých čelistí se využívají intraorální drátěné dlahy alveolární. Jsou to dlahy typu Ginning, což je kombinace pryskyřicové desky a protézy. (Dostálová 2008) U otevřených zlomenin lékař provádí repozici kostních úlomků, provede se osteosyntéza, rány se zašíjí a vyvedou se drény. Sleduje se vzhled rány a množství odváděné tekutiny v drénech. Při defektních poraněních, kdy bývají velké ztráty tkání, se operace provádějí na specializovaných pracovištích, kde se provádí metody rekonstrukční a plastické chirurgie.

Při zlomeninách dolní čelisti se používají Sauerovy dlahy (*Příloha 2*), které se ponechají po dobu 4 týdnů. Zlomenina Le Fort I. a II. se léčí pomocí dentální dlahy, která se přiloží na zubní oblouky. U zlomenin nosních kostí se provádí v místním nebo celkovém znecitlivění zavřená repozice elevatoriumem nebo pomocí speciálních kleští. Při fixaci u zlomeniny Le Fort II. se provede Adamsův závěs za oblouky kosti jařmové a laterální okraje očnice. Zlomenina Le Fort III. se v celkové anestezii se fixuje pomocí Adamsova závěsu (*Příloha 3*) a přiložením drátěných dentálních dlah. (Mazánek 2007)

1.6.1 Komplikace u poranění obličeje

Komplikace u poranění obličeje dělíme na časné a pozdní. Do časných komplikací patří krvácení, porucha dýchání, poranění centrální nervové soustavy a rozvinutí šoku.

U *krvácení* se může jednat o kapilární, žilní, tepenné, z kostí a z velkých krčních tepen. Nezbytné je včasné zastavení krvácení, aby nehrozilo selhání krevního oběhu, vdechnutí krve a následné zvracení. Krvácení z kapilár je typické pro povrchové rány a oděrky. Takovéto krvácení se dokáže samo zastavit, pokud nemá poraněný problémy se srážlivostí krve. Při poranění dutiny ústní provede lékař tamponádu pomocí sterilního materiálu. Žilní krvácení rozpoznáme podle silnějšího toku např. krvácení z nosu, kdy ošetření bude stejné jako u kapiláry. Při větší krvácivosti může lékař provést elektrokoagulace nebo opich. U krvácení z tepny je nápadná jasně červená vytékající krev. U tepenného krvácení prsty stlačíme tzv. tlakové body. Na obličeji je jich několik, např. arteria facialis, arteria temporalis, arteria alveolaris inferior a arteria lingualis. U krvácení z kostí se provede repozice nebo podvazem a opichem cévy měkké tkáně.

Poranění velkých krčních cév vzniká při pronikajících otevřených zraněních prostupujících až do krku.

Porušené dýchání může způsobit zapadnutí jazyka, ucpání dýchacích cest sraženinou nebo cizím předmětem, stlačení trachey otokem nebo hematodem a vdechnutí krve či zvratků. Důležité je uvolnění a zajištění dýchacích cest pomocí polohy na zádech, pak dále provedeme záklon hlavy a otevření dutiny ústní s předsunutím dolní čelisti. Pokud se dýchání neobnoví, tak musíme provést punkce hrtanu. Tracheostomie je chirurgický výkon, kdy se otevře trachea navenek a provádí se při dušení k zabezpečení dýchacích cest. Tracheostomie je nezbytná u střelných poranění, crush syndromu, komplikovaných zlomenin obličeje a popálenin. (Mazánek 2007)

Při *poranění obličeje s lebkou* je riziko bezvědomí a poškození centrálního nervového systému. Může vzniknout buď přímé poškození CNS, nebo nepřímé v souvislosti s krevními výrony a edémem mozku. Specifická jsou střelná poranění, kdy dojde k masivnímu krvácení, které vede k aspiraci krve. Pokud projde střela přes lebeční kost, tak dochází k přetlaku a puklinám. U plochých kostí se vylamuje ve směru pohybu střely. Pronikající střelná poranění hlavy bývají často smrtelná. (Dobiáš 2013) Bezvědomí u poranění centrální nervové soustavy může mít mnoho příčin. Může to být nedostatek kyslíku v mozku, metabolické poruchy, otravy, epilepsie a traumata. Nejčastějším poraněním je otřes mozku, kdy se objevuje nechutenství, zvracení, bolesti hlavy a doprovází jej krátkodobé bezvědomí. Závažnější je zhmoždění mozku, které je nebezpečnější kvůli dlouhotrvajícímu bezvědomí a riziku krvácení. Šok vzniká neprokrvením kapilár v tkáních až k metabolickému rozvratu a poškození orgánů. Mezi pozdní komplikace patří infekce, osteomyelitida, komplikace plic.

Riziko infekce hrozí hlavně při zlomeninách, které pronikají až do dutiny ústní, kde sídlí velké množství mikroorganismů. Může se objevit flegmóna, zánět kosti až sepse, proto se musí užívat širokospektrá antibiotika. Dalším rizikem pro vznik infekce mohou být zuby s gangrénou v dření. U pokousání zvířetem je důležité očkování proti vzteklině.

Osteomyelitida vzniká infekcí v kosti. Bývá doprovázena hnisavým zánětem, dutinou nebo rozpadem části kosti a jejích úlomků. (Mazánek 2007)

Komplikace plic se objeví 4. až 7. den po poranění. Příčinou u poraněných v bezvědomí bývá vdechnutí infekčního materiálu z horních cest dýchacích. Prevencí jsou preparáty širokospektrých antibiotik a včasné ošetření a zafixování zlomenin. Následky u poranění obličeje bývají jizvy, poškození nervů, ztráta zubů a estetické a psychické poruchy. Jizvy se po zahojení mohou zmírnit masážemi nebo podstoupením plastické operace. (Měšťák 2005)

1.7 Péče o orofaciální oblast

V péči o orofaciální oblast je důležité, aby sestra věnovala zvýšenou péči dutině ústní. Drátěné dlahy znemožní otevírání úst a omezí samočisticí schopnost dutiny ústní. Zbytky potravy pak zůstávají v ústech a vede to ke vzniku infekce a prodlužuje se doba hojení. V prvních dnech pacient sám nezvládne pečovat o svá ústa, proto je důležitá role sestry. Dutina ústní musí být čištěna 3x denně včetně dlah a sliznice. Čištění se provádí pomocí měkkého zubního kartáčku, tamponu nebo pomocí mulu a pinzety. Můžeme použít i speciálně připravené štětičky s citronovou vůní, které jsou určeny pro speciální péči o dutinu ústní. Odstranit se musí tvořící se plak a zbytky potravy. (Nováková 2011)

Vhodné je i vytírání roztokem heřmánku nebo 0,12 % roztokem chlorhexidínu, ale záleží na zvyklosti každého oddělení. (Vurm 2005) Nejprve vyčistíme celou předšní dutinu ústní. Důležité je zvolit správný směr, a to odzadu dopředu. Drátěné dlahy znemožňují přístup, proto je vhodné použít stříkačku nebo spreje. Výplach provádíme vlažnou vodou s malým množstvím dezinfekčního roztoku. Tento postup má výhody v tom, že vyplaví pomocí tlaku snáz nečistoty a stříkačka se snadno dostane do mezery mezi zuby a dlahu. Nesmíme zapomenout na péči o rty, kdy odstraňujeme případné ragády a následně promašťujeme masťou nebo vazelínou. Postupem času se tuto péči pacient naučí a bude si vše vykonávat sám. (Slezáková 2008)

1.7.1 Převazy obličeje

Povinností sestry je sledování operační rány a včasné zjištění krvácení. U lůžka na stolečku by se měla nacházet emitní miska s buničinou. Pokud má pacient mezičelistní fixaci, je důležité mít i štípací kleště pro případné akutní uvolnění fixace. Pokud dojde

k prosáknutí krycího materiálu, musí sestra zvládnout sama výměnu vrchních vrstev obvazu. Při převazu asistuje lékaři. Používá se mastný tyl, sterilní mulové čtverce a náplast. Obklady s borovou vodou se přikládají na rány, aby snížily tvorbu otoků. Je důležité, aby byl obvaz lehký, dobře zafixovaný a snadno vyměnitelný. Tento obvaz se sundá již po několika hodinách po operaci a přechází se na léčení obličejové rány bez sterilního krytí. U zavedených drénů kontrolujeme spojení s drenážním systémem a odváděnou tekutinu, kdy množství zapisujeme do dokumentace. (Čoupková 2010)

1.7.2 Bolest v orofaciální oblasti

Bolest je pro každého nepříjemným emočním a smyslovým zážitkem. Bolest je subjektivním příznakem u poranění a je potřeba pacientovi věřit a nepodceňovat ji. Každý člověk pociťuje a vnímá bolest jinak. Vnímání bolesti závisí na věku, pohlaví, rase nemocného, kulturním a náboženském prostředí, ale také na jeho předchozí zkušenosti s bolestí. (Kolektiv autorů 2006) Rozlišujeme bolest akutní a chronickou. Akutní bolest trvá krátkou dobu, tedy hodiny nebo dny. Má většinou pozitivní význam, protože nás varuje a její odstranění bývá snadné.

Do skupiny akutní bolesti můžeme zařadit bolest po úrazech a operacích. Pokud dojde ke kruté bolesti, může se objevit šokový stav. Je důležité, aby lékař zahájil co nejdříve léčbu pomocí analgetik s krátkodobým účinkem. Chronická bolest bývá diagnostikována, pokud trvá déle než 3 – 6 měsíců. Pacienta velmi obtěžuje, má sklon se zhoršovat. Základními příznaky bývají bolestivé grimasy, zaujímání úlevové polohy a vdychání. Sestra sleduje intenzitu bolesti podle analogové hodnotící škály bolesti VAS. Pacient si určí, jak moc ho poranění bolí, kdy 0 je žádná a 10 silná bolest. U dětí můžeme použít smajlíky a pro zjištění charakteru můžeme použít dotazník MPQ (McGrill Pain Questionnaire), kde je uvedeno 15 druhů bolesti. Zakládáme záznam o kontrole a sledování bolesti. Sestra podává analgetika a sleduje jejich příznivý i nepříznivý účinek. (Prchalová 2005) Bolest v orofaciální oblasti vzniká nejčastěji po stomatologickém nebo stomatochirurgickém výkonu. Nejčastěji se jedná o akutní formu, ale může přejít i do chronické. Bolest je tepavá až bušivá a může být až vystřelujícího charakteru. Při poranění čelistního kloubu je bolest trvalá a tupá, a

objevuje se například při zívání nebo žvýkání. Úleva přichází při podání analgetik a aplikaci chladu. Postupně se může přistupovat k masáží a rehabilitaci. (Rokyta 2009)

1.7.3 Výživa nemocného

Výživa patří mezi základní potřeby člověka, a proto je velmi důležitá při léčbě a měla by být co nejlepší. Těžko se najedí pacienti se zlomeninou čelisti nebo s mezizubní fixací, protože nemohou kousat. U nich je potřeba zvolit stravu měkkou až tekutou. U mezizubní fixace, kdy to není omezení na krátkou dobu, si musí sestra i lékař uvědomit, že běžně podávaná tekutá dieta, která se připravuje v nemocnici, není příliš plnohodnotnou stravou. Pacient po stomatochirurgickém výkonu může při delší hospitalizaci zhubnout až 15 kg. Zhubnutí je u těchto poranění téměř pravidlem. Je nutné doplňovat stravu nutričními doplňky.

Při zlomenině čelisti, kdy je potřeba operační výkon, se musí podávat enterální výživa. Při poranění dutiny ústní se může zavést sonda nebo PEG. (Grofová 2007) Enterální výživa je indikována i z důvodu ohrožení malnutricí. Při enterální výživě je podmínkou zachování funkce trávicího systému. Tekutá výživa se rozděluje do čtyř skupin.

První skupinou je výživa, která se připravuje kuchyňskou technologií. Je založena na principu rozmixování různých potravin a ředí se převařenou vodou. Výhodou je, že se nemusí dodržovat žádná pravidla při přípravě. Musíme pouze dbát na přísné hygienické podmínky. Pokud je výživa podávána do nasogastrické sondy, tak jí musíme každých 30 minut proplachovat převařenou vodou nebo čajem. Druhou skupinou jsou polymerní formule. Podávat je můžeme do žaludku, duodena a jejunu. Jsou připravovány farmaceuticky a chuťově bývají příjemné. Třetí skupinou jsou enterální a oligomerní diety. Výhodou je složení nevyžadující příliš trávení a je prakticky bezsezbytková. Nevýhodou může být průjem, hořká chuť nebo zápach. Většinou se podává do sondy, protože ji pacienti často odmítají. Čtvrtou skupinou jsou orgánově specifické enterální výživy. Jsou nazývané také jako enterální léčebné přípravky, které se mohou využít k cílené léčbě. Jsou určeny pro určitý druh onemocnění. Pokud pacienti trpí často nechutenstvím, je potřeba podávat výživu v intervalech.

Pacienti s mezičelistní fixací v prvních dnech přijímali pouze tekutou stravu. Postupně přehází na tuhou stravu a je důležité, aby přijímaly potravu v malém množství. Nutridrink je nutné podávat jen jako doplněk stravy. Efektivní je, když nápoj je vychlazený a pacient vypije alespoň tři lahvičky za den. Vždy musí proběhnout konzultace s lékařem a nutričním terapeutem na základě vyplněného nutričního screeningu sestrou. Důležité je nezapomenout na pitný režim, pacient by měl vypít alespoň 2 litry tekutin denně. Vhodné je pít neslazené minerální vody, čaje, ovocné šťávy a ředěné džusy. (Onderková 2008)

1.7.4 Rehabilitace orofaciální oblasti

Na rehabilitaci orofaciální oblasti spolupracuje fyzioterapeut, logoped a ergoterapeut. Záleží na druhu poranění a na jeho rozsahu. Do této terapie se řadí i procvičování hlavových kloubů, mobilita krční páteře a pasivní pohyby mimického svalstva. Rehabilitační terapeuti využívají metody intraorální taktilní stimulace, masáže dásní, pasivní pohyby horní a dolní čelisti nebo termickou stimulaci. Velkým nebezpečím pro rehabilitační pracovníky je kousací reflex a negativní reakce pacienta. Při práci v ústech je důležité použít rukavice a pomůcky jako jsou štětičky nebo kartáček. Pokud provádíme stimulaci v dutině ústní, musíme respektovat pacientova přání a pocity, protože může velmi snadno dojít k dávivému reflexu. Dochází ke zvýšené citlivosti, zlepšuje se činnost svalů, příjem potravy a artikulace. (Gangale 2004)

Akupresurní masáž se provádí pro zmírnění bolesti čelistí, kdy zvyšuje její rozsah a také pomáhá při léčbě tempomandibulárního kloubu a při poruchách artikulace. Myofasciální uvolnění je důležité při poranění v okolí úst, hlavy a krku. Má příznivý vliv na správné držení hlavy, snižuje bolest a zlepšuje funkci svalů. U pacienta s problémy v orofaciální oblasti je důležité se zaměřit na léčbu spodní části zad. Při nesouladu této oblasti vznikají komplikace. Pro posílení obličejového svalstva po úrazech čelisti je vhodné protahování tváří a rtů, posílení a masáž vnitřní a vnější strany tváří. (Morales 2006)

Při procvičování tempomandibulárního kloubu je důležité dosažení úplného rozsahu pohybu. Souvisí s tím poloha rtů, pohyb jazyka a prostorové uspořádání dutiny ústní. Pokud má pacient kloub zatuhlý a je omezená hybnost, mohou pomoci masáže, teplé

obklady nebo poklep. K protažení mohou dopomoci i nenápadné činnosti, jako je zívání a dechová cvičení. Biofeedback se využívá k volní orálně-motorické funkci. Jedná se o přiložení elektrod na svaly v okolí tempomandibulárního kloubu. Pokud pacient slyší časté pípání, má správně uvolněné svaly.

Kousací klín se může využít k otevření úst a posílení čelistí. Ke zvýšení pohybu čelistí se využívají stále větší klíny. Místo klínu můžeme využít špátly, korek, srolovanou gázu, žvýkáckou trubičku nebo i pacientovy prsty. Klín si pacient vkládá do úst na 15 sekund a může přidat i druhý klín a opět ponechá po stejnou dobu. Je důležité, abychom pacienta edukovaly o správném a pravidelném dýchání. Cílem je protažení čelistí, nikoli přepínání. (Kolář 2009)

1.8 Komunikace

Každý zdravotnický pracovník, který chce být profesionálně úspěšný, by měl umět komunikovat s pacientem, doprovodem, rodiči, seniory atd. Důležité je umění naslouchání a pozorování jednání pacienta při ošetřování. Sestra i lékař musí dbát na správné oslovování, mít zájem o pacienta a respektovat jeho přání. Hlavním cílem komunikačního procesu je uklidnění pacienta a ujištění, že ošetření nebude bolestivé. (Vurm 2005)

Komunikaci dělíme na verbální a neverbální. Při verbální komunikaci používáme slova, přičemž si u mluvícího všímáme jeho tónu hlasu, rychlosti a melodie. Při neverbální komunikaci se využívá řeč těla. Při rozhovoru sledujeme celkový postoj a držení těla, dále pak výraz v tváři, mimiku, gestikulaci rukama a práci s očima. Při komunikaci je velmi důležitý celkový vzhled jedince. Poruchy v komunikaci nastávají s pacientem, pokud má bolest. Jeho pozornost se neustále zaměřuje na místo, kde ho to bolí, zda se to zlepšilo a jaké dostane léky. (Linhartová 2007)

V intenzivní péči, kdy je pacient ohrožen poruchou vědomí či kognitivní poruchou je velmi důležitá komunikace s rodinou. (Ptáček 2011)

Při rozhovoru by mělo být dostatek času, klid a soukromí. Podat dostatek informací dle svých kompetencí. Sestra by měla umožnit také pacientovi dostatek času při komunikaci s rodinou a reagovat pozitivně na veškeré jejich dotazy. U pacienta s poraněním čelistí a s mezičelistní fixací, kdy nemůže otevírat ústa, je komunikace

omezena na delší dobu a sestra by měla být trpělivá a snažit se s pacientem dorozumět jak jen to jde. Může se vyžít tužka a papír. (Venglářová 2006)

U pacientů, kteří nejsou schopni komunikace, si musíme všimnout rytmu dýchání, mrknutí očí či jiného pohybu. Jednou z významných neverbálních akcí je dotek, který je důležitý pro vytváření dobrých vzájemných vztahů a důvěry. (Friedlová 2007) Lékař netráví s pacientem tolik času jako sestra, která hraje v komunikaci klíčovou roli. Pacient chová k sestře větší důvěru, více se jí svěřuje a ona mu může lépe pomoci po psychické stránce. (Venglářová 2006)

Pravidly komunikace s pacientem, který má postižený zrak je popisování, co a jak děláme, postavení a funkční zařazení. Informujeme předem o bolestivém nebo nepříjemném zákroku a současně vysvětlujeme. Dále vytvoříme akustické prostředí a nepohybujeme se tiše po místnosti. Hlavní je odstranit překážky a bariéry. Nevhodná komunikace je při zvukové kulise, jako je rádio či televize. (Friedlová 2007)

Pokud není pacientova řeč srozumitelná tak ho upozorníme, že mu někdy špatně rozumíme. Základním faktorem je mluvit nahlas. Při komunikaci s pacientem, který má postižený sluch je důležitý oční kontakt, aby mohl odezírat. Při komunikaci se ujistěte, zda pacient vidí váš obličej a hned na začátku uveďte jméno a profesi. Nezapomeňte pacienta přivzvat ke všem rozhovorům, které se ho týkají. Pokud není nemocný schopen očního kontaktu, gestikulace nebo slovní odpovědi je důležité na něho mluvit. Můžeme zavést systém pomocí odpovědi ano/ne prostřednictvím stisku ruky nebo pohledu očí. V případech, kdy je hlas neslyšný nebo písmo nečitelné, může se nám hodit obrázková nebo psaná komunikační tabulka. Pacient ukazuje na určitý obrázek, slovo nebo větu. K dostání jsou komerční komunikační tabulky s hlasovým výstupem. Pro lepší komunikaci můžeme praktikovat protahování tváří a rtů, kdy tlačíme prsty směrem nahoru proti hřbetu lícní kosti. (Gargale 2004)

Edukace by měla být součástí léčby a ošetřování. Aby edukační proces proběhl tak, jak má, je důležité umění komunikace. Sestra nebo lékař v pozici edukátora, musí pozorováním a rozhovorem zjistit vzdělání, dovednosti, návyky či názory edukanta (pacient). Je nutné systematické opakování a nacvičování, aby si pacienti uchovali v hlavě co nejvíce informací.

Při edukaci je nutné dodržovat všech pět fází. (Juřeníková 2010) Velkou roli v komunikaci hraje empatie, což je schopnost, která sestře umožňuje vnímat vnitřní pocity, potřeby pacienta a situaci vidět jeho očima. Empatická sestra dokáže poskytnout pacientovi pocit bezpečí a jistoty. Sestry, které dokážou účinně komunikovat tak, se stávají účinnými iniciátorkami v upevnění zdraví a vytváří důvěrný vztah s pacientem a jeho rodinou, a tím předchází právním problémům, které mohou vzniknout v ošetrovatelské péči. (Plevová 2011)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit problematiku ošetrovatelské péče u pacienta s poraněním obličeje.

Cíl 2: Zmapovat specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poraněním obličeje.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poraněním obličeje?

Výzkumná otázka 2: Jaká je problematika ošetrovatelské péče o pacienty s poraněním obličeje?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Ve výzkumné části bylo využito kvalitativního šetření. Rozhovor, který byl polostrukturovaný, který se skládal ze 17 připravených otázek. (*Příloha 4*) Otázky vznikly na základě prostudované odborné literatury a na podkladě teoretické části. Rozhovor byl anonymní a s možností odmítnutí. Poskytnutí rozhovoru bylo pro sestry anonymní a dobrovolné. Začátek rozhovoru byl zaměřen na délku praxe sester na daném oddělení. Otázky v další části rozhovoru se týkaly druhů poranění obličeje, následovaly otázky ke zjištění specifík ošetrovatelské péče o pacienty s poraněním obličeje a poslední část rozhovoru se zaměřovala na informace před propuštěním. Během rozhovoru byly položeny i podotázky, které doplňovaly dané otázky. Veškeré rozhovory byly na přání dotazovaných zdravotních sester zaznamenávány písemně na papír. Z rozhovorů se sestrami byly vyhotoveny písemné záznamy, které tvoří základ pro výzkumné šetření, z nichž vychází kategorizace dat. Výzkumné šetření probíhalo v dubnu 2014.

3.2 Analýza rozhovorů se sestrami

Při analýze rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování, kdy každé z deseti sester bylo přiděleno číslo od jedné do deseti. Technikou „*vyložení karet*“ byla data rozdělena do šesti kategorií – skladba pacientů, péče o poranění nosu, péče o dutinu ústní u pacienta s poraněnou čelistí, komunikační problémy, rehabilitace u pacienta s poraněním obličeje, informovanost pacienta před propuštěním. První kategorie skladba pacientů byla rozšířena o pět podkategorií - péče o pacienta s poraněním oka, zygomatického komplexu, po stomatochirurgických výkonech, popáleniny a devastující poranění obličeje. Kategorie péče o dutinu ústní byla rozšířena o tři podkategorie – speciální výplachy, první převaz a výživa. Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou popsány s doplněním citací z rozhovoru všeobecných sester.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor je tvořen 10 všeobecnými sestrami, které pracují v Nemocnici České Budějovice a.s., jež pečují o pacienty s poraněním obličeje. Jednotlivým respondentkám bylo přiřazeno označení (S1) až (S10). Rozhovory probíhaly od 4. dubna do 11. dubna 2014 na traumatologickém oddělení a JIP. Praxe dotazovaných sester byla od 3 do 25 let.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace

4.1.1 Skladba nemocných

Kategorie skladba nemocných mapuje výskyt pacientů s poraněním oka, zygomatického komplexu, po stomatochirurgických výkonech, s popáleninami a devastujícím poraněním obličeje na traumatologickém oddělení a JIP. Proto pro větší přehlednost bylo vytvořeno pět podkategorií: pacienti s poraněním oka, pacienti s poraněním zygomatického komplexu, pacienti po stomatochirurgických výkonech, pacienti s popáleninami a devastujícím poraněním.

Podkategorie – pacienti s poraněním oka

V této podkategorii sestry uváděly, jak často se setkávají s poraněným okem a o jaká poranění se jedná. Všechny sestry se shodly na tom, že na svém oddělení se setkávají s poraněním oka, ale není to tak časté. Nejčastěji to bývají předměty v oku nebo podlitiny v okolí oka po rvačkách. Sestra (S8) uvedla, že častější je poranění očnice. Sestra (S2) tuto otázku ještě více rozvedla, poněvadž poslední hospitalizovaný pacient s poraněním oka pak dále podstoupil enukleaci.

Podkategorie – pacienti s poraněním zygomatického komplexu

Tuto podkategorii jsem rozšířila o ošetrovatelskou péči, která mě v rozhovoru také zajímala. Sestry uváděly, s kterými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkávají. Téměř všechny sestry (S3-S6,S8,S10) se shodly na frakturách zygomatického komplexu. Ostatní sestry (S1-S2,S9) uvedly, že nejčastěji závisí na mechanismu úrazu, ale nejčastější bývá poranění zygomaticko – maxilárního komplexu, Le Ford II. a III. Sestra (S7) se domnívá, že otázka byla špatně položena, jelikož zná jen fraktury. V ošetrovatelské péči se všechny sestry shodly na pravidelných kontrolách a převazech na stomatochirurgii. Na oddělení traumatologie se leduje, kontroluje krvácení a kape do očí dle ordinace lékaře. Sestry (S2,S8-S9) doplnily, že je třeba dále sledovat vědomí, fyziologické funkce, pečovat o dutinu ústní, podávat měkkou stravu, pacient nesmí smrkat, používají se štětičky na vytírání úst, poloha, analgetická léčba, předoperační a pooperační péče.

Podkategorie – pacienti po stomatologickém výkonu

V této podkategorii sestry uváděly, s jakými pacienty po stomatologickém výkonu se setkávají. Všechny sestry se shodly na tom, že se na traumatologickém oddělení a JIP vyskytují pacienti s mezičelistními fixacemi po zlomeninách zygomatického komplexu a čelistí. Sestra (S8) doplnila otázku o ošetrovatelskou péči, kdy je třeba dodržovat zvýšenou hygienu, pooperačně nevyplachovat a zajistit výživu do periferie.

Podkategorie – popáleniny obličeje

Tuto podkategorii jsem rozšířila o ošetrovatelskou péči. Sestry uváděly, jak často se setkávají s popáleninami obličeje a jak je ošetřují. Sestry se shodly na stejné odpovědi, že popáleniny se na jejich oddělení příliš často nevyskytují. Záleží na stupni popálení, kdy ošetřují I. a II. stupeň a vážnější popáleniny se převážejí na Vinohrady. V ošetrovatelské péči sestry uvedly, že je důležité denně převazovat, aplikuje se podpůrná analgetická léčba a antibiotika. Dále se musí dávat pozor na dostatečný pitný režim pacienta, a pokud nemůže přijímat ústy, tak se podávají infuze. Sestra (S2) doplnila, že záleží na stupni popálenin a ordinaci lékaře. Od druhého stupně popálenin nedochází k plošným ztrátám tekutin, přikládá se na popáleniny mastný tyl. Aby se nedráždilo okolí, tak se oplachuje borovou vodou. Sestra (S4) uvedla, že důležitá je spolupráce s plastickými chirurgy, pak dále vlhké hojení. Záleží na vývoji rány a vybavení oddělení. „*Ted' tu máme k ošetření popálenin medovou bázi – aktivum tube.*” (S4) Sestry (S5, S8- S9) se shodly na ošetření dermazinem, což je mastička se stříbrem, která se aplikuje dvakrát denně. Omývá se popálenina obličeje borovou vodou a díky dermazinu se poškozená kůže vyloupává, až na zdravou tkáň. Chlazená borová voda se používá na obklady očí. Důležitý je dostatečný pitný režim pacienta, podávají se léky proti bolesti a sleduje se saturace. „*Nemohu odpovědět, máme tu takové pacienty tak jednou za dva až tři roky.*” (S4) A jedna z dotazovaných sester (S3) dokonce ještě na svém oddělení nezažila popáleninu obličeje.

Podkategorie – devastující poranění obličeje

V této kategorii sestry uváděly, zda se setkávají s devastujícím poraněním obličeje. Sestry se shodly na tom, že devastující poranění obličeje se příliš často nevyskytuje. Sestry (S1, S3-S4) se s takovým pacientem ještě neseťkaly. Jen jedna sestra (S2) se setkala s devastujícím poraněním obličeje a nejčastěji to byly pády z kola. Nejvíce záleží na terénu, do kterého spadnou. Dále to bývají tržná poranění, napadení psem a skalpace obličeje a vlasové části, kdy pacientka měla obrovské otoky v obličeji a byla v péči plastických chirurgů.

4.1.2 Péče o pacienta s poraněním nosu

V této kategorii sestry uváděly, jak ošetřují pacienta s poraněním nosu. Téměř všechny sestry se shodly, že pacient je kontrolován na ORL, nos se leduje a pacient nesmí smrkat. Ostatní sestry doplnily, že na traumatologickém oddělení se kontroluje krvácení u tamponády a podáváme analgetika dle ordinace lékaře. Dále se musí vyměňovat sterilní krytí při prosáknutí, pacient má prakový obvaz, druhý den po operaci se posílá na ORL, eventuálně se kapou nosní kapky dle ordinace lékaře. Pacient by se měl vyvarovat námaze a při krvácení se mohou použít houbičky gelaspon.

4.1.3 Péče o dutinu ústní u pacienta s poraněnou čelistí

V této kategorii sestry uvádějí péči o dutinu ústní u pacienta s poraněnou čelistí. Tato kategorie je rozšířena o podkategorie: speciální výplachy, první převaz a výživa. Sestry se shodly na tom, že důležitá je péče dle ordinace lékaře. Při hygieně je důležité i odsávání přebytečných slin. Ústa se vyplachují, pokud to lékař ordinuje. Při zvracení je důležité použít stomatologické kleště a přestípnout fixaci. K čištění úst se používají měkké kartáčky. Dále se pečuje o rty, tracheostomii, dýchací cesty a leduje se obličej. Dále se aplikuje analgetická a protiedematózní léčba. Pacient musí být poučený, aby měl kleštičky stále u sebe. Sestra (S3) uvedla, že pacient by měl být poučen ze stomatochirurgie. Proplachuje ústa, čítí zuby a má u sebe kleště. „ *Pacient má kleště stále u sebe a na gumičky stačí nůžky kvůli resuscitaci a zvracení.*” (S4) „*Je to složitá*

věc. Dutina ústní se musí vyplachovat, zvenku se používají mezizubní kartáčky a pečuje se o ústa po každém jídle. ” (S5) Sestra (S1) uvedla, že první den se nevyplachují ústa. Používá se odvar z heřmánku, kdy si pacienti vyplachují sami a čistí jemným kartáčkem.

Podkategorie – speciální výplachy

V této podkategorii sestry uváděly speciální výplachy v péči o pacienta s poraněnou čelistí. Sestra (S3) se s žádnými výplachy nesetkala. Jinak se ostatní sestry shodly na výplachích dle ordinace stomatochirurga. Nejčastěji to bývá odvar z heřmánku nebo ředěný peroxid.

Podkategorie – první převaz

V této podkategorii sestry uváděly, jak probíhá první převaz u pacienta s poraněnou čelistí. Sestry se shodly na tom, že stomatochirurgové si sami vyžádají kontrolu i převaz. Pacient se posílá na ambulanci stomatochirurgie nebo lékař přijde k lůžku. Sestra (S9) doplnila, že tracheostomie se ošetřuje a zajišťuje sterilní krytí.

Podkategorie – výživa

V této podkategorii sestry uváděly, jaká je výživa u pacienta s poraněnou čelistí. Téměř všechny sestry se shodly, že výživa zohledňuje poranění dutiny ústní. Mohou tam být stehy, operační rána nebo poranění čelisti. Záleží, co nařídí stomatochirurg. Čistí se kartáčkem a vyplachuje, pokud to lékaři chtějí. Pacient přijímá tekutiny, tekutou stravu a nutridrinky. Zajistí se analgetická léčba a kryoterapie, která zmírní otok. Sestry (S9-S10) uvedly, že záleží na druhu poranění. Výživa pomocí sondy, tekutá strava dle vyjádření specialisty a VAK. „*Po operaci může mít nasogastrickou sondu, do které se dává dieta pomocí tekutin. ” (S7) Sestry (S1,S5-S6,S8) doplnily, že záleží, co je to za poranění. Pacient může používat brčko.*

4.1.4 Komunikační problémy

V této kategorii sestry uváděly komunikační problémy u pacientů s poraněným obličejem. Téměř všechny sestry se shodly, že v pooperační péči, kdy je zavedena dočasně tracheostomie pacient píše na papír. Většinou bývají oteklí, špatně artikulují a huhlají, protože je to bolí. S někým se domluvíte přes fixaci, ale je důležité mít trpělivost. Logoped spolupracuje u poranění mozku nebo při delší hospitalizaci. Sestra

(S5) uvedla, že pacienti jsou schopni dobře komunikovat. Sestra (S7) doplnila, že po pár dnech jsou pacienti neklidní, protože nemohou mluvit a dráždí je tracheostomie. Záleží na sestře, aby věděla, jak má komunikaci provést a byla trpělivá. Pacient mluví jako se stisknutými zuby. Řeší se to trpělivostí, s podivem jim je rozumět docela dobře. Sestra může nabídnout tužku a papír.

4.1.5 Rehabilitace u pacienta s poraněním obličeje

V této kategorii sestry uváděly, jaká je rehabilitace u pacienta s poraněným obličejem. Sestry se shodly na stejné odpovědi, že není žádná specifická rehabilitace. Pacient rehabilituje komplexně dle zdravotního stavu. Musí postupně do sedu a pomalu vstávat. Sestra (S2) doplnila, že musí pacient vstávat a chodit, aby nedošlo ke svalové atrofii a ztuhnutí kloubů. Rehabilitace je v případě poranění nervů. Někdy se spolupracuje s logopedem, ale více s fyzioterapeutem. Sestra (S1) doplnila, že pacienti odchází s mezičelistní fixací a rehabilitace probíhá s čelistním ortopedem. Jinak žádnou jinou rehabilitaci nezažila. Sestra (S8) uvedla, že při poranění nervu facialis pacient cvičí s fyzioterapeutem speciální cviky. Při úrazu polykacího reflexu je důležitá masáž ve formě orofaciální stimulace.

4.1.6 Informovanost pacienta před propuštěním

V této kategorii sestry uváděly, jak informují pacienta před propuštěním. Sestry (S7-S8) uvedly, že pacienty nepropouští, ale překládají na standardní oddělení nebo do jiné nemocnice, tak je to napsané v překladové zprávě. Sestry (S3-S5) uvedly, že od konziliárního doporučení dochází na kontroly, nesmí odejít, pokud nemají kleště, nesmí tvrdou stravu, musí ledovat a nesmrkat. Sestra (S9) doplnila, že propouští jen na reverz, při potížích musí pacient na ambulanci a do tří dnů se hlásit u praktického lékaře. Ostatní sestry (S1-S2,S10) se shodly, že informují dle doporučení stomatochirurga, dále o vhodné stravě, o tom co dělat při zvracení, jak používat stomatologické nůžky a jak pečovat o dutinu ústní hlavně z hygienického hlediska. Nosit kleště a nůžky vždy u sebe, dobrat antibiotika a dodržovat pravidelné kontroly na ORL a stomatochirurgii. Dodržovat dietní opatření, klidový režim. Pacient nesmí mít žádnou fyzickou zátěž a má pracovní neschopnost.

5 Diskuze

V této bakalářské práci byl stanoven hlavní cíl a to zjistit, zda sestry mají dostatek informací v ošetrovatelské péči o pacienty s poraněním obličejového skeletu. Jaká znají specifika ošetrovatelské péče o pacienty s pevnou mezičelistní fixací a zásady, které dodržují při ošetrovatelské péči o tyto pacienty. První výzkumnou otázkou bylo zjistit, specifika ošetrovatelské péče u pacienta s poraněním obličeje. Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče u pacienta s poraněním obličeje. Výzkum byl proveden v první polovině dubna 2014. Výzkumný soubor tvořilo 10 sester pracujících na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Souhlas s výzkumem byl získán od hlavní a vrchní sestry. Začátek rozhovoru jsem zahájila zjištěním délky praxe zdravotních sester. Praxe dotazovaných sester byla od 3 do 25 let. Poté jim byla položena otázka, co si představí pod pojmem poranění obličeje.

První oblast zkoumání byla zaměřena na skladbu nemocných. První otázka byla, jak často se setkávají s pacienty s poraněním oka. Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že sestry se na svém oddělení nesetkávají často s poraněním oka. Častěji bývají hospitalizováni pacienti s poraněním očnice. Následující otázka byla, s jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkávají a jaká je péče o tyto pacienty. Téměř všechny respondentky se shodly na frakturách zygomatického komplexu. Ostatní sestry uvedly, že nejčastější bývá poranění zygomaticko – maxilárního komplexu, Le Ford II. a III. Ošetrovatelská péče se odvíjí na pravidelných kontrolách a převazech na stomatochirurgii. Bylo zjištěno, že na oddělení traumatologie se leduje, kontroluje krvácení a kape do očí dle ordinace lékaře. Dále sestry sledují vědomí, fyziologické funkce, pečují o dutinu ústní, podávají měkkou stravu. Pacient nesmí smrkat, používají se štětičky na vytírání úst, polohování, analgetická léčba, předoperační a pooperační péče.

Další otázka byla zaměřena na to, o jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečují. Podle dotazovaných sester se nejvíce vyskytují na traumatologickém oddělení a JIP pacienti s mezičelistními fixacemi po zlomeninách zygomatického komplexu a čelistí. Sestra (S8) doplnila otázku o ošetrovatelskou péči, kdy je třeba dodržovat zvýšenou hygienu, pooperačně nevyplachovat a zajistit výživu do periferie. V otázce,

jak často se vyskytují popáleniny obličeje, mě zajímala i péče. Pacienti s popáleninami se na traumatologickém oddělení příliš často nevyskytují. Záleží na stupni popálení, kdy ošetřují I. a II. stupeň a vážnější popáleniny se převážejí do Popáleninového centra Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. V ošetrovatelské péči bylo zjištěno, že je důležité denně převazovat, aplikovat podpůrnou analgetickou léčbu a antibiotika. Dále se musí dávat pozor na dostatečný pitný režim pacienta, a pokud nemůže přijímat ústy, tak se podávají infuze. Sestra (S2) doplnila, že záleží na stupni popálenin a ordinaci lékaře. Od druhého stupně popálenin nedochází k plošným ztrátám tekutin, příkládá se na popáleniny mastný tyl. Mazánek 2007 ve své publikaci Traumatologie orofaciální oblasti uvádí, že nejdříve příkládáme obklady z ledového fyziologického roztoku a později se popálené plochy nechávají volné nebo se kryjí sterilní vazelínou. Sestra (S4) uvedla, že spolupracují s plastickými chirurgy, pak dále využívají medovou bázi – aktivum tube. Záleží na vývoji rány a vybavení oddělení. Sestry (S5, S8- S9) se shodly na ošetření dermazinem, což je mastička se stříbrem, která se aplikuje dvakrát denně. Popáleniny obličeje omývají borovou vodou a díky dermazinu se poškozená kůže vyloupává, až na zdravou tkáň. Chlazená borová voda se používá na obklady očí. Důležitý je dostatečný pitný režim pacienta, podávají se léky proti bolesti a sleduje se saturace. Dvě dotazované sestry se s popáleninami obličeje na svém oddělení nesetkaly, což mě velice překvapilo. Poslední otázkou v této oblasti je, zda se sestry setkaly na svém oddělení s devastujícím poraněním obličeje. Devastující poranění obličeje se příliš často na traumatologii nevyskytuje. Sestry (S1, S3-S4) se s takovým pacientem ještě nesetkaly. Bylo zjištěno, že jedna z dotazovaných (S2) se setkala s devastujícím poraněním obličeje a nejčastěji to byly pády z kola. Dále to bývají tržná poranění, napadení psem a jednou skalpace obličeje a vlasové části.

Druhá oblast zkoumání byla zaměřena na péči o pacienta s poraněním nosu. Bylo zjištěno, že pacient je kontrolován na ORL, nos se leduje a pacient nesmí smrkat. Sestry doplnily, že na traumatologickém oddělení se kontroluje krvácení u tamponády a podáváme analgetika dle ordinace lékaře. Dále se musí vyměňovat sterilní krytí, při prosáknutí, pacient má prakový obvaz, druhý den po operaci se posílá na ORL,

eventuelně se kapou nosní kapky dle ordinace lékaře. Pacient by se měl vyvarovat námaze a při krvácení se mohou použít houbičky gelaspon.

Třetí oblastí zkoumání byla péče o dutinu ústní. První otázka se týkala, zda jsou prováděny pacientům speciální výplachy. Sestra (S3) se s žádnými výplachy nesetkala. Jinak se ostatní sestry shodly na výplaších dle ordinace stomatochirurga. Nejčastěji to bývá odvar z heřmánku nebo ředěný peroxid. Autor Vurm (2005) uvádí ve své publikaci, že je i vytírání roztokem heřmánku nebo 0,12 % roztokem chlorhexidínu, ale záleží na zvyklosti každého oddělení. Druhá otázka se týkala prvního převazu. Sestry uvedly, že stomatochirurgové si sami vyžádají kontrolu i převaz. Pacient se posílá na ambulanci stomatochirurgie nebo lékař přijde k lůžku. Sestra (S9) doplnila, že tracheostomie se ošetřuje a zajišťuje sterilní krytí. Tento názor sdílím s kolektivem autorů 2006, kdy povinností sestry je sledování operační rány a včasné zjištění krvácení. U lůžka na stolečku by se měla nacházet emitní miska s buničinou. Pokud má pacient mezičelistní fixaci, tak je důležité mít i štípací kleště pro případné akutní uvolnění fixace. Třetí otázka se týkala výživy. Téměř všechny sestry se shodly, že výživa je ordinována s ohledem na druh poranění dutiny ústní. Mohou tam být stehy, operační rána nebo poranění čelisti. Záleží, co nařídí stomatochirurg. Čistí se kartáčkem a vyplachuje, pokud to lékaři chtějí. Pacient přijímá tekutiny, tekutou stravu a nutridrinky. Zajistí se analgetická léčba a kryoterapie, která zmírní otok. Sestry (S9-S10) uvedly, že záleží na charakteru poranění. Výživa pomocí nasogastrické sondy, tekutá strava dle vyjádření specialisty a VAK. Ovšem podle mého názoru může nemocný během doby, kdy je potřeba úprava stravy, strádat a může se to projevit v úbytku na jeho váze či v odporu k některým jídlům, 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. Sestry (S5-S10) uvedly, že nemocný po výkonu může mít i zavedenou nasogastrickou sondu, na což upozorňuje i autorka Nováková ve své publikaci (2011). Dále bylo šetřeno, jak je zajištěn příjem stravy pro nemocného s mezičelistní fixací, neboť takovýto nemocný nemá možnost otevírání úst a fyziologického rozmělnění potravy. Sestry uvedly, pokud nemocný není schopen vytvořit v dutině ústní podtlak k nasátí stravy, používají brčko.

Autor Pafko ve své publikaci (2008) uvádí např. skleněnou rourku, která je koncem umístěná za zubní řadu. Ovšem tato pomůcka se mi jeví pro praxi poněkud nevhodná, protože sklo je velmi křehké, lehce se rozbije a mohlo by nemocného v dutině ústní poranit. Sestry (S5-S10) se zmínily ve výzkumném šetření o stravování nemocného pomocí nasogastrické sondy formou tekuté diety. 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. Získanými informacemi v prvních třech oblastech byla zodpovězena první výzkumná otázka: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poraněním obličeje.

Čtvrtou oblastí zkoumání byly komunikační problémy. V této kategorii sestry uváděly komunikační problémy u pacientů s poraněným obličejem. Bylo zjištěno, že v pooperační péči, kdy je zavedena dočasně tracheostomie, pacient píše na papír. Většinou pacienti bývají oteklí, špatně artikulují a huhlají, protože je to bolí. S někým se domluvíte přes fixaci, ale je důležité mít trpělivost. Logoped spolupracuje u poranění mozku nebo při delší hospitalizaci. Sestra (S5) uvedla, že pacienti jsou schopni dobře komunikovat. Sestra (S7) doplnila, že po pár dnech jsou pacienti neklidní, protože nemohou mluvit a dráždí je tracheostomie. Dle mého názoru záleží na sestře, aby věděla, jak má komunikaci provést a být trpělivá. Pacient mluví jako se stisknutými zuby. Sestra by měla nabídnout tužku a papír. Sestry se shodují s autorem Vurmlem (2005), kdy hlavním cílem komunikačního procesu je uklidnění pacienta a ujištění, že ošetření nebude bolestivé. Dále se sestry shodly s autorkou Linhartovou (2007), kdy poruchy v komunikaci nastávají s pacientem, pokud má bolest. Podle mého názoru se pacientova pozornost neustále zaměřuje na místo, kde ho to bolí, zda se to zlepšilo a jaké dostane léky. Proto si myslím, že komunikace je v této péči nejdůležitější. Tímto respondentky dodržují správnou komunikaci s pacienty a shodly se i s autory. Těmito informacemi byla zodpovězena druhá výzkumná otázka: Jaká je problematika ošetrovatelské péče o pacienty s poraněním obličeje.

Pátou oblastí zkoumání byla rehabilitace. V této kategorii sestry uváděly, jaká je rehabilitace u pacienta s poraněným obličejem. Sestry se shodly na stejné odpovědi, že

není žádná specifická rehabilitace. Pacient rehabilituje komplexně dle zdravotního stavu. Musí postupně do sedu a pomalu vstávat. Sestra (S2) doplnila, že musí pacient vstávat a chodit, aby nedošlo ke svalové atrofii a ztuhnutí kloubů. Rehabilitace je v případě poranění nervů. Někdy se spolupracuje s logopedem, ale více s fyzioterapeutem. Sestra (S1) doplnila, že pacienti odchází s mezičelistní fixací a rehabilitace probíhá s čelistním ortopedem. Jinak žádnou jinou rehabilitaci nezažila. Sestra (S8) uvedla, že při poranění nervu facialis pacient cvičí s fyzioterapeutem speciální cviky. Při úrazu polykacího reflexu je důležitá masáž ve formě orofaciální stimulace. S těmito získanými informacemi se sestry neshodují s autorem Gargale (2008), který ve své publikaci uvádí, že do rehabilitace řadí i procvičování hlavových kloubů, mobilitu krční páteře a pasivní pohyby mimického svalstva. Rehabilitační terapeuti využívají metody intraorální taktilní stimulace, masáže dásní, pasivní pohyby horní a dolní čelisti nebo termickou stimulaci. Těmito získanými informacemi sestry neprovádějí rehabilitaci s pomocí fyzioterapeutů, ale pacient rehabilituje komplexně dle zdravotního stavu.

Šestou oblastí byla zkoumána informovanost pacienta před propuštěním, neboť je velmi důležité, aby pacient měl po odchodu domu dostatek informací. V této kategorii sestry uváděly, jak informují pacienta před propuštěním. Sestry z JIP (S7-S8) uvedly, že pacienty nepropouští, ale překládají na standardní oddělení nebo do jiné nemocnice, tak je to napsané v překladové zprávě. Sestry (S3-S5) uvedly, že od konziliárního doporučení dochází na kontroly, nesmí odejít, pokud nemají kleště, nesmí jíst tvrdou stravu, musí ledovat a nesmrkat. Sestra (S9) doplnila, že propouští jen na reverz, při potížích musí pacient na ambulanci a do tří dnů se hlásit u praktického lékaře. Bylo zjištěno, že sestry informují pacienta dle doporučení stomatochirurga, dále o vhodné stravě, o tom co dělat při zvracení, jak používat stomatologické nůžky a jak pečovat o hygienu dutiny ústní. Nosit kleště a nůžky vždy u sebe, dobrat antibiotika a dodržovat pravidelné kontroly na ORL a stomatochirurgii. Dodržovat dietní opatření, klidový režim. Pacient nesmí vykonávat fyzickou zátěž a má pracovní neschopnost. Dotazované sestry se shodly s autorkou Novákovou (2011), která hovoří ve své publikaci o zákazu užívání 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. Sestry informují pacienta dle doporučení lékaře a pacient dochází na pravidelné kontroly na ORL a stomatochirurgii. Těmito informacemi sestry dodržují zásady edukace dle Juřeníkové, tak jak je popsala ve své publikaci (2010).

6 Závěr

Záměrem této bakalářské práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u pacienta s poraněním obličeje. Obličej je důležitý kvůli estetickému vzhledu, dutina ústní dále umožňuje člověku dorozumívat se a díky ní se uspokojují 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 dutiny ústní po jídle. Se zjištěnými výsledky je nutné seznámit co nejširší okruh ošetrovatelského personálu s nadějí, že péče lépe zaměřená na specifika těchto nemocných napomůže ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

K dosažení cíle práce bylo v empirické části využito kvalitativní výzkumné metody. Na počátku našeho výzkumu byl zvolen vzorek deseti zdravotních sester a stanoveny dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientů s poraněním obličeje? Výzkumná otázka 2: Jaká je problematika ošetrovatelské péče o pacienty s poraněním obličeje? Pomocí rozhovorů se sestrami v Nemocnici České Budějovice, a.s. se podařilo obě výzkumné otázky šetřením zodpovědět.

V první výzkumné otázce bylo zjištěno, jaká jsou specifika v ošetrovatelské péči o pacienta s poraněním obličeje. Při rozhovorech pak bylo zjištěno, jaká je skladba nemocných. Sestry uvedly, že pacienti s popáleninami a devastujícím poraněním se na traumatologickém oddělení moc často nevyskytují. V péči o pacienta s poraněním zygomatického komplexu a po stomatochirurgickém výkonu se sestry shodly na kontrolách ve stomatochirurgické ambulanci. Pacient s poraněním nosu je kontrolován na ORL, nos se leduje a pacient nesmí smrkat. Dále na traumatologickém oddělení se kontroluje krvácení u tamponády a podávají se analgetika dle ordinace lékaře. Péče o dutinu ústní je založena na speciálních výplacích, prvním převazu a výživě. Všechny sestry uvedly výplachy z odvaru heřmánku a ředěného peroxidu. Záleží na ordinaci dle stomatochirurga. První převaz probíhá na stomatochirurgii. Výživa je ordinována

s ohledem na druh poranění dutiny ústní. Mohou tam být stehy, operační rána nebo poranění čelisti. Záleží, co nařídí stomatochirurg. Čistí se kartáčkem a vyplachuje, pokud to lékaři chtějí. Pacient přijímá tekutiny, tekutou stravu. Pacient může mít zavedenou i nasogastrickou sondu. Výzkumné šetření dále odhalilo odpovědi na druhou výzkumnou otázku, kde byla zjištěna problematika v péči o pacienty s poraněním obličeje. Sestry došly k názoru, že v pooperační péči může být zavedena dočasně tracheostomie, kdy pacient píše na papír a nemůže komunikovat. Pacienti bývají oteklí, špatně artikulují a pociťují bolest. Proto je důležité mít trpělivost při komunikaci.

Výsledky naší práce budou zpřístupněny studentům oboru Všeobecná sestra, kteří by chtěli více poznat specifika péče o nemocného s poraněním obličeje, 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.

7 Použité zdroje

BYDŽOVSKÝ, Jan. *Předlékařská první pomoc*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 117 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2334-1.

CASTILLO-MORALES, Rodolfo. *Orofaciální regulační terapie: metoda reflexní terapie pro oblast úst a obličeje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 183 s. ISBN 80-7367-105-0.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

DOBIÁŠ, Viliam. *Prednemocničná urgentná medicína*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 381 s. ISBN 978-80-8063-255-7.

DOBIÁŠ, Viliam. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 208 s. ISBN 978-80-247-4571-8.

DOSTÁLOVÁ, Tatjana a Michaela SEYDLOVÁ a kol. *Stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 196 s. ISBN 978-80-247-2700-4.

FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 173 s. ISBN 978-80-246-1491-5.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.

GANGALE, Debra C. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 229 s. ISBN 80-247-0534-6.

GROFOVÁ, Zuzana. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

HIRT, Miroslav a Michal BERAN. *Tupá poranění v soudním lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 185 s. ISBN 978-80-247-4194-9.

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER. *Speciální chirurgie*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. 589 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.

HOLIBKOVÁ, Alžběta a Stanislav LAICHMAN. *Přehled anatomie člověka*. 5. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 140 s. ISBN 978-80-244-2615-0.

- JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KANSKI, Jack, J. a Brad BOWLING. *Clinical Ophthalmology: a Systematic Approach*. 7. vyd. Edinburgh: Elsevier Saunders, 2011. 920 s. ISBN 978-0-7020-4093-1.
- KLEPÁČEK, Ivo, Pavel Petrovický a kol. *Anatomický atlas*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 562 s. ISBN 978-80-7387-131-4.
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOPECKÁ, Katarína a Petr KOPECKÝ. *Zdravie a klinika chorob*. 5. vyd. Martin: Osveta, 2014. 696 s. ISBN 978-80-8063-421-6.
- KUCHYNKA, Pavel. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 768 s. ISBN 978-80-247-1163-8.
- KURUCOVÁ, Andrea. *První pomoc: pracovní sešit pro SZŠ a zdravotnická lycea*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 154 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4582-4.
- Léčba a ošetrovatelská péče u pacientů s bolestí: Hradec Králové 2003-2005*. Editor Eva Prchalová. Hradec Králové: Nadační fond pro léčbu a výzkum plicních a přidružených onemocnění, 2005. 87 s. ISBN 80-239-6053-9.
- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrojící personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MAZÁNEK, Jiří. *Doporučené postupy pro praktické lékaře - poranění v maxilofaciální oblasti*. [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: www.cls.cz/dokumenty2/os/r096.rtf.
- MAZÁNEK, Jiří. *Traumatologie orofaciální oblasti*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. 177 s., 20 s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-1444-8.
- MĚŠŤÁK, Jan, et al. *Úvod do plastické chirurgie*. 1. vydání. Praha : Univerzita Karlova v Praze - Nakladatelství Karolinum, 2005. 125 s. ISBN 80-246-1150-3.
- NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 235 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
- ONDERKOVÁ, Alice. *Ošetrovatelská abeceda*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 116 s. Laická péče. ISBN 978-80-254-2787-3.

PAFKO, Pavel. *Základy speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 385 s. ISBN 9788072624027.

PAZDERA, Jindřich a Oldřich MAREK. *Neodkladné situace ve stomatologii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 135 s. ISBN 80-247-0622-9.

PENKA, Miroslav, Igor PENKA a Jaromír GUMULEC. *Krvácení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 328 s. ISBN 978-80-247-0689-4.

PILNÝ, Jaroslav. *Prevence úrazů pro sportovce: taping : popis zranění, první pomoc, léčba, rehabilitace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 103 s. ISBN 978-80-247-1675-6.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

Sestra a urgentní stavy. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 549 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2548-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 213 s. ISBN 978-80-247-2506-2.

STELZER, Jiří a Lenka CHYTILOVÁ. *První pomoc pro každého*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 115 s. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2144-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 355 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.

VURM, Vladimír. *Ošetrovatelství ve stomatologii*. 1. vyd. Praha: Manus, 2005. 82 s. ISBN 80-86571-08-4.

VYHNÁNEK, František a kol. *Chirurgie II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2007. 188 s. ISBN 978-80-7333-007-1

WEBER, Thomas. *Memorix zubního lékařství*. 2. české vyd. Překlad Magdalena Kořová. Praha: Grada, 2012. 584 s. ISBN 978-80-247-3519-1.

ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. 542 s., [5] s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-2844-5.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Speciální chirurgie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2014. 511 s. ISBN 978-80-7492-128-5.

ZVONÍKOVÁ, Alena, Libuše ČELEDVÁ a Rostislav ČEVELA. *Základy posuzování invalidity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 357 s. ISBN 978-80-247-3535-1.

ŽVÁK, Ivo. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 207 s. ISBN 80-247-1347-0.

8 Klíčová slova

sestra

obličej

poranění

pacient

péče

9 Přílohy

Příloha 1 – Písemný záznam rozhovorů sester

Příloha 2 – Sauerova dlaha

Příloha 3 – Adamsův závěš

Příloha 4 – Otázky k rozhovoru

Příloha 1 – Písemný záznam rozhovorů sester

Rozhovor 1

Sestra 1 (dále S1) pracuje na traumatologickém oddělení stanici A 3 roky a je to zatím její jediná praxe ve zdravotnictví. Práce na tomto oddělení ji moc baví. Sestra byla moc ochotná a usměvavá.

T: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

S1: Pracuju tři roky na traumatologii stanici A. Toto je moje jediná praxe.

T: Co si představíte pod pojmem poranění obličeje?

S1: Představím si zlomeniny očnice, dolní a horní čelisti a pak dále zlomeniny lebky a nosu.

T: Setkaly jste se zde s poraněním oka?

S1: Setkaly.

T: S jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkáváte?

S1: Se zygomaticko – maxilárním komplexem.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním zygomatického komplexu?

S1: Pacient je operován a kontrolován na stomatochirurgii a u nás se provádí klasická ošetrovatelská péče.

T: Jak probíhá výživa u pacienta s poraněnou dutinou ústní?

S1: Záleží, jestli má pacient sdrátovanou pusu, pokud ano, tak se podává tekutá, mletá strava a nutridrinky.

T: O jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečujete?

S1: Pečujeme o pacienty po operacích očnice, zygomaticko – maxilárního komplexu, zlomeniny horní a dolní čelisti a o částečně podlomené lebeční kosti.

T: V čem spočívá péče o dutinu ústní u pacienta s mezičelistní fixací?

S1: První den se nesmí vyplachovat. Používá se odvar z heřmánku. Buď si pacienti vyplachují sami, nebo jim pomůžeme. Dále pak se ústa čistí jemným kartáčkem a je důležité je poučit o kleštičkách a nůžtičkách, aby měli u sebe.

T: Provádějí se speciální výplachy u pacientů s poraněnou čelistí?

S1: Výplachy zajišťují na stomatochirurgii a ORL, kdy u zlomenin nosu jsou tamponády.

T: Jak probíhá první převaz pacienta s poraněnou čelistí?

S1: Probíhá na stomatochirurgii.

T: Jak často se u Vás vyskytují pacienti s popáleninami obličeje?

S1: Záleží podle toho, o jaký se jedná stupeň popálenin. Ošetřujeme I. a II. stupeň popálenin a jinak posíláme do Vinohrad. Zatím jsem na traumatologii nezažila popáleninu obličeje.

T: Jak pečujete o pacienty s popáleninami obličeje?

S1: Vzhledem k tomu, že jsem popáleninu obličeje na traumatologii nezažila, si myslím, že se budou denně provádět převazy, ATB, podpůrná analgetická léčba, dostatečný pitný režim a infuze.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním nosu?

S1: Pacienti s poraněním nosu jsou v péči ORL. Na traumatologii pacientům vyměníme sterilní krytí nebo prakový obvaz, pokud prosakuje. Druhý den po operaci je posíláme na kontrolu.

T: S jakými problémy se setkáváte u pacientů s poraněním obličeje v rámci komunikace?

S1: Nemůžou komunikovat a domlouváme se s nimi tak, že jim dáváme otázky a oni nám na to kývnou.

T: Jak probíhá rehabilitace pacienta s poraněním obličeje?

S1: Od nás pacienti domu odcházejí s mezičelistní fixací a probíhá s čelistním ortopedem.

T: Měly jste zde hospitalizovaného pacienta a devastujícím poraněním obličeje?

S1: Já jsem takového pacienta nezažila, ale kolegyně mi vyprávěly o pacientce, které stroj skalpoval část obličeje.

T: O čem sestra informuje pacienta před propuštěním?

S1: Informujeme o tom, aby pacienti s mezičelistní fixací u sebe nosili kleštičky a nůžky, o dobírání ATB, pravidelných kontrolách na ORL nebo stomatochirurgii, klidovém režimu, tekuté stravě, obkladech a žádné fyzická námaha.

T: Děkuji za rozhovor.

Rozhovor 2

Sestra 2 (dále S2) pracuje na traumatologickém oddělení stanice A 15 let. Praxi vykonává celkem 25 let. Práce na traumatologickém oddělení ji baví, ikdyž je to náročné, tak za nic by ji nevyměnila. Sestra byla milá, ochotná a sdělila mi, že by chtěla být informována o mých výsledcích mého výzkumu.

T: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

S2: Délka mojí praxe je 25 let. Na traumatologii stanici A pracuji 15 let.

T: Co si představíte pod pojmem poranění obličeje?

S2: No přeci poranění obličeje. Může to být spousta poranění např. zlomeniny jařmového oblouku, nadočnicového oblouku, nosu, poranění měkkých tkání, natržené obočí, které hodně krvácí, mimochodem. Dále to může být třeba i natržené ucho. V obličejové části hlavy bych zanesla i skalpaci, která se tu jednou vyskytla. V obličejí může vzniknout velká jizva, když se skalp transplantuje zpátky. Poranění zubů je také součástí obličeje.

T: Setkaly jste se zde s poraněním oka?

S2: Samozřejmě. Poslední pacient o to oko dokonce přišel.

T: S jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkáváte?

S2: Zlomeniny horní a dolní čelisti, zygomaticko – maxilární komplex, poranění orbity, lící kosti a jařmového oblouku.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním zygomatického komplexu?

S2: Pacient je ošetřován na stomatochirurgii, kde je operován. Připravujeme je na operaci, poskytujeme jim analgetickou léčbu a pooperační péči. Důležitá je dobře zvolená dieta a poloha pacienta.

T: Jak probíhá výživa u pacienta s poraněnou dutinou ústní?

S2: Probíhá s ohledem na poranění dutiny ústní. Můžou tam být stehy, operační rána nebo poranění čelistí. Nařizuje ji stomatochirurg. Dutina ústní se čistí kartáčkem, vyplachuje se, nebo taky ne. Zajišťujeme dostatečný příjem tekutin a tekuté stravy. Důležitá je analgetická léčba a kryoterapie, aby došlo ke zmírnění otoku.

T: O jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečujete?

S2: Pacienti po zlomeninách čelistí, orbity a nosu.

T: V čem spočívá péče o dutinu ústní u pacienta s mezičelistní fixací?

S2: Spočívá v hygienické péči, pokud jí stomatochirurg chce. Někdy máme od stomatochirga nařízeno, aby se dutina ústní nečistila ani nevyplachovala. Důležitá je analgetická a protiedematózní léčba. Pokud to pacienta nebolí, tak je ochoten přijímat.

T: Provádějí se speciální výplachy u pacientů s poraněnou čelistí?

S2: Provádějí se výplachy heřmánkem.

T: Jak probíhá první převaz pacienta s poraněnou čelistí?

S2: Převaz probíhá na stomatochirurgii.

T: Jak často se u Vás vyskytují pacienti s popáleninami obličeje?

S2: Příliš často ne, jen určité procento, ale vyskytují se. Více pacientů přijímáme v období, kdy se zatápí do kotlů nebo na silvestra.

T: Jak pečujete o pacienty s popáleninami obličeje?

S2: Záleží na stupni popálení a ordinaci lékaře. Od II. stupně popálenin v obličeji nedochází k plošným ztrátám tekutin. Dáváme na popáleniny mastný tyl. Aby nedocházelo k dráždění oka, nebo okolí, oplacujeme borovou vodou.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním nosu?

S2: Dochází k repozici na ORL. Pečujeme o pacienty po výkonu. Zachováváme 24 hodin tamponádu a pak opět převaz na ORL.

T: S jakými problémy se setkáváte u pacientů s poraněním obličeje v rámci komunikace?

S2: Dochází k problémům s artikulací, kdy dobře rozumí, ale nemohou odpovídat. Záleží na sestře, aby věděla, jak má komunikaci provést a být trpělivá. Pacienti hodně často mluví se stisknutými zuby. Řeší se to trpělivostí, ale s podivem je pacientům rozumět docela dobře. Sestra může pacientovi nabídnout tužku a papír.

T: Jak probíhá rehabilitace pacienta s poraněním obličeje?

S2: Žádná rehabilitace není. Pacient rehabilituje komplexně dle zdravotního stavu. Musí vsávat a chodit, aby nedošlo ke svalové atrofii a ztuhnutí kloubů. Rehabilitace se provádí v případě poranění nervů. Někdy spolupracujeme s logopedem, ale více s fyzioterapeutem.

T: Měli jste zde hospitalizovaného pacienta a devastujícím poraněním obličeje?

S2: Ano měli. Například pacienty po pádech z kola, ale záleží do jakého terénu spadne. Dále jsme tu měli tržná poranění, poranění po napadnutí psem a skalpaci obličeje a vlasové části, kdy pacientka měla obrovsky oteklý obličej a spolupracovali jsme s plastickou chirurgií.

T: O čem sestra informuje pacienta před propuštěním?

S2: Edukujeme o hygienické péči, hlavně jak pečovat o dutinu ústní. Dále informujeme o dodržování dietního opatření, následujících kontrolách na stomatochirurgii a dostatečném odpočinku. Pacienti s mezičelistní fixací mají informace už od operace, že musí u sebe nosit kleště.

T: Děkuji za rozhovor.

Rozhovor 3

Sestra (dále S3) pracuje na traumatologickém oddělení stanice B 4 měsíce. Praxi vykonává celkem 6,5 roku. Práce na traumatologickém oddělení se jí líbí. Sestra byla milá a usměvavá.

T: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

S3: Délka mé praxe je 6,5 let. Na traumatologii stanici B jsem 4 měsíce.

T: Co si představíte pod pojmem poranění obličeje?

S3: Představím si otevřená a zavřená poranění obličeje. Pak dále zlomeniny a kontuze.

T: Setkala jste se zde s poraněním oka?

S3: Setkala.

T: S jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkáváte?

S3: Nečastěji fraktury.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním zygomatického komplexu?

S3: Hlavně ledujeme a posíláme na kontroly na ORL, stomatochirurgii nebo oční.

T: Jak probíhá výživa u pacienta s poraněnou dutinou ústní?

S3: Pacienti mají tekutou, mletou dietu. Záleží na zdravotním stavu a poranění pacienta.

T: O jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečujete?

S3: O pacienty se zlomeninami čelistí a zygomatického komplexu.

T: V čem spočívá péče o dutinu ústní u pacienta s mezičelistní fixací?

S3: Pacienti musí mít vždy u sebe kleště, provádějí se výplachy a čištění zubů. Pacienti jsou poučeni ze stomatochirurgie.

T: Provádějí se speciální výplachy u pacientů s poraněnou čelistí?

S3: Nevím, nesetkala jsem se s žádnými.

T: Jak probíhá první převaz pacienta s poraněnou čelistí?

S3: Probíhá na stomatochirurgii.

T: Jak často se u Vás vyskytují pacienti s popáleninami obličeje?

S3: Nesetkala jsem se zatím s popáleninami.

T: Jak pečujete o pacienty s popáleninami obličeje?

S3: Nesetkala jsem se s popáleninami.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním nosu?

S3: Pacienti nesmí smrkat, mají pravidelné kontroly na ORL a ledujeme.

T: S jakými problémy se setkáváte u pacientů s poraněním obličeje v rámci komunikace?

S3: Ze začátku špatně artikuluje a není jim rozumět. U poranění oka je zhoršené vidění, tak je třeba na to brát ohled, aby se sestra představila a řekla, co bude pacientovi dělat.

T: Jak probíhá rehabilitace pacienta s poraněním obličeje?

S3: Rehabilitace spočívá v tom, aby pacient začal pomalu vstávat z lůžka a chodil.

T: Měly jste zde hospitalizovaného pacienta a devastujícím poraněním obličeje?

S3: Nesetkala jsem se tady s takovým pacientem.

T: O čem sestra informuje pacienta před propuštěním?

S3: Záleží na poranění a konziliu. Informujeme ho, aby nesmrkal a ledoval.

T: Děkuji za rozhovor.

Rozhovor 4

Sestra – zdravotní bratr (dále S4) pracuje na traumatologickém oddělení stanice B 5 let. Praxi vykonává 8 let. Práce na traumatologickém oddělení ho baví. Zdravotní bratr byl ochotný a velice příjemný.

T: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

S4: Délka mé praxe je 8 let a na traumatologii stanici B pracuju 5 let.

T: Co si představíte pod pojmem poranění obličeje?

S4: Napadají mě např. fraktury nosu, kostí obličejové části, otoky související s úrazem, poranění oka.

T: Setkal jste se zde s poraněním oka?

S4: Setkal. Měli jsme tu třeba střepiny v oku.

T: S jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkáváte?

S4: Zlomeniny jařmové kosti a orbity.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním zygomatického komplexu?

S4: Pacientům dáváme ledy, nesmí smrkat a záleží, co řeknou na ORL a stomatochirurgii, kam pacienty posíláme na kontroly.

T: Jak probíhá výživa u pacienta s poraněnou dutinou ústní?

S4: Pacienti dostávají kašovitou stravu a tekutiny.

T: O jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečujete?

S4: Záleží dle ordinace a podle druhu poranění.

T: V čem spočívá péče o dutinu ústní u pacienta s mezičelistní fixací?

S4: Pacient musí mít u sebe stále kleště, na gumičky stačí nůžky kvůli resuscitaci a zvracení.

T: Provádějí se speciální výplachy u pacientů s poraněnou čelistí?

S4: Když jsou změny na sliznici, tak používáme výplachy z heřmánku. Otevřené zlomeniny se vyskytují na stanici A.

T: Jak probíhá první převaz pacienta s poraněnou čelistí?

S4: Probíhá na stomatochirurgii. Pokud je pacient neklidný a sundá si obvaz, tak ho převážeme.

T: Jak často se u Vás vyskytují pacienti s popáleninami obličeje?

S4: Vyskytují se, ale občas.

T: Jak pečujete o pacienty s popáleninami obličeje?

S4: Spolupracujeme s plastickými chirurgy, využíváme metod vlhkého hojení a záleží na vývoji rány. Teď používáme activum tube, což je medová báze.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním nosu?

S4: Pacienti nesmí smrkat, ledujeme a posíláme na ORL, kde zavádí tamponádu.

T: S jakými problémy se setkáváte u pacientů s poraněním obličeje v rámci komunikace?

S4: Setkáváme se špatnou výslovností, ale většinou pacienti mluví.

T: Jak probíhá rehabilitace pacienta s poraněním obličeje?

S4: Máme tady fyzioterapeuta, ale poranění obličeje, které by ho vyžadovalo, jsme tu zatím neměli.

T: Měli jste zde hospitalizovaného pacienta a devastujícím poraněním obličeje?

S4: Ještě ne, maximálně popáleniny.

T: O čem sestra informuje pacienta před propuštěním?

S4: Informujeme ho o domácím režimu. Pacienty s poraněnou čelistí informujeme, že nesmí tvrdou stravu, smrkat a musí chladit. Pacienti s fixací musí mít kleště stále u sebe.

T: Děkuji za rozhovor.

Rozhovor 5

Sestra (dále S5) pracuje na traumatologickém oddělení stanice B 14 let a je to i celková doba její praxe. S prací na traumatologickém oddělení je spokojená. Sestra byla usměvavá a ochotná.

T: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

S5: Na traumatologii pracuju 14 let.

T: Co si představíte pod pojmem poranění obličeje?

S5: Napadne mě zlomený nos, ztráta zubů nebo prasklá obličejová část.

T: Setkali jste se zde s poraněním oka?

S5: Určitě.

T: S jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkáváte?

S5: Nejčastěji zlomeniny.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním zygomatického komplexu?

S5: Ošetřujeme dle ordinace stomatochirurgického a očního lékaře.

T: Jak probíhá výživa u pacienta s poraněnou dutinou ústní?

S5: Záleží na druhu poranění a doporučení lékaře. U poranění zygomatického komplexu používáme brčko. Při poleptání nebo popálenin probíhá výživa nasogastrickou sondou nebo parenterálně pomocí vaku nebo peg.

T: O jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečujete?

S5: O pacienty s poraněním zygomatického komplexu, maxily, mandibuly a očnice.

T: V čem spočívá péče o dutinu ústní u pacienta s mezičelistní fixací?

S5: To je složitá věc. Dutinu ústní musíme vyplachovat, čistíme pomocí mezizubních kartáčků a pečujeme o dutinu ústní po každém jídle.

T: Provádějí se speciální výplachy u pacientů s poraněnou čelistí?

S5: Provádějí se na vyžádání stomatochirurga, jinak ne.

T: Jak probíhá první převaz pacienta s poraněnou čelistí?

S5: Převaz probíhá na stomatochirurgii.

T: Jak často se u Vás vyskytují pacienti s popáleninami obličeje?

S5: Jednou ročně.

T: Jak pečujete o pacienty s popáleninami obličeje?

S5: Zajišťujeme dostatek tekutin, podáváme léky na bolest a převazujeme. Záleží na hloubce popáleniny. Využíváme vlhké hojení ran pomocí dermazinu.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním nosu?

S5: Pacienty na repozice posíláme na ORL a při krvácení vyměníme krytí.

T: S jakými problémy se setkáváte u pacientů s poraněním obličeje v rámci komunikace?

S5: Pacienti jsou schopni dobře komunikovat.

T: Jak probíhá rehabilitace pacienta s poraněním obličeje?

S5: U nás neprobíhá žádná rehabilitace. Pacienti odcházejí s fixací domů.

T: Měli jste zde hospitalizovaného pacienta a devastujícím poraněním obličeje?

S5: Poslední dobou si žádného pacienta nevybavuji.

T: O čem sestra informuje pacienta před propuštěním?

S5: Pacienti musí pravidelně docházet na kontroly. Pacient s fixací nesmí odejít, dokud nemá svoje kleště.

T: Děkuji za rozhovor.

Rozhovor 6

Sestra (dále S6) pracuje na traumatologické JIP 5 let a je to i celková praxe ve zdravotnictví. Práce na traumatologické JIP je hodně náročná, ale je spokojená. Sestra byla trochu zaskočena mým rozhovorem, ale byla ochotná.

T: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

S6: Délka mé praxe je 5 let.

T: Co si představíte pod pojmem poranění obličeje?

S6: Napadne mě zlomený nos, sutury, otok obličeje a brýlový hematom.

T: Setkali jste se zde s poraněním oka?

S6: Setkala.

T: S jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkáváte?

S6: Nečastěji fraktury zygomatického komplexu.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním zygomatického komplexu?

S6: Obličej chladíme, kontrolujeme krvácení a kapeme do očí dle ordinace lékaře.

T: Jak probíhá výživa u pacienta s poraněnou dutinou ústní?

S6: Záleží dle typu poranění a následné léčby. Podáváme tekutou či kašovitou stravu. Při mezičelistní fixaci je výživa pomocí nasogastrické sondy eventuelně parenterální výživa s doplňky stravy jako je nutridrink.

T: O jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečujete?

S6: Pečujeme o pacienty s mezičelistní fixací, což je spojeno s tracheostomickou kanylou.

T: V čem spočívá péče o dutinu ústní u pacienta s mezičelistní fixací?

S6: Péče spočívá v tom, že odsáváme přebytečné sliny, provádíme výplachy dutiny ústní, pokud si to lékař přeje. Kontrola zvracení, abychom v případě nauzey přeštípaly fixaci kleštěmi. Dutinu ústní čistíme měkkými kartáčky.

T: Provádějí se speciální výplachy u pacientů s poraněnou čelistí?

S6: Jak kdy, pokud ano, jedná se o roztok s heřmánkovým extraktem.

T: Jak probíhá první převaz pacienta s poraněnou čelistí?

S6: Provádí si je stomatochirurg, většinou zde nejsou operační rány k převázání.

T: Jak často se u Vás vyskytují pacienti s popáleninami obličeje?

S6: Vyskytují se u nás minimálně.

T: Jak pečujete o pacienty s popáleninami obličeje?

S6: Překládáme je většinou do specializovanější nemocnice v Praze.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním nosu?

S6: Kontrolujeme krvácení, tamponádu a podáváme nosní kapky dle ordinace lékaře.

T: S jakými problémy se setkáváte u pacientů s poraněním obličeje v rámci komunikace?

S6: Většinou mívají zavedené tracheostomické kanyly. Komunikace probíhá písemnou formou a gestikulací.

T: Jak probíhá rehabilitace pacienta s poraněním obličeje?

S6: U nás neprobíhá žádná speciální rehabilitace, spíše obecná jako je pohyb a dechová cvičení.

T: Měli jste zde hospitalizovaného pacienta a devastujícím poraněním obličeje?

S6: Měli.

T: O čem sestra informuje pacienta před propuštěním?

S6: Informujeme o vhodné stravě, o tom co má dělat při zvracení a jak pečovat o dutinu ústní.

T: Děkuji za rozhovor.

Rozhovor 7

Sestra (dále S7) pracuje na traumatologické JIP 8,5 let a to je i její jediná praxe ve zdravotnictví. Práce na traumatologické JIP jí baví. Sestra byla ochotná.

T: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

S7: Na traumatologické JIP pracuji 8,5 let.

T: Co si představíte pod pojmem poranění obličeje?

S7: Pod pojmem poranění obličeje si dokážu představit hodně. Například pohmoždění, zlomeniny, hematomy, odřeniny, sutury i moc pěkné řezné rány.

T: Setkali jste se zde s poraněním oka?

S7: Myslíte třeba i poranění oka o větev? To je hned při prořezávání stromů, kdy vám může jedna zůstat v oku. Jinak jako vždy fraktury orbity a kontuze.

T: S jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkáváte?

S7: Tato otázka je špatně položena, protože znám jen fraktury.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním zygomatického komplexu?

S7: Tak to záleží na doktorovi ze stomatochirurgie. Někdy se to operuje, nebo je konzervativní postup. Pacient nesmí kousat, má jen kašovitou stravu.

T: Jak probíhá výživa u pacienta s poraněnou dutinou ústní?

S7: Pacient s poraněním obličeje má tekutou nebo kašovitou stravu. Po operaci může mít nasogastrickou sondu, do které se dává tekutá dieta.

T: O jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečujete?

S7: Jelikož dělám na úrazovém oddělení, tak se starám o pacienty se zlomeninami, jinak nádory a jiná poranění jsou na stomatochirurgii

T: V čem spočívá péče o dutinu ústní u pacienta s mezičelistní fixací?

S7: Spočívá hlavně ve vyplachování. Péče o dýchací cesty, tracheostomii a ledování obličeje.

T: Provádějí se speciální výplachy u pacientů s poraněnou čelistí?

S7: Provádějí se výplachy s heřmánkem a záleží na ordinaci lékaře ze stomatochirurgie.

T: Jak probíhá první převaz pacienta s poraněnou čelistí?

S7: Převazy se nedělají, chodí jen na kontrolu lékaři ze stomatochirurgie a sledují fixaci, jak drží.

T: Jak často se u Vás vyskytují pacienti s popáleninami obličeje?

S7: Popáleniny obličeje tu moc nemáme. Buď se posílají do Prahy na popáleninové centrum do Vinohrad anebo končí na aru, pokud mají popálené i dýchací cesty.

T: Jak pečujete o pacienty s popáleninami obličeje?

S7: Nemohu odpovědět, protože je tu máme tak jednou za dva až tři roky.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním nosu?

S7: Pacienti nesmí smrkat a buď je to konzervativní postup, nebo dle ORL jde pacient na repozici.

T: S jakými problémy se setkáváte u pacientů s poraněním obličeje v rámci komunikace?

S7: Většinou jsou neklidní po pár dnech, protože nemůžou mluvit. Dráždí je tracheostomie.

T: Jak probíhá rehabilitace pacienta s poraněním obličeje?

S7: Rehabilitace probíhá tak, že posazujeme pacienty s nohama dolů, pokud nemají jiné zlomeniny. Po oplasknutí obličeje se ruší tracheostomie a pacient si může chodit.

T: Měli jste zde hospitalizovaného pacienta a devastujícím poraněním obličeje?

S7: Teď zrovna ho tu máme. (duben 2014)

T: O čem sestra informuje pacienta před propuštěním?

S7: Jelikož pacienti od nás odchází na oddělení traumatologie, nebo do jiné nemocnice, tak je to naspané v překládací zprávě. My domů nepouštíme.

T: Děkuji za rozhovor.

Rozhovor 8

Sestra (dále R8) pracuje na traumatologické JIP 18 let. Praxi vykonává celkem 22 let.

Práce na traumatologické JIP ji velmi baví. Sestra byla velmi hovorná a usměvavá.

T: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

S8: Délka mé praxe je 22 let. Pracuji 18 let traumatologii A, B nebo JIP a 1,5 roku jsem pracovala na aru.

T: Co si představíte pod pojmem poranění obličeje?

S8: Představím si zlomeniny nosu, očné, obličejového skeletu, čelistí, tržné rány a exkoriace.

T: Setkali jste se zde s poraněním oka?

S8: Setkáváme se tu s poraněním očníce, s poraněným okem moc často ne.

T: S jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkáváte?

S8: Setkáváme se tu s poraněním čelistí a lícních kostí.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním zygomatického komplexu?

S8: Pečujeme o dutinu ústní, podáváme měkkou stravu, vytíráme ústa pomocí štětiček a sledujeme stav vědomí. Pacient nesmí smrkat a měl by se vyvarovat násilí.

T: Jak probíhá výživa u pacienta s poraněnou dutinou ústní?

S8: Pacient má tekutou nebo kašovitou stravu. Záleží, jestli jsou po operaci s pevnou fixací, tak mají tekutou stravu pomocí brčka nebo nasogatrické sondy. U měkkých mezičelistních fixací se podává pacientům kaše.

T: O jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečujete?

S8: Pečujeme o pacienty s poraněním zygomatického komplexu.

T: V čem spočívá péče o dutinu ústní u pacienta s mezičelistní fixací?

S8: Jedná se o zvýšenou péči o dutinu ústní. Pooperačně vyplachovat či nevyplachovat dle ordinace lékaře. Zajistit výživu do periferie.

T: Provádějí se speciální výplachy u pacientů s poraněnou čelistí?

S8: Dle indikace lékaře. Ředíme na výplachy peroxid vodíku a skinsept. Používáme odvary z heřmánku nebo proktooral.

T: Jak probíhá první převaz pacienta s poraněnou čelistí?

S8: Stomatochirurgie si sama vyžádá kontrolu a převaz pacienta. Mohou také přijít a provést převaz na lůžku. U pevných fixací musí být kleště u pacienta.

T: Jak často se u Vás vyskytují pacienti s popáleninami obličeje?

S8: Ano, celkem často, když jsme úrazová chirurgie.

T: Jak pečujete o pacienty s popáleninami obličeje?

S8: Popáleniny ošetřujeme dermazinem, což je mast, která obsahuje stříbro a aplikuje se dvakrát denně. Před namazáním oplachujeme borovou vodou. U popálenin v okolí očí se používají obklady s chlazenou borovou vodou.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním nosu?

S8: Pacienty poučíme, aby nesmrkali a vyvarovali se násilí. Aplikujeme kapky do nosu dle ordinace lékaře, chladíme a ke kontrole se odešlou na ORL. Při krvácení se využívá gelaspon. (houbičky)

T: S jakými problémy se setkáváte u pacientů s poraněním obličeje v rámci komunikace?

S8: V pooperační fázi, kdy mají zavedenou tracheostomii, jsou oteklí a obličej je bolí, využíváme komunikaci pomocí tužky a papíru. Důležitá je trpělivost, ale někdy se domluvíme s pacientem, co má fixaci, úplně bez problému.

T: Jak probíhá rehabilitace pacienta s poraněním obličeje?

S8: Při poranění nervu facialis cvičí pacienti s fyzioterapeutem speciální cviky. Při úrazu polykacího reflexu se provádí masáž tzv. orofaciální stimulace.

T: Měli jste zde hospitalizovaného pacienta s devastujícím poraněním obličeje?
S8: Ano. Nejčastěji chybějící části obličeje. Je to spíš doména plastických chirurgů, kdy provádějí veškeré převazy.
T: O čem sestra informuje pacienta před propuštěním?
S8: Z našeho oddělení pacienty překládáme na standard nebo do jiné nemocnice.
T: Děkuji za rozhovor.

Rozhovor 9

Sestra (dále S9) pracuje na traumatologické JIP 19 let. Praxi vykonává celkem 22 let. Práce na traumatologické JIP jí baví. Sestra byla ochotná a usměvavá.

T: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
S9: Délka mojí praxe ve zdravotnictví je 22 let. Na traumatologické JIP pracuji od roku 1995.
T: Co si představíte pod pojmem poranění obličeje?
S9: Představím si poranění obličejových kostí, zubů a kůže.
T: Setkala jste se zde s poraněním oka?
S9: Setkala.
T: S jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkáváte?
S9: Setkáváme se s poraněním zygomaticko - maxilárního komplexu, Le Ford I. a II.
T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním zygomatického komplexu?
S9: Záleží na vyjádření specialistů. Ledujeme, pečujeme o dutinu ústní, podáváme antibiotika a analgetika a podáváme kašovitou stravu.
T: Jak probíhá výživa u pacienta s poraněnou dutinou ústní?
S9: Záleží na charakteru poranění. Můžeme pacienta krmit pomocí nasogastrické sondy, nebo parenterálně (vak) či kašovitou stravou.
T: O jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečujete?
S9: Pečujeme o pacienty s poraněním zygomatického komplexu a s frakturami čelistí.
T: V čem spočívá péče o dutinu ústní u pacienta s mezičelistní fixací?
S9: Záleží jak a kdy vyplachovat dutinu ústní., protože stomatochirurgové někdy nechtějí vyplachovat. Čistíme štětičkou.
T: Provádějí se speciální výplachy u pacientů s poraněnou čelistí?
S9: Provádíme výplachy naředěným peroxidem nebo heřmánkovým odvarem.
T: Jak probíhá první převaz pacienta s poraněnou čelistí?
S9: Převazujeme tracheostomii a zajistíme sterilní krytí. Ostatní záleží na stomatochirurgii.
T: Jak často se u Vás vyskytují pacienti s popáleninami obličeje?
S9: Teď se vyskytují výjimečně.
T: Jak pečujete o pacienty s popáleninami obličeje?
S9: Malé rozsahy popálenin mažeme dermazinem, dodržujeme přísnou asepti, podáváme analgetika a kontrolujeme saturaci.
T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním nosu?
S9: Nějak zvlášť ne. Voláme ORL na repozici nosu. Dále ledujeme, kontrolujeme krvácení u tamponády a podáváme analgetika.

T: S jakými problémy se setkáváte u pacientů s poraněním obličeje v rámci komunikace?

S9: Když mají pacienti zavedenou tracheostomii, tak si s nimi musíme psát. Důležitá je trpělivost, pokud je pacient dezorientován.

T: Jak probíhá rehabilitace pacienta s poraněním obličeje?

S9: Pacienta postupně posazujeme do sedu. Záleží na zdravotním stavu pacienta.

T: Měli jste zde hospitalizovaného pacienta s devastujícím poraněním obličeje?

S9: Měli, dvakrát až třikrát během roku.

T: O čem sestra informuje pacienta před propuštěním?

S9: Můžeme propustit pacienta na reverz. Při potížích na ambulanci a do tří dnů se hlásit u praktického lékaře.

T: Děkuji za rozhovor.

Rozhovor 10

Sestra (dále S10) pracuje na traumatologické JIP 6,5 roku a je to její jediná praxe ve zdravotnictví. Práce na traumatologické JIP ji baví. Sestra byla ochotná a usměvavá.

T: Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

S10: Délka mojí praxe je 6,5 roku na traumatologické JIP.

T: Co si představíte pod pojmem poranění obličeje?

S10: Představím si zlomeniny zygomatického komplexu, očníce a Le Ford

T: Setkala jste se zde s poraněním oka?

S10: Setkala.

T: S jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkáváte?

S10: Setkáváme se tu s různými druhy poranění. Všechno možný, teď tu máme poranění typu Le Ford II.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním zygomatického komplexu?

S10: Záleží na mechanismu úrazu a na tom, zda je pacient po operaci, nebo na konzervativní léčbě. Vyplachujeme ústa a převazujeme.

T: Jak probíhá výživa u pacienta s poraněnou dutinou ústní?

S10: Pacient má buď nasogastrickou sondu, parenterální výživu (vak) nebo tekutou dietu.

T: O jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečujete?

S10: O pacienty s poraněním zygomatického komplexu, zlomeniny očníce a Le Ford.

T: V čem spočívá péče o dutinu ústní u pacienta s mezičelistní fixací?

S10: Spočívá v tom pečovat o rty, provádět výplachy a čisti dutinu ústní pomocí kartáčku.

T: Provádějí se speciální výplachy u pacientů s poraněnou čelistí?

S10: Provádíme výplachy heřmánkem.

T: Jak probíhá první převaz pacienta s poraněnou čelistí?

S10: Žádné zvláštní převazy se neprovádí.

T: Jak často se u vás vyskytují pacienti s popáleninami obličeje?

S10: Často se u nás nevyskytují, a když ano, tak popáleniny I. a II. stupně, ostatní posíláme do Vinohrad.

T: Jak pečujete o pacienty s popáleninami obličeje?

S10: O popáleniny pečujeme pomocí mastného tylu a flamigelu.

T: Jak ošetřujete pacienty s poraněním nosu?

S10: Nějak zvlášť ne. Posíláme na ORL, kvůli repozici. Dále ledujeme, kontrolujeme krvácení u tamponády a podáváme analgetika.

T: S jakými problémy se setkáváte u pacientů s poraněním obličeje v rámci komunikace?

S10: Pacienti po operacích nemohou mluvit, tak si s nimi dopisujeme.

T: Jak probíhá rehabilitace pacienta s poraněním obličeje?

S10: Probíhá vertikalizace a pacient se zvládá starat o sebe sám.

T: Měli jste zde hospitalizovaného pacienta a devastujícím poraněním obličeje?

S10: Párkrát se tu vyskytne. Za dobu, co tu pracuji, jsme tu takového pacienta měly třikrát nebo čtyřikrát.

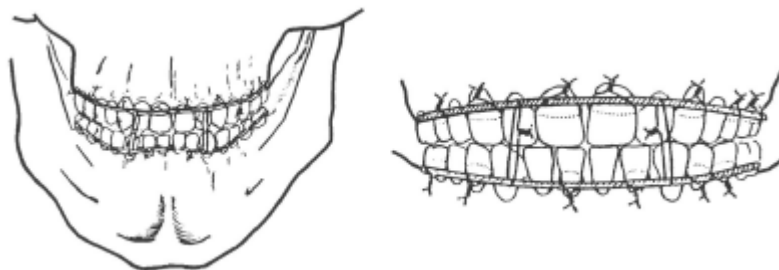
T: O čem sestra informuje pacienta před propuštěním?

S10: Záleží na doporučení od stomatochirurgů, jinak překládáme na standardní oddělení.

T: Děkuji za rozhovor.

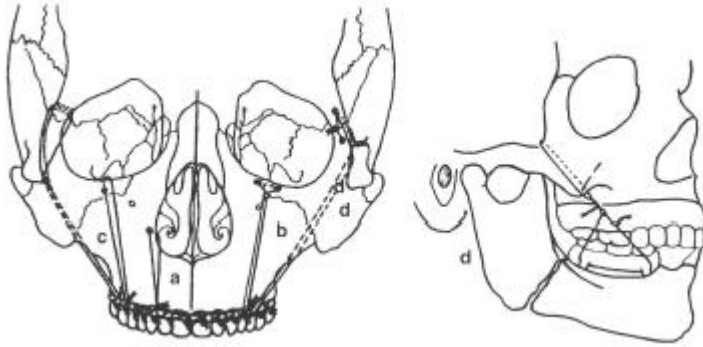
Zdroj: vlastní

Příloha 2 – Sauerova dlaha



zdroj: MAZÁNEK, Jiří. *Traumatologie orofaciální oblasti*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. 177 s., 20 s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-1444-8.

Příloha 3 – Adamsův závěs



zdroj: MAZÁNEK, Jiří. *Traumatologie orofaciální oblasti*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. 177 s., 20 s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-1444-8.

Příloha 4 – Otázky k rozhovoru

1. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
2. Co si představíte pod pojmem poranění obličeje?
3. Setkali jste se zde s poraněním oka?
4. S jakými poraněními zygomatického komplexu se nejčastěji setkáváte?
5. Jak ošetřujete pacienty s poraněním zygomatického komplexu?
6. Jak probíhá výživa u pacienta s poraněnou dutinou ústní?
7. O jaké pacienty po stomatochirurgických výkonech pečujete?
8. V čem spočívá péče o dutinu ústní u pacienta s mezičelistní fixací?
9. Provádějí se speciální výplachy u pacientů s poraněnou čelistí?
10. Jak probíhá první převaz pacienta s poraněnou čelistí?
11. Jak často se u vás vyskytují pacienti s popáleninami obličeje?
12. Jak pečujete o pacienty s popáleninami obličeje?
13. Jak ošetřujete pacienty s poraněním nosu?
14. S jakými problémy se setkáváte u pacientů s poraněním obličeje v rámci komunikace?
15. Jak probíhá rehabilitace pacienta s poraněním obličeje?
16. Měli jste zde hospitalizovaného pacienta s devastujícím poraněním obličeje?
17. O čem sestra informuje pacienta před propuštěním?