

Jihoľeská univerzita v Ľeských BudĚovicích
ZdravotnĚsociální fakulta

**ZdravotnĚsociální problematika ventilovaných
pacientŮ v domácím prostředí**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Andrea Festová

Autor:
Lucia Feneĝová

16. 8. 2010

Health and social issues in patients ventilated at home

An outstanding progress in pulmonary ventilation was documented recently when artificial pulmonary ventilation was introduced for home care. In-home pulmonary ventilation is meant for patients who suffer from serious progressive diseases. In most cases, such state is irreversible and obstructs patient's ability to breathe consciously. Those patients benefit a lot from the newly introduced ventilation. It helps them live a regular life in natural background for a few more years. The target of the thesis was to identify the most frequent health and social issues in patients ventilated at home; to determine advantages of home care and possible risks in ventilated patients; and to elaborate a nursing standard to be followed when taking care of ventilated patients at their homes. The qualitative research was carried out by means of two half-structured interviews. One interview was made with 5 pre-selected nurses working for a home-care agency; the other interview was made in the same agency with 5 patients on artificial pulmonary ventilation that are looked after by the same agency. The outcome of the interviews is that the most frequent health problem in ventilated patients reported both by patients and nurses is obstruction of tracheostomic cannula. Another finding was that ventilated patients do not feel socially isolated which is in total contradiction to what the nurses claimed. The interviews taken with the patients showed that in-home care benefits mainly from the fact that the patients are at home, and the risk of receiving home care is that such care is dependant basically on one person and is time consuming. The objectives of the thesis have been met. The outcomes of the research will be made available to the company named Home health-care services Eva Čafránková, which was the venue of the research. The nursing standard can be used as a source of additional information for ventilated patients and to improve care provided to patients ventilated at their homes. It is recommended that nurses should further educate themselves in pulmonary ventilation. Training seems to be an appropriate solution in this case. Nurses would certainly also benefit from a visit to a place providing artificial pulmonary ventilation. Another recommendation is to carry out a follow-up research that would observe advantages of artificial pulmonary ventilation provided at home compared with benefits of artificial pulmonary ventilation provided in health care centres.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

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

V Českých Budějovicích 16. 8. 2010

ě ě ě ě ě ě ě ě ě

Lucia Fenešová

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Andrey Festové za vedení mé bakalářské práce za její cenné připomínky a rady. Dále děkuji všem přátelům a kolegům v práci za jejich podporu při mém studiu.

OBSAH

Úvod	7
1. Současný stav	9
1. 1 Historie komplexní domácí péči v České republice	9
1. 1. 1 Poskytování domácí péči u nás	9
1. 1. 2 Náplň práce agentur domácí péče	10
1. 1. 3 Získování agentur domácí péče	11
1. 2 Potřeby ventilovaného pacienta	12
1. 2. 1 Biologické potřeby	12
1. 2. 2 Psychické potřeby	16
1. 3 Domácí oxygenoterapie	18
1. 3. 1 Poruchy dýchání	18
1. 3. 2 Indikace domácí oxygenoterapie	19
1. 3. 3 Postup při schvalování léčby vzdušným kyslíkem	22
1. 3. 4 Způsoby podávání kyslíku v domácím prostředí	22
1. 3. 5 Ošetřovatelský proces v péči o dýchání	25
1. 4 Umělé plicní ventilace v domácí péči	25
1. 4. 1 Pořátky podávání kyslíkové terapie	25
1. 4. 2 Tracheostomie	26
1. 4. 3 Postup při zahájení domácí umělé plicní ventilaci	27
1. 4. 5 Ošetřovatelský plán u ventilovaného pacienta	29
1. 5 Sociální péče o chronicky nemocného klienta v domácím prostředí	30
2. Cíle práce a Výzkumné otázky	34
2. 1 Cíl práce	34
2. 2 Výzkumné otázky	34
3. Metodika	35
3. 1 Metodika práce	35
3. 2 Charakteristika výzkumného souboru	35

4. Výsledky	36
4. 1 Výsledku rozhovorů se sestrami.....	36
4. 1. 1 Pšepis rozhovorů se sestrami.....	37
4. 1. 2 Sumarizační tabulky rozhovorů se sestrami.....	47
4. 2 Výsledky rozhovorů s ventilovanými klienty	56
4. 2. 1 Pšepis rozhovorů s ventilovanými klienty	57
4. 2. 2 Sumarizační tabulky rozhovorů s ventilovanými klienty	67
5. Diskuse	77
6. Závěr	84
7. Klíčová slova	85
8. Seznam použitých zdrojů	86
9. Přílohy	89

Úvod

V poslední době zaznamenala umělá plicní ventilace výrazný posun zavedením domácí umělé plicní ventilace. Domácí plicní ventilace je určena pacientům, kteří trpí těžkou progresivní nemocí. Většinou jde o ireverzibilní stav, který jim brání ve vědomém dýchání. Pro tyto pacienty je velkým přínosem. Umožňuje jim žít několik let téměř normálním životem v jejich přirozeném domácím prostředí.

Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala téma, které se věnuje problematice ventilovaných pacientů v domácím prostředí. Pracuji na oddělení, kde přicházím do kontaktu s nemocnými na umělou plicní ventilaci. Externě pracuji pro agenturu domácí péče. Mohou proto porovnat péči o tyto pacienty v nemocnici a v domácím prostředí. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit nejčastější zdravotní a sociální problémy ventilovaných pacientů v domácím prostředí a zjistit výhody domácího ošetřování a případná rizika.

Nemocní na umělou plicní ventilaci se potýkají s mnoha zdravotními problémy. Neprůchodnost dýchacích cest, aspirace tekutiny nebo stravy. Život jim ztěžuje i problém s vyprazdňováním moče a stolice. Dalším problémem je i strach o svůj život, strach, že se udusí. Kvůli zavedení tracheostomické kanyly, mají problém s komunikací.

Dalším problémem je i vztah nemocného s jeho okolím. Cítí se sociálně izolován. Někdy nemocní neopustí lůžko a pokoj, kde leží. Cítí se proto osamělý a opuštěný. Mají pocit úzkosti. Ve většině případů o nemocného pečuje blízká osoba (manžel, manželka). Je to časově náročná 24 hodinová péče. Pečující osoba se kvůli časové náročnosti péče nemůže zapojit do pracovního procesu. Potřebují sociální pomoc.

Péče o ventilovaného pacienta v domácím prostředí je komplexní péče. Péče o jeho biologické, psychické, sociální ale i spirituální potřeby. Vybírají se nemocní, kteří mají

ganci, že se s pomocí rodiny výrazně zlepšila kvalita jejich života i v době kdy choroba spěje k terminálnímu stadiu. Výhodou domácí umělé plicní ventilace je, že nemocný je ve svém přirozeném prostředí. Nemusí být hospitalizován. Nedostatek osob stávající se v péči o nemocného a nedostatek technického vybavení v případě komplikací, je rizikem.

Výsledky získané kvalitativním šetřením budou poskytnuty agentuře domácí péče, kde se šetření provedlo. Na základě výsledků šetření bude vypracován ošetřovatelský standard, zaměřený na péči o ventilované pacienty v domácím prostředí. Informace budou využity pro pacienty a jejich rodinné příslušníky a ošetřovatelský personál.

1. Současný stav

1. 1 Historie komplexní domácí péči v České republice

První agentury domácí péče začaly vznikat od roku 1990, kdy zahajuje provoz první středisko ošetřovatelské péče České katolické charity. Ošetřovatelská péče je poskytována pro 18 klientů. V lednu roku 1991 Ministerstvo zdravotnictví České republiky tuto péči legalizuje a povoluje dvouletý experiment České katolické charity a Domácí ošetřovatelská péče. Na tento experiment Ministerstvo zdravotnictví České republiky zajišťuje státní dotaci. Až po roce 1993 nastal rozvoj agentur domácí péče. Tento rozvoj souvisí s rozšířením informací o domácí péči, které jsou zprostředkovány laické i profesionální veřejností prostřednictvím masmedií, seminářů a dalších vzdělávacích akcí. Rozvíjí se spolupráce s všeobecnou zdravotní pojišťovnou, která vytváří vlastní metodický pokyn pro poskytování domácí zdravotní péče. 28. 3. 1993 je založena Asociace domácí péče. Sdružuje lékaře, sestry, sociální pracovníky, psychology a další personál poskytující domácí zdravotní péči. V červenci roku 1994 je asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče, které poskytuje informace o domácí péči, zajišťuje koordinaci a edukaci odborné i laické veřejnosti. Pořádá řadu odborných seminářů pro profesionální veřejnost, na národní i regionální úrovni tak, aby novinky z oboru ošetřovatelství i dalších oborů obohacovaly odbornou práci lékařů i sester v domácí péči. Nacházíme se ve dvacátém století, kdy věda a výzkum nám dennodenně přináší nové neuznané možnosti. Také rozvoj lékařské vědy a oboru ošetřovatelství nám prostřednictvím lékařů a sester dovoluje poskytovat odbornou a specializovanou komplexní péči v domácím prostředí (23). Nemocný se závažnými nemocemi, kteří by v minulosti svůj život prožili v nemocnici, mohou být proto léčeni doma, v kruhu svých nejbližších.

1. 1. 2 Poskytování domácí péči u nás

Primární péče není pouze péčí registrujícího praktického lékaře. Jde o souhrn aktivit, které probíhají v první linii kontaktu s klientem (26). Komplexní domácí péče je součástí primární péče. Je zaměřená na podporu a udržení zdraví a prevenci nemoci. Satureje bio-psycho-sociálněekologické potřeby člověka. Každý z nás se snaží uspokojovat tyto potřeby do doby, než je postižen nemocí. Proto lékař, sestry, sociální pracovníci, rodinní příslušníci, dobrovolníci a další se snaží zajistit takovou péči, která naši osobnost pojímá v souladu s naším bio-psychologickým i sociálním prostředím. Domácí zdravotní péče je poskytována vždy dle ordinace lékaře. Ošetřujícím lékařem je ten lékař, který má aktuálně nemocného v péči. U dětí to je praktický lékař pro děti a dorost. U dospělých praktický lékař pro dospělé. Dále jí indikuje lékař specialista buď diabetolog, kardiolog, urolog, nefrolog, alergolog, neurolog, geriatr, gynekolog, psychiatr a další. Chirurg domácí zdravotní péči indikuje u klientů po méně závažných chirurgických zákrocích (23). Pokud je nemocný hospitalizován v nemocničním zařízení, může domácí péči při propuštění ordinovat ošetřující lékař, ale pouze na 14 dní od propuštění. Pak je nutné navštívit praktického obvodního lékaře a další domácí péči dojednat s ním (13). Domácí zdravotní péče je určena všem klientům bez omezení věku i diagnostických skupin i lidí druhu onemocnění (23).

1. 1. 3 Náplň práce agentur domácí péče

Hlavní náplní agentur domácí péče je poskytování zdravotní péče a služeb klientům. Péče a služby odpovídají jedinečným potřebám klienta. Obnáží to vysokou úroveň plánování péče a služeb a jejich vzájemnou koordinaci. Poskytovaná zdravotní péče a služby mohou mít charakter preventivní, léčebný, rehabilitační a paliativního (16). Agentury domácí péče mohou být státní, ty patří většinou k nemocnici, nebo privátní. Poskytují základní činnosti jako například zajištění osobní hygieny, prevence a léčba proleženin, příjem stravy a tekutin, zábaly a obklady těla, doprovod nemocného, úprava domácího prostředí, sledování základních životních funkcí, hodnocení aktuálního tělesného a duševního zdraví, odběry biologického materiálu a to krve, moči, stolice, sputa atd., některá specializovaná vyšetření pomocí přístrojů, chystání a

podávání naordinovaných léků, péče o rány, zavádění a výměna katétru a sond, aplikace injekcí, infuzí, podávání kyslíku, aplikace inhalací, rehabilitace, provedení sociálního assessmentu. Mezi speciální výkony, které domácí péče poskytuje, patří například aplikace diagnostických přístrojů a metod, radiologický servis, podpůrná psychoterapie, spirituální péče, odborný monitoring u dlouhodobě chronicky nemocných, poradenství v oblasti životního stylu, zdravotního pojištění, dietních opatření, sociální péče apod. Ostatní služby jako například holič, kadešník, pedikérka atd., které nejsou hrazeny pojišťovnou ani sociálním referátem obecního úřadu, jsou poskytovány za přímou úhradu. Na kvalitu poskytované domácí zdravotní péče dohlíží Asociace domácí péče České republiky. Domácí péče je poskytována odbornými týmy jak dětem, tak lidem v produktivním věku, seniorům i lidem umírajícím (13). Při vypracování plánu poskytování zdravotní péče a služeb se bere ohled na přání klienta, na jeho schopnosti, potřeby a na rozsah jeho každodenních aktivit. Všechna přání klienta týkající se resuscitace a léčebných postupů udržujících základní životní funkce ovlivňují rozsah poskytované zdravotní péče. Očekávající lékař nemocného společně s jeho blízkými učiní konečné rozhodnutí o tom, jak budou přání klienta respektována. Toto rozhodnutí se zapisuje do klientovy dokumentace. Domácí zdravotní péče je stejně u ventilovaného klienta v domácím prostředí. (16).

1. 1. 4 Zřizování agentur domácí péče

Agentury domácí péče jsou zřizovány lékaři nebo zkušenými sestrami. Je-li to v zákonem Ministerstva zdravotnictví České republiky číslo 160/92 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Některá města a obce z vlastní iniciativy zřizují agentury domácí zdravotní péče. Snaží se vyřešit zdravotní a sociální problematiku občanů. Je to nástroj komunální politiky (23). Pracovníci domácí zdravotní péče zajišťují zdravotní a sociální služby klientům, kteří se ocitli v nepříznivé situaci. Tato péče je poskytována klientům bez rozdílu na věk. Největší podíl klientů domácí zdravotní péči tvoší senioři. Nejmenší podíl tvoší klienti se zdravotním postižením (30). Pro agenturu domácí péče by určitě nebylo problémem zaměstnávat i pečovatelky. Tím

by zajiřovala komplexnost potřebných služeb. Nepracovalo by se od ní do, ale podle potřeb klientů. Problémem však i nadále zůstává financování sociální péče u nestátních subjektů (22).

1. 2 Potřeby ventilovaného pacienta

1. 2. 1 Biologické potřeby

Jedním z pilířů moderní ošetřovatelské péče je vyhledávání a uspokojování biopsychosociálních potřeb nemocných. Nemoc brání v naplňování potřeb. Podle Maslowova je sestavena hierarchie potřeb (Příloha 1). Pojetí základní ošetřovatelské péče vychází z charakteristiky základních životních potřeb Plověka (27). Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybí něco, jeho odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k hledání určité podmínky nezbytné k životu. Vede také k vyhýbáním se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je čím, co člověk potřebuje pro svůj život a vývoj. Lidské potřeby nejsou nemenné, vyvíjejí se a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů. Pudy a instinkty chápeme jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí. Sestra při péči o ventilovaného klienta v domácím prostředí uspokojuje biologické, psychologické, sociální potřeby. Chápe ho jako holistickou bytost (13). Při uspokojování potřeb vypracuje ošetřovatelský plán. V první řadě si musí stanovit ošetřovatelskou anamnézu. Klienta pozoruje, komunikuje s rodinnými příslušníky. Za druhé si stanoví ošetřovatelskou diagnózu podle zjištěné ošetřovatelské anamnézy. Potom si naplánuje ošetřovatelskou péči. Nakonec realizuje naplánované ošetřovatelské intervence. Stanoví si také cíle, jejichž chce svojí ošetřovatelskou péčí dosáhnout. Postupně hodnotí, zda se jí to podařilo splnit, nebo ne (8). **Potřeba kyslíku** je základní biologická potřeba. U ventilovaných klientů jsou dýchací dechová cvičení. Je-li to možné, nemocní se několikrát denně uloží do polohy v sedu nebo polosedu. V této poloze se jim dýchání zlepšuje. Pokud klienti spolupracují, můžeme s nimi cvičit dechovou gymnastiku. Před každým cvičením se nemocní vyzvou, aby si odkáglali. Jestliže mají ordinovanou inhalační léčbu, nechají se před cvičením inhalovat. Cvičení

se provádí dvakrát až třikrát denně po dobu cca 5-15 minut. U ventilovaného klienta jsou omezeny dýchací pohyby. Dochází tak k nedostatečné výměně kyslíku a oxidu uhličitého v plicích, v dolních cestách dýchacích se hromadí hlen, protože nemocný nemá sílu jej vykašlat. Hromadí se hlen je vhodným prostředím pro množení bakterií, které mohou způsobit zápal plic. Může se objevit nechut k jídlu a nedostatek potřebných látek způsobuje další komplikace. **Potřeba výživy** je další biologická potřeba. Llověk přijímá potravu pro růst a zachování tkání a k normálnímu fungování těla. Strava by měla obsahovat vyvážený podíl živin, a to cukrů, tuků, vitaminů, minerálů a vody. Cílem je podávání stravy bohaté na všechny potřebné živiny a upravené tak, aby ji ventilovaný nemocný byl schopen sníst. Ventilovanému nemocnému se podává dostatek mléčných výrobků, ovoce a zeleniny. Jídlo se může strouhat nebo mixovat. Pokud je příjem jídla nedostačující nebo je zapotřebí stravu obohatit, může se v lékárně zakoupit nutriční doplněk stravy. Jako rovněž doplněk výživy se mohou dokoupit i preparáty gumivých vitaminů. O správné výživě ventilovaného pacienta by se mělo poradit s lékařem. **Potřeba hydratace** je další důležitá biologická potřeba. Ventilovaný pacient by měl vypít 2 až 3 l tekutin denně nestanoví-li lékař jinak. Nedostatek tekutin řídí dehydrataci se může zjistit vytvošením kožní šasy na předloktí. Když se šasa pustí, sleduje se, jak rychle vymizí. Pokud se srovná hned, je hydratace klienta dobrá. Když se rovná pomalu, je klient dehydratovaný a musí se u něj zvýšit příjem tekutin. Další biologickou potřebou je **potřeba vyprazdňování**. Nejčastější komplikací ventilovaného pacienta je zácpa. Močení je vyprazdňování močového měchýře. Příčinou problému při jeho vyprazdňování je například poranění bederní míchy nebo inkontinence moče, retence nebo dysurie. U ventilovaných pacientů se nejčastěji zavádí permanentní močový katétr i jako prevence dekubitů. Pro domácí použití se také může zakoupit podložní mísa či močová láhev z plastu. K dostání jsou ve zdravotnických potřebách. Podložní mísa se podkládá ženám k vyprazdňování moče i stolice a mužům k vyprazdňování jenom stolice. Cílem je nemocného udržet v suchu a čistotě. Frekvence vyprazdňování stolice je individuální. Intervaly vyprazdňování mohou být několikahodinové, ale také několikadenní. Pro lepší funkci střev a pro pravidelné vyprazdňování stolice je potřebný přísun vlákniny. Strava

by měla být pravidelná a různorodá. Ventilovaný pacient se chrání před podáváním těchto potravin, které klienta nadýmají nebo mu způsobují zácpu. Důležitý je rovněž dostatečný přísun tekutin. Stolice je pak měkká a defekace bezproblémová. Zácpu mohou způsobit některé léky. Pravidelnou stolicí podporuje cvičení a rehabilitace na lůžku. Důležitou biologickou potřebou pro každého člověka je také **potřeba pohybu**. Hybnost ventilovaného klienta může být omezena z mnoha důvodů například ochrnutím končetin, amputacemi, strachem z bolesti při pohybu, strachem z pádu, slabostí, psychickými problémy apod. Úroveň aktivity klienta výrazně ovlivňuje také věk. Ventilovaný klient s poruchou hybnosti může pociťovat bezmoc a vztek. Může se cítit jako přítěž pro ty, kteří o něj pečují. Jak reaguje tělo na malou aktivitu? Snižuje se svalová síla. Dochází k úbytku objemu svalů, k šlacení kostí, k ztuhnutí kloubů, svalovým zkrácením. Při vstávání z lůžka dochází k porušení prokrvení mozku a objevuje se závrať. Nemocný může omdlévat. Hlízní chlopny na dolních končetinách, normálně zabírají zpočátku toku krve, když se ale postavíme, stávají se nefunkčními a dolní končetiny nemocnému otékají. Vznikají záněsy hlíz, na které se při nehybnosti nalepují malé sraženiny krve. Pokud se krevní sraženina uvolní, putuje krevním oběhem a může ucpat cévu v plicích, v mozku nebo srdci (13). Kinestetická mobilizace jako koncept péče je přínosem pro ventilovaného pacienta. Využívá možnosti a rezervy samotného nemocného, se kterým se přitom nepracuje. Kinestetika je propracovaný model, jak pracovat s pohybem těla, jak s ním komunikovat a zejména zvyšovat pohybovou aktivitu nemocného. Svou jednoduchostí a logičností připomíná koncept bazální stimulace. Jde o použití tréninkových programů v oblasti stimulace somatické, taktilněhaptické, vestibulární, vibrační, orální, optické, olfaktorické a auditivní, a to i u pacientů v domácí péči. Nevyžaduje nadstandardní vybavení ani náročné přístroje, pouze vyškolený personál. Jako bazální stimulace je i kinestetika, naukou o vnímání pohybu. Koncept je jednoduchý a účinný (1). Základní potřebou je **potřeba čistoty**. Celková koupel na lůžku se provádí ráno a večer, při výměně pleny u ventilovaného nemocného. Po celkové koupeli se provádí masáže těla. Zvláště pak míst, která jsou vystavena většímu tlaku. Například hýždě boky, záda, paty. Dobré jsou chladivé masážní emulze nebo speciální oleje a krémy. U inkontinentních klientů, kterým se

dávají plenkové kalhotky, snadněji vznikají opruzeniny v oblasti třísel. U obezních klientů pod bříchem a u žen, které mají větší prsa, vznikají často opruzeniny pod nimi. Pokud nedošlo k porušení celistvosti kůže, je velice účinné pouhnutí zinkové masti. U ležícího nemocného se musí péřovat také o nohy. Musí být ošetřeny nehty, to znamená odstranit tvrdou kůži a otlaky. Přechází se tak bolestivému zarůstání nehtů, praskání tvrdé kůže a nepříjemným otlačím. Při každé celkové koupeli se klient pečlivě kontroluje, zda nedošlo k nějakému poranění nohou. Zda nepopraskala kůže na patách, nevznikly puchýře, nemá zarudlé meziprstní prostory apod. U diabetiků a nemocných s poruchou prokrvení dolních končetin se pěl'e o nohy svěř odborníkovi, a to pedikérce. Ta se kontaktuje podle potřeby a domluví se na ošetření nohou v domácím prostředí. Cílem je udržet nohy bez otlačů a tvrdé kůže. Cílem jsou také krátké a upravené nehty na horních i dolních končetinách. Pěl'e o dutinu ústní je velice důležitá. Dutina ústní musí být pravidelně ošetřována. Nedochozí tak k hnilobě zbytků jídla v ústech. Následkem toho bývají rozličné onemocnění například záně dásní, jazyka, dochází k tvorbě zubního kazu, k paradentóze a k zapáchajícímu dechu. Cílem je udržet nemocnému ústa čistá. Sliznice úst nemá být suchá nebo povleklá a popraskaná. Zubní protéza se klientovi po každém jídle vytáhne z úst a opláchne od zbytků jídla. Večer se vyjme z dutiny ústní a olistíme pod tekoucí vodou zubním kartálkem a pastou. Na noc se zubní protéza vždy nemocnému vytáhne a vloží do kelímku se studenou vodou. Vlasy se myjí podle potřeby, minimálně dvakrát týdně. Musí se klientovi denně lesat, aby se nezacuchaly. Když jsou vlasy delší, sepnou se do drdolu nebo zapletou do copu. Pokud se o vlasy nemocnému nestará, vznikají šupelence, které nejdou rozlesat. Pak by se museli ostřhat (13). Důležitá je **potřeba pohody** ň být bez bolesti. Reakce na bolest je u každého člověka individuální. Také je odlišná i u stejného člověka v jinou denní dobu. Bolest se může rozdělit do tří skupin. Akutní bolest, chronická nenádorová bolest, také jinak nazývaná i jako chronická perzistentní bolest a nádorová bolest (18). Bolest je projevem poruchy zdraví, ale také může doprovázet některé ošetřovatelské zákroky. Bolest je vnímána negativně jako velmi nepříjemný prožitek. Důležité je sledovat místo bolesti, to znamená, ptát se, kde bolí. Dále se ptát, kde vyzařuje bolest. V některých případech nemocný nepociťuje bolest v jednom místě ale šíř se určitým směrem dál.

Dalšími otázkami jsou trvání bolesti, jak dlouho to bolí, intenzita bolesti, jak moc to bolí. Také se ptá, jaká ta bolest je, kde se vyskytuje a za jakých okolností ji nemocný pociťuje. Speciální druh bolesti je tzv. fantomová bolest. Může se vyskytovat po amputaci končetiny (13).

1. 2. 2 Psychické potřeby

Psychika nemocného je při léčení velmi důležitá. Do psychických potřeb patří také **potřeba komunikovat**. Máme dva základní typy komunikace. Verbální a neverbální komunikace. U ventilovaného nemocného mluvíme pomaleji, více nahlas, srozumitelně. Jsme trpěliví, když nám nerozumí, opakujeme mu slova, nebo ho vysvětlíme. Nežertujeme, hovoříme v krátkých větách. Dáme mu dostatek prostoru pro jeho vyjádření. Při neverbální komunikaci, kterou nevyjadřujeme slovy, používáme u ventilovaného nemocného například, že nestojíme ani nesedíme. Nejsme blízko, ani daleko. Vždy jsme otočení tělem ke klientovi, usmíváme se. Dlaně i paže máme vstředně nedáváme si v ruce v bok. Ruce nekřížíme na prsou, přehnaně jimi negestikulujeme. Měli bychom umět pohlédit, vzít za ruku, dotknout se. S nemocným neustále udržujeme zrakový kontakt. Naše slovní vyjadřování by nemělo být v rozporu s neverbálním projevem. Pokud klientovi říkáme, že ho máme rádi a záleží nám na něm, nestojíme k němu zády a daleko od něj. V takovém případě si k němu sedneme, pohlédíme ho, vezmeme za ruku, díváme se mu do očí a slova pronášíme s maximální věrností. I mlčení je projev verbální komunikaci. U ventilovaného klienta může být mnoho překážek v komunikaci, a to na naší straně i na straně nemocného (13). S tracheostomovaným klientem lze verbálně hovořit jen za předpokladu, že mu byly uchovány hlasivky. Nutné je, aby sestra naučila klienta správné technice, která mu to umožní. Jedná se o to, že ve chvíli, kdy chce nemocný hovořit, je nutné ucpat otvor v kanylu, takže vzduch může proudit přes hlasivky a nemocný může mluvit. K nácviku je dobré použít zrcadlo. Při komunikaci s klientem, kterému byla zavedena tracheostomická kanyla, je nutné si uvědomit, že se jedná věcnou o dialog. Ze strany

sestry jde o verbální komunikaci, kdežto ze strany klienta o neverbální komunikaci. Na sestru je kladen velký úkol, aby od klienta získala potřebné informace a mohla mu poskytnout kvalitní ošetřovatelskou péči. Při komunikaci musíme věnovat zvýšenou pozornost klientovi. Zajistíme mu soukromí při rozhovoru. Zachováváme oční kontakt. Nezapomínáme neverbálně reagovat, že klientovi rozumíme. Opakujeme to, co jsme klientovi rozuměli. Tím se ujistíme, že jsme mu porozuměli správně. Při rozhovoru je nutné použít značnou dávku empatie. Při komunikaci používáme tělesný kontakt například dotyk, pohlázení, dodržujeme při komunikaci blízkost a osobní prostor. Sledujeme všechny neverbální projevy klienta například nechuť, gesta, držení těla, výraz obličeje. Políkáme s jistou dávkou netrpělivosti ze strany klienta a potlačujeme svoji netrpělivost. Dáváme najevo, že máme o klienta zájem a že ho akceptujeme. Snažíme se vyvarovat nevhodným neverbálním projevům. Zabezpečíme nemocnému dostatečné množství psacích potřeb, nehádáme jeho myšlenky, ale dáme mu dostatek času pro vyjádření. Zajistíme mu komunikační karty. U verbálního projevu používáme krátké věty (například, že nemohu spát, mám bolesti, zvracel jsem) či abecedu, která usnadní komunikaci. Neprotahujeme zbytečně rozhovor. Rozhovor se vede individuálně (6). Je jen na nás, jak bude komunikace s ventilovaným nemocným i přes všechny překážky, probíhat. A jak se lépe navzájem rozumíme? Do nemocného klienta se snažíme vcítit. Mluvíme o tzv. empatii. Tak pochopíme klientovo chování. U ventilovaných nemocných s tracheostomickou kanylou se snažíme odezírat ze rtů, nebo využívat komunikaci psanou formou. Při komunikaci používáme i neverbální komunikaci jako je gestikulace, optika, posunky a mimika. Když chceme nemocnému něco vysvětlit, nebo po něm něco chceme, musíme se vyjadřovat jednoduše. Nepoužíváme odborná slova, kterým nemocný nerozumí. Musíme mluvit stručně a zřetelně. Vážený rozhovor dobře nařizujeme. Nepokládáme nemocnému více otázek najednou. Nepřesvědčujeme nemocného za každou cenu. Musíme odhadnout, kolik toho nemocný zvládne. Pokud to situace vyžaduje, použijeme tzv. milosrdnou lež. S nemocným udržujeme vztah plný důvěry a porozumění. Tímto se domluvíme s nemocným, který nám nedůvěřuje. Nezapomínáme také nemocnému naslouchat. Naslouchat můžeme buď aktivně nebo pasivně. Pasivně naslouchat znamená poslouchat, ale nic neslyšet. Když budeme

naslouchat klientovi pasivně brzy v nás ztratí důvěru. Při aktivním naslouchání se klientu díváme přímo do očí. Nestojíme nad ním, ale sedneme si k němu. Nemocného při komunikaci neodsuzujeme za něco, co řekl nebo udělal. Jeho názory a přesvědčení nezměňujeme, ale respektujeme. Ve vztahu ke klientovi bychom měli být laskaví. Pokud něco nevíme a nedokážeme mu odpovědět, řekneme mu to. Nenuťme nemocnému svou vlastní ideu o tom, jak by se měl cítit (13). **Potřeba práva** a jeho soustavného naplňování by měla odrážet a uspokojovat základní potřeby ventilovaného nemocného. Právo se stává potřebou, kterou si plně využijeme, že je důležitá. Souhlasně tuto potřebu uznáváme a respektujeme u druhých lidí. Potřeba práva je evidentní v sociálním kontextu. Hlavně jde o zařazení jednotlivce do života a společnosti (21). Lidská práva mohou být obecně popisována jako taková práva, která patří k našemu společenskému prostředí. Umožňují nám žít jako lidské bytosti. Prostřednictvím lidských práv uplatňujeme lidské kvality. Zejména inteligenci, schopnosti, vdomostí a tak uspokojujeme naše životní cíle. Také uspokojujeme přes náduchovní a jiné potřeby. Lidská práva jsou práva všech lidí bez ohledu na stát, ve kterém žijí. Občanská práva se berou jako práva a svobody, která vyplývají ze statusu člověka jako občana určitého státu (24). Dalším základním právem je právo na život. K životu neprodleně potřebujeme kyslík. Když má nemocný při dýchání velké potíže, lze mu pomoci podáváním kyslíku. Léčba kyslíkem je typičtější v nemocnicích než v domácím prostředí. Léčba kyslíkem se podává u příznaků hypoxie. Kyslíkovou terapií se zvyšuje procento kyslíku ve vdechovaném vzduchu (25).

1. 3 Domácí oxygenoterapie

1. 3. 1 Poruchy dýchání

Rozeznáváme různé typy poruch dýchání. Rychlé dýchání se jmenuje tachypnoe. Zpomalené dýchání je bradypnoe. Dalšími poruchy jsou povrchné dýchání a nepravidelné dýchání (4). Umělá plicní ventilace umožňuje při respirační insuficienci podporu nebo úplnou náhradu činnosti některých složek respiračního systému, které se

podílejí na výměně plynů v plicích (31). Také je velice důležitá při urgentní péči. Urgentní péče je odborná, léčebná ale i preventivní péče o nemocné. Poskytuje se v bezprostředním ohrožení života nebo kdy je vážně poškozené nebo ohrožené zdraví (3). Nejčastější indikací pro umělou plicní ventilaci je respirační insuficience, která může vzniknout selháním ventilace. Znamená to selháním pumpy lidského srdce, nebo selháním oxygenace. Znamená to selháním plic. Oxygenace je provázeno vzestupem dechové funkce spojené se zvýšenou spotřebou kyslíku dýchacím svalstvem dosahující až 25% celkové spotřeby kyslíku v organismu. Za normálních podmínek představuje spotřebu kyslíku dýchacím svalstvem 2-5 % celkové spotřeby kyslíku. Typy umělé plicní ventilace z hlediska principu zabezpečujícího výměnu plynů v plicích dělíme umělou plicní ventilaci do 3 skupin. Ventilace pozitivním tlakem je konvenční umělá plicní ventilace. Nejvíce užívaná. V tomto režimu dechové objemy a dechové frekvence jsou nejbližší k fyziologickým hodnotám. Další typ umělé plicní ventilace je to ventilace negativním tlakem nebo také vzdušná plíce. Nemá v dnešní době upouštět. Jejím principem je přetlačování vyvíjení podtlaku na hrudní a břišní stěnu. Další je vysokofrekvenční ventilace. Zabezpečuje oxygenaci a výměnu plynů v plicích užitím malých dechových objemů o vysoké dechové frekvenci (17).

1. 3. 2 Indikace domácí oxygenoterapie

K DDOT jsou indikováni nemocní s chronickou respirační insuficiencí, které v klidovém stádiu choroby mají hodnoty parciálního tlaku kyslíku v arteriální krvi během dne a v klidu nižší nebo rovné 8,0 kPa. K běžným indikacím patří nemocní s chronickou obstrukční plicní nemocí, s cor pulmonale, s polyglobulií, elektrokardiografickými známkami hypertrofie pravého srdce či echokardiografickým příkazem plicní hypertenze, nemocní s cystickou fibrózou, kyfoskoliózou, pneumokoniózami (12). Indikace jednotlivých typů léčby se provádí na základě splnění indikačních kritérií. U pacientů málo mobilních posoudí klinický stav ošetřující pneumolog. Jsou to pacienti, kteří nejsou schopni bez pomoci další osoby opustit svůj byt. Jsou indikováni k léčbě koncentrátorem kyslíku. Pacienti mobilní splňující kritéria

s použitím šestiminutového testu chůze (6-MWT) vzdálenosti dosažené bez inhalace kyslíku alespoň 130 m. Dále pak s odpovídajícím průtokem kyslíku dosáhnou navýšení vzdálenosti o 25% a více a na konci testu musí mít nemocný saturaci kyslíku alespoň 85%. Tyto pacienti jsou indikováni k léčbě koncentrátorem kyslíku v kombinaci s tlakovou kyslíkovou láhví. Pacienti výrazně mobilní podle 6-MWT to znamená, že v průběhu testu nemocný dojde bez inhalace kyslíku nejméně 200 m. Dále pak s odpovídajícím průtokem kyslíku potom vzdálenost prodlouží o 50% a více a po skončení testu s kyslíkem musí mít saturaci kyslíku v krvi alespoň 85%. Tyto pacienti jsou indikováni k léčbě kapalným kyslíkem. Pacienti zařazení do programu transplantace plic jsou zařazeni k terapii kapalným kyslíkem na základě kyslíkového testu bez nutnosti provádění 6-MWT. Ordinaci DDOT provádí ambulantní lékař lůžkové pneumologické pracoviště. Musí být schopné provést kyslíkový test a má o pacientovi dostatek informací. Nemocný je v době indikace DDOT ve stabilizovaném stavu. Ambulantní ošetřující pneumolog kontroluje nemocné na léčbě DDOT v pravidelných intervalech. Nejmenším 1krát za šest měsíců. Součástí kontroly je sledování hodnoty saturace kyslíku. Dobrým prvkem péče je návštěva zdravotní sestrou doma u pacienta. Sestra zhodnotí klinický stav nemocného a změnu saturaci kyslíku. Nejmenším 1krát ročně musí být nemocnému provedena kontrola respirace při inhalaci kyslíku a bez inhalace. V případě že nemocný přestane splňovat kritéria DDOT to znamená, že se zlepšil parciální tlak kyslíku v arteriální krvi nad 8 kPa nebo se objevila nutnost změny režimu DDOT, je ošetřující pneumolog povinen zabezpečit odebrání z programu DDOT. Při změně klinického stavu nemocného je možno zvážit i změnu režimu léčby DDOT, při významném zhoršení stavu. Ukončení DDOT je také ordinováno v případě že nemocný začal opouštět nebo nedodrhuje dobu inhalace. Společnost provozující zařízení pro DDOT provádí pravidelné technické kontroly daného zařízení. U koncentrátorů kyslíku odečítá počet hodin provozu přístroje. Záznam o počtu hodin poskytuje ošetřujícímu pneumologovi nebo nechává nemocnému, který je pak povinen jej svému ošetřujícímu pneumologovi doručit sám (2). V České republice platí ještě speciální kritéria pro nemocné s fibrotizujícími procesy. Měly jim být také indikován zdroj kyslíku. Hodnoty parciálního tlaku kyslíku v arteriální krvi musí být nižší než 8

kPa po zátěži po dobu maximálně 5 minut. Inhalace kyslíku je nutná 15 a více hodin denně. Přerušení inhalace by nemělo být delší než 2 hodiny. Ordinování DDOT provádí odborník oboru tuberkulózy a respiračních nemocí (TRN). K DDOT nejsou v České republice indikováni asociální nebo nespolupracující pacienti, nemocní s dužností bez hypoxie a kuřáci, ponáhlová nebo spánková desaturace. Po schválení příslušným revizním lékařem je doručen firmou, která provádí distribuci a servis přístrojů, koncentrátor kyslíku nebo systém s kapalným kyslíkem, nemocnému. K dodanému přístroji patří také zvlhčovač, dostatečně dlouhá rozvodná hadice, nosní brýle, maska nebo obojí. Ošetřující pneumolog o přístroji DDOT u nemocného musí informovat praktického lékaře. Dohodne se s lůžkovým zařízením, které nemocného při zhoršení bezodkladně přijme. V bytě nemocného je proto uchována trvale platná hádanka k převozu do příslušného zdravotnického zařízení. Stoupá počet nemocných s respirační insuficiencí léčených pomocí DDOT. Rovněž doba jejich přežití se zvyšuje (20). Efekt DDOT na zlepšení kvality života a přežití byl opakovaně prokázán u nemocných s chronickou obstrukční plicní nemocí doprovázenou chronickou hypoxemií. Na základě zmíněných studií byla indikace DDOT rozšířena na všechna plicní onemocnění, která jsou doprovázena hypoxemií. Není důvod předpokládat v těchto případech, že by DDOT efekt neměla. Nicméně provádění takových studií je v současné době již považováno za neetické. Cílem DDOT je zlepšení kvality života u indikovaných nemocných. Lepší tolerance zátěže a snížení morbidity. Snížení nutnosti hospitalizace a mortality. DDOT je ordinována u nemocných při stabilizaci základního onemocnění a po vyčerpání všech dostupných léčebných prostředků. Stabilizaci onemocnění se rozumí období, kdy nedojde ke změnám stupně obtíží, klinického stavu, ventilačních a respiračních parametrů. Propuknutí CHOPN je často provázaná respirační insuficiencí i jejím zhoršením, která se upravuje několik týdnů. V těchto případech lze DDOT ordinovat při hospitalizaci po odeznění exacerbace, s tím, že s odstupem 6 měsíců od propuštění bude provedena kontrola kyslíkovým testem a zváženo pokračování v DDOT. Kontraindikací DDOT je u pacientů s dužností bez hypoxemie, kuřáky, asociálními a nespolupracujícími jedinci (2).

1. 3. 3 Postup při schvalování léčby vzdušným kyslíkem

Všechny typy zdravotnické techniky pro DDOT a neinvazivní ventilační podporu podléhají schválení revizním lékařem. Oxygenoterapie se dělí na terapii vzdušným a kapalným kyslíkem. Schvalování terapie vzdušným kyslíkem je v kompetenci příslušné oblastní pobočky všeobecné zdravotní pojišťovny, stejně jako schvalování neinvazivní ventilační podpory. Léčbu kapalným kyslíkem schvaluje komise ústřední pobočky všeobecné zdravotní pojišťovny. Formy úhrady prostředků zdravotnické techniky a to koncentrátory vzdušného a kapalného kyslíku jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění formou denního pronájmu. Přístroje pro neinvazivní ventilační podporu jsou dávány do vlastnictví pacienta nebo jsou zapůjčeny v závislosti na kategorizaci dle přílohy I. 3, zákona I. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Ke schválení žádosti o oxygenoterapii vzdušným či kapalným kyslíkem je potřebné vypsát žádost zdravotnického zařízení o realizaci DUPV (Příloha 4). Vystavuje ji lékař z oboru TRN s razítkem ambulantní složky zdravotnického zařízení. Musí být doloženy výsledky kyslíkového testu a také kopie výsledků vyšetření krevních plynů. Indikující lékař vyplní objednávkový formulář firmy disponující výrobkem. Také vystaví poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Ke schvalování žádosti o přidělení přístroje pro neinvazivní ventilační podporu je potřebné dodat žádanku vystavenou lékařem odbornosti TRN nebo neurologem s razítkem ambulantní složky zdravotnického zařízení. Dále se připojí kopie záznamu vyšetření splnění indikačních kritérií nebo jeho odborný popis. Indikující lékař také vyplní formulář odborné společnosti a poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku (11).

1. 3. 4 Způsoby podávání kyslíku v domácím prostředí

V domácím prostředí může mít nemocný k dispozici standardní kyslíkovou láhev. Musí však respektovat zásady aplikace kyslíku. Je potřebné dodržovat bezpečnostní předpisy při používání tlakových lahví. Aplikovat jen ordinované množství kyslíku. Dále zvlhčovat prostředí, kde nemocný je. Udržovat pomůcky v čistotě. Zabezpečit

vlastné naplnění láhve (27). Kapalný kyslík je používán v léčbě respirační insuficience od roku 2004. Zpočátku byl indikován jedině u pacientů, kteří potřebovali průtok kyslíku 3,5 l/min a výš nebo u pacientů před transplantací plic. Úplně chyběla indikace kapalného kyslíku pro mobilní pacienty. V roce 2004 vyšla publikace doc. Erbana *Dlouhodobá domácí oxygenoterapie*. V ní byla zmíněna a dále příslušnými odborníky prosazována nutnost terapie tekutým kyslíkem i pro mobilní pacienty. Všeobecná zdravotní pojišťovna vyhledovala objektivní test k posouzení mobility nemocných. Sekce pro DDOT po jednáních zvolila šestiminutový test chůze. Všeobecná zdravotní pojišťovna souhlasila s návrhem DDOT jen u skupiny nemocných málo mobilních. Nesouhlasila s návrhem šetření DDOT u skupiny nemocných mobilních. Šestiminutový test chůze rozhoduje zařazení nemocného do skupiny podle mobility. Používáme ho pro posouzení indikace DDOT jako jediní ve světě. Podle zástupců odborné společnosti je tento test o mobilitě pacienta dostatečně vypovídající. Hladší lepší test na zjištění mobility pacienta neexistuje. Je také možné požadovat vyjádření o mobilitě nemocného jeho praktického lékaře. V sousedním Německu je jediným indikačním kritériem k zahájení terapie tekutým kyslíkem posouzení mobility nemocného ošetřujícím lékařem. Byla zvažována jiná možnost šetření DDOT u skupiny mobilních nemocných. Je možné těmto pacientům nabídnout mobilní koncentrátor kyslíku. Mobilní koncentrátor kyslíku je asi 4,5 kg těžký. Obsahuje dva baterie. Pro porovnání: plná dvou litrová láhev s tekutým kyslíkem váží 4,1 kg. Mobilní koncentrátor je napájen jenom ze záložního zdroje, případně z autobaterie. Klient by proto musel mít dva koncentrátory, a to klasický stacionární + mobilní. Pro možnost terapie i pro mobilní klienty bylo zahájené jednání o zavedení vysokoprůtokového 8 litrového koncentrátoru kyslíku v DDOT. Mezi všeobecnou zdravotní pojišťovnou a českou pneumologickou a fyziologickou společností bylo dohodnuto následující, že jednotlivým skupinám nemocných budou indikovány přístroje následovně u nemocných, kteří pouze potřebují průtok kyslíku 3,5 l/min a více bude přidáván vysokoprůtokový koncentrátor kyslíku. Nadále budou používána dosavadní kritéria pro zařazení pacientů do programu DDOT (2). Kyslíkové bomby mají v sobě stlačený kyslík pod tlakem 200 barů. Velké válce o hmotnosti 20 kg mají 2000 l kyslíku a jsou

vhodné pro stacionární užití. Malé válce o hmotnosti 5,5kg mají 400 l kyslíku a jsou určeny pro mobilní užití. V České republice brání jejich domácímu používání pohární předpisy. Kyslíkové koncentrátory jsou elektrická zařízení, která oddělují dusík a oxid uhličitý z atmosférického vzduchu, a klientovi dodávají pouze kyslík. Musí být umístěny na lícovém a na dobře větratelném místě. Koncentrátory nejsou vhodné pro nemocné s velkými požadavky na kyslík. Hlavní výhodou kyslíkového koncentrátoru je bezpečnost. Hlavní nevýhodou je podmínka připojení na elektrický proud. Dále vibrace a hluk. Přístroj také vyžaduje pravidelnou údržbu. Systém tekutého kyslíku se skládá z přenosného zásobního kontejneru, ten obsahuje 30l kyslíku, a mobilního satelitního kontejneru, ten obsahuje 1,2l kyslíku. Oba kontejnery obsahují velké množství kyslíku. Tento systém je dobrý pro nemocné, kteří ztrácejí stále mobilní a nechtějí možnost pohybu ztratit. Hlavní výhodou je snadný transport, vysoká čistota kyslíku, spolehlivost a lehká údržba. Velkou nevýhodou je závislost na zásobním kontejneru. Dochází také ke spontánnímu odpařování. Ve vyspělých západních státech byl tento druh léčby využíván již dávno. U nás se zavedla DDOT, když vznikaly zdravotní pojišťovny. Jako běžná léčebná metoda byla DDOT u nemocných s chronickou respirační insuficiencí zavedena až v roce 1992. K DDOT jsou indikováni nemocní, kteří v klidovém stadiu choroby i přes komplexní léčbu základního onemocnění, mají hodnoty parciálního tlaku kyslíku v arteriální krvi v poloze vsedě během dne a v klidu nižší než 8,0 kPa. Současně mají alespoň jednu z následujících komplikací: (katetrizační echokardiograficky, podle rentgenu nebo elektrokardiogramu mají prokázanou plicní hypertenzi nebo cor pulmonale, otoky či polycytemii, popř. hyperkapnii). Klesne-li parciální tlak kyslíku v arteriální krvi pod hodnotu 7,3 kPa, nejsou další kritéria požadována. Hodnota parciálního tlaku kyslíku v arteriální krvi se při oxygenoterapii má zvýšit alespoň o 1 kPa, aniž by se zvedala hodnota parciálního tlaku oxidu uhličitého v arteriální krvi. Jiné typy odběru krve pro účely DDOT jsou nepřijatelné. nepřijatelné je i užití nepřímých metod např. pulsní oxymetrie se stanovením hodnot saturace kyslíku. Při léčbě chronické respirační insuficience je nutné zahájit komplexní léčbu základního onemocnění. Podávají se antibiotika, bronchodilatancia, mukolitika a zejména systémově podávané kortikosteroidy. Léčba má trvat dva až tři týdny. Dávka

kortikosteroid by neměl být nižší než ekvivalent 20mg Prednisonu. Tato léčba může být prováděna ambulantně nebo za hospitalizace. Po ukončení léčby však musí být potvrzeno, že chronická respirační insuficience poškod trvá a svou tíží splňuje výše uvedená kritéria pro předepsané zdroje kyslíku. Je nezbytné následně provést kyslíkový test, kdy nemocnému podáme kyslík nejméně na dobu 30min. Během testu má hodnota parciálního tlaku kyslíku v arteriální krvi stoupnout o 1 kPa proti původní hodnotě. Lepší je však vytitrovat takový průtok kyslíku, který zlepší hodnoty parciálního tlaku kyslíku v arteriální krvi na 8,0 kPa a více. Nemocní s již rozvinutou hyperkapnií jsou indikováni k DDOT jen tehdy, když během kyslíkového testu hodnota parciálního tlaku oxidu uhličitého v arteriální krvi, dále nestoupne (20).

1. 3. 5 Ošetřovatelský proces v péči o dýchání

Dýchání je základní biologická potřeba. Bez dýchání není možné existovat. Na dýchání jsou závislé další životní funkce. Bez vzduchu můžeme přežít maximálně 3 minuty. Faktory ovlivňující dýchání patří sestavování ošetřovatelského procesu. K fyziologickým a biologickým faktorům patří anatomie a fyziologie dýchacího a kardiovaskulárního systému. K faktorům tělesné aktivity patří tělesná konstituce a tělesná aktivita. Další faktor je pohyb a vůle. Psychické a duchovní faktory k nim patří emoce, strach a zlost, stres, vnitřní klid a neklid. Dále jsou to sociální a kulturní faktory k nim patří sociální vztahy, atmosféra rodiny, pracovní prostředí, životní návyky například kouření. Faktory životního prostředí jsou například čistota vzduchu, množství ozónu, geografická poloha, nadmořská výška. V ošetřovatelské anamnéze sestru hodnotí frekvenci dýchání, hloubku dýchání a charakter dýchání. Dále si stanoví ošetřovatelské intervence a naplánuje ošetřovatelskou péči (28).

1. 4 Umělé plicní ventilace v domácí péči

1. 4. 1 Podávání kyslíkové terapie

Dlouhodobá domácí oxygenoterapie (DDOT) je používána k léčbě nemocných s chronickou respirační insuficiencí vzniklou na podkladě plicního onemocnění. Léčba kyslíkem zabraňuje nepříznivým účinkům hypoxemie v organismu. Zvyšuje kvalitu a délku života. Zlepšuje toleranci fyzické zátěže. U mnohých nemocných snižuje střední tlak v plicnici. Zabraňuje vzniku nebo progresi plicní hypertenze a rozvoji cor pulmonale. DDOT snižuje také počet hospitalizovaných nemocných s chronickou respirační insuficiencí. Léčba kyslíkem má své kořeny již v historii. Vzduch jako látka velice důležitá k životu. To uznával již Paracelsus (1493-1541). V 18. století Lavoisier objevil souvislost mezi kyslíkem a oxidem uhlíkatým a provedl první léčebné pokusy. Poté Barach léčil nemocné s bronchitidou kyslíkovými maskami nebo v kyslíkových komorách. Ve studiích z r. 1926 doložil Campbell účinnost kyslíkové léčby u nemocných s chronickou obstrukční bronchopulmonální nemocí (CHOPN) a pracoval na vývoji dlouhodobých terapií. Cotes popsal prospěch kyslíku u CHOPN a podporoval používání mobilních zdrojů kyslíku. Postupně byli popisované příznivé účinky kyslíku u pacientů s polyémií, plicní hypertenzí. Ke kyslíkové terapii mohou být používány tři zdroje kyslíku: kyslíkové bomby, koncentrátory kyslíku, tekutý kyslíkový systém (2).e sestra hodnotí frekvenci dýchání, hloubku dýchání a charakter dýchání. Dále si stanoví očekávatelské intervence a naplánuje očekávatelskou péči (28). Poskytovatelé zdravotní péče mají povinnost plánovat spolu s nemocným a jeho rodinou pokračování péče až do dosažení optimálního stavu. Základem pro stanovení plánu a poskytování kvalitní očekávatelské péče je kladení cílů a výběr přiměřených intervencí (8).

1. 4. 2 Tracheostomie

Tracheostomie je invazivní zabezpečení vstupu do dýchacích cest operačním provedením nebo transkutánní dilatační metodou. Vylučuje z dýchacích cest horní dýchací cesty a hlasivky. Indikuje se při obstrukci horních dýchacích cest tumorem nebo oroficiálním traumatem. Také se indikuje při nutnosti dlouhodobého zajištění vstupu do dýchacích cest i při dlouhodobé umělé plicní ventilaci (31). Počet nemocných, kteří dýchají uměle vytvořeným otvorem v krku takzvanou tracheostomií, se stále

zvyšuje. Při chirurgickém výkonu se v krku nemocného udělá otvor, do něhož se zavede speciální tracheální kanyla. V některých případech je kanyla zavedena jen přechodně. Pokud je nemoc tak vážná, že kanyla musí být zavedena trvale. V průběhu hospitalizace učíme nemocného vyměňovat si kanylu. Důležitá je důkladná nácvik sebepečení. Doma pak má klient k dispozici dvě kanyly. Pro orientaci, cena jedné kanyly je cca 2500 korun. Hradí ji zdravotní pojišťovna. Klient doplácí cca 150 korun. Každý rok má klient právo na jednu kanylu. Při tracheostomické kanyli se doporučuje nosit rouška, protože omezuje vnik nečistot a studeného vzduchu. Do kanyly si nemocný občas aplikuje mukolytika. Když je kůže v okolí tracheostomie podrážděná, je možno aplikovat krém Dermazulen. Pacient by měl pobývat v čistém, nepřeháněném prostředí a je nutné zabezpečit i optimální vlhkost vzduchu. Přístup ošetřovatelského personálu k tracheostomovanému nemocnému by měl být taktický, ohleduplný a také empatický. Pro nemocného je tracheostomie velkou psychickou zátěží, mnohdy je s ním proto i špatná spolupráce. V některých případech je třeba nemocnému chirurgicky odstranit i část hrtanu, takže potom nemůže mluvit. V takovém případě dochází na foniatrii k zacyklování jícnové šelí. Když nemocný nezvládne jícnovou šelí, může být předešlán elektrolarynx. Je to přístroj, který si skládá pod bradu a vyvolává vibrace. Taková šelí je podobná automatu. Cena přístroje je cca 15000 Kč a hradí ji zdravotní pojišťovna (27). Při zavádění tracheostomie bývají komplikace. Nejčastější komplikací je riziko stenózy dýchacích cest poraněním krikoidní chrupavky. Proto je stomie na prvním tracheálním prstenci přísně kontraindikována. Stenóza může vzniknout také, když se otevře průdučnice neadekvátně rozsáhle. Dalším důvodem vzniku stenózy může být špatné uložení tracheostomické kanyly nebo poranění stěny průdučnice nadměrným tlakem balónku kanyly (9).

1. 4. 3 Postup při zahájení domácí umělé plicní ventilace

Domácí umělá plicní ventilace (DUPV) je pro nemocné velkým přínosem, protože jim umožňuje žít několik let téměř normálním životem v domácím prostředí. Nemocní nemusí být hospitalizováni. Pro domácí umělou plicní ventilaci se snažíme vybírat

nemocné, kteří mají šanci, že se s pomocí rodiny výrazně zlepší kvalita jejich života i v době kdy nemoc spěje k terminálnímu stadiu. Když nemocný s doprovodem opouští domov, musí mít sebou ventilátor, dýchací vak, odsávací ku, dostatek odsávacích cévek a některé léky například Berodual spray. Nutné je, aby byli rodinní příslušníci vyškoleni v základní ošetřovatelské péči včetně toho jak manipulovat s ventilátorem, odsávací ku nebo koncentrátorem kyslíku. Obě strany, jak pacient, tak, i rodina ihned pochopí, že péřa a nácvik takovéto péře rozhodně snadné nejsou. Doma se pak ocitají v situaci, kdy se musí sami rozhodovat rychle a nemají ihned po ruce vše, co bylo dostupné v nemocnici, personálu nevyjímaje. Nemocného pravidelně navštřuje sestra agentury domácí péře. Pomáhá mu při osobní hygieně ošetřuje tracheostomickou kanylu, měří a zapisuje řivotní funkce, kontroluje ventilátor, dohlří na správné uřití léků. Dřleřit v péři o nemocného na DUPV je také pravidelně kontrolovat a řistit odsávací ku. Protože netěsnost sběrné nádoby, hadic nebo zhlcení sacího filtru může zpřřsobil problémy. Přřstroje je zapotřebí denně kontrolovat. Při výpadku elektrické energie je k ventilátoru trvale přřpojen náhradní zdroj, který dokáže zabezpečit jeho chod po dobu řestnácti hodin. Baterie uvnitř ventilátoru pak umožřuje zajistit jeho chod až dvřhodiny. Pacient by měl mít doma také náhradní tlakovou láhev nebo láhev s kapalným kyslíkem. Pacienta ohrořují komplikace jak ze strany technického vybavení, tak i zhorření chronického onemocněí. Dochází buň k progresi onemocněí, nebo sezonní infekce, přřpadně obtře s přřchodností dýchacích cest. Abychom přředeřli třto komplikacím, volíme pro pacienta v domácí péři tracheostomickou kanylu s výměnnou vložku. Tracheostomické kanyly pacientřm měří ošetřující lékař při pravidelných kontrolách. Nemocný má doma náhradní kanylu, aby ji v přřpadě nouze mohla ošetřující osoba například lékař záchranné služby, rodina, sestry agentury domácí péře vyměnit. Tato situace může nastat při ucpání kanyly hlenem, při netěsnosti nebo prasknutí manřety tracheostomické kanyly. Nepřřjemnou komplikací může být aspirace potravy nebo tekutiny při vypuřtění manřety tracheostomické kanyly nebo kařel s následnou křelí dýchacích cest. K hypoxii nemocného nejřastěji dochází při rozpojení okruhu nebo řpatné montáři přřtokové nádoby u redukčního ventilu. Komplikací při podávání umělé plicní ventilaci je porucha ventilace plic při odvykání od ventilátoru. Je to stav, kdy

pacient není schopen zajistit pšmŇŇenou výmŇŇu plynŇŇ vlastními silami. Tento stav se projevuje jako pocit zvýŇŇené potšŇŇby kyslíku, dŇŇchacími obtíŇŇemi, zvýŇŇenou únavou, projevem zvýŇŇeného neklidu, zvýŇŇenou dechovou frekvencí, barevnými zmŇŇny kŇŇŇe a sliznic to znamená zvýŇŇená bledost a lehká cyanóza, následnŇŇ se zapojují pomocné dŇŇchací svaly a zmŇŇna vŇŇdomí (7). Plicními komplikacemi mŇŇŇou být jak atelektáza, pneumotorax, plicní embolizace nebo plicní edém, plicní absces. DalŇŇími komplikacemi jsou kaŇŇel, ŇŇkytavka, zvracení a regurgitace, aspirace nebo také zateŇŇení vyzvraceného obsahu ŇŇaludku do dŇŇchacích cest (4). Ze vŇŇech výŇŇe uvedených informací vyplývá následující postup pšŇŇ zahájení domácí umŇŇé plicní ventilaci. Pacient i jeho rodina musí být pšŇŇd propuŇŇŇím do domácího oŇŇetšŇování zaŇŇkolení v ovládání dŇŇchacího pšŇŇstroje a odsávaŇŇky. MŇŇi by umŇŇ vymŇŇit tracheostomickou kanylu. Obsluhovat kyslíkovou láhev a mŇŇŇt a sledovat ŇŇivotní funkce. NauŇŇit se také základní dechovou rehabilitaci. Kdyby se objevily komplikace, je dŇŇŇleŇŇitŇ zachovat chladnou hlavu a dokázat problém vyŇŇŇŇit. Ve stresové situaci, to vŇŇak mŇŇŇe být obtíŇŇné. Po ruce by mnŇŇ být spolehlivý telefon, ŇŇísla na záchrannou sluŇŇbu, ŇŇísla na sestru domácí pŇŇŇe a na servisní techniky (20). PšŇŇd napojením nemocného na ventilátor se musí zkontrolovat tŇŇnost dŇŇchacího okruhu a pšŇŇvod kyslíku. V základním nastavení ventilátoru je dechový objem, dechová frekvence. Dále pomŇŇ nádechu k výdechu, inspiraŇŇní prŇŇtok, inspiraŇŇní prodleva, koncentrace kyslíku ve vdechovaném vzduchu, ŇŇpíŇkový inspiraŇŇní tlak a hodnota pozitivního tlaku na konci výdechu (31). DŇŇŇleŇŇitŇ je monitorování dechové aktivity. Nemocný má zajiŇŇŇeny dŇŇchací cesty tracheostomií a je napojen na ventilátor. Máme nastavené alarmové hranice ventilaŇŇních parametrŇŇ. ZejmŇŇna expirovaný minutový ventilaŇŇní objem a dechovou frekvenci pacienta (10). Zprvu se zdá, ŇŇe pŇŇŇe o pacienta na DUPV není tŇŇŇká. Rodina je plánovaným propuŇŇŇím nemocného nadŇŇena a optimistická. Ale uŇŇŇ bŇŇhem zacviŇŇování na oddŇŇení a potom první dny doma, kdy je pacient odkázán na pŇŇŇi pšŇŇbuzných a sester domácí pŇŇŇe, vŇŇichni poznají, jak je oŇŇetšŇovatelská pŇŇŇe o takového nemocného nároŇŇná. ZvláŇŇŇŇpak pro pouŇŇeného laika (20).

1. 4. 5 OŇŇetšŇovatelský plán u ventilovaného pacienta

U ventilovaného nemocného je dŕlehitá pŕe o ventilátor. K tomu patŕ vŕmŕna bakteriálního filtru po 48 hod. Vŕmŕna ventilačního okruhu hadic po 7 dnech a také spolupŕce se servisním technikem. Pŕ pŕi o tracheostomii je nejdŕlehitŕ odsávání pacienta uzavŕeným systŕmem. Odsávání podle potŕby nemocného. Vŕmŕna uzavŕeného odsávacího systŕmu pŕ zneŕiŕŕní a jinak kaŕdŕ 3 dny. Pravidelnŕ se také vymŕruje tracheostomická kanyla. Obvykle po 7-10 dnech. Tracheostomie se ŕeŕŕuje 2 krát dennŕ pŕstom se kontroluje okolí tracheostomie. U pŕŕjmu potravy sleduje peŕující osoba zmŕnu mnoŕství pŕŕímané stravy. Pŕ sniŕeném pŕŕjmu jídla to konzultuje s nutriční terapeutkou. Léky se podávají dle ordinace ŕeŕŕujícího lékaŕe. Dŕlehitá je také pŕe u ventilovaného nemocného o hygienu a pŕe o dutinu ústní. Pravidelnŕ se provádí dechová a svalová rehabilitace. Poklepová masáŕ 3 krát dennŕ. Také je dŕlehitŕ dbát o pŕi o vyprazdŕování. Nesmí se zapomenout na prevenci vzniku dekubitŕ. Zavede se antidekubitární program a polohování. Dŕlehitŕ je pŕŕbŕŕnŕ edukovat a kontrolovat ŕeŕŕovatelskou pŕi poskytovanou rodinou. Podstatné je také peŕovat o psychické zdraví a rozvoj osobnosti.

1. 5 Sociální pŕe o chronicky nemocného klienta v domácím prostŕdí

Ventilovaným nemocným se zmŕnil ŕivot od základu. Potýkají se zdravotními, psychickými, ale také se sociálními potíŕemi. Nemohou vést společenský ŕivot jako pŕed nemocí ani se zaŕlenit do pracovního procesu. Potŕebují pomoc. Ventilovaným nemocným se poskytují zdravotnické sluŕby v podobŕ domácí pŕe home care. Tato sluŕba je ordinována nemocnému ŕeŕŕujícím lékaŕem a samotnou ŕeŕŕovatelskou sluŕbu vykonávají sestry. Jedná se napŕŕklad o odbŕy krve, injekční aplikace lékŕ, provádŕní pŕevazŕ. Sluŕba je financována z prostŕedkŕ zdravotního pojiŕŕŕí. Dŕlehitŕ je se pŕedem informovat na smluvní vztahy mezi agenturou domácí pŕe a zdravotní pojiŕŕŕovnou nemocného. Dále mají právo na sociální pŕi. Sem patŕ osobní asistence a peŕovatelská sluŕba. Jsou vymezené v zákonŕ 108/2006Sb. o sociálních sluŕbách, který vstoupil v ŕŕinnost dne 1. ledna 2007. Rozsah a placení sluŕeb jsou pak definovány ve vyhláŕce ŕ. 505/2006 Sb., kterou se provádŕí nŕkterá ustanovení zákona o sociálních

službách. Zákon o sociálních službách ukládá povinnost všem poskytovatelům sociálních služeb poskytovat základní sociální poradenství zdarma. Tato informace je velice nápomocná ventilovaným nemocným před propuštěním do domácího ošetřování. Dále poskytovatele sociálních služeb jsou připraveni ventilovanému klientovi nabídnout paletu sociálních služeb, například také odborné a sociálního poradenství, které se zaměřuje i na problematiku ventilovaných nemocných a zajistit mu sociálně právní servis v otázce sociálního zabezpečení (15). Na obecním úřadě rozšířenou působností si ventilovaný nemocný může požádat o příspěvek na péči (13). Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné péči. Náklady na příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je závislá na pomoci jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Péči o vlastní osobu se chápe především úkony, které se týkají zajištění jejího přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Soběstačností se chápou úkony, které umožňují účastnit se sociálního života například schopnost komunikovat, nakládat s penězi jejími osobními potřebami, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat, uklidit. Příspěvek na péči napomáhá ke kvalitnějšímu životu občanům, kteří jsou závislí na pomoci druhých. Výše částky je odvozena od stupně závislosti na jiné osobě. Příspěvek na péči nahrazuje důchody, které byly zvýšené pro bezmocnost. Příspěvek na péči je automaticky přiznán všem lidem, kteří pobírali zvýšené důchody pro bezmocnost, aniž by o příspěvek museli požádat. Nárok na příspěvek na péči vzniká ze zákona, a tak není možné podat proti tomuto nároku odvolání. Kdyby byl občan nespokojen s výší přiznaného příspěvku na péči, může podat žádost o stanovení nové výše příspěvku na péči na příslušném obecním úřadě obce s rozšířenou působností. Po dobu vyřizování žádosti bude i dále vyplácen příspěvek na péči v původní částce. Pokud by bylo rozhodnuto o zvýšení příspěvku, bude občanovi rozdíl následně doplacen. Příspěvek na péči je od 1. 1. 2007 v souvislosti s účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyplácen obecním úřadem s rozšířenou působností podle místa trvalého bydliště občana. Tento příspěvek není součástí vypláceného důchodu, ale je zasílán zvláště. Nárok na příspěvek na péči nemá dítě

mladší jednoho roku. Oblán si může vybrat, jakým způsobem si přeje příspěvek na péči doručovat a souhlasně musí uvést, jakým způsobem dávku využije. Znamená to, že kdo mu bude potřebnou pomoc poskytovat. Příspěvek na péči je doručován každý měsíc. Osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve třech stupních. I. Stupeň je lehká závislost. Když z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku za kalendářní měsíc je 2000 korun. II. Stupeň je střednětěžká závislost. Když z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku za kalendářní měsíc je 4000 korun. III. Stupeň je těžká závislost. Když z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku za kalendářní měsíc je 8000 korun. IV. Stupeň je úplná závislost. Když z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku za kalendářní měsíc je 12000 korun. Oblán pobírající příspěvek na péči se může dobrovolně rozhodnout, jakou část z výše uvedeného příspěvku poskytne osobě blízké nebo jiné, která se o něj stará. Vše musí být uvedeno ve smlouvě na poskytnutém obecním úřadě obce s rozšířenou působností (26). Hádost podá přímo nemocný nebo v jeho zastoupení zástupce. Dále se provede sociální šetření v jeho domácím prostředí. Protože další podmínkou vyplácení příspěvků na péči je posouzení stupně závislosti na pomoci jiné osoby. O poznání schopnosti nemocného pečovat o sebe rozhoduje posudkový lékař úřadu práce (13). Kontrola příspěvku je prováděna tak, že se zajišťuje kvalita života nemocného, která péči potřebuje (26). Lidský život je nejkrásnější a nejvyšší dar, který jsme dostali. Je proto hodný úcty a respektu. Dále je hodný ochrany. Naše společnost upřednostňuje úspěch jako synonymum života a radosti. Úspěch je prostředek získání společenské akceptace, spokojenosti a štěstí. Neúspěch se bere jako nejistota, jako pochybnost, strach, starosti a takto je přijímaná i nemoc. Paradoxem je, že smrt je událost, která se dotýká všech. Přitom se jí snažíme vyloučit ze života.

Nevybíjí jí adekvátní pozornost. Porod je počátek života a smrt by měla mít důstojné místo v životě člověka. Smrt člověka je individuální akt jednotlivce, ale také je i součástí společnosti, které umírajícího obklopuje (14). Během posledních dvou desetiletí probíhá intenzivní filozofická diskuse o problémech lékařské etiky. Její velká část se soustřeďuje kolem otázek umírání a smrti v moderní medicíně. Vzhledem k jejím pokrokům, k zlepšeným možnostem léčby, udržováním pacientů životem se otázka, zda a v jakém rozsahu je povinné použít život udržujících prostředků, stala obzvláště naléhavou (25). Péče o ventilovaného pacienta je velice náročná. Pokud péči o nemocného rodina nezvládá, je možné využít zařízení pro ventilované pacienty. Nejznámější ze zařízení je rehabilitační ústav Kladruhy nebo nemocniční oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče. Pokud jde o nemocného v terminálním stadiu, tedy nemocného, u kterého se předpokládá úmrtí do 6 měsíců, můžeme počítat o umístění v hospici. Podmínkou pro hospitalizaci v hospici je informovaný souhlas nemocného. To znamená, že nemocný je informován o tom, kde bude umístěn a souhlasí s tím. Do hospicu nelze hospitalizovat nemocného s poruchou vědomí, takového, který se nemůže nebo není schopen se svobodně sám rozhodnout (13). Osoby, které pečují o osobu, jejíž má sníženou soběstačnost, podle zákona 108/2006 Sb., mohou využít odlehčovací službu, která může být poskytnuta formou ambulantní, terénní či pobytovou. Cílem této služby je umoci osobu, která o nemocného pečuje, nezbytný odpočinek k nabrání psychických a fyzických sil. Dát jí možnost k zajištění svých osobních potřeb (15).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit nejčastější zdravotní a sociální problémy nemocných ventilovaných v domácím prostředí.
2. Zjistit výhody domácího ošetřování a případná rizika u ventilovaných nemocných.
3. Vytvořit standard péče o ventilované pacienty v domácím prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jaké jsou zdravotní potřeby ventilovaných pacientů v domácím prostředí?

Výzkumná otázka 2

Jaké jsou sociální potřeby ventilovaných pacientů v domácím prostředí?

Výzkumná otázka 3

Jaká je spolupráce rodiny v péči o ventilované pacienty?

3. Metodika

3. 1 Metodika práce

Pro bakalářskou práci byla použita metodika kvalitativního šetření, formou 2 polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny s 5 vybranými sestrami pracujícími v agentuře s domácí péčí. Odpovídaly na otázky k rozhovoru se sestrami (Příloha 2) formou polootevřených otázek. A ve stejné agentuře domácí péče byl proveden i druhý rozhovor vedený s 5 vybranými nemocnými na umělé plicní ventilaci, kteří jsou v péči této agentury. Odpovídali na otázky k rozhovoru s ventilovanými klienty (Příloha 3) formou polootevřených otázek. Každý rozhovor byl zapisován a probíhal asi pět hodin. U ventilovaných nemocných byl rozhovor veden i s členem rodiny, který o nemocného doma pečuje. Cílem bylo zjistit, jaké nejčastější zdravotní a sociální problémy pociťují ventilovaní pacienti v domácím prostředí. Jaká jsou specifika poskytovatelské péče o tyto pacienty. Dalším cílem bylo zjistit výhody a rizika domácího ošetřování. Výzkumné šetření probíhalo od roku 2008 až do roku 2010.

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Šetření probíhalo pomocí dvou výzkumných souborů. Výzkumný soubor 1 tvořilo pět sester agentury Domácí zdravotní péče Eva Čafránková Jindřichův Hradec. Výzkumný soubor 2 tvořilo pět nemocných na umělé plicní ventilaci, kteří jsou v péči této agentury od roku 2002.

4. Výsledky

4. 1 Výsledky rozhovorů se sestrami

Jednotlivé rozhovory byly písemně zpracovány do kazuistiky a výsledky do tabulek.

4. 1. 1 PŤsepis rozhovorŤ se sestrami

Sestra 1

První dotazovanou je sestra ve vŤku 27 let. Sestra pracovala 6 let u lŤŤka s umŤlou plicní ventilací, momentálnŤ je zamŤtnána prvním rokem v agentuŤe domácí péŤe. Má ukonŤené specializaŤní vzdŤání v oboru intenzivní péŤi ARIP.

Sestra udává, Ťe i pŤes její krátké zkušenosti v domácí péŤi, existují specifika v péŤi o ventilovaného pacienta. Jedná se pŤedevŤím, podle jejího názoru, o zvýŤenou péŤi o dýchačící cesty. Dále uvádí, Ťe je dŤleŤitá také péŤe o tracheostomickou kanylu, zajiŤŤení odsávání, které musí zvládat rodina. Jako nejŤastŤjší problém pro sestru, která se stará o ventilovaného nemocného, dotazovaná sestra uvedla výmŤnu tracheostomické kanyly a jako nejŤastŤjší problém pro pacienta na domácí umŤlé plicní ventilaci sestra uvedla neprŤchodnost dýchačících cest hustým hlenem, který ucpává tracheostomickou kanylu.

DalŤí oblastí rozhovoru byl pŤŤjem potravy u pacientŤ na domácí umŤlé plicní ventilaci. Sestra si myslí, Ťe klient není nijak omezen v pŤŤjmu potravy a mŤŤe tudíŤ pŤŤjmat bŤnou stravu. Dále uvádí, Ťe dle jejího názoru nemá domácí umŤlá plicní ventilace vliv na chuŤk jídla.

V dalŤí otázce sestra nepozoruje u klientŤ potíŤe s vyprazdŤováním. Pacienti mají dlouhodobŤ zavedený permanentní moŤový katétr. Sestra si vŤimla, Ťe pŤ vyprazdŤování stolice, trpí nemocní zácpou. Hlavním dŤvodem podle jejího názoru je, Ťe vŤŤna pacientŤ je leŤících a tudíŤ má zpomalenou peristaltiku.

Na otázku jakým zpŤsobem je umoŤnŤna ventilovanému klientu pohybová aktivita odpovŤŤa, Ťe s ním pŤŤ kaŤdé návŤtŤ procviŤuje na lŤŤku horní a dolní konŤetiny. Podle toho jak se ten den cítí, posazuje se také nemocný do kŤesla.

Dále se podle sestry u ventilovaných pacientŤ vyskytují obavy. NapŤříklad ucpání tracheostomické kanyly hlenem a následné potíŤe s dýcháním.

V otázkách komunikace s ventilovaným nemocným je podle ní pacientem preferovaný zpŤsob komunikace odezírání ze rtŤ. Pro sestru je nejlepŤší pŤŤ komunikaci pouŤívat odezírání ze rtŤ a psaní.

Z odpovědi sestry na další otázky vyplývá, že pacient pociťuje rozdíl v péči doma a v nemocnici. Sestra říká, že nemocný se doma cítí v bezpečí a má okolo sebe své blízké. Sestra vidí rozdíl v péči doma a v nemocnici v tom, že v domácím prostředí není okamžitě k dispozici lékař, ale v nemocnici zase nemocný nemá své soukromí.

Na otázku, zda se cítí ventilovaný nemocný sociálně izolován, odpovídá ano. Dle jejího názoru je izolován od okolí tím, že má domácí umělou plicní ventilaci.

Další otázky se zaměřily na získávání informací, kde sestra uvádí, že ventilovaný nemocný nejvíce informací získal od lékaře, z odborné literatury a také hodně z internetu.

Sestra dále uvádí, že spolupráce rodiny a sestry domácí péče je dobrá. Rodina se moc snaží. Do budoucna si myslí, že největším problémem domácí umělé plicní ventilace bude finanční zajištění této péče.

Závěr rozhovoru je věnován oblasti dalšího vzdělávání dotazované sestry, kde uvádí, že se ještě nezúčastnila žádných vzdělávacích akcí, směřujících k péči o ventilovaného pacienta v domácím prostředí. Avšak na další otázku, zda by měla zájem se nadále v této problematice vzdělávat, odpovídá kladně.

Sestra 2

Druhou dotazovanou je sestra ve věku 30 let. Sestra pracovala 2 roky u lůžka s umělou plicní ventilací, momentálně je zaměstnána 5 let v agentuře domácí péče. Má ukončené specializační vzdělání v oboru intenzivní péči ARIP.

Sestra udává, že má bohaté zkušenosti v domácí péči. říká, že existují specifika v péči o ventilovaného pacienta. Jedná se především, podle jejího názoru, o zvýšenou péči o dýchací cesty. Dále uvádí, že je důležité pravidelně odsávat, aby se předešlo ucpání tracheostomické kanyly. Důležité je také, dávat pozor, aby se tracheostomická kanyla nevytáhla. Jako nejčastější problém pro sestru, která se stará o ventilovaného nemocného, dotazovaná sestra uvedla, šetřit akutní stavy dechové tísní. Vyšetřit to rychle a správně zachovat si chladnou hlavu. Jako nejčastější problém pro klienta na domácí umělé plicní ventilaci sestra uvedla nepřítomnost dýchacích cest hustým hlenem, který ucpává tracheostomickou kanylu. Důležité je pak časté odsávání.

Další oblastí rozhovoru byl příjem potravy u pacientů na domácí umělé plicní ventilaci. Sestra si myslí, že ventilovaný klient může přijímat mixovanou stravu. Lépe se mu podle jejích zkušeností polyká. Dále uvádí, že dle jejího názoru má domácí umělá plicní ventilace vliv na chuť k jídlu.

V další otázce sestra nepozoruje u klientů potíže s vyprazdňováním, protože mají zavedený permanentní močový katétr. Sestra si všimla, že při vyprazdňování stolice, trpí ventilovaní nemocní zácpou.

Na otázku, jakým způsobem je umožněna ventilovanému klientu pohybová aktivita, sestra odpovídá pasivní rehabilitace na lůžku. Dále uvádí dechovou rehabilitaci, která napomáhá správné ventilaci. Sestra také nemocného posazuje s pomocí rodiny do křesla.

Dále se podle sestry u ventilovaných klientů vyskytují obavy. Nejčastější obavou ventilovaného nemocného je podle ní strach z poruchy přístroje. Dále uvedla, že psychika ventilovaného nemocného je velice silná, dokáže nemocné úplně rozhodit, až nakonec mohou i zemřít.

V otázkách komunikace s ventilovaným nemocným je podle ní pacientem preferovaný způsob komunikace odezírání ze rtů a používání tabulky s abecedou. Pro

sestru je nejlepší při komunikaci používat odezírání ze rtů, psaní a používání tabulek s abecedou.

Z odpovědi sestry na další otázky vyplývá, že pacient pocíťuje rozdíl v péči doma a v nemocnici. Sestra si myslí, že nemocný vidí nejvýš hlavně v tom, že je doma, ve svém přirozeném prostředí. Nemá zavedený žádný režim, narozdíl od nemocnice. Sestra vidí rozdíl v péči doma a v nemocnici v tom, že v domácím prostředí se musí rozhodovat rychle a sama. Rozhodnutí je na ní. Podle sestry, je to velice náročné na psychiku, zůstat v klidu a neplaťt.

Na otázku, zda se cítí ventilovaný nemocný sociálně izolován, odpovídá ano. Protože jeho blízcí lidé nemocného moc nenavštěvují. Chtějí ho nechat v klidu.

Další otázky se zaměřily na získávání informací, kde sestra uvádí, že ventilovaný nemocný nejvíce informací získal od lékaře, z odborné literatury a také hodně z internetu.

Sestra dále uvádí, že spolupráce rodiny a sestry domácí péče je dobrá. Do budoucna si myslí, že největším problémem domácí umělé plicní ventilace bude finanční zajištění této péče, časové náročnosti této péče, v postupném ubírání sil pečující osoby.

Závěrem rozhovoru je vřícován oblasti dalšího vzděávání dotazované sestry, kde uvádí, že se už zúčastnila vzděvacích akcí, směřujících k péči o ventilovaného pacienta v domácím prostředí. A na další otázku, zda by měla zájem se nadále v této problematice vzděávat, odpovídá určitě ano.

Sestra 3

Třetí dotazovanou je sestra ve věku 27 let. Sestra pracuje 6 let u lůžka s umělou plicní ventilací, momentálně je externě zaměstnána 4 rokem v agentuře domácí péče. Má ukončené vyškolení odborné vzdělání.

Sestra udává, že má bohaté zkušenosti, jak v nemocniční, tak v domácí péči. Říká, že existují specifika v péči o ventilovaného pacienta. Především se jedná, podle jejího názoru, o zvýšenou péči o dýchací cesty. Dále uvádí, že je velice důležitě pravidelně odsávat, aby se předešlo ucpání tracheostomické kanyly hlenem. Jako nejčastější problém pro sestru v péči o ventilovaného nemocného dotazovaná sestra uvedla časovou náročnost této péče. Nelze nemocného rychle ošetřit. Podle jejích slov, si každá sestra musí nechat na ventilovaného nemocného dostatek času, aby nic nezanedbala. Jako nejčastější problém pro pacienta na domácí umělé plicní ventilaci sestra uvedla, že pacient se cítí bezmocný. Je úplně závislý na pomoci jiné osoby.

Další oblastí rozhovoru byl příjem potravy u klientů na domácí umělé plicní ventilaci. Sestra si myslí, že ventilovaný klient může přijímat jak normální, tak mixovanou stravu. Záleží podle ní na zdravotním stavu pacienta. Dále uvádí, že dle jejího názoru nemá domácí umělá plicní ventilace vliv na chuť k jídlu.

V další otázce sestra nepozorovala u klientů potíže s vyprazdňováním. Mít zavedený permanentní močový katétr, to sestra považuje pro pacienta za nejlepší způsob vyprazdňování moče. Sestra si všimla, že při vyprazdňování stolice, trpí ventilovaný nemocný zácpou. Proto doporučuje, podle jejích slov, nemocnému hodně tekutin a také třeba ovocné kompoty.

Na otázku, jakým způsobem je umožněna ventilovanému klientu pohybová aktivita odpovídá, že dle stavu. Nejvíce s nemocným provádí pasivní rehabilitaci na lůžku. Polohuje nemocného, jako prevenci proti dekubitům a také podle toho jak se nemocný cítí, tak ho posazuje spolu s rodinou do křesla.

Dále se podle sestry u ventilovaných pacientů vyskytují obavy. Nejčastější obavou ventilovaného nemocného je podle ní strach z výpadku elektrické energie. Podle ní, je to velmi málo ventilovaných nemocných.

V otázkách komunikace s ventilovaným nemocným říká, že pacientem preferovaný způsob komunikace je odezírání ze rtů. Podle ní, to nemocného nejméně unavuje. Říká, že pro sestru je nejlepší při komunikaci používat také odezírání ze rtů.

Z odpovědi sestry na další otázky vyplývá, že pacient pociťuje rozdíl v péči doma a v nemocnici. Sestra si myslí, že nemocný se doma cítí v bezpečí, v kruhu své rodiny. Sestra vidí rozdíl v péči doma a v nemocnici v tom, že tato péče v domácím prostředí je více láskyplná a náročnější také na psychiku.

Na otázku, zda se cítí ventilovaný nemocný sociálně izolován, odpovídá, ne. Podle jejího názoru, za nemocným rodina pravidelně dochází a i jeho okolí ho bez problému navštívuje kdykoliv.

Další otázky se zaměřily na získávání informací, kde sestra uvádí, že ventilovaný nemocný nejvíce informací získal od lékaře, z odborné literatury a jiných zdrojů jako například na sociálce, občanských sdruženích a podobně.

Sestra dále uvádí, že spolupráce rodiny a sestry domácí péče je dobrá. Do budoucna si myslí, že nebude žádný problém při poskytování domácí umělé plicní ventilaci.

Závěr rozhovoru je věnován oblasti dalšího vzdělávání dotazované sestry, kde uvádí, že se už zúčastnila vzdělávacích akcí, směřujících k péči o ventilovaného pacienta v domácím prostředí. A na další otázku, zda by měla zájem se nadále v této problematice vzdělávat, odpovídá určitě ano.

Sestra 4

Čtvrtou dotazovanou je sestra ve věku 27 let. Sestra pracovala 4 roky u lůžka s umělou plicní ventilací, momentálně je zaměstnána 2 roky v agentuře domácí péče. Má ukončené specializační vzdělání v oboru intenzivní péči ARIP.

Sestra udává, že má mírné zkušenosti v poskytování péče v domácím prostředí. Říká, že existují specifika v péči o ventilovaného pacienta. Jedná se především, podle jejího názoru, o zvýšenou péči o dýchací cesty. Musí se pravidelně dýchací cesty odsávat, aby se předešlo ucpání tracheostomické kanyly. Důležité je také dávat pozor, aby se tracheostomická kanyla nevytáhla a také umět zacházet s ventilátorem. Jako nejčastější problém pro sestru, která se stará o ventilovaného nemocného, dotazovaná sestra uvedla právě výše uvedené zacházení s ventilátorem a také umět vyšetřit akutní stavy dechové tísně. Jako nejčastější problém pro pacienta na domácí umělé plicní ventilaci sestra uvedla připevnění nemocného k ventilátoru, nemožnost pohybu, strach z technické závady na ventilátoru, nebo když je ze spánku vzbudí alarm na ventilátoru a neví, co se děje.

Další oblastí rozhovoru byl příjem potravy u pacientů na domácí umělé plicní ventilaci. Sestra si myslí, že ventilovaný klient může přijímat normální i mixovanou stravu. Podle jejího názoru by to měla být pestrá strava, ale když je nemocný hodně ztlumený, mohl by se omezit na mléčné výrobky. Dále uvádí, že dle jejího názoru má domácí umělá plicní ventilace vliv na chuť k jídlu.

V další otázce, týkající se vyprazdňování moče, sestra uvedla, že nemocný pociťuje pálení a šíření při močení. Problém podle jejího názoru někdy bývá v zavedeném permanentním močovém katétru. Sestra si všimla, že při vyprazdňování stolice trpí ventilovaný nemocný zácpou. Dále uvádí, že příčinou může být nedostatek pohybu, nepřirozená poloha při vyprazdňování, pokud je upoután na lůžko.

Na otázku, jakým způsobem je umožňována ventilovanému klientu pohybová aktivita, odpovídá, že nemocného polohuje na lůžku jako prevenci proti dekubitům. Dále provádí pasivní rehabilitaci na lůžku a jiné, jako například kinestetickou mobilizaci, která je na způsob bazální stimulace.

Dále se podle sestry u ventilovaných pacientů vyskytují obavy. Nejčastější obavou ventilovaného nemocného je podle ní strach z poruchy přístroje, strach z udušení.

V otázkách komunikace s ventilovaným nemocným je podle ní pacientem preferovaný způsob komunikace odezírání ze rtů. říká, že pro sestru je nejlepší příst komunikaci používat odezírání ze rtů a psaní. Je to podle ní rychlejší.

Z odpovědí sestry na další otázky vyplývá, že pacient pocítuje rozdíl v péči doma a v nemocnici. Sestra si myslí, že nemocný má jistotu, že se o něho co se týká zabezpečení ventilátoru, v nemocnici stará zkušený personál, doma tu jistotu nemá. Ošetřovatelská péče je podle ní doma citlivější. Sestra vidí rozdíl v péči doma a v nemocnici v tom, že v domácím prostředí je ventilovaný nemocný spokojenější. Podle ní, je velkou nevýhodou vzdálenost od nemocnice, kdyby se vyskytla kritická situace.

Na otázku zda se cítí ventilovaný nemocný sociálně izolován, odpovídá ano. Protože jeho blízcí a známí ho tolik nenavštěvují.

Další otázky se zaměřily na získávání informací, kde sestra uvádí, že ventilovaný nemocný nejvíce informací získal od lékaře a hodně z internetu.

Sestra dále uvádí, že spolupráce rodiny a sestry domácí péče je dobrá. Do budoucna si myslí, že největším problémem domácí umělé plicní ventilace bude finanční zajištění této péče.

Závěr rozhovoru je věnován oblasti dalšího vzdělávání dotazované sestry, kde uvádí, že se ještě nezúčastnila vzdělávacích akcí, směřujících k péči o ventilovaného pacienta v domácím prostředí. A na další otázku, zda by měla zájem se nadále v této problematice vzdělávat, odpovídá ano.

Sestra 5

Pátou dotazovanou je sestra ve věku 27 let. Sestra pracovala 5 měsíců u lůžka s umělou plicní ventilací, momentálně je zaměstnána 7 měsíců v agentuře domácí péče. Má ukončené středškolské zdravotnické vzdělání.

Sestra udává, že má malé zkušenosti, jak v nemocniční, tak v domácí péči. Říká, že existují specifika v péči o ventilovaného pacienta. Především se jedná, podle jejího názoru, o zvýšenou péči o dýchací cesty. Dále uvádí, že je velice důležitě pravidelně odsávat, aby se zabránilo ucpání tracheostomické kanyly hlenem. Jako nejčastější problém pro sestru, která se stará o ventilovaného nemocného, dotazovaná sestra uvedla svůj příklad, a to nedostatečnou praxi. Jako nejčastější problém pro pacienta na domácí umělé plicní ventilaci sestra uvedla, že pacient se cítí izolován a úplně závislý na okolí.

Další oblastí rozhovoru byl příjem potravy u pacientů na domácí umělé plicní ventilaci. Sestra si myslí, že ventilovaný nemocný má přijímat mixovanou stravu. Podle ní by to hlavně měla být zdravá a vyvážená strava, bohatá na vitamíny. Dále uvádí, že dle jejího názoru má domácí umělá plicní ventilace vliv na chuť k jídlu.

V další otázce, týkající se vyprazdňováním může sestra uvedla, že potíže nemocní mají, a to inkontinenci. Sestra si také všimla, že při vyprazdňování stolice trpí ventilovaný nemocný zácpou. Proto sestra nemocnému pokudně doporučuje stravu bohatou na vlákninu a dostatek tekutin.

Na otázku, jakým způsobem je umožněna ventilovanému pohybová aktivita, odpověděla, že s nemocným provádí rehabilitaci na lůžku a jiné, jako poklepovou masáž zad na uvolnění hlenu z dýchacích cest.

Dále se podle sestry u ventilovaných pacientů vyskytují obavy. Nejčastější obavou ventilovaného nemocného je podle ní strach z výpadku elektrické energie, poruchy přístroje a v neposlední řadě také absence zdravotnického personálu při domácím ošetřování. Podle ní, by u ventilovaného nemocného měla být 24 hodin denně přítomná zdravotní sestra.

V otázkách komunikace s ventilovaným nemocným je podle ní pacientem preferovaný způsob komunikace odezírání ze rtů a psaní. Říká, že pro sestru je nejlepší při komunikaci používat také odezírání ze rtů a psaní.

Z odpovědi sestry na další otázky vyplývá, že pacient pociťuje rozdíl v péči doma a v nemocnici. Sestra si myslí, že nemocný doma je ve vlastním prostředí a pečuje o něj rodina. Sestra vidí rozdíl v péči doma a v nemocnici v tom, že ventilovaný nemocný je doma klidnější a psychicky vyrovnanější. V nemocnici je dostatek vyškoleného personálu a 24 hodinová dostupnost profesionální péče.

Na otázku zda se cítí ventilovaný klient sociálně izolován, odpovídá ano. Sestra uvádí, že za nemocným moc návštěvy nejezdí. Myslí si, že je to strach z neznámého.

Další otázky se zaměřily na získávání informací, kde sestra uvádí, že ventilovaný nemocný nejvíce informací získal od lékaře.

Sestra dále uvádí, že spolupráce rodiny a sestry domácí péče je dobrá. Do budoucna si myslí, že při této péči hrozí syndrom vyhoštění.

Závěr rozhovoru je věnován oblasti dalšího vzdělávání dotazované sestry, kde uvádí, že se ještě nezúčastnila vzdělávacích akcí, směřujících k péči o ventilovaného pacienta v domácím prostředí. A na další otázku, zda by měla zájem se nadále v této problematice vzdělávat, odpovídá kladně.

4. 1. 2 Sumarizační tabulky rozhovorů se sestrami

Tabulky výsledků rozhovorů sester

Tabulka 1 - Věk sester

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Věk	Počet					
25 – 29	4	1		1	1	1
30 a více	1		1			
Celkem	5					

Celkem bylo dotazováno 5 sester, z toho byly 4 ve věkové kategorii 25 - 29 let, v kategorii 30 a více let byla 1 sestra.

Tabulka 2 - Vzdělání sester

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Vzdělání	Počet					
Středogymnaziální	1					1
ARIP	3	1	1		1	
Vyšší odborné	1			1		
Celkem	5					

Z celkového počtu 5 sester, má 1 sestra středogymnaziální vzdělání, 3 sestry mají specializační vzdělání ARIP a zbývající 1 sestra má vyšší odborné vzdělání.

Tabulka 3 - Délka praxe u lžňka s UPV

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Praxe	Počet					
Do 1 roku	1					1
1 ň 2 roky	1		1			
3 ň 5 let	1				1	
5 let a více	2	1		1		
Celkem	5					

Z 5 sester má pouze 1 praxi u lžňka s UPV do 1 roku, další dotazovaná sestra má praxi v délce 1 - 2 let, 1 sestra v délce 3 - 5 let a zbývajcí 2 sestry 5 let a více.

Tabulka 4 - Délka praxe v domácí péči

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Praxe	Počet					
Do 1 roku	1					1
1 ň 2 roky	2	1			1	
3 ň 5 let	1			1		
5 let a více	1		1			
Celkem	5					

Z 5 sester má pouze 1 praxi v domácí péči do 1 roku, další 2 dotazované sestry Mají praxi v délce 1 - 2 let, 1 sestra v délce 3 - 5 let a zbývajcí 1 sestra 5 let a více.

Tabulka 5 - Problémy ošetřovatelské péče

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Specifika	Počet					
Ucpání tracheostomické kanyly	5	1	1	1	1	1
Zvýšená péče o dýchací cesty	5	1	1	1	1	1
Dekanylace	3	1	1		1	
Manipulace s ventilátorem	1				1	
Nedostatečná praxe	1					1
Celkem	15					

Z uvedené tabulky vyplývá, že se všech 5 sester shodlo na tom, že nejčastějším problémem je ucpávání tracheostomické kanyly. Zvýšenou péči o dýchací cesty uvedlo také všech 5 sester. Dalším vyskytujícím se problémem je možná dekanylace při ošetřování tracheostomické kanyly. Dále 1 sestra uvedla problém s manipulací s ventilátorem a 1 sestra její nedostatečnou praxi.

Tabulka 6 - Typy stravy u ventilovaných pacientů

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Strava	Počet					
Normální	3	1		1	1	
Mixovaná	4		1	1	1	1
Celkem	7					

Z této tabulky je zřejmé, že ve 2 případech se názor sestry prolíná. Myslí si, že pacient může normální, tak mixovanou stravu. Pouze normální stravu upřednostňuje 1 sestra, pouze mixovanou 2 sestry.

Tabulka 7 - Vliv DUPV na chuť k jídlu

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Vliv	Počet					
Ano	3		1		1	1
Ne	2	1		1		
Celkem	5					

Z 5 sester si 3 myslí, že DUPV má na vliv chuti k jídlu. Zbýlé 2 sestry tento názor nesdílí.

Tabulka 8 - Problémy s vyprazdňováním
močové

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Problém	Počet					
Pálení, šezání	1				1	
Retence	0					
Inkontinence	1					1
Ďádné	3	1	1	1		
Celkem	5					

Z tabulky vyplývá, že pouze 1 sestra si myslí, že pacienti mohou trpět pálením nebo šezáním pš močení. Retenci neuvádí Ďádná z dotazovaných sester. Také pouze 1 sestra si myslí, že pacienti mohou trpět inkontinencí a zbylé 3 dotazované sestry si nemyslí, že by pacient mĕnĕ jaké potíže.

Tabulka 9 - Problémy s vyprazdňováním stolice

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Problém	Počet					
Zácpa	5	1	1	1	1	1
Prŕjem	0					
Ďádné	0					
Celkem	5					

Vĕchny dotazované sestry si myslí, že pacienti trpí zácpou. Prŕjem ani pacienta bez obtíží neuvádí Ďádná z nich.

Tabulka 10 - Forma pohybové aktivity

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Pohybová aktivita	Počet					
Posazování do křesla	3	1	1	1		
polohování na lůžku	2			1	1	
Rehabilitace	5	1	1	1	1	1
Jiné	2				1	1
Celkem	12					

3 z 5 sester uvádí, že pohybová aktivita je pacientovi poskytována posazováním do křesla. Dále 2 sestry upřednostňují polohování na lůžku. Všechny sestry se shodly na tom, že nejvýhodnější je rehabilitace a 2 sestry uvádějí i jiné formy aktivity.

Tabulka 11 - Nejčastější obavy ventilovaných pacientů

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Obavy	Počet					
Porucha přístroje	3		1		1	1
Výpadek elektrické energie	2			1		1
Absence zdravotnického personálu	1					1
Ucpání tracheostomické kanyly	1	1				
Celkem	7					

Z tabulky vyplývá, že nejčastější obavou je porucha přístroje, tento názor uvedly 3 sestry. Dále 2 sestry shodně uvedly, že obavu pacientům dává výpadek elektrické energie. Jako další obava byla v 1 případě uvedena absence zdravotnického personálu a v 1 případě ucpání tracheostomické kanyly.

Tabulka 12 - Preferovaný způsob komunikace ventilovaným pacientem

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Způsob	Počet					
Odezírání	5	1	1	1	1	1
Psaní	1					1
Tabulka	1		1			
Celkem	7					

Všech 5 sester se shodlo na tom, že pacienti preferují v komunikaci odezírání ze rtů. Dále 1 sestra uvedla, že pacienti dále upřednostňují psaní a 1 sestra uvedla jeť používání tabulek.

Tabulka 13 - Nejčastější způsob komunikace sestrou s ventilovaným pacientem

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Způsob	Počet					
Odezírání	5	1	1	1	1	1
Psaní	4	1	1		1	1
Tabulka	1		1			
Celkem	10					

Všech 5 mnou oslovených sester nejčastěji používá ke komunikaci s ventilovaným pacientem odezírání ze rtů, dále 4 z nich využívají psaní a pouze 1 sestra pracuje navíc s tabulkou.

Tabulka 14 - Odlídnosti péle v domácím a zdravotnickém prostředí

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Odlídnosti	Počet					
Ano	5	1	1	1	1	1
Ne	0					
Celkem	5					

Všech 5 sester ve svých odpovědích uvedlo, že existují určité odlídnosti péle v domácím a nemocničním prostředí.

Tabulka 15 - Pocit sociální izolace

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Sociální izolace	Počet					
Ano	4	1	1		1	1
Ne	1			1		
Celkem	5					

4 z 5 sester se ve svých odpovědích shodují, že se podle nich pacienti cítí sociálně izolovaní. Pouze 1 sestra se domnívá, že sociální izolovanost u pacientů s ventilátorem není.

Tabulka 16 - Nejčastější zdroj informací o DUPV

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Zdroj	Počet					
Lékař	5	1	1	1	1	1
Odborná literatura	3	1	1	1		
Internet	3	1	1		1	
Jiné	1			1		
Celkem	12					

Všechny oslovené sestry se v odpovědích shodují, že nejčastějším zdrojem informací o DUPV je lékař. Dále 3 sestry z 5 shodně uvádějí odbornou literaturu a internet. 1 sestra uvádí ještě jiný zdroj.

Tabulka 17 - Spolupráce sestry a rodiny ventilovaného pacienta

Sestra		S1	S2	S3	S4	S5
Spolupráce	Počet					
Dobrá	5	1	1	1	1	1
Čpatná	0					
Žádná	0					
Celkem	5					

Všech 5 sester si myslí, že spolupráce s rodinou ventilovaného pacienta je dobrá. Čpatnou nebo žádnou spoluprací neuvádí ani jedna ze sester.

4.2 Výsledky rozhovorů s ventilovanými klienty

Jednotlivé rozhovory byly zpracovány do kazuistiky a výsledky do tabulek.

4. 2. 1 PŤepis rozhovorŤ s ventilovanŤmi klienty

Klient 1

Klient ve vŤku 49 let je pro mŤgnŤ svalovou atrofii uŤ jeden a pŤl roku na domŤcŤ umŤŤ plicnŤ ventilaci.

ZmiŤrovanŤmu nemocnŤmu zajŤgŤje pŤlŤi o dŤchacŤ cesty manŤelka, dŤle pak sestra agentury domŤcŤ pŤlŤe. NejŤastŤgŤjŤ problŤm klient vidŤ v hustŤch hlenech, kterŤ ucpŤvajŤ tracheostomickou kanylu a v bakteriŤlnŤm filtru, kterŤ se pod vlivem vlhkŤho poŤasŤ sŤm zvenŤlŤ zvlhlŤ a pak nemŤŤe klient dŤchat.

Hygienickou pŤlŤi klient vnŤmŤ normŤlnŤ Klientovi jŤ ŤplnŤ zajŤgŤje manŤelka. OblŤas pomŤhajŤ i dcery. Klient uvŤdŤ, Ťe pŤŤ hygienŤ je dŤŤehŤtŤ dŤvat pozor na tracheostomickou kanylu a permanentnŤ moŤovŤ katŤtr, aby se nevytŤhly.

Od doby napojenŤ na domŤcŤ umŤŤou plicnŤ ventilaci klient preferuje mixovanou stravu. Zkusil i normŤlnŤ stravu, ale gpatnŤse mu polykalo. UdŤvŤ, Ťe chuŤ k jŤdlu se v souvislosti se zavedenŤm tracheostomickŤ kanyly a napojenŤm na domŤcŤ umŤŤou plicnŤ ventilaci nezmnŤnila a ani pŤŤjem stravy nenŤ menŤgŤ.

ProblŤmy s vyprazdŤrovanŤm moŤe nemŤ. MŤ zavedenŤ permanentnŤ moŤovŤ katŤtr a ten mu moŤ odvŤdŤ. Klient udŤvŤ problŤmy s vyprazdŤrovanŤm stolice. TrpŤ zŤcpou. SnaŤhŤ se to ŤgŤt projŤmadly.

PohybovŤ aktivita je mu umoŤnŤna, podle jeho slov, posazovanŤm do kŤsela podle toho jak se ten den cŤtŤ.

Na otŤzku, zda mŤ klient obavy v souvislosti s domŤcŤ umŤŤou plicnŤ ventilaci, odpovŤdŤ, Ťe mŤ strach z vŤpadku elektrickŤho proudu a nŤslednŤ nemoŤnosti dŤchŤnŤ.

PŤŤ komunikaci mu nejvŤce vyhovuje odezŤranŤ ze rtŤ. Je to pro nŤho rychlejŤgŤ.

NejvŤgŤjŤ vŤhodou pŤŤ domŤcŤm oŤetŤovŤnŤ je pro nemocnŤho to, Ťe je doma s rodinou, coŤ vnŤmŤ velmi pozitivnŤoproti pobytu ve zdravotnickŤm zaŤŤzenŤ, kde toto prostŤedŤ vnŤmal velmi neosobnŤ Klient udŤvŤ, Ťe i spŤnek byl naruŤovŤn harmonogramem prŤce sester. Za nevŤhodu domŤcŤho oŤetŤovŤnŤ povaŤuje Ťasovou nŤroŤnost, Ťe je manŤelka na pŤlŤi pŤŤevŤhnu lŤst dne sama.

Necítí se být sociálně izolován. Přístup rodiny a přátel k němu se v důsledku onemocnění nijak nezměnil. Jen on sám občas nemá náladu si povídat. Pociťuje větší únavu.

O možnosti domácí umělé plicní ventilace si nemocný dověděl na anesteziologicko resuscitačním oddělení od jejich lékaře. Moc se pak těšil domů.

Klient o sociální pomoc požádal obecní úřad. Odbor sociálních věcí mu následně schválil příspěvek na péči v plné výši. Komunikaci s úřady a jinými institucemi nemocnému zajišťuje manželka, která má plnou moc.

Klient na domácí umělé plicní ventilaci šel, že před propuštěním do domácí péče se musel zajistit sedavým ventilátorem a odsávacíku. Klient uvádí, že přístroje zabezpečila nemocnice ještě před propuštěním domů. Nic za to podle jeho slov neplatil. Pomůcky k ošetřování tracheostomické kanyly, jako dezinfekční roztok, sterilní lžetěrky, si hradí sám. Také si z vlastních zdrojů nakoupil obinadla, buničitou vatu, menalind krém na prevenci dekubitů a ostatní pomůcky k hygienické péči.

Nejtěžší pro klienta, od doby napojení na domácí umělou plicní ventilaci, bylo zvyknout si na fakt, že už nikdy nic nebude jako předtím.

Klient 2

Klient ve věku 55 let je pro mírní svalovou atrofii druhým rokem na domácí umělé plicní ventilaci.

Zmířovanému nemocnému zajiřuje péři o dýchací cesty hlavně manřelka, někdy dcera, která bydlí spolu s rodiři ve společné domácnosti. Dále klient uvádí, ře také kařdý den dochází sestra agentury domácí péře, která ho dřkladně odsává. Nemocný pak má lepři pocit, ře se to udřalo dobře. Jako nejřastřjší problém klient uvádí husté hleny, které někdy ucpou tracheostomickou kanylu, a pak nemřhe dýchat.

Hygienickou péři klient vnímá normálně. Nemocnému jí úplně zajiřuje manřelka na posteli. Není mořný transport do koupelny. Někdy pomáhá i dcera a sestra domácí péře. Pomáhají při hygieně vlasř. Klient uvádí, ře při hygieně dřleřit dávat pozor na tracheostomickou kanylu, kdyř se vymřuje tkaloun, který brání jejímu vytahení.

Od doby napojení na domácí uměou plicní ventilaci klient preferuje mixovanou stravu, nevadí mu ani polévky. Dietu nedodrřuje. Udává, ře chuřk jídlu se v souvislosti se zavedením tracheostomické kanyly a napojením na domácí uměou plicní ventilaci jen řásteřně zmřnila.

Problémy s vyprazřřováním moře nemá. Má zavedený permanentní mořový katétr, takře moř vřbec nevnímá. Klient zmřuje problémy s vyprazřřováním stolice. Trpí zácpou. Snař se hodně pít a jíst jogurty jako například Activii, ale uř v poslední době přstoupil na uřívání projímadel. Myslí si, ře přiřinou je, ře nemá pohyb.

Pohybová aktivita nemocnému chybí. Manřelka se sestřřkou z domácí péře ho někdy posadí do křesla. Záleří podle toho, jak se ten den cítí. Manřelka s ním také na lřřku rehabilituje, procviřují horní a dolní konřetiny.

Na otázku, zda má klient obavy v souvislosti s domácí uměou plicní ventilací, odpovídá, ře má strach z výpadku elektrického proudu a ře nebude moct dýchat, proto ře se ucpe tracheostomická kanyla.

Při komunikaci nemocnému nejvíce vyhovuje odezřání ze rtř. Kdyř mu okolí nerozumí, tak vyuřívá tabulku s abecedou.

Největší výhodou při domácím ošetřování je pro nemocného to, že je doma. Jak říká Anež svému. Moc mu psychicky pomáhá také rodina, a že má své soukromí. Za nevýhodu domácího ošetřování považuje časovou náročnost, že se o něho stará jenom manželka. Někdy pomáhá rodina nebo sestra domácí péči, ale převážně manželka sama.

Necítí se být sociálně izolován. Protože rodina ho navštěvuje méně než před napojením na domácí umělou plicní ventilaci. I vztahy s okolím se zredukovaly.

O možnosti domácí umělé plicní ventilace se klient dovídá na anesteziologicko resuscitačním oddělení od jejich lékařů. Do té doby si myslel, že už do konce života zůstane v nemocnici.

Klient o sociální pomoc požádal obecní úřad. Odbor sociálních věcí mu následně schválil příspěvek na péči v plné výši. Komunikaci s úřady a jinými institucemi nemocnému zajišťuje manželka, která má plnou moc.

Klient na domácí umělou plicní ventilaci říká, že před propuštěním do domácí péče se musel zajistit především ventilátor a odsávacíka. Klient uvádí, že to nemusel vyřizovat, že to zabezpečil lékař na anesteziologicko resuscitačním oddělení. Pomůcky k ošetřování tracheostomické kanyly, jako dezinfekční roztok, sterilní lžerky, si hradí sám. Také si z vlastních zdrojů nakoupil obinadla, buničitou vatu, menalind krém na prevenci dekubitů a ostatní pomůcky k hygienické péči.

Podle nemocného nejtežší od doby napojení na domácí umělou plicní ventilaci, bylo zvyknout si, že se mu od základu změnil život.

Klient 3

Klientka ve věku 53 let je pro respirační insuficienci s chronickou obstrukční plicní nemocí už dva a půl roku na domácí umělé plicní ventilaci.

Zmiřované nemocné zajišťuje péči o dýchací cesty sestra, ke které se nastěhovala od doby napojení na domácí umělou plicní ventilaci. Dále každý den dochází sestra agentury domácí péče, se kterou se radí s problémy s ventilací. Dále uvádí, že když má sestra vlastní program, zabezpečuje péči pečovatelka. Největší problém klientka vidí v bakteriálním filtru, který se pod vlivem vlhkého prostředí sám zvenčí zvlhčí a pak nemůže nemocná dýchat.

Hygienickou péči klientka vnímá normálně. Převládá si o ní pečuje sama, jen s malou pomocí sestry. Používá lavór u lžičky, nebo s pomocí si 1 krát týdně dojde do sprchy. Klientka uvádí, že s hygienou je důležité dávat pozor na tracheostomickou kanylu, aby se nevytáhla.

Od doby napojení na domácí umělou plicní ventilaci klientka preferuje jakoukoliv normální stravu. Někdy jídlo mixuje. Méně mastí. Udává, že chuť k jídlu se v souvislosti se zavedením tracheostomické kanyly a napojením na domácí umělou plicní ventilaci, nezměnila. Nezměnil se ani množství přijaté stravy.

Problémy s vyprazdňováním moči má. S odsávání z dýchacích cest jí utěšuje moč. Proto s odsávání sedí na míse. Klientka udává problémy s vyprazdňováním stolice. Trpí paradoxní průjmem. Po mastných jídlech má průjem, ale v poslední době je však průjem po jakémkoliv stravě.

Pohybová aktivita je klientce umožněna. Podle jejích slov, se pohybuje sama. Klientka šká s úsměvem na tváři, že je závislá na délce hadic od ventilátoru. Láska by chtěla, jestli to zdravotní stav dovolí, jít ven.

Na otázku, zda má klientka obavy v souvislosti s domácí umělou plicní ventilací, odpovídá, že má strach z výpadku elektrického proudu.

S komunikací klientce nejvíce vyhovuje odezírání za rty. Myslí si, že artikuluje dobře, ale když jí někdo nerozumí, tak mu to napíše. Je to pro ni rychlejší.

Největší výhodou s domácím ošetřováním je pro klientku to, že je doma mezi přáteli a rodinou. V nemocnici byla pořád ve stresu. Nemá svoje pohodlí jako doma.

Za nevýhodu domácího ošetřování považuje to, že když by nastala nějaká komplikace, v souvislosti s domácí umělou plicní ventilací, je doktor daleko. říká, že jde o ten pocit, že tady nebude do pár vteřin jako v nemocnici.

Necítí se být sociálně izolovaná. Se svou rodinou je neustále v kontaktu. Vztah s okolím udržuje jako předtím.

O možnosti domácí umělé plicní ventilace se klientka dozvěděla na interním oddělení od lékaře anesteziologa. Od toho okamžiku podle jejích slov se jí změnil život a začala se těžit.

Klientka o sociální pomoc požádala na obecním úřadě Odbor sociálních věcí jí následně schválil příspěvek na péči ve třetím stupni, protože se látečně obslouží sama. Komunikaci s úřady a jinými institucemi klientce zajišťuje sestra, která má plnou moc.

Klientka na domácí umělou plicní ventilaci říká, že před propuštěním do domácí péče se musel zajistit především ventilátor a odsávacíka. Klientka uvádí, že se o to vůbec nestarala, ale pomůcky k ošetřování tracheostomické kanyly, jako dezinfekční roztok, sterilní látkovéky, si hradí sama. Také si z vlastních zdrojů nakoupila obinadla, buničitou vatu, menalind krém na prevenci dekubitů a ostatní pomůcky k hygienické péči.

Nejtěžší pro klientku, od doby napojení na domácí umělou plicní ventilaci, bylo si zvyknout, že okolo ní je spousta lidí, že už nebude moci být ve svém bytě sama.

Klient 4

Klient ve věku 40 let je pro svalovou dystrofii už zhruba jeden rok a osm měsíců na domácí umělé plicní ventilaci.

Zmířovanému nemocnému zajišťuje péči o dýchací cesty maminka. Klient je svobodný a bydlí v bytě spolu s rodiči. Každý den dochází sestra agentury domácí péče. Největší problém v péči o dýchací cesty klient vidí v hustých hlenech. Musí se často odsávat, jinak hleny ucpou tracheostomickou kanylu.

Hygienickou péči klient vnímá ztěženo proto že mu ji zajišťuje maminka. Někdy mu je to nepříjemné. Klient uvádí, že při hygieně je důležité dávat pozor na tracheostomickou kanylu a permanentní močový katétr.

Od doby napojení na domácí umělou plicní ventilaci klient preferuje normální stravu. Uvádá, že chuť k jídlu se v souvislosti se zavedením tracheostomické kanyly a napojením na domácí umělou plicní ventilaci výrazně změnila. Také pohybnul. Zatím udává 15 kg.

Problémy s vyprazdňováním moče nemá. Má zavedený permanentní močový katétr, říká, že mu zatím problémy nedělá. Klient udává problémy s vyprazdňováním stolice. Trpí zácpou. Snáh se to šetřit kompoty a kupuje si jogurty Activii. Klient hovoří o tom, že se celkově cítí smutný, a proto nemůže jít na velkou.

Pohybová aktivita je nemocnému umožněna, podle jeho slov, posazováním do invalidního vozíku a křesla. Sestřička z domácí péče s ním procvičuje na lůžku horní a dolní končetiny a pak ho napolohuje.

Na otázku, zda má klient obavy v souvislosti s domácí umělou plicní ventilací, odpovídá, že má strach z výpadku elektrického proudu při bouři.

Při komunikaci nemocnému nejvíce vyhovuje odezíraní za rty. Okolí mu zatím dobře rozumí.

Největší výhodou při domácím ošetřování je pro klienta to, že je konečně doma v kruhu rodiny. V nemocnici se cítil osaměle. Za nevýhodu domácího ošetřování považuje časovou náročnost, že je maminka na péči přesáhnou část dne sama.

Necítí se být sociálně izolován. Rodina nemocného ho navštěvuje stejně jako předtím. Jen vztahy s okolím udržuje méně než před napojením na domácí umělou plicní ventilaci. Ježto poškod se nedokázal smířit se životem, co nastal.

O možnosti domácí umělé plicní ventilace se klient dovídá na anesteziologicko-resuscitačním oddělení od jejich lékařů. V nemocnici má deprese a už nechtěl jít dál. Pak ho navštívil psychiatr a hodil si s ním povídal a také mu dal nějaké léky. Klient říká, že po léčbě mu je lépe. V nemocnici se pak těžil jen na to, ať půjde domů.

Klient o sociální pomoc požádal obecní úřad. Odbor sociálních věcí mu následně schválil příspěvek na péči v plné výši. Komunikaci s úřady a jinými institucemi nemocnému zajišťuje maminka, která má plnou moc.

Klient na domácí umělé plicní ventilaci říká, že před propuštěním do domácí péče se musel zajistit především ventilátor a odsávacíka. Klient uvádí, že přístroje zabezpečila nemocnice. Pomůcky k ošetřování tracheostomické kanyly, jako dezinfekční roztok, sterilní lžveřky, si hradí sám. Také si z vlastních zdrojů nakoupil obinadla, buničitou vatu, menalind krém na prevenci dekubitů a ostatní pomůcky k hygienické péči.

Nejtěžší pro klienta, od doby napojení na domácí umělou plicní ventilaci, bylo přijmout skutečnost, že je závislý na přístroji, který s ním dýchá a bez něho může i umřít.

Klient 5

Klient ve věku 67 let je pro anoxické poškození mozku pět roku na domácí umělé plicní ventilaci.

Zmiřovanému nemocnému zajišťuje péči o dýchací cesty manželka. S manželkou bydlí sám. Každý den dochází sestra agentury domácí péče, která pomáhá při odsávání a laváží dýchacích cest. Největší problém klient vidí v hustých hlenech, které ucpávají tracheostomickou kanylu. Proto jsou zapotřebí laváže. Takto se aplikuje 5-10 ml Mistabronu do dýchacích cest na uvolnění hlenu, a následně dýchací cesty odsají.

Hygienickou péči klient vnímá normálně. Nemocnému jí zajišťuje manželka. Klient uvádí, že při hygieně je důležité dávat pozor na tracheostomickou kanylu a permanentní močový katétr, aby se nevytáhly.

Od doby napojení na domácí umělou plicní ventilaci klient preferuje normální a mixovanou stravu. Nemůže tekuté jídlo, protože ho dusí. Problémy mu dává i rýže nebo kolínka (těstoviny). Uvádá, že chuť k jídlu se v souvislosti se zavedením tracheostomické kanyly a napojením na domácí umělou plicní ventilaci nezmenšila a ani příjem stravy není menší.

Má zavedený permanentní močový katétr a občas se vyskytnou problémy v podobě pálení a šezání při močení. Klient udává problémy s vyprazdňováním stolice. Trpí zácpou. Snaží se to šegit projímadly. Problémy s vyprazdňováním moče má.

Pohybová aktivita je klientu umožněna jedině při hygieně když mu manželka masíruje horní a dolní končetiny a polohuje ho na lůžku.

Na otázku, zda má klient obavy v souvislosti s domácí umělou plicní ventilací, odpovídá, že má strach z bouřky, že vypadne elektrický proud.

Při komunikaci nemocnému nejvíce vyhovuje odezírání za rty. Snaží se dobře artikulovat.

Výhody při domácím ošetřování klient vidí v tom, že je doma v kruhu své rodiny. Za nevýhodu domácího ošetřování považuje l'asovou náročnost, že je manželka na péči sama.

Necítí se být sociálně izolován se. S rodinou je neustále v kontaktu. Vnoul'ata se zpočátku bála, ale teď za klientem přijdou až do postele, aby mu dali pusu. To je pro

klienta ten nejvyšší dar. Vztah s okolím udržuje stále. Někdy se ale cítí moc unavený, proto musí někdy někdy odvolávat.

O možnosti domácí umělé plicní ventilace se klient dozvěděl z časopisu Vozíčkář, který už delší dobu odebírá a z časopisu, který mu sestřelky v nemocnici přilily. Myslí si, že to byl časopis Sestra.

Klient o sociální pomoc požádal obecní úřad. Odbor sociálních věcí mu následně schválil příspěvek na péči v plné výši. Komunikaci s úřady a jinými institucemi nemocnému zajišťuje manželka, která má plnou moc.

Klient na domácí umělé plicní ventilaci říká, že před propuštěním do domácí péče se musel zajistit především ventilátor a odsávacíka. Klient uvádí, že přístroje zabezpečil lékař anesteziolog. Pomůcky k ošetřování tracheostomické kanyly, jako dezinfekční roztok, sterilní látkovéky, si hradí sám. Také si z vlastních zdrojů nakoupil obinadla, buničitou vatu, menalind krém na prevenci dekubitů a ostatní pomůcky k hygienické péči.

Nejtěžší pro klienta, od doby napojení na domácí umělou plicní ventilaci, bylo upoutání se na pomoci manželky, která pak nemůže nikam jít. Cítí se být břemenem.

4. 2. 2 Sumarizační tabulky rozhovorů s ventilovanými klienty

Tabulky výsledků rozhovorů s ventilovanými klienty

Tabulka 18 - věk klientů

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Věk	Počet					
40 - 50 let	2	1			1	
51 - 60 let	2		1	1		
60 let a více	1					1
Celkem	5					

Celkem bylo dotazováno 5 klientů, z toho byly 2 ve věkové kategorii 40 - 50 let, další 2 klienti byli ve věku 51 - 60 let a zbylý 1 klient byl v kategorii 61 let a více.

Tabulka 19 - Pohlaví klientů

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Pohlaví	Počet					
Muž	4	1	1		1	1
Žena	1			1		
Celkem	5					

Z dotazovaných klientů byli 4 klienti mužského a 1 klient ženského pohlaví.

Tabulka 20 - Délka napojení na DUPV

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Napojení	Počet					
0 - 1 rok	1					1
1 - 2 roky	2	1	1		1	
2 - 3 roky	1			1		
3 roky a více	1					
Celkem	5					

Z uvedené tabulky vyplývá, že 1 klient je napojen na DUPV méně než jeden rok. Další 2 klienti jsou napojeni v rozmezí 1 - 2 let, dále 1 klient 2 -3 roky a zbývajících jeden klient je napojen více jak 3 roky.

Tabulka 21 - Zajištění péče o dýchací cesty

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Zajištění	Počet					
Rodina	5	1	1	1	1	1
Domácí péče	5	1	1	1	1	1
Jiné	1			1		
Celkem	11					

Všech 5 mnou oslovených klientů uvádí, že péči o dýchací cesty jim zajišťuje rodina a agentura domácí péče souhlasí. Jen jeden klient navíc uvádí ještě jiný zdroj péče o dýchací cesty.

Tabulka 22 - Nejčastější problém v péči o dýchací cesty

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Problém	Počet					
Ucpání tracheostomické kanyly	4	1	1		1	1
Technická závada	2	1		1		
Celkem	6					

Jako nejčastější problém v péči o dýchací cesty uvádí 4 klienti ucpání tracheostomické kanyly, z toho 1 klient ještě navíc uvedl technickou závadu a 1 klient uvedl pouze technickou závadu.

Tabulka 23 - Způsob poskytování hygienické péče

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Způsob	Počet					
S dopomocí	1			1		
Úplná závislost	4	1	1		1	1
Celkem	5					

Pouze jeden klient uvádí, že je mu poskytována hygienická péče s dopomocí. Zbývajících 4 klienti jsou plně závislí.

Tabulka 24 - Preferovaná strava ventilovaným klientem

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Strava	Počet					
Normální	3			1	1	1
Mixovaná	4	1	1	1		1
Tekutá	1		1			
Celkem	8					

Podle slov klientů 3 z 5 preferují normální stravu, z toho 2 klienti ještě navíc mixovanou. Pouze mixovanou stravu uvádí 1 klient a 1 zbývajících klient preferuje jak mixovanou, tak tekutou stravu.

Tabulka 25 - Změna chuti k jídlu od napojení na DUPV

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Změna	Počet					
Výrazná	1				1	
Lástečná	1		1			
Ne	3	1		1		1
Celkem	5					

Z uvedené tabulky je zřejmé, že 1 klient pocítil výraznou změnu chuti k jídlu od napojení na DUPV. Další klient uvádí pouze lástečnou změnu chuti k jídlu a zbývajících 3 klienti neuvedli žádnou změnu chuti.

Tabulka 26 - Problémy s vyprazdňováním moře

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Problém	Počet					
Pálení, šezání	1					1
Inkontinence	1			1		
Ďádný	3	1	1		1	
Celkem	5					

Pouze 1 klient uvádí jako problém s vyprazdňováním moře pálení a šezání. Klient 1 udává inkontinenci a zbývající 3 klienti neuvedli Ďádný problém.

Tabulka 27 - Problém s vyprazdňováním stolice

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Problém	Počet					
Zácpa	4	1	1		1	1
Prŕjem	1			1		
Ďádný	0					
Celkem	5					

Problém s vyprazdňováním stolice v podobě zácpy uvádí 4 z 5 klientŕ. Prŕjem uvádí pouze 1 klient. Klient bez problému s vyprazdňováním stolice se v mých dotaznících neobjevil.

Tabulka 28 - Forma pohybové aktivity

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Pohybová aktivita	Počet					
Posazování do křesla	3	1	1		1	
Polohování na lůžku	2				1	1
Rehabilitace	2		1		1	
Jiné	1			1		
Celkem	8					

Z tabulky vyplývá, že 3 klientům je umožněna pohybová aktivita posazováním do křesla, z toho jednomu klientovi je ještě umožněno polohování na lůžku a rehabilitace. Pouze polohování na lůžku je umožněno 1 klientovi a pouze rehabilitace je také umožněna 1 klientovi. Zbývajících 1 klient uvádí jinou formu pohybové aktivity.

Tabulka 29 - Nejčastější obavy ventilovaných klientů

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Obavy	Počet					
Výpadek elektrické energie	5	1	1	1	1	1
Ucpání tracheostomické kanyly	1		1			
Celkem	6					

Všech 5 mnou dotazovaných klientů uvádí, že má nejčastější obavu z výpadku elektrické energie. Pouze 1 klient navíc uvedl, že se obává ucpávání tracheostomické kanyly.

Tabulka 30 - Preferovaný způsob komunikace ventilovaným klientem

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Komunikace	Počet					
Odezíráání	5	1	1	1	1	1
Psaní	1			1		
Tabulka	1		1			
Celkem	7					

Z uvedené tabulky vyplývá, že všichni klienti preferují v komunikaci odezírání ze rtů.
Z toho 1 klient navíc uvádí jako preferovaný způsob psaní a další klient uvádí jako další možnost komunikace použití tabulky s abecedou.

Tabulka 31 - Výhody DUPV

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Výhody	Počet					
Přítomnost rodiny	5	1	1	1	1	1
Domácí prostředí	5	1	1	1	1	1
Soukromí	1		1			
Celkem	11					

Všech 5 klientů shodně uvedlo jako výhodu DUPV, že jsou v přítomnosti rodiny a v domácím prostředí, 1 klient navíc uvedl soukromí.

Tabulka 32 - Nevýhody DUPV

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Nevýhody	Počet					
Ľasová náročnosť pre peľujčího	4	1	1		1	1
Vzdálenosť od nemocnice	1			1		
Celkem	5					

Jako nevýhodu DUPV 4 oslovení klienti uvádí ľasovou náročnosť pro toho, kdo o nŔ peľuje. Jen 1 klient uvedl jako nevýhodu vzdálenosť od nemocnice.

Tabulka 33 - Pocit sociální izolace

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Sociální izolace	Počet					
Ano	1		1			
Ne	4	1		1	1	1
Celkem	5					

Z uvedené tabulky je patrné, ťe pouze 1 klient se cítí být sociálnŔizolován. Zbylí 4 klienti se necítí být sociálnŔizolováni.

Tabulka 34 - Nejlepší zdroj informací o DUPV

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Zdroj	Počet					
Lékař	4	1	1	1	1	
Odborná literatura	1					1
Celkem	5					

Jako nejlepší zdroj informací o DUPV uvedli 4 klienti z 5 lékařů. Jen 1 klient uvedl, že informace získal z odborné literatury.

Tabulka 35 - Způsob komunikace s úřady

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Způsob	Počet					
Plná moc	5	1	1	1	1	1
Celkem	5					

Z tabulky jasně vyplývá, že všech 5 klientů shodně uvedlo, že komunikaci s úřady jim zajišťuje plná moc.

Tabulka 36 - Pomůcky ventilovaného klienta

Klient		K1	K2	K3	K4	K5
Pomůcky	Počet					
Ventilátor	5	1	1	1	1	1
Odsávací	5	1	1	1	1	1
Obvazový materiál	5	1	1	1	1	1
Dezinfekční materiál	5	1	1	1	1	1
Pomůcky k prevenci dekubitů	5	1	1	1	1	1
Celkem	25					

Z tabulky jasně vyplývá, že všech 5 mnou oslovených klientů shodně uvedlo, že z pomůcek bylo dlehlžít zajistit ventilátor, odsávací, obvazový a dezinfekční materiál a pomůcky k prevenci dekubitů.

5. Diskuse

V souladu s tímto stále více přibývá pacientů napojených v domácím prostředí na plicní ventilátor. Domácí plicní ventilace je určena pacientům, kteří trpí onemocněním progresivní nemoci. Většinou jde o ireverzibilní stav, který jim brání ve volném dýchání. Pro tyto pacienty je velkým přínosem. Potýkají se s mnoha zdravotními i sociálními problémy, které jim hrozí v mnoha oblastech ovlivňují.

V této bakalářské práci bylo cílem zjistit, s jakou nejvyšší zdravotní a sociální problematikou se potýkají tyto pacienti jak z pohledu sester, které o ně pečují, tak z pohledu samotných ventilovaných nemocných. Dále zjistit výhody domácího ošetřování a také rizika, které se vyskytují při péči o ventilovaného nemocného v domácím prostředí. Také bylo cílem vytvořit standardní postup péče o ventilovaného pacienta v domácím prostředí.

Výzkumné šetření probíhalo od roku 2008 až do roku 2010. V průběhu šetření dva z pěti klientů zapojených do šetření zemřeli v letošním roce před dokončením práce.

V úvodu rozhovorů se sestrami mě zajímalo hlavně věk a délka praxe u lůžka s umělou plicní ventilací (UPV) a délka praxe v domácí péči. Vyhodnocením tabulky 1 byly 4 sestry ve věku 25 -29 let a jen 1 sestra ve věkové kategorii 30 a více let. Z tabulky 3 je vidět, že jen 2 sestry mají praxi u lůžka s UPV 5 let a více a zbylé sestry jsou, 1 sestra jen do 1 roku, další sestra v rozmezí 1-2 let a jedna 3-5 let. Tabulka 4 ukazuje, že 1 sestra má praxi v domácí péči delší než 5 let, 1 sestra v délce 3 -5 let, 2 sestry mají praxi v délce 1 -2 let a 1 dotazovaná sestra praxi jen do 1 roku. Z těchto rozhovorů vyplynulo, že všechny sestry jsou mladého věku s krátkou praxí v oboru.

Dále mě zajímalo jejich nejvyšší dokončené vzdělání. Z výsledků tabulky 2 je jasné, že převážná většina z dotazovaných sester má specializační nebo vyšší odborné vzdělání. Jen jedna uvádí střední školské vzdělání.

V identifikačních otázkách pokládaných ventilovaným klientům, jsem se zaměřila jak na věk, pohlaví a délku napojení na domácí umělou plicní ventilaci (DUPV). Z tabulky 18 vyplývá, že 2 klienti jsou ve věku kolem 50 let. Další dva ve

věk do 60 let a jen jeden klient je starší 60 let. Z tabulky 19 vyplynulo, že 4 klienti byli mužského a 1 klientka ženského pohlaví. Délka napojení u těchto klientů se podle tabulky 20 rovnoměrně rozkládá do období od několika měsíců do doby 3 let a více.

Prvním cílem bylo zjistit nejčastější zdravotní a sociální problémy při péči o ventilované pacienty. Tento cíl se dosahoval pomocí odpovědí na otázky týkající se uspokojování bio i psycho- sociálních potřeb.

Všechny sestry se v tabulce 5 shodly, že považuje za nejčastější zdravotní problém ucpávání tracheostomické kanyly a zvýšenou péči o dýchací cesty. Dalším častým problémem byla uvedena možná dekanylace. Dále se objevilo jako problém zacházení s ventilátorem, to uvedla jedna sestra a jedna sestra také uvedla její nedostatečnou praxi v oboru.

Z tabulky 21, týkající se zajišťování péče o dýchací cesty vyplynulo, že ve všech případech poskytuje péči rodina i domácí péče. Jen 1 klient uvádí i jiný zdroj péče. Převážná většina dotazovaných klientů v tabulce 22 jako nejčastější problém péče o dýchací cesty uvádí ucpávání tracheostomické kanyly. Z těchto výsledků je patrné, že odpovědi sester a klientů se v tomto případě velice shodují. Avšak jako další problém klienti vidí technickou závadu. V tomto ohledu se odpovědi klientů a sester rozcházejí. Tuto možnost neuváděla žádná z dotazovaných sester.

Z tabulky 6 vyplývá jaký typ stravy je preferovaný při DUPV z pohledu sester. Jedna sestra uvádí, že si myslí, že pacienti mohou přijímat normální stravu bez omezení. Dvě sestry uvedly kombinaci jak normální, tak mixované stravy a zbylé dvě sestry ve svých názorech uvedly, že klienti mohou přijímat pouze mixovanou stravu.

Podle tabulky 24 - odpovědi klientů jsem zjistila, že normální stravu, může přijímat jen jeden z nich. Potvrzením je rozhovor s klientem 4. V tomto případě se výsledek shoduje s názorem sestry 1. Další dva klienti shodně uvedli, že mohou přijímat jak normální, tak mixovanou stravu. Klient 5 uvádí, že se mu špatně polyká polévka a rýže. Tento výsledek se opět shoduje s názory sester. Dále jeden klient uvedl jen mixovanou stravu a jeden klient mixovanou i tekutou.

Na otázku zda se změnila chuť k jídlu u klientů napojených na DUPV v tabulce 7 si většina sester myslí, že ano. Jen dvě sestry si nemyslí, že by byla chuť

k jídlu ovlivňována. Z odpovědí klientů v tabulce 25 na stejnou otázku je ale patrné, že napojení na DUPV ve většině případů neovlivňuje chuť k jídlu. Jen jeden klient odpověděl, že jeho chuť byla lépe ovlivněna v jednom případě výrazně ovlivněna. Závěrem je, že odpovědi sester a klientů se v tomto ohledu přesvědčivě shodují.

Tabulka 8 ukazuje odpovědi sester na otázku problému s vyprazdňováním močové. Z odpovědí sester vyplynulo, že podle názoru 1 sestry klienti mohou trpět pálením nebo šezáním při močení. Pouze v jednom případě se objevila inkontinence. Zbývající tři sestry se v odpovědích shodli, že klienti potíhemi netrpí.

Z tabulky 26 rozhovorů s klienty jsem zjistila, že problémy s vyprazdňováním močové plně korespondují s názory sester. Klienti neuvádějí potíže při močení. Pálení a šezání při močení uvedl 1 klient, inkontinenci také 1 klient. Z dotazníků dále vyplynulo, že klienti mají zaveden permanentní močový katétr, proto obtíže neuvádí. Překvapivým zjištěním bylo, že ani jedna sestra v rozhovoru neuvedla, že by klient mohl nebo měl mít permanentní močový katétr zaveden. I přesto se ale odpovědi shodovali.

Další tabulka 9 je zaměřena na problémy s vyprazdňováním stolice. Hypotézy sester, které shodně uvedly, že klienti trpí zácpou, přesvědčivě z důvodu upoutání na lůžko, se ve 4 případech z 5 u klientů v tabulce 27 shodují se sestrami. Toto tvrzení uvádí i Holeková, nejčastější komplikací ventilovaného pacienta je zácpa (13). Pouze u klienta 3 se odpovědi liší. Ten odpověděl, že trpí spíše průjmem.

Další oblastí, která mě zajímala, je forma pohybové aktivity u ventilovaných pacientů. Z tabulky 10 je zjevné, že nadpoloviční většina sester uvádí, že pohybová aktivita může být prováděna posazováním do křesla. Jako další forma aktivity se objevilo u 2 sester polohování na lůžku jako prevence vzniku dekubitů. Všechny sestry se nadále shodly, že nejdůležitější forma aktivity pro pacienty je rehabilitace. V rozhovorech se sestrami byla uvedena rehabilitace přetahovací dechová, jako prevence zahlenění s následným vznikem bronchopneumonie. Také Holeková uvádí, že pokud klienti spolupracují, můžeme s nimi cvičit dechovou gymnastiku. Před každým cvičením se nemocní vyzvou, aby si odkašlali. Jestliže mají ordinovanou inhalaci, nechají se před cvičením inhalovat. Cvičení se provádí dvakrát až třikrát denně

po dobu cca 5-15 minut (13). Ze všech sester uvádí jedna sestra ječ možnost jiné formy aktivity, lím m na myslí hlavně kinestetickou mobilizaci a jedna sestra m na myslí jinou formou aktivity a to rehabilitaci dýchacích cest poklepovou masáží.

Z pohledu klientů podle tabulky 28 pševahuje v pohybové aktivitě posazování do kšesla. Další formou bylo uvedeno polohování na lžku u dvou klientů a rehabilitace také ve dvou pšpadech. Z uvedených odpovědí vyplývá, že shoda sester a klientů se vyskytuje pouze v některých oblastech aktivity a to v posazování do kšesla a polohování na lžku. Pšekvapivě se rozchází v pohledu na rehabilitaci. I bžná hygiena pšedstavuje pro sestru určitou formu rehabilitačního cvičení. Otázkou ale zůstává, co si klient pšedstaví pod pojmem rehabilitace.

Dřlehtë také bylo zjistit nejčastější obavy ventilovaných pacientů. Podle tabulky 11 názory sester je to hlavně porucha pšstroje ve těchto odpovědích sester. Výpadek elektrického proudu uvedly dvě sestry, avšak v porovnání s klienty v tabulce 29 se jejich názor v tomto ohledu liší. Výpadek elektrické energie je pro všechny klienty nejvšší obavou. Mají strach z následného udušení z důvodu nefunkčnosti pšstroje pšeružením dodávky elektrické energie. V jednom pšpadě jsem zaznamenala jako obavu podle názoru sestry absenci zdravotnického personálu v tabulce 11. Tato možnost se však u klientů v tabulce 29 neobjevila. Ale další obavou je z pohledu klientů ucpání tracheostomické kanyly, což má za následek opě nemožnost dýchání a možného udušení. Takto odpovědi shodně jeden klient a jedna sestra. Tyto obavy jsou pšdevším psychického rázu.

Další oblastí byla otázka komunikace. Nejprve jsem se zamšila v tabulce 12 na preferovaný způsob komunikace ventilovaným pacientem z pohledu sestry. Všechny sestry v tomto ohledu odpovědi, že podle jejich názoru a zkušeností, pacienti preferují odezírání ze rtů. Odpovědi tak 5 sester. Navíc pouhnutí tabulky s abecedou uvedla jen 1 sestra a psaní zvolila také jen 1 sestra. Klienti v tabulce 30, jaký způsob komunikace využívají, ať už s rodinou nebo sestrou domácí péče uvádí, že i z jejich strany je to ve všech pšpadech odezírání ze rtů. Navíc 1 klient uvedl ječ využití tabulky s abecedou a 1 klient psaní. V tomto ohledu se výsledky otázky zamšující se na preferovaný způsob

komunikace, podle názoru sestry a skutečně využívaného způsobu komunikace klientem, plně shodují.

Jako nejčastější způsob komunikace využívaný sestrou s ventilovaným pacientem je podle tabulky 13 taktéž odezírání ze rtů. Dále tyto sestry z pŕi uvedly, že využívají psaní. Pouze jedna sestra využívá ve své práci použití tabulky s abecedou. Z toho vyplývá, že tyto tabulky jsou využívány jen v minimální míře, hlavně z důvodu velké náročnosti.

Dalším důležitým bodem bylo zjistit, zda se ventilovaní pacienti cítí být sociálně izolováni od okolí. Na tuto otázku sociální problematiky odpovídá tabulka 15. Podle převáhné většiny názorů sester, je pacient napojený na DUPV sociálně izolován. Pouze 1 sestra tento názor nesdílí. Překvapivé zjištění bylo v odpovědích klientů v tabulce 33, kde výsledek je přesně opačný než u sester. Pouze 1 klient se cítí být sociálně izolován. Zbývající 4 klienti tento pocit nesdílejí. Ve všech těchto případech je pro klienty nejdelším kontakt s rodinou. 1 klient přmo uvedl: Až po látku se mŕbáli, ale teŕ za mnou jdou vnoučata i do postele a dávají mi pusu. To mŕmoc tŕj.ó

Tabulka 16 uvádí nejčastější zdroj informací o DUPV. Názor všech sester se shodoval v tom, že jako nejčastější zdroj informací o této problematice hledají klienti u lékaře. V tabulce 34 stejnŕodpovědi 4 z 5 mnou oslovených klientů. V tomto ohledu se tedy dobíráme opŕ shody. Jako další zdroj možných informací v tabulce 16 se ve všech případech objevila odborná literatura, taktéž ve všech případech internet. V tabulce 34 se již tento pohled na zdroj informací rozchází. Pouze jeden klient uvedl taktéž odbornou literaturu, avšak internet nevyužívá ani jeden z dotazovaných ventilovaných nemocných. U sester se jeŕt objevil jiný způsob získávání informací, límŕ mŕa sestra na myslí hlavnŕ odbor sociální péle a rŕžná oblanská sdružení, kam se mohou klienti obrátit. Také jak uvádí Horáková a Bednářová, že ventilovaní pacienti se mohou obrátit na poskytovatele sociálních sluheb. Ti jsou pŕpraveni ventilovanému klientovi nabídnout paletu sociálních sluheb, napŕklad také odborné a sociálního poradenství, které se zamŕuje i na problematiku ventilovaných nemocných a zajistit mu sociálnŕ právní servis v otázce sociálního zabezpečení (15).

Tabulka 35 dále ukazuje, jaký způsob komunikace s úřady klienti využívají. Ve všech případech klienti uvádí, že mají jejich rodinní příslušníci plnou moc a vše potřebné za ně na úřadech a jiných institucích vyřizují.

Druhým cílem bylo zjistit, výhody domácího ošetřování a případná rizika u ventilovaných nemocných.

Z tabulky 14 vyplývá, že odlišnosti mezi péčí v domácím prostředí a zdravotnickým zařízením existují. Na tomto se shodlo všech 5 dotazovaných sester.

Klienti v tabulce 31 jako hlavní výhodu napojení na DUPV vidí ve všech případech přítomnost rodiny a pobyt v domácím prostředí. Tento fakt velice kladně působí na jejich psychiku. V jednom případě se navíc objevuje v odpovědi nepostradatelné soukromí, které je vlastně ve všech případech klientům, oproti nemocničnímu prostředí, dopřáno.

Jako nevýhodu, ale i rizikem při napojení na DUPV vidí klienti podle tabulky 32 ve 4 případech z 5 to, že je na péči o ně vynaložena velká časová náročnost pro osobu o ně pečující. Klienti 1, 2 a 5 shodně uvedli, že je téměř na všechno manželka sama a tudíž je to pro ni velká zátěž. Ve zbývajícím jednom případě se objevila jako nevýhoda vzdálenost od zdravotnického zařízení. V rozhovoru 1 klient uvedl: „Jako nevýhodu vidím to, že když se něco děje, je to k doktorovi nebo do nemocnice daleko.“

Z celého šetření vyplývá, že nejčastějším problémem u ventilovaných pacientů je, jak z pohledu sestry, tak podle vlastních zkušeností klientů, ucpávání tracheostomické kanyly. V otázkách příjmu stravy se sestry i klienti shodují spíše k mixované stravě. Rozdílný názor najdeme ale u ovlivnění chuti k jídlu v souvislosti s napojením na DUPV. Podle sester DUPV chuť k jídlu ve většině případů ovlivňuje, klienti však tento názor nesdílejí. U otázek týkajících se vyprazdňování moči a stolice se názory sester i klientů shodují, a to tak, že v případě moči neuvádí ve většině případů žádné obtíže a v případě stolice se jedná hlavně o zácpu. Při pohledu na aktivitu klientů se odpovědi shodují pouze v posazování do křesla. I v jiných formách aktivity nalézáme shodu, ale v menší míře. Názory se v tomto ohledu nepatrně rozcházejí. Hlavní obavou pro klienty na DUPV je podle sester porucha přístroje. Na druhém místě

byl uveden výpadek elektrické energie. U klientů však toto riziko představuje hlavní obavu. V těchto otázkách se také liší výsledky. V otázkách preferovaného způsobu komunikace se shodně vyskytuje odezírání ze rtů. Jak ze strany sester, tak klientů. V otázkách odlišnosti péče v domácím a zdravotnickém prostředí klienti uvádějí hlavně to, že v domácím prostředí veškerá péče o ně závisí v podstatě na jednom člověku a je proto velmi náročná. Jako výhodu ale vidí to, že jsou v domácím prostředí s rodinou. Sociální izolaci proto nepociťuje skoro žádná klientka. V tomto pohledu se ale názory se sestrami rozcházejí. Ty si myslí, že sociální izolaci klienti pociťují. U otázky zdroje informací o DUPV se hypotézy sester shodly s odpověďmi klientů a to tak, že hlavním zdrojem byl lékař. V jednom odborné literatuře. Sestry navíc uvedly možnost internetu a odboru sociální péče, avšak tento způsob nevyužil ani jeden z dotazovaných klientů. Klientům komunikaci s úřady zajišťuje rodina, která má plnou moc od klienta. Podle zjištěných skutečností nám vzešlo 5 hypotéz. Hypotéza 1: Nejčastější zdravotní potřebou ventilovaného pacienta je zvýšená péče o dýchací cesty. Hypotéza 2: Ventilovaní nemocní upřednostňují mixovanou stravu. Hypotéza 3: Ventilovaní nemocní trpí zácpou. Hypotéza 4: Nejčastější způsob komunikace ventilovaného nemocného je odezírání ze rtů. Hypotéza 5: Ventilovaní nemocní se necítí být sociálně izolováni.

Výsledky získané během budou poskytnuty Domácí zdravotní péči Eva Gafránková, kde bylo vedení prováděno. Vypracovaný ošetřovatelský standardní postup může být použit jako další možný zdroj informací pro ventilované pacienty a ke zlepšení péče o ventilované pacienty v domácím prostředí. Doporučením je, aby se sestry více vzdělávaly v oblasti umělé plicní ventilace. Vhodným řešením by bylo uspořádat školení na toto téma. Přínosem by byla exkurze na pracovišti, kde se umělá plicní ventilace provádí. Dále doporučením bude uspořádání dalšího výzkumného vedení problematiky výhod domácí umělé plicní ventilace před umělou plicní ventilací ve zdravotnickém zařízení.

6. Závěr

V bakalářské práci na téma *Zdravotní sociální problematika ventilovaných pacientů v domácím prostředí* byly stanoveny tři cíle. Snažili jsme se zjistit nejčastější zdravotní a sociální problémy nemocných ventilovaných v domácím prostředí, dále zjistit výhody domácího ošetřování a případná rizika u ventilovaných nemocných a vytvořit standard péče o ventilované pacienty v domácím prostředí. Byly stanoveny tři výzkumné otázky, na které jsme hledali odpovědi v rozhovorech se sestrami a s klienty. Z výzkumné otázky 1 a z rozhovorů vedených se sestrami, jaký nejčastější problém pociťuje pacient na domácí umělé plicní ventilaci, nám vzešla Hypotéza 1: Nejčastější zdravotní potřebou ventilovaného pacienta je zvýšená péče o dýchací cesty. Výzkumná otázka 2 jaké jsou sociální potřeby ventilovaných pacientů v domácím prostředí, byla zodpovězena v rozhovorech s klienty. Na výzkumnou otázku 3 jaká je spolupráce rodiny v péči o ventilované pacienty, byly nalezené odpovědi v rozhovorech se sestrami.

Cíle této bakalářské práce byly splněny. Na výzkumné otázky byly nalezeny odpovědi jak v rozhovorech se sestrami, tak v rozhovorech s klienty. Z celého šetření vyplývá, že nejčastějším zdravotním problémem u ventilovaných pacientů jak z pohledu sestry, tak podle vlastních zkušeností klientů, je ucpávání tracheostomické kanyly. Nejčastější obavou ventilovaných klientů je výpadek elektrické energie. Překvapivým zjištěním bylo, že ventilovaný klient, na rozdíl od názoru sestřiček, se necítí být sociálně izolován.

Výsledky získané šetřením budou poskytnuty Domácí zdravotní péči Eva Čafránková, kde bylo šetření prováděno. Vypracovaný ošetrovatelský standardní postup může být použit jako další možný zdroj informací pro ventilované pacienty a ke zlepšení péče o ventilované pacienty v domácím prostředí. Doporučením je, aby se sestry více vzdávaly v oblasti umělé plicní ventilace. Vhodným šetřením by bylo uspořádat školení na toto téma. Přínosem by byla exkurze na pracovišti, kde se umělá plicní ventilace provádí. Dále doporučením bude uspořádání dalšího výzkumného šetření problematiky výhod domácí umělé plicní ventilace před umělou plicní ventilací ve zdravotnickém zařízení.

7. Klíčová slova

Domácí oxygenoterapie

Domácí péče

Péčeby ventilovaného pacienta

Sociální péče

Umělá plicní ventilace

8. Seznam použitých zdrojů

1. ANDREJKIVOVÁ, P. - ANDREJKIVOVÁ, M. *Mobilizace klienta v domácím prostředí*. Sestra. Praha: 2007. roč. 17, ř. 9, s. 11-12. ISSN 1210-0404
2. BENÝŠKOVÁ, M. *Dlouhodobá domácí oxygenoterapie*. Lékařské listy. Praha: 2002, ř. 42, s. 17. ISSN neuvedeno
3. BOHUŇ, O. *Anesteziológia Resuscitológia a Intenzívna Starostlivosť*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1992. 416s. ISBN 80-217-0436-5
4. BOHUŇ, O. *Anesteziologické komplikácie*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1990. 339s. ISBN 80-217-0114-5
5. BOLECHOVÁ, B. *Kde domácí péče pomáhá*. Sestra. Praha: 2008. roč. 18, ř. 4, s. 32. ISSN 1210-04-04
6. LERMÁKOVÁ, V. *Tracheostomovaný klient a komunikace*. Sestra. Praha: 2008. roč. 18, ř. 2, s. 54. ISSN 1210-0404
7. LERVINKOVÁ, E. a kol. *Ošetřovatelské diagnózy*. 2. doplněné vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2001. 165 s. ISBN 80-7013-332-5
8. DOENGES, M. E. - MOORHOUSE M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8
9. HAHN, A. a kol. *Otorinolaryngologie a Foniatrie v současné praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 392 s. ISBN 978-80-247-0529-3
10. HANDL, Z. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči - vybrané kapitoly*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 1999. 138 s. ISBN 80-7013-291-4
11. HIRSCH, V. *Problematika schvalování dlouhodobé domácí oxygenoterapie a neinvazivní ventilační podpory* [online]. [cit. 2010-03-29].
Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/listy-clanek?id=30557>
12. HIRSCH, V. *Schvalování dlouhodobé domácí oxygenoterapie (DDOT) - Současný stav a možnosti* [online]. [cit. 2010- 03- 29].
Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/listy-clanek?id=30601>

13. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný Plovák v domácím prostředí*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6
14. HOMOLOVÁ, M. *Postoje moderného Plováka k zomieraniu a smrti*. Kontakt. Ľeské Budčovice: 2009. roľ. 11, ř. 2, s. 328 - 332. ISSN 1212-4117
15. HORÁKOVÁ, J. - BEDNÁŠOVÁ, J. *Chronicky nemocný v domácí péři*. Sestra. Praha: 2007. roľ. 17, ř. 7 - 8, s. 57 - 58. ISSN 1210-0404
16. *JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION STANDARDS FOR THE CARE CONTINUUM = MEZINÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO DLOUHODOBOU PÉři*. Přeložili: MARX, D. - DI CARA, V. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1001-3
17. KASAL, E. a kol. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péře pro lékařské fakulty*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 198 s. ISBN 80-246-0556-2
18. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbĚ bolesti - Příručka pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 356 s. ISBN 1-58255-227-4
19. KLEVETOVÁ, D. *Domácí péři by mĚi mít možnost indukovat i specialisté*. Zdravotnické noviny. Praha: 2002. roľ. 51, ř. 49, s. 13. ISSN neuvedeno
20. KREJLÍ, M. *Pacient na domácí umĚlé plicní ventilaci*. Sestra. Praha: 2009. roľ. 19, ř. 7 - 8, s. 86. ISSN 1210-0404
21. LEVICKÁ, J. et al. *Vybrané kapitoly ze sociálno - zdravotnej problematiky*. 1. vydání. Trnava, 2003. 128 s. ISBN 80-89074-71-5.
22. MISCONIOVÁ, B. *Domácí péře integruje zdravotní i sociální aspekty*. Zdravotnické noviny. Praha: 2001. roľ. 50, ř. 15, s. 23. ISSN neuvedeno
23. MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péři a adresář agentur domácí péře*. 1. vydání. Praha: Asociace domácí péře, 1995. ISBN: neuvedeno
24. MOJŽÍČOVÁ, A. *Kapitoly sociální práce v praxi*. 1. vydání. Ľeské Budčovice: JihoĽeská Univerzita - ZdravotnĚsociální fakulta, 2008. 139 s. ISBN 978-80-7394-074-4
25. MOJŽÍČOVÁ, A. *ZdravotnĚ sociální pracovník*. 1. vydání. Ľeské Budčovice: JihoĽeská Univerzita - ZdravotnĚsociální fakulta, 2008. 220 s. ISBN: neuvedeno

26. ĞEVLIKOVÁ, J. *Přspěvek na péři*. Sestra. Praha: 2007. roř. 17, ř. 6, s. 13. ISSN 1210-0404
27. TÓTHOVÁ, V. *Oĝetřovatelství*. 1. vydání. Ğeské Budĝovice: Jihořeská Univerzita v Ğeských Budĝovicích, 2000. 218 s. ISBN 80-7040-454-x
28. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v oĝetřovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum oĝetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborř, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
29. VYSKOLILOVÁ, J. ř CHLUMSKÝ, J. *Dlouhodobá domácí oxygenoterapie (DDOT)*. Lékařské listy. Praha: 2009, ř. 2, s. 24 - 26. ISSN neuvedeno
30. VURM, V. - ZIMMELOVÁ, P. - ĞVEHLOVÁ, L. *Rukovř pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorř*. 1. vydání. Ğeské Budĝovice: Jihořeská Univerzita - Zdravotnř sociální fakulta, 2008. 175 s. ISBN 978-80-7394-090-4
31. ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie ř 1. řást*. 1. vydání. Brno: Národní centrum oĝetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborř, 2002. 149 s. ISBN 80-7013-374-0

9. Pôlohy

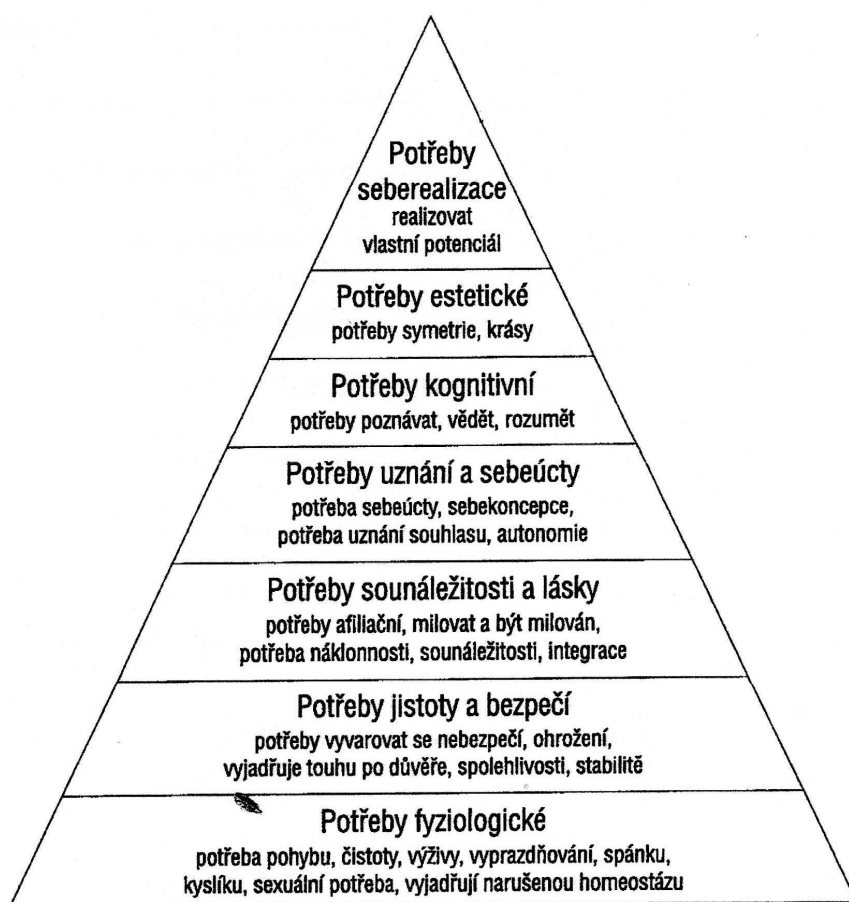
1. Pôloha 1 Maslowova hierarchie potôb
2. Pôloha 2 Otázky k rozhovoru se sestrami
3. Pôloha 3 Otázky k rozhovoru s ventilovanými klienty
4. Pôloha 4 Hádost zdravotnického zařzení o realizaci domácí uměé plicní ventilaci
5. Pôloha 5 Standardní postup poskytování domácí plicní ventilaci

Příloha 1



Příloha 1

Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj : TRACHTOVÁ, E. a kol., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

Příloha 2

Otázky k rozhovoru se sestrami

Identifikační údaje

Věk

Pohlaví

Vzdělání

Délka praxe u lůžka s umělou plicní ventilací

Délka praxe v domácí péči

Zdravotní, psychické a sociální potřeby ventilovaného klienta

1. Jaké specifika existují v péči o klienta na domácí umělé plicní ventilaci (DUPV)?
2. Jaký nejčastější problém podle vás má sestra v péči o klienta na DUPV?
3. Podle vás jaký nejčastější problém pociťuje klient na DUPV?
4. Jaké vidíte specifika při hygienické péči u klienta na DUPV?
5. Podle vašeho názoru, jaký typ stravy má jíst klient na DUPV?
6. Jakým způsobem ovlivňuje DUPV chuť k jídlu?
7. Jakým způsobem podle vás lze přispět k lepší výživě klienta na DUPV?
8. Jaké mají klienti na DUPV nejčastější potíže s vyprazdňováním močové?
9. Jaké mají klienti na DUPV nejčastější potíže s vyprazdňováním stolice?
10. Jaká forma pohybové aktivity je umožněna pro klienta na DUPV?
11. Jaká forma rehabilitace je pro klienta na DUPV nejvhodnější?
12. Jaké podle vás má ventilovaný klient nejčastější obavy v domácím prostředí?
13. Jaký způsob komunikace podle vás je s ventilovaným klientem nejlepší?
14. Jakým způsobem komunikace preferují ventilovaní klienti?
15. Jaký rozdíl podle vás pociťuje ventilovaný klient mezi péčí doma a v nemocnici?
16. Jaký rozdíl vidíte vy mezi péčí doma a v nemocnici?
17. Cítí se podle vás ventilovaný klient sociálně izolován?

18. Změnil se podle vás vztah nemocného a jeho blízkých od doby napojení na DUPV?
19. Kde může nemocný získat informace o DUPV?
20. Jaká je spolupráce mezi sestrami domácí péči a rodinou nemocného?

Další vzdělávání sester

21. Zúčastnila jste se vzdělávacích akcí, směřujících k péči o ventilovaného klienta v domácím prostředí?
22. Měla byste zájem dále se vzdělávat v této problematice?

Příloha 3

Otázky k rozhovoru s ventilovanými klienty

Identifikační údaje

Věk

Pohlaví

Diagnóza

Délka napojení na domácí umělou plicní ventilaci

Zdravotní potřeby ventilovaného klienta

23. Kdo vám zajišťuje péči o dýchací cesty?

24. Jaký nejčastější problém máte v péči o dýchací cesty?

25. Jak vnímáte hygienickou péči? A jakým způsobem se vám poskytuje?

26. Jakou stravu preferujete od napojení na domácí umělou plicní ventilaci (DUPV)?

27. Změnila se chuť k jídlu od napojení na DUPV?

28. Máte problém s vyprazdňováním močeve?

29. Máte problém s vyprazdňováním stolice?

30. Jakým způsobem je vám umožněna pohybová aktivita?

Psychické potřeby ventilovaného klienta

1. Jaké máte obavy v souvislosti s DUPV?

2. Jaký způsob komunikace využíváte v souvislosti s tracheostomickou kanylou?

3. Jaké výhody vnímáte při poskytování DUPV ve vašem přirozeném prostředí?

4. Jaké nevýhody vnímáte při poskytování DUPV ve vašem přirozeném prostředí?

Sociální potřeby ventilovaného klienta

1. Cítíte se sociálně izolován?

2. Udrhujete neustále kontakt s rodinou?

3. Udrhujete společenské vztahy s vaším okolím?
4. Kde jste se dozvěděli o možnosti DUPV?
5. Na jakou instituci jste se obrátili o sociální pomoc?
6. Jakým způsobem komunikujete s úřady a s institucemi?
7. Jaké pomůcky si musíte zabezpečit v souvislosti s DUPV?
8. Co podle vás bylo nejtěžší od doby napojení na DUPV?

PŠloha 4

Domácí umělá plicní ventilace :

Ministerstvo zdravotnictví informuje zdravotnickou veřejnost, že byla ustavena

Komise pro realizaci domácí umělé plicní ventilace.

Tato Komise bude posuzovat žádosti o přidělení a financování ventilačního přístroje těch zdravotnických zařízení, na jejichž spinální jednotce nebo jiném intenzivním lůžku je ošetřován pacient, jenž musí být vzhledem ke svému zdravotnímu postižení trvale připojen k ventilačnímu přístroji. Jestliže ovšem zdravotní stav pacienta umožňuje, aby byl ošetřován v domácím prostředí, a všechny okolnosti (rodina, praktický lékař, domácí zdravotní péče, sociální podmínky rodiny apod.) jsou příznivé, může být pacient propuštěn do domácího prostředí s ventilačním přístrojem, který mu po projednání žádosti lůžkového zdravotnického zařízení Komise schválí.

Žádost se v kopii zasílá také ústředí zdravotní pojišťovny, jejíž je pacient klientem.

Žádost zdravotnického zařízení o realizaci DUPV

(Předkládá ji propouštějící ZZ ministerstvu zdravotnictví)

Navrhovatel:

Název a adresa ZZ:

IČO: IČZ:

Statutární zástupce:

Poskytovatel:

Název a adresa ZZ:

IČO: IČZ:

Statutární zástupce:

Pacient:

Jméno a příjmení:

Rodné příjmení: Rodné číslo:

Trvalé bydliště:

PSČ:

Pacient je pojištěncem pojišťovny:

Adresa místa, kde bude DUPV poskytována :

Základní diagnóza :
číselně (dle MNK 10)

slovy:

.....

.....

Další diagnózy:
číselně (dle MNK 10)

slovy:

1).....

.....

2).....

.....

3).....

.....

4).....

.....

5).....

.....

Vyjádření navrhovatele k indikovanosti pacienta k DUPV

DUPV je indikována:

ano

ne

Datum:

Podpis zástupce navrhujícího ZZ (primáře odd.),razítko

2. Vyjádření příbuzných odborností k indikovanosti pacienta k DUPV

(-zajistí propouštějící ZZ - navrhovatel)

(interna + ARO nebo pediatrie + ARO, podle charakteru základní diagnózy případně i dalších odborníků)

DUPV je indikována:

ano

ne

Odbornost: ARO

Podpis,razítko

Odbornost:

Podpis,razítko

Odbornost:

Podpis,razítko

3. Vyjádření ke způsobilosti poskytování ošetrovatelské péče ošetřující osobou

Jméno osoby zodpovědné za laické ošetrování pacienta:.....

RČ. :

Kontakt na tuto osobu :

Adresa:.....

Telefon:

Ošetřující osoba absolvovala rooming – in, je zaškolená a zvládá ošetrovatelskou péči a ovládání potřebných přístrojů.

Podpis zodpovědné ošetřující osoby

Podpis školitele, razítko

4. Psychologické vyšetření

všech osob žijících ve společné domácnosti s nemocným a psychologické vyšetření nemocného (*psychologické vyšetření zajistí poskytovatel*).

Na základě výsledků psychologického vyšetření všech osob žijících ve společné domácnosti rodina je schopna přijmout pacienta do domácího ošetřování.

ano

ne

Datum:

Podpis poskytovatele, razítko

5. Právní zajištění DUPV

(Dohoda s rodinou o provádění DUPV, vymezení odpovědností.)

a) Informovaný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce

Podpis

b) Souhlas ošetřující osoby – člena rodiny (laického garanta)

Podpis

c) Souhlas statutárních zástupců navrhovatele a poskytovatele

Podpis ředitele navrhujícího ZZ
Razítko

Podpis ředitele poskytujícího ZZ
Razítko

6. Sociální statut rodiny

Sociální šetření by mělo být provedeno po vyjádření navrhovatele k indikovanosti pacienta k DUPV a vyjádření předběžného souhlasu budoucí ošetřující osoby, aby se v případě sociálně nevhodného prostředí nečinily další nadbytečné kroky.

Závěr šetření provedeného sociálním pracovníkem pověřené obce:

Adresa obecního úřadu, kontaktní osoba:

Situace rodiny - sociální

- ekonomická
- technická (byt – možnosti jeho úpravy)

Podpisy všech členů komise:

Příloha 5

Standardní ošetřovatelský postup **při domácí umělé plicní ventilaci**

Obsah

<i>Úvod</i>	2
<i>Indikace a kontraindikace</i>	2
<i>Definice</i>	3
<i>Cíl</i>	3
<i>Pomůcky</i>	3
<i>Ošetřovatelský postup</i>	4
<i>Sociální péče</i>	5
<i>Komplikace</i>	7
<i>Literatura</i>	8

Úvod

V poslední době zaznamenala umělá plicní ventilace výrazný posun zavedením domácí umělé plicní ventilaci. Je určena pacientům, kteří trpí těžkou progresivní nemocí. Většinou jde o ireverzibilní stav, který jim brání ve volném dýchání. Pro tyto pacienty je velkým přínosem. Umožňuje jim žít několik let téměř normálním životem v jejich přirozeném domácím prostředí.

Indikace a kontraindikace

Indikací je mnoho, mezi nejčastější patří.

1. Onemocnění dýchacích cest a jiné plicní onemocnění:

- chronická respirační insuficience, nemocní mají v klidovém stádiu choroby a přes komplexní terapii hodnoty parciálního tlaku kyslíku v arteriální krvi během dne a v klidu nižší nebo rovné 8,0 kPa.
 - chronická obstrukční plicní nemocí
 - cor pulmonale s polyglobulií
 - elektrokardiografické známky hypertrofie pravého srdce
 - echokardiografický průkaz plicní hypertenze
 - cystická fibróza
 - kyfoskoliózou
 - pneumokoniózami
 - transplantace plic
- ### 2. Nervosvalové poruchy

Kontraindikace

Absolutní kontraindikace neexistuje, ale v České republice nejsou indikovány k dlouhodobému podávání kyslíku asociální nebo nespolupracující pacienti, nemocní s dužnostmi bez hypoxie a kušáci. Indikací také není ponámahová nebo spánková desaturace.

Definice

Domácí umělá plicní ventilace je používána k léčbě nemocných s chronickou respirační insuficiencí vzniklou na podkladě plicního onemocnění. Léčba kyslíkem zabraňuje nepříznivým účinkům hypoxemie v organismu a zvyšuje kvalitu a délku života.

Cíl

Domácí umělá plicní ventilace zlepšuje toleranci fyzické zátěže, a u mnohých nemocných. Snižuje střední tlak v plicnici. Zabraňuje vzniku nebo progresi plicní hypertenze a rozvoji cor pulmonale. Snižuje také počet hospitalizovaných nemocných s chronickou respirační insuficiencí.

Pomůcky

- přístroje nutné k domácí umělé plicní ventilaci – ventilátor a odsávací ka
- odsávání – sterilní odsávací cévka nebo uzavřený systém odsávání, proplachový roztok
- pomůcky určené k hygienické péči
- pomůcky k antidekubitárnímu programu a polohování

Ošetřovatelský postup

Před zahájením domácí umělé plicní ventilace

- všechny typy zdravotnické techniky pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii a neinvazivní ventilační podporu podléhají schválení revizním lékařem.
- schvalování terapie vzdušným kyslíkem je v kompetenci příslušné oblastní pobočky všeobecné zdravotní pojišťovny, stejně jako schvalování neinvazivní ventilační podpory.
- léčbu kapalným kyslíkem schvaluje komise ústřední pobočky všeobecné zdravotní pojišťovny.
- ke schválení žádosti o oxygenoterapii vzdušným či kapalným kyslíkem je potřebné vypsát žádost zdravotnického zařízení o realizaci domácí umělé plicní ventilaci (Příloha 1).
- žádost vystavuje lékař z oboru tuberkulózy a respiračních nemocí s razítkem ambulantní složky zdravotnického zařízení. Musí být doloženy výsledky kyslíkového testu a také kopie výsledků vyšetření krevních plynů.
- indikující lékař vyplní objednávkový formulář firmy disponující výrobkem. Také vystaví poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku

Formy úhrady prostředků zdravotnické techniky

- koncentrátory vzdušného a kapalného kyslíku jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění formou denního pronájmu.
- přístroje pro neinvazivní ventilační podporu jsou dávány do vlastnictví pacienta nebo jsou zapůjčeny v závislosti na kategorizaci dle přílohy I. 3, zákona I. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

Před propuštěním do domácí péče

- rodinní příslušníci musí být vyškoleni v základní ošetřovatelské péči včetně jak manipulovat s ventilátorem a odsávací koulí.
- Rodinní příslušníci se musí podrobit psychologickému vyšetření a sociálnímu vyšetření v domácím prostředí.

Během domácí umělé plicní ventilace

- u ventilovaného nemocného je dlehlitá péče o ventilátor

- výměna bakteriálního filtru po 48 hod
- výměna ventilačního okruhu hadic po 7 dnech
- spolupráce se servisním technikem.

Péče o tracheostomii

- odsávání pacienta uzavřeným systémem
- odsávat podle potřeby nemocného
- výměna uzavřeného odsávacího systému při znečištění a jinak každé 3 dny
- pravidelně vyměňovat tracheostomickou kanylu. Obvykle po 7-10 dnech.
- tracheostomie se ošetřuje 2 krát denně

Přijímání potravy

- sledovat změnu množství přijímané stravy.
- při sníženém příjmu jídla to konzultovat s nutriční terapeutkou.
- léky podávat dle ordinace ošetřujícího lékaře

Péče o hygienu a dutinu ústní

Provádíme dechovou a svalovou rehabilitaci

Poklepovou masáží 3 krát denně

Péče o vyprazdňování

Prevenici vzniku dekubitů

- zavedeme antidekubitární program a polohování.

Důležité je přitom edukovat a kontrolovat ošetrovatelskou péči poskytovanou rodinou. Podstatné je také pečovat o psychické zdraví a rozvoj osobnosti.

Sociální péče

- ventilovaným nemocným se poskytují zdravotnické služby v podobě domácí péče home care
- tato služba je ordinována nemocnému ošetřujícím lékařem a samotnou ošetrovatelskou službu vykonávají sestry. Jedná se například o odběry krve, injekční aplikace léků, provádění převazy
- služba je financována z prostředků zdravotního pojištění a je zapotřebí se předem informovat na smluvní vztahy mezi agenturou domácí péče a zdravotní pojišťovnou nemocného

- ventilovaní nemocní mají právo na sociální péči
- osobní asistence a pečovatelská služba. Jsou vymezené v zákoně 108/2006Sb. o sociálních službách, který vstoupil v účinnost dne 1. ledna 2007
- na obecním úřadě s rozšířenou působností si ventilovaní nemocní mohou požádat o příspěvek na péči, kde má trvalý pobyt
- žádost podá sám nemocný nebo v jeho zastoupení zástupce
- dále se provede sociální šetření v jeho domácím prostředí. Protože další podmínkou vyplácení příspěvků na péči je posouzení stupně závislosti na pomoci jiné osoby.
- osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve třech stupních. I. Stupeň je lehká závislost. Když z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled přes více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku za kalendářní měsíc je 2000. Když z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled přes více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku za kalendářní měsíc je 4000 korun. Když z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled přes více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku za kalendářní měsíc je 8000 korun. Když z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled přes více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku za kalendářní měsíc je 12000 korun.
- pokud péči o nemocného rodina nezvládá, je možné využít zařízení pro ventilované pacienty. Nejznámější jsou Kladruby a v nich rehabilitační ústav nebo Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče. Další informace lze najít i na internetu, když se do vyhledávače zadají klíčové slova.

Komplikace DUPV

- aspirace potravy nebo tekutiny při vypuštění manžet
 - tracheostomické kanyly
 - kášel s následnou křečí dýchacích cest
 - dýchací obtíže
 - zvýšená únava
 - projevy zvýšeného neklidu
 - zvýšená dechová frekvence
 - zvýšené vnímání svého dýchání
 - zvýšení hodnot tlaku krve, srdeční frekvence
 - rozšíření zornic
 - barevné změny kůže a sliznic to znamená zvýšená bledost a lehká cyanóza,
- následně
- zapojují pomocné dýchací svaly a změna v těle

Literatura

1. BENÝŠKOVÁ, M. *Dlouhodobá domácí oxygenoterapie*. Lékařské listy. Praha: 2002, l. 42, s. 17. ISSN neuvedeno
2. LERVINKOVÁ, E. a kol. *Očkovatelské diagnózy*. 2. doplněné vydání. Brno: Národní centrum očkovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2001. 165 s. ISBN 80-7013- 332-5
3. HIRSCH, V. *Problematika schvalování dlouhodobé domácí oxygenoterapie a neinvazivní ventilační podpory*. [online]. [cit. 2010-03-29]
Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/listy-clanek?id=30557>. ISSN 1803-6597.
4. TRACHTOVÁ, E. a kol., *Potřeby nemocného v očkovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum očkovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-324-4