

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Problematika ošetrovatelského procesu u pacientů s tracheostomií na
jednotkách intenzivní péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

2009

Autor práce:

Mgr. Zdeňka Pavelková

Miroslava Fiedlerová

Abstract: Issues related to nursing process utilized with tracheostomized patients in Intensive Care Units

Breathing is an integral part of the life as such. Some illnesses or injuries may endanger this necessity of life or make it start to fail. In such cases, the organisms in question face possible death. Up-to-date medicine allows to solve such issues by way of artificial ventilation of the lungs. Improvements in medicine and medical technologies have made the group of the states that require securing the airways and artificial ventilation of the lungs grow bigger. Free and unobstructed airways are the fundamental prerequisites for securing efficient ventilation.

The aim of the thesis was to determine the most frequent issues faced by the nursing staff while taking care of the patients with tracheostomy cannula, and also to find out what tools are used by the said staff while communicating with such patients. Furthermore, the theses focused on finding out what procedures are utilized by the nursing staff so that tracheostomy cannula contamination is avoided.

There was carried out a qualitative survey by way of two structured interviews. The first one was made with ten nurses picked at random who work in the Intensive Care Units of surgery and internal medicine departments and in the department of anesthesiology and resuscitation. The second interview was made with ten tracheostomized patients picked at random in the same departments.

The outcome of the interviews shows that communication remains the biggest problem for both, the patients and the nursing staff. Further, the survey proved the nurses followed the prescribed standards concerning the maintenance of the tracheostomy cannula. The interviews with the patients revealed that food and fear of a cannula getting obstructed with consequent suffocating count among their biggest issues.

The objectives of the thesis have been met. The outcome of the survey will be submitted to the collaborating departments and the results may be utilized to improve the nursing care for people with trachostomy cannula. It is recommended to educate and train nurses in communication techniques and rehabilitation provided to the ill. The best possible solution would be to arrange and organize a training dealing with such issues

which would be meant for nurses. It is also recommended to establish a research concerning prevention of nosocomial infection in patients with tracheostomy cannulas.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problematika ošetrovatelského procesu u pacientů s tracheostomií na jednotkách intenzivní péče 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 používané Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 22. 4. 2009

.....

podpis studenta

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Zdeňce Pavelkové za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

Obsah:

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Anatomie dýchacích cest.....	4
1.1.1 Horní dýchací cesty.....	4
1.1.2 Dolní dýchací cesty.....	5
1.1.3 Plíce.....	7
1.1.4 Dýchací svaly.....	7
1.2 Tracheostomie.....	8
1.2.1 Historie tracheostomie.....	8
1.2.2 Indikace TSK.....	9
1.2.3 Tracheostomické kanyly a pomůcky	9
1.2.4 Techniky provedení tracheostomie.....	10
1.2.5 Komplikace tracheostomie.....	12
1.2.6 Umělá plicní ventilace.....	14
1.2.7 Odpojování od ventilátoru.....	14
1.3 Ošetrovatelská péče o nemocného s tracheostomickou kanylou.....	15
1.3.1 Odsávání nemocných s tracheostomickou kanylou.....	15
1.3.2 Péče o dutinu ústní.....	16
1.3.3 Rehabilitace nemocného s tracheostomickou kanylou.....	17
1.3.4 Komunikace s nemocnými s tracheostomickou kanylou.....	18
1.3.5 Stravování nemocných s tracheostomickou kanylou.....	18
1.3.5.1 Enterální výživa.....	19
1.3.5.2 Parenterální výživa.....	20

1.3.6 Potřeby nemocného s tracheostomickou kanylou.....	20
1.3.7 Prevence nozokomiálních nákaz u nemocných s tracheostomickou kanylou.....	23
2. Cíl práce a hypotézy.....	24
2.1 Cíl práce.....	24
2.2 Výzkumné otázky.....	24
3. Metodika.....	25
3.1 Metodika práce.....	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	25
4. Výsledky.....	26
4.1 Rozhovory se sestrami.....	26
4.2 Rozhovory s nemocnými.....	42
4.3 Tabulky výsledků rozhovorů sestry.....	54
4.4 Tabulky výsledků rozhovorů nemocní.....	64
5. Diskuse.....	71
6. Závěr.....	77
7. Seznam použitých zdrojů.....	79
8. Klíčová slova.....	82
9. Přílohy.....	83

Úvod

Téma mé bakalářské práce Problematika ošetrovatelského procesu u pacientů s tracheostomií na jednotkách intenzivní péče, jsem si vybrala, protože pracuji na oddělení, kde se velice často setkávám s tracheostomovanými nemocnými. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, s jakou problematikou se setkává ošetřující personál při péči o nemocné s tracheostomickou kanylou, dále jaké pomůcky využívá ošetrovatelský personál při komunikaci s těmito nemocnými a jaké postupy používá v prevenci nozokomiálních nákaz u těchto nemocných. Dalším cílem bylo zjistit, jaké potíže pociťují nemocní s tracheostomickou kanylou.

Ošetrovatelská péče o nemocné s tracheostomickou kanylou není jednoduchá, už pro primární onemocnění. Často se jedná o stavy, které nemocného přímo ohrožují na životě. Mezi časté příčiny hospitalizace a následně provedení tracheostomie patří například respirační a kardiální selhání, bezvědomí, seps, polytrauma, intoxikace, onemocnění centrálního nervového systému a mnoho dalších.

Tracheostomovaní nemocní se potýkají s mnoha problémy, které jim ztěžují život. Častý problém je nemožnost přirozené komunikace. Nemocný se může cítit osamělý a nepochopený. V kombinaci s obavou o svůj život, kdy se bojí udušení, se nemocný ocitá v pocitech úzkosti a strachu o svůj život.

K dalším problémům v oblasti ošetrovatelské péče se řadí stravování nemocného. Pro překážku v krku se jim hůře polyká. Někteří si postupně přivyknou a jsou schopni přijímat normální stravu. Bohužel ne u všech těchto nemocných se to podaří a u těch poté musíme hledat vhodné postupy příjmu potravy.

Nemalým problémem jsou i nozokomiální nákazy u těchto nemocných. Tato komplikace prodlužuje dobu hospitalizace a zvyšuje finanční náklady na léčbu nemocného. Péče o tracheostomované nemocné, je péče komplexní, a pokud některá ze složek tohoto celku vykazuje nedostatky, odráží se to nejen na fyzickém, ale i psychickém stavu nemocného. Proto by měla být péče sestry o nemocného, jako o holistickou bytost se saturací všech jeho potřeb.

Výsledky získané výzkumným šetřením budou poskytnuty jednotlivým oddělením, kde bylo šetření prováděno. Získané výsledky mohou být použity ke zlepšení ošetrovatelské péče o nemocné s tracheostomickou kanylou.

1. Současný stav

1.1 Anatomie dýchacích cest

Dýchání neboli respirace patří mezi základní životní funkce. Dýchání nám zajišťuje dýchací soustava, přes kterou je uskutečňován přívod kyslíku a odvod oxidu uhličitého. Dochází k výměně plynů mezi vnějším prostředím a plícemi. Výměna plynů se podílí na udržení acidobazické rovnováhy. Dýchací systém nám dále zajišťuje také funkci fonační, ochrannou v podobě kašle, kýchání a reflexní zástavy dechu. Přes dýchací systém lze do organismu vpravovat různé látky, ať už škodlivé nebo léčiva. V jednotlivých oddílech dýchacích cest je vdechovaný vzduch upravován, to znamená zvlhčován, ohříván a očištěn.

Dýchání je proces automatický a rytmický, ovlivnitelný vůlí. Dýchací centrum je uloženo v prodloužené míše. Dýchání má dvě fáze-nádech, inspirium, což je aktivní děj a výdech, expirium je děj pasivní. K nádechu je zapotřebí aktivní stah dýchacích svalů a zvětšení hrudní dutiny, k tomu dochází za normálních podmínek přibližně 16 krát za minutu u dospělého člověka.(2, 6, 21)

Znalost anatomie a fyziologie dýchacích cest je důležitou součástí práce sestry u nemocných s tracheostomickou kanylou. Neznalost může vést k neodbornému zásahu a poškození nemocného. Znalosti v oblasti anatomie a fyziologie nám dále umožňují předcházet problémům a komplikacím s výkonem a vlastním ošetřováním spojeným.(21)

1.1.1 Horní cesty dýchací

Dýchací cesty můžeme podle uložení rozdělit na horní a dolní cesty dýchací. Mezi horní cesty dýchací pak řadíme dutinu nosní, latinský název cavum nasi, vedlejší dutiny nosní nazývané sinus paranasales, nosohltan neboli pars nasalis pharyngitis a hrtan v odborné terminologii nazývaný larynx. V části dolních dýchacích cest se pak nachází průdušnice, latinsky nazývaná trachea, průdušky čili bronchi, které vstupují do plic, pulmones. (2, 6, 21)

Vstupním oddílem dýchacích cest je nosní dutina, která je rozdělena na dvě části nosní přepážkou, septum nasi. Vnitřek dutiny nosní je pokryt bohatě prokrvenou sliznicí nazývanou tunica mucosa s řasinkovým epitelem, jehož funkcí je zachycování drobných

částic nečistot z vdechovaného vzduchu. Ve sliznici se dále nacházejí čichové buňky, z toho vyplývá další funkce této části dýchacího systému, což je čich a jedná se o funkci olfaktorickou. V neposlední řadě je důležitou funkcí dutiny nosní ohřívání a zvlhčování vdechovaného vzduchu. (2, 6, 21)

S dutinou nosní jsou spojené vedlejší dutiny nosní, které jsou umístěné v kostech obličejové části lebky. Mezi jejich funkci patří především zvětšení plochy sliznice nosní dutiny. Popisujeme párové čelní dutiny, sinus frontale v čelní kosti, párové čelistní dutiny, sinus maxilaris v horní čelisti, dále pak přední a zadní mnohočetné čichové sklípky, sinus ethmoidalis anterior et superior v čichové kosti a dutinu klínovou, sinus sphenoidalis, umístěnou v kosti klínové. (2, 6, 21)

Další částí, kam proudí vdechovaný vzduch z dutiny nosní, je nosohltan. Je součástí hltanu a tvoří jeho horní část. Netvoří svou velikostí významnou část dýchacích cest, ale nachází se zde velké množství lymfatické tkáně, která u dětí tvoří tak zvanou nosní mandli. Součástí nosohltanu jsou i ústí Eustachových trubíc, které tvoří spojnici mezi středním uchem, auris media a nosohltanem. (2, 6, 21)

Mezi další oddíl dýchacích cest patří hrtan. Jedná se o trubicovitý nepárový orgán uložený v přední části krku a navazující na nosohltan. Je dlouhý asi 6cm, svým tvarem připomínající přesýpací hodiny. Tvoří pomyslné rozhraní horních a dolních dýchacích cest. Vchod uzavírá příklopka hrtanová, též nazývaná epiglottis. Hrtan je tvořen několika chrupavkami. Největší z nich je chrupavka štítná, latinsky cartilago thyroidea. Těsně pod ní je hmatný oblouk chrupavky prstencové, latinsky řečené cartilago cricoidea. (2, 6, 21)

Hrtan je vystlán sliznicí a je krytý víceřadým řasinkovým epitelem. Pod sliznicí se nachází podslizniční vazivo, které je náchylné ke zduření. Zduření vede k zúžení nebo úplnému ucpání průsvitu dýchacích cest, které má za následek dušení. Inervaci hrtanu zajišťuje tzv. zvrtný nerv, nervus recurrens. Na hrtanu se nacházejí hlasivkové vazy, plicae vocales, mezi nimiž prochází vzduch, který je rozechvívá a vzniklý zvuk je pak základem řeči. (2, 6, 21)

1.1.2 Dolní cesty dýchací

Dolní cesty dýchací začínají průdušnicí. Pro nás je tato část dýchacích cest velmi důležitá, protože zde provádíme vyústění průdušnice navenek čili tracheostomii.

Průdušnice je trubicovitý orgán dlouhý 12-13 cm a průměru 1,5 až 2,5 cm, začínající ve výši krčního obratle C 6-7 a končící rozvětvením na pravou a levou průdušku, bronchus, ve výši hrudních obratlů Th 4-5. Průdušnice se svou velikostí liší u žen, je kratší asi o 1,5 cm a užší asi o 2 mm než u mužů. Proto u žen zavádíme menší velikost tracheostomické kanyly, než u mužů. Průdušnice je uložena v přední části krku a sestupuje do mezihrudí - mediastina. Stěnu průdušnice tvoří asi 20 podkovovitých chrupavek pospojovaných navzájem vazivem. Tyto chrupavky vyztužují dýchací cesty a tím zajišťují jejich průchodnost. Sliznice je pokryta víceřadým řasinkovým epitelem. V podslizničním vazivu se nacházejí drobné seromucinózní žlázy, glandulae tracheales a lymfatická tkáň. Hlen produkovaný žlázkami pokrývá dýchací cesty a zachycuje nečistoty, které jsou transportovány pomocí řasinek směrem k dutině ústní. Inervaci průdušnice, zajišťují parasympatická a sympatická vlákna. Parasympatikus nám způsobuje bronchokonstrikci neboli zúžení průdušnice a vasodilataci čili rozšíření cév a sympatikus zajišťuje opačnou reakci, tedy bronchodilataci, rozšíření průdušnice a zúžení cév, vazokonstrikci. Tohoto jevu je využíváno ve farmakoterapii. (2, 6, 11, 21)

Průdušnice se dělí na dvě průdušky, pravou a levou, označovány jako bronchus principalit dexter et sinister, v místě označovaném bifurcatio tracheae. Zde vzniká průduškový strom, arbor bronchitis. Další částí tohoto stromu jsou lalokové bronchy, pro které používáme názvu bronchi lobares. Oddělují se při vstupu do plic do jednotlivých laloků. Poslední částí jsou pak segmentové bronchy, bronchi segmentales. Jsou to větve lalokových bronchů, vstupující do plicních segmentů. Pouze hlavní bronchy, jsou uloženy v mediastinu ostatní, jsou uloženy v plicích. Mezi pravou a levou průduškou jsou určité rozdíly. Pravá průduška je kratší, asi 3 cm dlouhá, širší a méně odkloněná od směru průdušnice než levá průduška. To je důvodem častější aspirace do pravé průdušky. Levá průduška je delší, asi 4-5 cm dlouhá, užší a odstupuje v ostřejším úhlu než pravá průduška. (2, 5, 21)

Lalokové průdušky odstupují pro jednotlivé plicní laloky, jsou tři na pravé straně a dva na levé straně. Nazývají se podle jednotlivých plicních laloků. Segmentové průdušky pronikají dále do plicní tkáně, tyto úseky pak označujeme jako bronchopulmonální segmenty. Stěny průdušek mají podobnou stavbu jako průdušnice, postupně se však stěna průdušek ztenčuje. Postupně přecházejí v průdušinky, bronchioli, které nemají chrupavčitou výztuhu. (2, 6, 21)

1.1.3 Plíce-pulmones

Plíce, jsou párovým orgánem vyplňujícím podstatnou část dutiny hrudní. Barva plic se během života mění. V dětství je růžová, postupně získávají barvu našedlou. Je to způsobeno vdechováním prachu a dalších částic. Konzistence plic je houbovitá, plíce jsou pružné na pohmat. Hmotnost plic je proměnlivá, závisí na náplni vzduchu, prokrvení a množství tekutiny v intersticiálním neboli vmezeřeném vazivu plic. V průměru váží 780g u muže a 640g u ženy. Pravá plíce se skládá ze tří laloků a levá ze dvou laloků. Plicní laloky lze rozdělit na plicní segmenty. Segment je základní makroskopickou stavební a funkční jednotkou plic. Pravá plíce se skládá z 10 segmentů a levá plíce pak z 8 segmentů. (2, 6, 21)

Bronchiální strom se uvnitř plic dělí, průměr bronchů se postupně zmenšuje. Bronchy přecházejí v terminální bronchioly, bronchioli terminales, které se ještě dělí na respirační bronchioly, bronchioli respiratorii, které se vyklenují do plicních sklípků, kterým říkáme alveoli. Jsou to malé dutinky, kolem kterých se větví kapilární kličky, na jejich povrchu je alveolo-kapilární membrána, na které dochází k výměně plynů. Plicní buňky produkují sekret obsahující fosfolipidy, nazývaný se surfaktant, který zabraňuje kolapsu alveolů. Při kolapsu alveolů vzniká nevzdušnost plic neboli atelektáza. (2, 5, 21)

Jednotlivé laloky plic jsou kryty viscerální pleurou, kterou nazýváme poplicnice nebo také pleura visceralis. Poplicnice je pevně srostlá s povrchem plic. Jedná se o tenkou, lesklou a průhlednou blánu, která přechází v plicním hilu v pohrudnici nástěnnou pleuru, pleura parietalis, která vystýlá pohrudniční dutinu. Mezi poplicnicí a pohrudnicí se nachází malé množství tekutiny, která zabraňuje tření obou listů pleur při dýchání. V této štěrbině je negativní tlak, který zajišťuje neustálé rozpětí plic. (2, 6, 21)

1.1.4 Dýchací svaly

Dýchací svaly působí při nádechu i výdechu, rozlišujeme je proto na vdechové a výdechové svaly. V obou skupinách svalů rozeznáváme hlavní a pomocné dýchací svaly. Představitelé hlavních vdechových svalů jsou mezižeberní svaly zevní, mm.intercostales externi, bránice, kterou označujeme názvem diaphragma a svaly kloněné, mm.scaleni. Mezi pomocné svaly vdechové patří velký prsní sval, m.pectoralis

major, malý prsní sval, m.pectoralis minor, široký sval zádový, m. latissimus dorsi, přední sval pilovitý, m.serratus anterior, sval podklíčkový, m.subclavius, zdvihač hlavy, m.sternocleidomastoideus. (2, 6, 21)

Výdech je děj pasivní. Pokud dojde k nějaké patologii, např. obstrukci dýchacích cest, zapojí se do výdechu některé skupiny svalů. Mezi hlavní výdechové svaly patří mezižeberní svaly vnitřní, mm.intercostales interni a nejvnitřnější mezižeberní svaly, mm.intercostales intimi. K pomocným výdechovým svalům řadíme sval pilovitý zadní dolní, m.serratus posteriori inferior, paprscitý sval, m.transversus thoracis, čtyřhranný sval bederní, m.quadratus lumborum. (2, 6, 21)

1.2 Tracheostomie

1.2.1 Historie tracheostomie

První zmínky o tracheostomii se objevují již kolem roku 3600 před naším letopočtem ve starém Egyptě, jak bylo prokázáno z dochovaných hliněných tabulek. Nejstarší písemnost, kde se popisuje otevření průdušnice, je datována v době 2. století před naším letopočtem. Napsána byla řeckým lékařem Pavlem z Aeginy. Problémem lékařů provádějících tracheostomii v těchto dobách byla nedokonalá znalost anatomických poměrů. Otevření průdušnice popsalo postupně několik dalších lékařů, jako byl Asklepiades z Bithýnie, Galén z Pergama, Avicenna, Albukasis nebo Avenzoar.(11, 16, 21)

Thomas Fienus (1567-1631) jako první doporučuje zavedení rourky do vytvořené tracheotomie. Julius Casserius (1545-1616) navrhl upevnění tracheální rourky na krku pomocí nitě.(16 str. 11). Název samotný, stejně jako vlastní výkon, prošel řadou úprav. Od laryngotomie, bronchotomie až k tracheotomii a tracheostomii. Současný název tracheotomie poprvé použil ve své učebnici německý chirurg Lorenz Heister (1683-1758). Tracheostomickou kanylu odpovídající podobou námi dnes používanou zavedl Richter v roce 1776. Nejčastější indikací k provedení tracheostomie byla obstrukce horních dýchacích cest, způsobena záškrtem. Postupně se přidávaly i další indikace, jako je toaleta dýchacích cest při onemocněních plic. Chirurgický postup, označovaný jako klasicko-konvenční, byl popsán v roce 1909 Chevalierem Jacksonem a je ve své podstatě využíván dodnes.(11, 16, 21)

S rozvojem medicíny, intenzivní a resuscitační péče se začíná stále častěji

k provedení tracheostomie využívat punkční dilatační technika. Poprvé uvedl tuto techniku v roce 1955 Ch. Seldon. I tato metoda se během let vylepšovala a modifikovala, až do podoby, ve které je využívána dnes. (11, 16, 21)

1.2.2 Indikace TSK

Tracheostomie v dnešní době není indikována k urgentnímu zajištění dýchacích cest. Mezi indikace tracheostomie patří obstrukce horních dýchacích cest pro poranění, tumor, zánět, atd. Další indikací k provedení tracheostomie jsou rozsáhlé chirurgické výkony v otorinolaryngologii a usnadnění dýchání u spontánně ventilujících nemocných. V poslední době se s rozvojem medicíny objevila i indikace k provedení tracheostomie z důvodů dlouhodobé umělé plicní ventilace. (9, 11, 12, 16, 21, 23)

1.2.3 Tracheostomické kanyly a pomůcky

Tracheostomické kanyly jsou pomůcky, které nám pomáhají zajistit dýchací cesty u nemocných. Zajišťují tak vstup do dýchacích cest a udržují průchodnost stomatu. Jsou vyráběny v různých velikostech, tvarech a délkách. Kanyly, které používáme, jsou vyráběné z různých materiálů. Nejčastěji používanými materiály jsou plast a kov. Mezi používané plasty patří například silikon, teflon a další. Tyto kanyly jsou termosenzitivní, lépe se přizpůsobují anatomii průdušnice. (11, 12, 16, 19, 21)

U plastových kanyl rozeznáváme, zda jsou opatřeny těsnicí manžetou nebo jsou bez těsnicí manžety. Kanylu s těsnicí manžetou nazývanou též jako balónkovou kanylu používáme především u nemocných na umělé plicní ventilaci. Chrání nemocné zejména před aspirací jídla, zvratků a dalších sekretů. Těsnicí manžeta, je plněna vzduchem na hodnotu 25-30 Torrů. Sestra musí provádět kontrolu nafouknutí balónku manometrem jako prevenci otlaku průdušnice při vysokém tlaku v těsnicí manžetě nebo naopak proti nechtěné dekanylaci při nedostatečném nafouknutí balónku, a to dvakrát denně jako součást pravidelné hygieny nemocného a pak vždy, když má podezření na neadekvátní nafouknutí manžety. Kanyla je zajištěna kromě těsnicí manžety ještě fixační páskou nebo tkalounem kolem krku. I zde musí sestra dbát na přiměřené utažení, aby nedocházelo ke vzniku dekubitů na krku. V současné době je možné využít vysokoobjemových nízkotlakých balónkových kanyl, kde je tlak

rozložen na větší plochu průdušnice. Další možností, je pak využití kanyl s dvěma těsníci manžetami, kdy v určitém časovém intervalu, střídavě nafukujeme a vypouštíme balónky. Tím podstatně eliminujeme riziko otlaku průdušnice. (11, 12, 16, 19, 21)

Kanyly bez těsnící manžety využíváme především u pacientů v domácím ošetření. Nedráždí nemocného tak jako kanyla balónková nebo kovová. U dlouhodobě kanylovaných nemocných není závažným problémem nechtěná dekanylace, protože u těchto nemocných je stoma již dostatečně průchodné a opětovné zavedení kanyly obvykle ovládají nemocní sami nebo za asistence rodinných příslušníků. Další výhodou těchto kanyl je možnost využití dalších pomůcek, jako je mluvící nástavec a další. (11, 12, 16, 19, 21)

Tracheostomické kanyly mohou mít různé modifikace. Mohou být perforované, které redukuje při výdechu dechový odpor. Výdech prochází přirozenými dýchacími cestami. Další možností tracheostomické kanyly je kanyla s nastavitelným úchytem. (11, 12, 16, 21)

Kovové kanyly jsou určené pro nemocné, u kterých je nutné dlouhodobé používání. Nevýhodou těchto kanyl je jejich hmotnost, nemožnost napojení na ventilátor a nebulizátor, nemožnost použití při radioterapii kvůli sekundárnímu záření. Další nevýhodou především pro ošetrovatelskou péči, je častější vznik dekubitů. V dnešní době jsou tyto kanyly nahrazovány plastovými. Mají i své výhody, mezi které patří snadná sterilizace. (11, 12, 16, 21)

1.2.4 Techniky provedení tracheostomie

V praxi se používají dva způsoby provedení tracheostomie: klasicko-konvenční tracheostomie a punkční dilatační tracheostomie. Způsob provedení tracheostomie, máme tím na mysli, zda se jedná o klasicko-konvenční tracheostomii nebo punkční dilatační tracheostomii ovlivňuje jak přípravu nemocného před výkonem, tak i pozdější péči o tracheostomickou kanylu a nemocného. O výběru metody rozhoduje erudovanost lékaře, stav nemocného a další aspekty. (7, 11, 21, 23)

Klasicko-konvenční tracheostomie je klasickým chirurgickým výkonem, prováděným obvykle na operačním sále u nemocného v celkové anestézii, s řádnou předoperační přípravou. Vlastní provedení incizí kůže a průdušnice je pak záležitostí

operatéra, zvyklostí pracoviště a je ovlivněno anatomickými poměry krku u nemocného. (7, 11, 16, 21, 23)

Punkční dilatační tracheostomie je metoda, kterou lze provést přímo na lůžku nemocného, bez zbytečného transportu na operační sál za dodržení přísně aseptického postupu. Výkon se provádí taktéž v celkové anestézii. Pokud je nemocný v bezvědomí, provádí se lokální anestézie. Punkční dilatační tracheostomie má několik modifikací. Liší se obvykle v provedení dilatace. K dilataci je možno použít sady dilatátorů různých velikostí, dilatační kleště, šroub, a tak dále. (7, 11, 16, 21, 23)

Péči o nemocného můžeme rozdělit na péči před výkonem, během výkonu a po výkonu. Péče před výkonem zahrnuje podání informací o plánovaném výkonu lékařem nemocnému, lékař nemocného nechává podepsat informovaný souhlas s výkonem, který sestra zakládá do dokumentace nemocného. V rámci svých kompetencí odpovídá na dotazy nemocného. Dále pak sestra zajišťuje předoperační přípravu nemocného, jejímž cílem je minimalizovat operační riziko a eliminovat možné komplikace. Sestra zajišťuje odběry krve a správný transport do laboratorí. U tohoto výkonu nás zajímají především hodnoty koagulačních testů, protože se jedná o výkon s možností vzniku většího krvácení. Zajímá nás tedy hodnota aPTT, tímto vyšetřením se rozumí, aktivovaný tromboplastinový čas a dále nás zajímá výsledek vyšetření QUICKOVA testu, při kterém se zjišťuje protrombinový čas. Další úkony sestra koordinuje podle toho, zda se jedná o klasickou či dilatační tracheostomii a dle ordinace lékaře. Jedná se o zajištění zobrazovacích a konziliárních vyšetření, zajištění vhodné diety, vyprázdnění nemocného, příprava kůže v operačním poli, aplikace premedikace, příprava ventilačního přístroje a zajištění invazivních vstupů, pokud je již nemocný nemá zajištěny. (11, 12, 16, 21)

Další fází je perioperační péče neboli péče během vlastního výkonu. Sestra uloží nemocného do vhodné polohy. Jedná se o polohu na zádech s podloženými lopatkami, hlava je ve střední čáře a mírně zakloněna. Po celou dobu výkonu sestra asistuje lékaři a sleduje vitální funkce nemocného. (11, 12, 16, 21)

Poslední fází, je fáze pooperační péče. V bezprostřední pooperační péči sestra fixuje tracheostomickou kanylu nafouknutím obturační manžety a připevněním fixačního pásku. Napojí nemocného na ventilátor, vloží pod kanylu sterilní, nastřižený čtvereček, který mění pravidelně dvakrát denně, při provádění celkové hygieny

nemocného, nebo dle potřeby vždy po vhodné očištění a dezinfekci okolí stomatu. Podle zvyklostí oddělení napojí na tracheostomickou kanylu uzavřené sání, které minimalizuje nutnost rozpojování ventilačního okruhu a tím snižuje riziko přenosu nozokomiální nákazy. Výkon sestry zaznamená do dokumentace. Stále kontroluje vitální funkce, krvácení okolo tracheostomické kanyly a průchodnost tracheostomické kanyly. Podle potřeby nemocného odsává. (11, 12, 16, 21)

V další péči sestra stále sleduje předešlé parametry, provádí převazy tracheostomické kanyly za přísně aseptických podmínek a sleduje okolí stomatu, zda se neprojevují známky infekce. Veškeré změny zapisuje do dokumentace a informuje o nich neprodleně lékaře. Podle standardu oddělení zajišťuje výměnu uzavřeného sání a ventilačního okruhu. Asistuje u výměny tracheostomické kanyly, které se řídí taktéž standardem oddělení, nebo po zhodnocení stavu nemocného lékařem. (11, 12, 16, 21)

1.2.5 Komplikace tracheostomie

Každý operační výkon s sebou nese určitá rizika a je snahou ošetřujícího personálu tato rizika minimalizovat a předcházet komplikacím. Je to důležitá součást ošetrovatelské péče. Znalost těchto komplikací umožňuje sestře rychle a adekvátně reagovat na jejich nástup, informovat lékaře a zahájit vhodná opatření, která zabrání zhoršení komplikací a většímu poškození nemocného. Ze znalosti komplikací sestra odvozuje i jejich prevenci. (1, 11, 12, 16, 21)

Komplikace můžou provázet jak vlastní průběh výkonu, tak jeho následná období, ať už časné nebo pozdní. Během výkonu čili peroperačně může u nemocného nastat hemodynamická nestabilita. Může se projevit snížením tepové frekvence nemocného neboli bradykardií, kdy tepová frekvence nemocného je nižší než 50 tepů za minutu. Dalším projevem může být zvýšení krevního tlaku, které nazýváme hypertenzí, která může vyústit až v tak zvanou hypertenzní krizi. Je to stav, kdy krevní tlak nemocného dosahuje hodnot 200/120 Torrů a vyšší. Mezi dechové komplikace patří nedostatečné okysličení krve, nazývané hypoxií a úplná zástava dechu označovaná jako apnoe. K dalším komplikacím během výkonu patří aspirace. Pod tímto pojmem rozumíme vdechnutí krve, žaludečního obsahu a sekretu. Častou komplikací výkonu je krvácení. Může se jednat o krvácení z důvodu koagulačních poruch nebo z důvodu poranění a špatného ošetření cévy. (1, 11, 12, 16, 21)

V časném pooperačním období se může objevit infekce v ráně. Pokud sestra včas nerozezná počáteční příznaky infekce v okolí vyústění, může se zánět rozšířit do plic a podstatně zkomplikovat léčbu nemocného. K další velmi závažné komplikaci patří poranění jícnu. Při tomto poranění vniká z jícnu vysoce infekční obsah, který může způsobit zánět mezihrudí. Nemocný je ohrožen šokem. V neposlední řadě mezi časně komplikace patří vniknutí vzduchu do podkoží, potom mluvíme o podkožním emfyzému, pokud vzduch vnikne do pohrudniční dutiny, nazýváme tento stav pneumotoraxem. (1, 11, 12, 16, 21)

V pozdním pooperačním období se můžeme setkat s komplikacemi v podobě obtížné výměny tracheostomické kanyly, kdy nelze z různých důvodů zavést novou kanylu do stomatu. I v dalším období se můžeme setkat s infekcí a krvácením na různém podkladě. Nepřiměřeným tlakem těsnící manžety může dojít ke změknutí chrupavek průdušnice, potom hovoříme o tracheomalacii. Tlak těsnící manžety může způsobit také tracheoezofageální píštěl. V časném i pozdním pooperačním období může dojít k nechtěnému vytažení tracheostomické kanyly, dekanylaci, dále dislokaci kanyly či poškození těsnící manžety. (1, 11, 12, 16, 21)

Mezi komplikace vzniklé v delším časovém odstupu od výkonu, můžeme řadit i komplikace vzniklé po dekanylaci. Mezi časté patří dekanylační panika, kdy pacient pociťuje dušnost. Nastupuje okamžitě po dekanylaci. Lze ji předcházet, psychologickou přípravou nemocného před vyjmutím tracheostomické kanyly. Velmi častou komplikací bývá porucha polykání, dysfagie, která může mít za následek vdechnutí stravy a tekutin. V tomto období se může projevit komplikace, která vznikla již při vlastním provedení tracheostomie, a to porušení zvratného nervu. U jednostranného poškození nemocný trpí chrapotem. Závažnější je poškození oboustranné, kdy dojde po dekanylaci k zúžení hlasové štěrbině a následné inspirační dušnosti. Další komplikací je vznik stenóz v různých místech horních dýchacích cest. Závažnost stavu se pak odvíjí od velikosti a umístění stenózy. (1, 11, 12, 16, 21)

Komplikací, které provázejí nemocného s tracheostomickou kanylou je mnoho. Sestra by je měla znát a vědět, jakým způsobem na ně reagovat. Prevence a řešení komplikací je podstatnou částí ošetrovatelské péče o tracheostomované nemocné. (1, 11, 12, 16, 21)

1.2.6 Umělá plicní ventilace

Umělá plicní ventilace patří mezi základní orgánové podpory, bez které se v současné medicíně nelze obejít. Mezi stavy, které vyžadují umělou plicní ventilaci, patří například respirační selhání, kardiální selhání, bezvědomí, sepse, polytrauma a další. Mezi cíle umělé plicní ventilace patří snížení dechové práce, podpora výměny plynů a ovlivnění objemu plic. Umělou plicní ventilaci nám zajišťují přístroje - ventilátory, které v současné době představují již čtvrtou generaci ventilátorů a jsou řízené mikroprocesory. Umožňují nám individuální nastavení ventilačních parametrů na principu zpětné vazby. Ventilátory lze použít k plné nebo podpůrné ventilaci po neomezeně dlouhou dobu. Ventilovat nemocného můžeme pozitivním či negativním přetlakem. Při některých klinických stavech lze také využít tryskové nebo oscilační ventilace. Příkladem použití k terapii oscilační ventilaci je syndrom akutní dechové tísně. Trysková ventilace má úzké indikace, především při výkonech v oblasti průdušnice. (4, 9)

1.2.7 Odpojování od ventilátoru

V odborné literatuře se pro ukončování umělé plicní ventilace používá název „weaning“. Jedná se postupný proces, který však nemá probíhat nepřiměřeně dlouho. O úspěšném odpojení od ventilátoru lze hovořit, pokud nemocný spontánně ventiluje 48 hodin, bez ventilační podpory. Pokud dojde během 72 hodin k nutnosti obnovit ventilační podporu u nemocného, jedná se po selhání odpojování. U nemocných, kterým byla poskytována ventilační podpora méně než 48 hodin, obvykle nebývá obtížné odpojování. Důležitým aspektem je zde hloubka sedace nemocného. Aby bylo možné zahájit proces odpojování, musí proběhnout kontrola vyvolávající příčiny obvykle dechové tísně a nemocný musí být oběhově stabilní. Laboratorní výsledky hodnotící stav respirace musí být ve fyziologických hodnotách a nemocný musí prokazovat dostatečnou dechovou aktivitu. Je možnost použití několika postupů k procesu odpojování od ventilátoru. O tomto postupu vždy rozhoduje lékař podle individuálních možností nemocného. (4)

1.3 Ošetrovatelská péče o nemocného s tracheostomickou kanylou

1.3.1 Odsávání z dolních cest dýchacích

Toaleta dýchacích cest je základní činností sestry u nemocného s tracheostomickou kanylou. Cílem je udržování čistoty a průchodnosti dýchacích cest a s tím spojená prevence komplikací. Odsávání dolních dýchacích cest lze zajistit dvojím způsobem: otevřený nebo uzavřený systém odsávání. Otevřený systém obnáší použití sterilních, jednorázových odsávacích katétrů, které se zavádějí do tracheostomické kanyly po rozpojení ventilačního okruhu pomocí sterilního nástroje, čtverce nebo rukavic. Je možno použít ochranných pomůcek pro ošetřující personál v podobě jednorázové ústenky, ochranné čepice, zástěry a brýlí. Tento způsob, ač stále využíván, s sebou nese poměrně velké riziko kontaminace tracheostomické kanyly s následnou infekcí nemocného. (11, 12, 16, 17, 21)

Uzavřený způsob odsávání je zajišťován pomocí speciálních odsávacích systémů, které jsou napojeny na tracheostomickou kanylu a jsou součástí ventilačního okruhu, což znamená, že při potřebě odsátí nemocného není nutné ventilační okruh rozpojovat. Tím se významně eliminuje riziko kontaminace tracheostomické kanyly a dále se snižuje riziko přenosu kapénkové infekce z nemocného na ošetřující personál. K tomuto způsobu odsávání potřebuje sestra kromě výše popsaných pomůcek ke své ochraně ještě stříkačku se sterilním fyziologickým roztokem na proplach odsávací kanyly. (11, 12, 16, 17, 21)

Oba typy odsávání se napojují na funkční odsávačku a při obou způsobech sestra dodržuje zásady asepse. Odsávání sestra provádí dle potřeby nemocného a vždy před a po provedení nebulizace. Sestra nemocného informuje o prováděném výkonu. Vlastní odsátí provádí sestra krátkodobým, přerušovaným podtlakem, za kontinuálního vytahování odsávacího katétru. Sestra odsává co nejkratší možnou dobu, pokud je nutné odsátí opakovat, nechá nemocného 2x - 3x prodýchnout a odsátí opakuje. Pokud je nemocný při vědomí, vyzve ho sestra k odkašlání. Po celou dobu sestra sleduje stav, fyziologické funkce nemocného a charakter sputa. Mezi komplikace odsávání patří, krvácení, poranění, nauzea, zvracení, aspirace a v neposlední řadě zanesení infekce či dekanylace nemocného. (11, 12, 16, 17, 21)

Odsátí tracheostomovaného nemocného lze provést i pomocí bronchoskopu. Tento výkon provádí lékař a sestra mu při něm asistuje. Jedná se vlastně o endoskopické

vyšetření flexibilním bronchoskopem. Indikaci k tomuto výkonu vždy určuje lékař a je při něm možné odebrání biologického vzorku a vizuální kontrola dýchacích cest. Před tímto výkonem musí nemocný podepsat informovaný souhlas po předešlé edukaci lékařem. Sestra zajistí po výkonu správné označení odebraného materiálu, transport do laboratoře a záznam do dokumentace. Dále sleduje vitální funkce nemocného a zajistí dekontaminaci a vyšší stupeň dezinfekce bronchoskopu. (11, 12, 16, 17, 21, 22)

1.3.2 Péče o dutinu ústní a nosní

Mezi základní sesterskou péči u nemocných s tracheostomickou kanylou patří též péče o dutinu ústní a nosní. Tito nemocní ztrácejí samočisticí schopnost těchto dutin, a proto tuto péči přebírá sestra. V dutině ústní se nacházejí mikroorganismy, které udržují přirozenou mikroflóru a pokud dojde k mikrobiální disbalanci, dochází k poškození sliznice, jazyka a zubů. Nemocný je ohrožený zánětlivým procesem v dutině ústní. Na samočisticí funkci mají vliv sliny, které jsou stále produkovány a ne všichni tracheostomovaní nemocní jsou schopni sliny polykat, proto je nutné, aby je sestra pravidelně odsávala. Pokud je nechá volně vytékat z úst, vystavuje nemocného riziku poškození kůže kolem úst působením ptyalinu. Při poruše vědomí jsou u nemocného ústa pootevřená, což sebou nese riziko vysychání sliznice a vznik ragád. (8, 17)

Mezi výkony, které sestra provádí, patří odsávání ústní a nosní dutiny za dodržování obdobných podmínek, jako u odsávání z dolních dýchacích cest. Sestra po domluvě s nemocným, zjištění návyků nemocného a po zhodnocení stavu dutiny ústní přistoupí k ošetření buď vyčištěním zubů nebo výplachem dutiny ústní, ústní vodou či jinými přípravky, jako je odvar z heřmánku, dezinfekční roztoky a podobně. U suchých úst použije borglycerin na ošetření sliznic. Nezapomíná ani na péče kolem úst vhodným přípravkem. Pokud z nějakých důvodů nelze provést výplach, sestra vyčistí dutinu ústní namočenou štětičkou nebo tampónkem v daném přípravku. Dutinu čistí důkladně, ale šetrně, aby nepoškodila nemocného. Sestra postupuje od kořene ke špičce jazyka, zuby čistí od zadních zubů po přední a patro ošetřuje odpředu dozadu. Pokud je ošetřující personál proškolen v konceptu basální stimulace, může provádět orální stimulaci v kombinaci s péčí o dutinu ústní. (8, 17, 21)

V péči o dutinu nosní dbáme na prevenci dekubitů při zavedené nasogastrické

sondě. Sestra pravidelně mění polohu nasogastrické sondy a provádí záznam o stavu dutiny nosní do dokumentace. Čištění sestry provádí suchou nebo namočenou štětičkou. Na závěr lze vytrít nosní dutiny například borglycerinem proti vysušování a vzniku prasklin. (4)

1.3.3 Rehabilitace nemocného s tracheostomickou kanylou

Nemocní s tracheostomickou kanylou mohou být při vědomí i v bezvědomí. V obou případech zajišťujeme včasnou rehabilitaci, buď aktivní či pasivní. Částečně mohou s nemocnými rehabilitovat ošetřující sestry, ovšem podstatnou část rehabilitace by měli provádět rehabilitační pracovníci. Cílem rehabilitace je redukovat negativa vznikající v souvislosti s dlouhodobou imobilizací, upravit funkce přechodně snížené nebo zaniklé na úroveň v dané chvíli co nejvíce možnou. V rámci rehabilitace se jedná o pohyb a podporu hlavních fyziologických funkcí. Včasnou a důkladnou rehabilitací lze předcházet takovým nepříjemnostem, jako jsou dekubity, kontraktury kloubů a šlach nebo záněty cév. Významnou měrou pomáhá rehabilitace předcházet i pneumoniím, vznikající při dlouhodobé imobilizaci. V neposlední řadě nám rehabilitace pomáhá v tréninku soběstačnosti a sebeobsluhy nemocného. (5, 10, 26)

Mezi prvořadě metody používané v rámci rehabilitace u nemocných s tracheostomickou kanylou na jednotkách intenzivní péče patří polohování nemocného za použití rozmanitých pomůcek. Kromě prevence dekubitů polohování může přispět při podpoře žilního návratu a v prevenci již zmiňovaných kontraktur. Polohování nemocného provádíme přes den po 2 hodinách, v noci po 3-4 hodinách, vždy s přihlédnutím ke stavu nemocného a náchylnosti k tvorbě otlaků. Pokud je nemocný stabilizovaný a jeho fyzický stav dovoluje, začínáme s vertikalizací, sedem a chůzí. (5, 10, 26)

K další používané metodě na tomto oddělení patří dechová gymnastika. Využívají se polohové drenáže s lavážemi plic, míčkování, šetrná vibrační či poklepová masáž. Lze využít i prodýchávání podle Vojtovy metody nebo použít kontaktní dýchání a dýchání stimulující masáž z konceptu bazální stimulace. Dechová gymnastika nám slouží ke zlepšení uvolňování hlenu z dýchacích cest a tím ke zlepšení dýchání. (5, 8, 10, 13, 26)

Pasivní a aktivní cvičení umožňuje prevenci kontraktur svalů a šlach, dále

prevenci zatuhlosti kloubů, zlepšuje prokrvení, působí na peristaltiku a má vliv na plicní ventilaci. Pasivní cvičení využíváme u nemocných v bezvědomí, aktivní cvičení potom u nemocných při vědomí, kdy je možná alespoň částečná spolupráce. (5, 10, 26)

1.3.4 Komunikace s nemocnými s tracheostomickou kanylou

Komunikace je nedílnou součástí profese sestry. Pomocí komunikace navazuje a udržuje kontakt s nemocným a jeho blízkými. Tracheostomovaní nemocní ztrácejí možnost komunikovat verbálně, tedy slovy. Proto musí sestra najít ve spolupráci s nemocným vhodnou formu komunikace. Možností je několik, záleží na nemocném, jaký způsob bude pro něj nejvhodnější. Relativně nejjednodušším způsobem je odezírání ze rtů, tato možnost má samozřejmě svá úskalí, především nespolečnosti nemocného, kdy nedostatečně pohybuje ústy. Dalšími možnostmi jsou tabulky s písmeny či s obrázky základních potřeb a věcí, tužka a papír. Poslední jmenovaná možnost, předpokládá zachovanou hybnost a motoriku horních končetin nemocného. V předchozích možnostech, může ukazovat sestra na obrázky či písmena a nemocný pouze dává signál, pokud sestra ukáže na správný symbol. Možnosti komunikace a pomůcek lze vzájemně kombinovat. Pro nemocného je ztráta možnosti verbálně komunikovat traumatizující a ošetřující personál musí přistupovat k nemocnému taktně, trpělivě a ohleduplně. Sestra se nesmí komunikaci s těmito nemocnými vyhýbat, protože jim nerozumí, musí vyjádřit vůli komunikovat a nabízet různé možnosti komunikace a ponechávat pomůcky vždy v dosahu nemocného. Získává tím důvěru nemocného a jeho blízkých a tím rozvíjí vztah nemocný – sestra. Sestra nesmí zapomínat komunikovat s nemocnými v bezvědomí i zde leze využít znalostí z oblasti bazální stimulace. (15, 27)

1.3.5 Stravování nemocných s tracheostomickou kanylou

Příjem stavy u nemocných s tracheostomickou kanylou závisí na primárním onemocnění a na schopnosti přijímat stravu. Nejpřirozenější a nejlepší příjem stavy je ústy. To ale předpokládá nemocného při vědomí, a protože nemocní s tracheostomickou kanylou bývají často udržováni v umělém spánku, musíme

zajistit příjem stravy jinou cestou. Výživu u nemocných můžeme podávat cestou parenterální, to znamená mimo zažívací trakt, tedy cestou žilní, anebo enterální cestou, přes zažívací trakt. (13, 21, 28)

1.3.5.1 Enterální výživa

Enterální výživa je indikována u nemocných, u nichž nutriční stav vyžaduje umělou výživu pro existující nebo hrozící malnutrici. Podmínkou k podání enterální výživy je zachování funkce trávicího traktu, tedy trávení a resorbce živin. Enterální výživu lze přijímat perorálně, tedy ústy, nebo přes nasogastrickou či nasojejunální sondu, zavedenou většinou přes dutinu nosní do žaludku, v případě nasojejunální sondy do tenkého střeva. V některých případech lze sondu zavést přes dutinu ústní. Dále lze podávat stravu pomocí gastrostomie, což je vyústění žaludku na povrch dutiny břišní nebo jejunostomie, které pak znamená vyústění tenkého střeva na povrch dutiny břišní. Do všech těchto sond je podávána speciálně upravená strava, podávaná podle ordinace lékaře. Je podávána jednak bolusově v předem určených intervalech a dávkách, dále pomocí enterální pumpy, na které je nastaveno, jaké množství za jaký časový úsek má být podáno výživy a dalším způsobem je podání výživy pomocí gravitačního setu, kdy si regulujeme průtok kapek podle potřeby. Strava může být připravena kuchyňskou technologií, která smí být podána pouze do žaludku. Další formou je strava polymerní, připravovaná již farmaceutickými technologiemi, kterou lze podávat nejen do žaludku, ale i do duodena a jejunu. Oligomerní strava je složena tak, že vyžaduje minimální trávení a je v podstatě bezezbytková. A v neposlední řadě existuje strava orgánově specifická, která se podává v léčbě některých patologických stavů. (13, 28)

Při podání stravy přes nasogastrickou sondu dodržujeme několik pravidel. V první fázi si připravíme všechny potřebné pomůcky a správnou výživu podle ordinace lékaře. Pokud je pacient při vědomí, informujeme ho o tom, že budeme podávat výživu a odpovíme na jeho otázky v rámci naší kompetence. Překontrolujeme uložení sondy, pomocí aspirace stříkačkou, posoudíme charakter žaludečního obsahu a poté můžeme začít podávat výživu předem určenou metodou. Po ukončení podávání výživy celou sondu propláchneme vodou nebo čajem a sondu uzavřeme. Ujistíme se, že nemocný se cítí pohodlně. Nemocný by měl zaujímat Fowlerovu polohu. Zajistíme úklid pomůcek a zápis do dokumentace. (13, 28)

Podání stavy do gastrostomie a jejunostomie se řídí podobnými pravidly, jako při podání stravy do nasogastrické sondy. Zde zjišťujeme průchodnost sondy nenásilným vpravením tekutiny do sondy a zajišťujeme péči o stomii. (13, 28)

1.3.5.2 Parenterální výživa

Parenterální výživa je využívána tam, kde příjem stravy ústy není možný a enterální výživa je neúčinná nebo je u nemocného kontraindikována či ji špatně toleruje. Parenterální výživu můžeme podávat z jednotlivých láhví nebo pomocí systému all - in – one, který je v současné době nejpoužívanější. Tuto výživu podáváme přímo do krevního oběhu periferní nebo centrální žílou. Přístupovou cestou pro parenterální výživu je nejčastěji centrální žilní systém. Periferní žilní systém lze využít jen ke krátkodobé parenterální výživě a osmolalita podávaných přípravků nesmí být větší než 1200 mosmol/kg H₂O. (13, 28)

Pokud je nemocný schopen přijímat stravu ústy, musíme společně konzultovat vhodnou dietu a konzistenci stravy. Nemocní obvykle zprvu tolerují stravu tekutou nebo mletou, až později jsou schopni přijímat pevnou stravu. Vše záleží na individualitě nemocného. Sestra musí nemocnému zajistit vhodné prostředí, pomůcky, a pokud je to nutné, tak dopomoci či plně zajistit krmení. Sestra nikdy nemá zapomínat na dostatek času k rozkousání a polknutí sousta. Jakýkoliv i malý příjem stravy ústy je přínosný, protože podporuje sekreci v gastrointestinálním traktu a je i pozitivním psychologickým mezníkem pro nemocného. S příjmem stravy souvisí i hydratace nemocného a proto sestra současně dbá i na tuto stránku a sleduje bilanci tekutin u nemocného. Podle indikace lékaře sleduje sestra nutriční screening. (13, 28)

1.3.6 Potřeby nemocného s tracheostomickou kanylou

Ošetrovatelská péče o nemocné, se skládá především z jednotlivých dílců saturace potřeb nemocného. Potřeba je charakterizována jako subjektivní pocit, něčeho zcela konkrétního pro život důležitého. Sestra má za cíl uspokojovat nejen potřeby somatické nebo též nazývané fyziologické, ale dále potřeby jistoty, sounáležitosti, sebeúcty a seberealizace. Sestra chápe člověka jako bio-psycho-sociální bytost, tedy vnímá nemocného jako bytost holistickou, celistvou. Americký psycholog Abraham H. Maslow vytvořil hierarchii potřeb, která řadí systematicky lidské potřeby podle

naléhavosti. Ovšem neznamená to, že některé jsou méně důležité. Aby se mohl člověk cítit zdravý, musí mít uspokojovány všechny své potřeby. Zdraví je dle WHO, stavem plné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen pouze nepřítomnost choroby, poruchy nebo tělesné vady. WHO, neboli World Health Organization, je označení pro Světovou zdravotnickou organizaci. Nemocný s tracheostomickou kanylou, hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče nebo anesteziologicko - resuscitačním oddělení, nemá obvykle možnost, většinu svých potřeb uspokojovat. Je to zapříčiněno nejen tracheostomickou kanylou, ale i jeho zdravotním stavem, pro který je zde hospitalizován. Pracoviště jednotek intenzivní péče zajišťují péči o nemocné s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho nebo více orgánů. Anesteziologicko - resuscitační oddělení přijímá nemocné, u nichž bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí nebo již k selhání došlo. Proto je zde sestra, aby pomohla a zajistila uspokojování potřeb nemocného. Nemocný zde může pociťovat deficit na všech úrovních hierarchie potřeb, tak jak je vytyčil Abraham H. Maslow. (viz. Příloha 1)

(12, 21, 25, 20)

Poskytovaná ošetrovatelská péče na odděleních intenzivní péče a anesteziologicko – resuscitačního oddělení je závislá na zdravotním stavu nemocného. Sestra má s nemocným mnohem bližší vztah než lékař a proto by se měla snažit orientovat na uspokojování potřeb nemocného. U nemocných hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče a anesteziologicko – resuscitačních oddělení jsou upřednostňovány spíše potřeby fyziologické. Uspokojování potřeb nemocného sestra provádí pomocí ošetrovatelského procesu, kterým je charakterizováno moderní ošetrovatelství. Ošetrovatelský proces se skládá z několika fází, ve kterých sestra sleduje, hodnotí a stanovuje problémy nemocného. V první fázi sestra stanovuje ošetrovatelskou anamnézu za pomoci sledování, rozhovoru s nemocným, rodinou, z dokumentace a dalších dostupných zdrojů. Ve druhé fázi sestra dle zjištěné anamnézy stanovuje ošetrovatelskou diagnózu. V současné době se řídí standardizovanými ošetrovatelskými diagnózami podle NANDA domény, taxonomie II. Ve třetí fázi sestra plánuje vlastní ošetrovatelskou péči. Čtvrtá fáze obnáší realizaci naplánovaných ošetrovatelských intervencí. Součástí ošetrovatelského procesu je i hodnocení průběhu a úspěšnosti stanovených cílů, které je obsaženo v páté fázi procesu. (3, 12, 18, 21, 25)

Mezi fyziologické potřeby řadíme, spánek, čistotu, výživu, dýchání, teplo,

vyprazdňování, pohyb, aktivitu a sexuální potřeby. Sestra si podle vytvořené ošetrovatelské anamnézy, za použití adekvátní literatury a již zmiňovaných Ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách, stanoví ošetrovatelské diagnózy v oblasti fyziologických potřeb u tracheostomovaného nemocného.

V této oblasti se mohou u nemocného vyskytnout následující ošetrovatelské diagnózy: Oblast dýchání zahrnuje u tracheostomovaného nemocného diagnózy 00030 - porušená výměna plynů, 00033 - oslabené dýchání, 00034 - dysfunkční odpojování od umělé plicní ventilace, 00039 - riziko aspirace. Z potřeby pohybu můžeme stanovit tyto diagnózy 00040 - riziko imobilizačního syndromu, 00085 - zhoršená pohyblivost, 00091 - zhoršená pohyblivost na lůžku. V oblasti spánku 00095 - porušený spánek, 00165 - ochota ke zlepšení spánku. V oblasti stravy, čistoty a vyprazdňování 00102 - deficit sebepéče při jídle, 00103 - porušené polykání, 00108 - deficit sebepéče při koupání a hygieně, 00109 - deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00110 - deficit sebepéče při vyprazdňování. Mezi fyziologické potřeby a následně jejich diagnózy můžeme zařadit též, 00014 - inkontinence stolice, 00013 - průjem, 00011 - zácpa, 00132 - akutní bolest. (3, 12, 18, 21, 25)

U diagnóz deficitů sebepéče při jídle, koupání a hygieně, oblékání a úpravě zevnějšku, vyprazdňování je cílem vždy co nejvíce zapojit nemocného do všech úkonů, které sestra provádí, aby se zachovala, obnovila a zvyšovala soběstačnost nemocného. K hodnocení sebepéče můžeme použít několik hodnotících testů. Bartelův test základních všedních činností (viz Příloha 4) nebo test ošetrovatelské zátěže (viz Příloha 6). Při hodnocení rizika vzniku dekubitů sestra používá stupnici Nortonové (viz Příloha 5). (3, 12, 18, 21, 25)

U potřeby jistoty a bezpečí stanovujeme diagnózy, které vycházejí z touhy po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, potřebě vyhnout se nebezpečí a ohrožení. Patří sem například 00148 - strach, 00146 - úzkost, 00124 - beznaděj, 00125 - bezmocnost. (3, 12, 18, 21, 25)

Ve stupni hierarchie potřeby sounáležitosti a lásky stanovujeme ošetrovatelské diagnózy, zaměřené na saturaci potřeb sounáležitosti, integrace, náklonnosti, potřeby milovat a být milován. Můžeme zde zařadit diagnózu 00053 - sociální izolace. (3, 12, 18, 21, 25)

Ošetrovatelské diagnózy vycházející z potřeb uznání a sebeúcty u nemocného

s tracheostomickou kanylou odrážejí potřebu sebeúcty, uznání, sebekoncepce a autonomie. Lze sem zařadit diagnózy jako 00118 - porušený obraz těla, 00055 - neefektivní plnění role, 00167 - ochota zlepšit sebepojetí, 00120 - situačně snížená sebeúcta, 00121 - porušená osobní identita. (3, 12, 18, 21, 25)

Na samý vrchol hierarchie potřeb dle Maslowa, patří potřeba seberealizace. Ošetrovatelské diagnózy, které zde stanovujeme, vyplývají z potřeby realizovat vlastní potenciál. Můžeme sem zařadit 00161 ochota doplnit deficit vědomostí, 00157 ochota ke zlepšení komunikace. (3, 12, 18, 21, 25)

Sestra určí ošetrovatelskou diagnózu a navrhne plán intervencí, jejich realizace je potom součástí péče o nemocného s tracheostomickou kanylou. Důležitá je pečlivě vedená dokumentace a pravidelné hodnocení stanovených diagnóz.

1.3.9 Prevence nozokomiálních nákaz u tracheostomovaných nemocných

Nozokomiální nákaza je negativním projevem ústavní péče a prodlužuje dobu hospitalizace a zvyšuje finanční náklady na léčbu nemocného. Může se objevit ve všech systémech organismu. V dýchacích a močových cestách, v gastrointestinálním traktu, ale také v krevním řečišti a dalších. V souvislosti s umělou plicní ventilací, potažmo u nemocných s tracheostomickou kanylou, se může vyskytnout tak zvaná nozokomiální pneumonie. Zdrojem kolonizace a následné infekce může být aspirace nemocného nebo zevní prostředí. Ke vzniku přispívají i další faktory, jako jsou věk, kouření, podvýživa, antibiotika a další. Zásadní je zde prevence. Ošetřující personál musí dodržovat bariérový přístup k nemocnému, dodržovat zásady asepse, stanovené ošetrovatelské postupy, dodržovat stanovenou výměnu ventilačních okruhů a filtrů a předcházet aspiraci u nemocného. Mezi intervence, které sestra vykonává, ve spolupráci s rehabilitační sestrou patří též dechová cvičení s nemocným a fyzioterapie. Při zjištění výskytu nozokomiální nákazy je důležitá izolace nemocného. Problematika nozokomiálních nákaz se řídí zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. (4, 17, 22, 24)

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, s jakou nejčastější problematikou se setkává ošetřující personál v péči o pacienty s tracheostomickou kanylou.
2. Zjistit, jaké nejčastější pomůcky používá ošetřující personál ke komunikaci s pacienty s tracheostomickou kanylou.
3. Zjistit, jaké postupy používá zdravotnický personál v rámci prevence kontaminace tracheostomické kanyly.
4. Zjistit, jaké potíže pociťují pacienti s tracheostomickou kanylou.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1

Jaké nejčastější překážky má ošetřující personálu pacientů s tracheostomickou kanylou?

Výzkumná otázka 2

Jaké formy komunikace používá personál ošetřující pacienty s tracheostomickou kanylou?

Výzkumná otázka 3

Dodržují, sestry zásady ošetrovatelské péče u pacientů s tracheostomickou kanylou v rámci prevence kontaminace tracheostomické kanyly?

Výzkumná otázka 4

Jaké nejčastější obtíže provázejí pacienty s tracheostomickou kanylou?

Výzkumná otázka 5

Jakou formu stravy preferují pacienti s tracheostomickou kanylou?

Výzkumná otázka 6

Jaké prostředky ke komunikaci nejraději používají pacienti s tracheostomickou kanylou?

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Výzkumné kvalitativní šetření bylo prováděno pomocí 2 strukturovaných rozhovorů. Jeden rozhovor byl vedený s 10 náhodně vybranými sestrami pracujícími na jednotkách intenzivní péče interního a chirurgického oddělení a na anesteziologicko – resuscitačním oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec a.s. A na stejných odděleních, byl uskutečněn i druhý rozhovor vedený s 10 náhodně vybranými nemocnými zde hospitalizovanými. Otázky byly dělené do 3 oblastí: 1.) identifikační údaje 2.) specifika a překážky ošetrovatelské péče o nemocné s tracheostomickou kanylou 3.) komunikace. Otázky pro sestry, byly dělené do 5 oblastí: 1.) identifikační údaje, 2.) specifika a překážky ošetrovatelské péče o nemocné s tracheostomickou kanylou, 3.) komunikace 4.) prevence nozokomiálních nákaz 5.) další vzdělávání sester. Cílem bylo zjistit, s jakou nejčastější problematikou se setkává, ošetřující personál v péči o nemocné s tracheostomickou kanylou, dále jaké pomůcky používá, ošetřující personál při komunikaci s těmito nemocnými. Mezi další cíle patřilo zjistit, jaké postupy používá, ošetřující personál v prevenci kontaminace tracheostomické kanyly. Výzkumné šetření probíhalo, v měsících prosinec 2008 až únor 2009

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Šetření bylo realizováno pomocí dvou výzkumných souborů. Výzkumný soubor 1 tvořilo deset náhodně vybraných sester z jednotek intenzivní péče interního a chirurgického oddělení a dále anesteziologicko – resuscitačního oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec a.s. Výzkumný soubor 2 tvořilo deset náhodně vybraných nemocných s tracheostomickou kanylou, ležících na jednotkách intenzivní péče interního a chirurgického oddělení a dále anesteziologicko – resuscitačního oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.

4. Výsledky

4. 1 Rozhovory se sestrami

Rozhovor 1

První dotazovanou je sestra ve věku 52 let, pracující u lůžka a zároveň v oboru intenzivní péče, na stejném oddělení, to jest jednotka intenzivní péče interního oddělení, 33 let. V oboru intenzivní péče, má specializační vzdělání ARIP.

Podle jejího názoru existují určitá specifika v péči o nemocné s tracheostomickou kanylou, jedná se především o komunikaci, která je velmi omezená díky tracheostomické kanyle. Dále pak se jedná o obtížné odkašlávání, kterého ne vždy je nemocný schopný a pak musí sestra zajistit odsávání s tracheostomické kanyly. V neposlední řadě se jedná o stravování nemocných s tracheostomickou kanylou. Nemocní často nemohou polykat tuhou stravu, kvůli mechanické překážce v podobě tracheostomické kanyly.

Jako nejčastější problém v péči o nemocného tracheostomickou kanylou pro sestru udává komunikaci s nemocným. Stejně tak si myslí a čerpá tak ze své dlouholeté zkušenosti, že nemocní s tracheostomickou kanylou vnímají jako nejčastější problém také komunikaci. Dále si myslí, že na psychický stav nemocných s tracheostomickou kanylou má největší vliv právě obtížná komunikace.

Ze svých dlouholetých zkušeností čerpá i v oblasti stravy, kde si myslí, že nejčastější formou stravy, kterou přijímají tracheostomovaní nemocní je strava mixovaná i když upozorňuje na to, že jako všechny oblasti i tato je velice individuální a jsou nemocní, kterým nedělá problém přijímat normální tuhou stravu, stejně tak, jako jsou nemocní, kterým dělá problémy polykat jakoukoliv stravu a jsou tudíž odkázáni na jiný způsob příjmu potravy. Dále dotazovaná sestra uvádí, že na příjem stravy má bezesporu vliv délka zavedení tracheostomické kanyly a že se velice často setkává s případy, kdy nemocní hůře polykají konkrétně polévku obsahující vajíčko a kostičky mrkve. Vajíčko a kostičky se jim špatně polykají a často jim „zaskočí“.

Další oblastí, na kterou jsem se během svého rozhovoru zaměřila je komunikace. Sestra uvádí, že během ošetrovatelské péče se s tracheostomovanými nemocnými obvykle dorozumívá pomocí odezírání ze rtů. Další možností, ale méně využívanou,

je psaní nebo použití tabulky s abecedou, kterou mají k dispozici na oddělení. Tato varianta je využívána především u nemocných, kterým je špatně rozumět odezíráním, ale je obvykle pomalejší a zabírá více času. Z pohledu nemocných i sester, si myslí, že je odezírání nejvyužívanějším způsobem. V komunikaci mezi nemocnými a příbuznými se sestra během své dlouhé praxe, často setkává s obtížnější komunikací pomocí odezírání, kdy příbuzní nerozumí nemocnému. A sestra je přivolávána k pomoci v komunikaci.

V oblasti prevence nozokomiálních nákaz a vlastní péči o tracheostomickou kanylu sestra udává, že veškeré postupy jsou vykonávány podle příslušného ošetrovatelského standardu. Při péči o tracheostomickou kanylu dodržuje sestra zásady sterility. Pomůcky, které sestra používá při odsávání tracheostomovaných nemocných, záleží na tom, zda jsou nemocní napojeni na ventilátor či jsou spontánně dýchající. Pokud, jsou připojeni k ventilátoru, používá uzavřený systém odsávání. Pokud jsou to nemocní, kteří jsou spontánně dýchající, používá jednorázové odsávací cévky. Na oddělení kde pracuje, jsou více používány odsávací cévky na jedno použití, z důvodu častější hospitalizace nemocných, kteří jsou spontánně dýchající, než nemocní připojeni na ventilátor. U ní osobně, je preferován systém uzavřený, který více chrání nemocného i sestru. Vlastní péče o tracheostomickou kanylu potom, podle sestry, spočívá především v dezinfekci a výměně čtverečků podkládající tracheostomickou kanylu. Při používání jednorázových odsávacích cévek sestra uvádí, že použití cévky je prováděno sterilně a cévka je po použití vyhozena, během toho jsou použity rukavice. Oblast prevence dekubitů u tracheostomické kanyly je zajišťována výměnou čtverečků pod tracheostomickou kanylou.

Poslední dotazy, byly směřovány na oblast dalšího vzdělávání dotazované sestry, kde uvádí, že se zúčastňuje především seminářů, které se zabývají problematikou intenzivní péče. V poslední době se zúčastnila semináře, pořádaném anesteziologicko – resuscitačním oddělením Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.. Co se týče seminářů či jiných vzdělávacích akcí zaměřujících se přímo na komunikaci s nemocnými se sestra nezúčastnila, vždy se jednalo o komplexní péči o nemocné, zahrnující různé oblasti.

Rozhovor 2

Dotazovaná sestra ve věku 25 let, pracující na jednotce intenzivní péče interního oddělení s celkovou délkou praxe u lůžka 7 let, z toho 5 let v oboru intenzivní péče. Sestra má specializaci v intenzivní péči ARIP.

Sestra udává, podle své dosavadní zkušenosti, že samozřejmě existují specifická úskalí v péči o tracheostomované nemocné. Podle jejích zkušeností se především jedná o odkašlávání, infekci a zvlhčení dýchacích cest. Jako nejčastější problém u tracheostomovaných nemocných pro sestru, uvádí dotazovaná komunikaci, stejně tak, je podle ní pro nemocné s tracheostomickou kanylou nejčastějším problémem komunikace. Sestra uvedla komunikaci i v případě největšího ovlivnění psychiky nemocného s tracheostomickou kanylou.

Na dotaz, jakou nejčastější formu stravy přijímají nemocní s tracheostomickou kanylou, odpověděla podle své dosavadní zkušenosti, že nemocní přijímají nejčastěji mixovanou stravu. Dále si myslí, že délka zavedení tracheostomické kanyly nemá vliv na přijímání stravy. Při péči o nemocné s tracheostomickou kanylou si dotazovaná sestra všimla, že některým nemocným dělá problémy polykání polévky s vajíčkem a kostičkami mrkve.

Dotazovaná sestra během ošetrovatelské péče používá ke komunikaci s nemocnými s tracheostomickou kanylou především odezírání ze rtů doplněné o gestikulaci. Na oddělení mají k dispozici ke komunikaci tabulku s abecedou a samozřejmě lze využít i papír a tužku. Podle svých dosavadních zkušeností, které dotazovaná sestra má, uvádí, že pro nemocné je nejjednodušší a tudíž nejvíce využívaný způsob dorozumívání se odezíráním ze rtů. Pro sestru je komunikace s tracheostomovaným nemocným nejjednodušší a nejsrozumitelnější pomocí psaní. V oblasti komunikace tracheostomovaní nemocní versus příbuzní, se sestra domnívá a podkládá svoji praxí, že příbuzní velmi často nemocnému s tracheostomickou kanylou nerozumí, pokud s nimi komunikuje způsobem, kdy příbuzní musejí odezírat ze rtů.

Péče o tracheostomickou kanylu se na oddělení intenzivní péče interního oddělení řídí ošetrovatelským standardem. Sestra při péči o tracheostomickou kanylu dodržuje pravidla sterility. Odsávání nemocného zajišťuje nejčastěji otevřeným systémem, tedy pomocí jednorázové odsávací cévky a to z důvodů častější hospitalizace neventilovaných nemocných. Pro ni osobně je výhodnější systém uzavřeného sání, kdy

je zajištěna lepší ochrana nemocného proti vniknutí infekce a v neposlední řadě i lepší ochrana ošetřujícího personálu. V rámci každodenní péče o tracheostomickou kanylu zajišťuje sestra dezinfekci okolí a výměnu podkládajících čtverečků. Pokud okolí vyžaduje, provede sestra mechanickou očistu. Při odsávání pomocí jednorázových cévek používá sestra rukavice a po použití cévku vyhodí. Pravidelnou výměnou čtverečků pod tracheostomickou kanylou, zajišťuje sestra prevenci dekubitů.

Dotazovaná sestra se poměrně často zúčastňuje seminářů s tematikou intenzivní péče. Naposledy se zúčastnila semináře, který pořádalo anesteziologicko – resuscitační oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., dále dotazovaná sestra studuje vysokou školu. Semináře nebo jiné vzdělávací akce, která by se zaměřovala čistě na komunikaci s nemocnými, se sestra nezúčastnila.

Rozhovor 3

Dotazovaná sestra ve věku 33 let, pracující na jednotce intenzivní péče interního oddělení s celkovou délkou praxe u lůžka 10 let, z toho 5 let v oboru intenzivní péče. Sestra má specializaci v intenzivní péči ARIP.

Sestra podle své dosavadní zkušenosti udává, že samozřejmě existují specifická úskalí v péči o tracheostomované nemocné. Podle jejích dosavadních zkušeností se především jedná o odkašlávání, zanesení infekci a obtížnou komunikaci. Jako nejčastější problém u tracheostomovaných nemocných pro sestru, uvádí komunikaci, stejně tak, je podle ní pro nemocné s tracheostomickou kanylou nejčastějším problémem komunikace. Sestra uvedla komunikaci i v případě největšího ovlivnění psychiky nemocného s tracheostomickou kanylou.

Na otázku, jakou nejčastější formu stravy přijímají nemocní s tracheostomickou kanylou, odpověděla podle své zkušenosti, že nemocní přijímají nejčastěji a nejlépe mixovanou stravu. Dále si myslí, že délka zavedení tracheostomické kanyly má bezesporu vliv na přijímání stravy těmito nemocnými. Při péči o nemocné s tracheostomickou kanylou si dotazovaná sestra všimla, že většině nemocným dělá problémy polykání polévky obsahující vajíčko a kostičky zeleniny.

Dotazovaná sestra během své ošetrovatelské péče používá ke komunikaci s nemocnými s tracheostomickou kanylou především odezírání ze rtů doplněné

o gestikulaci. Na oddělení, kde sestra pracuje, mají k dispozici ke komunikaci s nemocnými tabulku s abecedou a samozřejmě lze využít i papír a tužku. Podle svých dosavadních zkušeností, které sestra má, uvádí, že pro nemocné je nejjednodušší a tudíž nejvíce využívaný způsob dorozumívání se odezírání ze rtů. Pro sestru je komunikace s tracheostomovaným nemocným nejjednodušší a nejsrozumitelnější pomocí psaní, pokud je nemocný psaní schopný. V oblasti komunikace tracheostomovaných nemocných se svými příbuznými, se sestra domnívá, že příbuzní velmi často nemocnému s tracheostomickou kanylou nerozumí, pokud s nimi nemocný komunikuje způsobem, kdy příbuzní musejí odezírat ze rtů.

Péče o tracheostomickou kanylu se na oddělení intenzivní péče interního oddělení, kde sestra pracuje, řídí ošetrovatelským standardem. Sestra při péči o tracheostomickou kanylu dodržuje zásady sterility. Odsávání nemocného zajišťuje nejčastěji otevřeným systémem, tedy pomocí jednorázové odsávací cévky a to z důvodů častější hospitalizace neventilovaných nemocných. Pro ni osobně je výhodnější systém uzavřeného sání, kdy je zajištěna lepší ochrana nemocného proti vniknutí infekce a v neposlední řadě i lepší ochrana ošetřujícího personálu. V rámci každodenní péče o tracheostomickou kanylu zajišťuje sestra dezinfekci okolí a výměnu podkládajících čtverečků. Pokud okolí vyžaduje, provede sestra mechanickou očistu, pomocí štětiček či jiných pomůcek. Při odsávání pomocí jednorázových cévek používá sestra rukavice a po použití cévku vyhodí. V některých případech, používá sestra ústenku ke své ochraně. Pravidelnou výměnou čtverečků pod tracheostomickou kanylou a kontrolou fixačního tkalounu, zajišťuje sestra prevenci dekubitů.

Dotazovaná sestra se poměrně často zúčastňuje seminářů s tematikou intenzivní péče. Naposledy se zúčastnila semináře, který pořádalo anesteziologicko – resuscitační oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec a.s. Semináře nebo jiné vzdělávací akce, která by se zaměřovala speciálně na komunikaci s nemocnými, se sestra nezúčastnila.

Rozhovor 4

Dotazovaná sestra ve věku 24 let, pracující na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, s celkovou délkou praxe u lůžka 3,5 roku a stejně dlouho, tedy 3,5 roku v oboru intenzivní péče. Sestra nemá žádnou specializaci v oboru intenzivní péče.

Sestra podle své dosavadní zkušenosti udává, že samozřejmě existují specifická úskalí v péči o tracheostomované nemocné. Podle jejích dosavadních zkušeností se především jedná o stravování nemocných s tracheostomickou kanylou, dále je to komunikace a nechtěná dekanylace nemocného nebo dislokace kanyly. Jako nejčastější problém u tracheostomovaných nemocných pro sestru, uvádí dotazovaná komunikaci, stejně tak, je podle ní pro nemocné s tracheostomickou kanylou nejčastějším problémem komunikace. Sestra uvedla komunikaci i v případě největšího ovlivnění psychiky nemocného s tracheostomickou kanylou.

Na otázku, jakou nejčastější formu stravy přijímají nemocní s tracheostomickou kanylou, odpověděla podle své zkušenosti, že nemocní přijímají nejčastěji a nejlépe mixovanou stravu. Dále si myslí, že délka zavedení tracheostomické kanyly má vliv na přijímání stravy těmito nemocnými. Při péči o nemocné s tracheostomickou kanylou si dotazovaná sestra všimla, že většině nemocným dělá problémy polykání polévky a rýže, které je dusí.

Dotazovaná sestra během své ošetrovatelské péče používá ke komunikaci s nemocnými s tracheostomickou kanylou především odezírání ze rtů. Na oddělení, kde sestra pracuje, mají k dispozici ke komunikaci s nemocnými tabulku s abecedou a papír a tužku. Podle svých dosavadních zkušeností, které dotazovaná sestra má, uvádí, že pro nemocné je nejjednodušší a tudíž nejvíce využívaný způsob dorozumívání psaní, pokud jim to jejich celkový fyzický stav dovolí. Pro sestru je komunikace s tracheostomovaným nemocným nejjednodušší a nejsrozumitelnější pomocí odezírání ze rtů. V oblasti komunikace tracheostomovaných nemocných se svými příbuznými, se sestra domnívá, že příbuzní velmi často nemocnému s tracheostomickou kanylou nerozumí, pokud s nimi nemocný komunikuje způsobem, kdy příbuzní musejí odezírat ze rtů. Tyto obtíže v komunikaci, obvykle přetrvávají v prvních dnech.

Péče o tracheostomickou kanylu se na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, kde sestra pracuje, řídí ošetrovatelským standardem. Sestra při péči o tracheostomickou kanylu dodržuje zásady sterility. Při odsávání nemocného sestra používá především uzavřeného systému, ale i otevřeného systému tedy pomocí jednorázové odsávací cévky. Tento systém využívá pouze u neventilovaných nemocných. Pro ni osobně je výhodnější systém uzavřeného sání, kdy je zajištěna lepší ochrana nemocného proti vniknutí infekce a lepší ochrana ošetřujícího personálu.

V rámci každodenní péče o tracheostomickou kanylu zajišťuje sestra dezinfekci okolí, výměnu čtverečků, dále výměnu a kontrolu fixačního tkalounu. Podle zavedeného ošetrovatelského standardu či podle individuálních potřeb, provádí pravidelnou výměnu sání. Při odsávání pomocí jednorázových cévek postupuje sterilně, po použití cévku vyhodí. Odsávání provádí za použití sterilního nástroje a pomůcek na osobní ochranu. Pravidelnou výměnou čtverečků pod tracheostomickou kanylou, kontrolou fixačního tkalounu a kontrolou tlaku v obturační manžetě, zajišťuje sestra prevenci dekubitů.

Dotazovaná sestra se zúčastňuje seminářů s tematikou intenzivní péče. Naposledy se aktivně zúčastnila semináře, který pořádalo anesteziologicko – resuscitační oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec a.s. Semináře, který by se zaměřoval speciálně na komunikaci s nemocnými, se sestra zúčastnila. Tématem byla verbální a neverbální komunikace.

Rozhovor 5

Dotazovaná sestra ve věku 28 let, pracující na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, s celkovou délkou praxe u lůžka 6 let z toho 5 let v oboru intenzivní péče. Sestra má specializaci v oboru intenzivní péče ARIP.

Sestra podle své dosavadní zkušenosti udává, že samozřejmě existují specifická úskalí v péči o tracheostomované nemocné. Podle jejích dosavadních zkušeností se především jedná o stravu, komunikaci a upoutání k ventilátoru. Jako nejčastější problém u tracheostomovaných nemocných pro sestru, uvádí dotazovaná komunikaci, stejně tak, je podle ní pro nemocné s tracheostomickou kanylou nejčastějším problémem komunikace. Sestra uvedla komunikaci i v případě největšího ovlivnění psychiky nemocného s tracheostomickou kanylou.

Na otázku, jakou nejčastější formu stravy přijímají nemocní s tracheostomickou kanylou, odpověděla podle své zkušenosti, že nemocní přijímají nejčastěji a nejlépe mixovanou stravu. Dále si myslí, že délka zavedení tracheostomické kanyly nemá vliv na přijímání stravy těmito nemocnými. Při péči o nemocné s tracheostomickou kanylou si dotazovaná sestra všimla, že většině nemocným dělá problémy polykání rýže, které je dusí a tuhé stravy například maso.

Dotazovaná sestra během své ošetrovatelské péče používá ke komunikaci

s nemocnými s tracheostomickou kanylou především odezírání ze rtů. Na oddělení, kde sestra pracuje, mají k dispozici ke komunikaci s nemocnými tabulku s abecedou a papír a tužku. Podle svých dosavadních zkušeností, které dotazovaná sestra má, uvádí, že pro nemocné je nejjednodušší a tudíž nejvíce využívaný způsob dorozumívání odezírání ze rtů. Pro sestru je komunikace s tracheostomovaným nemocným nejjednodušší a nejsrozumitelnější taktéž pomocí odezírání ze rtů. V oblasti komunikace tracheostomovaných nemocných se svými příbuznými, se sestra domnívá, že nebývají potíže.

Péče o tracheostomickou kanylu se na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, kde sestra pracuje, řídí ošetrovatelským standardem. Sestra při péči o tracheostomickou kanylu dodržuje zásady sterility a bariérový přístup. Při odsávání nemocného sestru používá především uzavřeného systému, ale i otevřeného systému tedy pomocí jednorázové odsávací cévky. Tento systém využívá pouze u neventilovaných nemocných. Pro ni osobně je výhodnější systém uzavřeného sání, kdy je zajištěna lepší ochrana nemocného proti vniknutí infekce a v neposlední řadě i lepší ochrana ošetřujícího personálu. V rámci každodenní péče o tracheostomickou kanylu zajišťuje sestra dezinfekci okolí, výměnu čtverečků, dále výměnu a kontrolu fixačního tkalounu. Podle zavedeného standardu či podle individuálních potřeb, provádí pravidelnou výměnu sání. Dále dbá na zvlhčování dýchacích cest a pravidelné odsávání. Při odsávání pomocí jednorázových cévek postupuje sterilně, po použití cévku vyhodí. Odsávání provádí za použití sterilního nástroje a pomůcek na osobní ochranu. Pravidelnou výměnou čtverečků pod tracheostomickou kanylou, kontrolou fixačního tkalounu a kontrolou tlaku v obturační manžetě, zajišťuje sestra prevenci dekubitů.

Dotazovaná sestra se zúčastňuje seminářů s tematikou intenzivní péče. Naposledy se aktivně zúčastnila semináře, který pořádalo anesteziologicko – resuscitační oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec a.s. Dále se jednalo například o Žaludovy dny. Semináře či vzdělávacích akcí, které by se zaměřovaly speciálně na komunikaci s nemocnými, se sestra nezúčastnila.

Rozhovor 6

Dalším dotázaným je sestra ve věku 21 let, pracující u lůžka a zároveň v oboru

intenzivní péče, na stejném oddělení, anesteziologicko – resuscitačním oddělení, 2 roky. V oboru intenzivní péče, nemá žádné specializační vzdělání.

Podle jejího názoru existují určitá specifika v péči o nemocné s tracheostomickou kanylou, jedná se především o komunikaci, která je velmi omezená díky tracheostomické kanyle. Dále pak se jedná o obtížné odpojování nemocného od ventilátoru. A v neposlední řadě se jedná o stravování nemocných s tracheostomickou kanylou. Nemocní často nemohou polykat tuhou stravu, kvůli mechanické překážce v podobě tracheostomické kanyly.

Jako nejčastější problém v péči o nemocného tracheostomickou kanylou pro sestru udává komunikaci s nemocným. Stejně tak si myslí a čerpá tak ze své, ačkoli krátké zkušenosti, že nemocní s tracheostomickou kanylou vnímají jako nejčastější problém také komunikaci. Dále si myslí, že na psychický stav nemocných s tracheostomickou kanylou má největší vliv právě obtížná komunikace.

Ze svých zkušeností čerpá i v oblasti stravy, kde si myslí, že nejčastější formou stravy, kterou přijímají tracheostomovaní nemocní je strava mixovaná i když upozorňuje i na to, že jako všechny oblasti i tato je velice individuální a jsou nemocní, kterým nedělá problém přijímat normální tuhou stravu, stejně tak, jako jsou nemocní, kterým dělá problémy polykat jakoukoliv stravu a jsou tudíž odkázáni na jiný způsob příjmu potravy. Dále dotazovaná sestra uvádí, že na příjem stravy má bezesporu vliv délka zavedení tracheostomické kanyly a že se velice často setkává s případy, kdy nemocní hůře polykají tvrdé maso.

Další oblastí, na kterou jsem se během svého rozhovoru zaměřila, je komunikace. Sestra uvádí, že během ošetrovatelské péče se s tracheostomovanými nemocnými obvykle dorozumívá pomocí odezírání ze rtů, doplněné o gestikulaci. Další možností, ale méně využívanou, je psaní nebo použití tabulky s abecedou, kterou mají k dispozici na oddělení. Tato varianta je využívána především u nemocných, kterým je špatně rozumět odezíráním, ale je obvykle pomalejší a zabírá více času. Z pohledu nemocných i sester, si myslí, že je odezírání taktéž nejvyužívanějším způsobem. V komunikaci mezi nemocnými a příbuznými se sestra během své praxe, často setkává s obtížnější komunikací pomocí odezírání, kdy příbuzní nerozumí nemocnému. A sestra je přivolávána k pomoci v komunikaci.

V oblasti prevence nozokomiálních nákaz a vlastní péči o tracheostomickou

kanylu sestra udává, že veškeré postupy jsou vykonávány podle příslušného ošetrovatelského standardu. Při péči o tracheostomickou kanylu dodržuje sestra zásady sterility. Pomůcky, které sestra používá při odsávání tracheostomovaných nemocných, záleží na tom, zda jsou nemocní napojeni na ventilátor či jsou spontánně dýchající. Pokud, jsou připojeni k ventilátoru, používá uzavřený systém odsávání. Pokud jsou to nemocní, kteří jsou spontánně dýchající, používá jednorázové odsávací cévky. Na oddělení kde pracuje, je více využíváno uzavřené sání, z důvodu častější hospitalizace nemocných, kteří jsou připojeni na ventilátor, než nemocní spontánně ventilující. U ní osobně, je preferován systém uzavřený, který více chrání nemocného i sestru. Vlastní péče o tracheostomickou kanylu potom, podle sestry, spočívá především v dezinfekci a výměně čtverečků podkládající tracheostomickou kanylu, výměně tkalounu a uzavřeného sání. Při používání jednorázových odsávacích cévek sestra uvádí, že použití cévky je prováděno sterilně a cévka je po použití vyhozena, během toho jsou použity pomůcky k ochraně sestry. Oblast prevence dekubitů u tracheostomické kanyly je zajišťována výměnou čtverečků pod tracheostomickou kanylou a kontrolou utažení tkalounu.

Poslední dotazy, byly směřovány na oblast dalšího vzdělávání dotazované sestry, kde uvádí, že se zúčastňuje především seminářů, které se zabývají problematikou intenzivní péče. V poslední době se zúčastnila semináře, pořádaném anesteziologicko – resuscitačním oddělením Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., kde měla aktivní účast. Co se týče seminářů či jiných vzdělávacích akcí zaměřujících se přímo na komunikaci s nemocnými se sestra nezúčastnila, vždy se jednalo o komplexní péči o nemocné, zahrnující různé oblasti.

Rozhovor 7

Dalším dotázaným je sestra ve věku 26 let, pracující u lůžka 7 let. V oboru intenzivní péče 5 let. V současné době pracuje na anesteziologicko – resuscitačním oddělení. V oboru intenzivní péče, má specializační vzdělání ARIP, které právě dokončila.

Podle jejího názoru existují určitá specifika v péči o nemocné s tracheostomickou kanylou, jedná se především o komunikaci, která je velmi omezená

díky tracheostomické kanyli. Dále pak se jedná o celkový dyskomfort nemocného s tracheostomickou kanylou. A v neposlední řadě se jedná o stravování nemocných s tracheostomickou kanylou. Nemocní často nemohou polykat tuhou stravu, kvůli mechanické překážce v podobě tracheostomické kanyly. Jako nejčastější problém v péči o nemocného tracheostomickou kanylou pro sestru udává komunikaci s nemocným. Stejně tak si myslí a čerpá tak ze své, ačkoli krátké zkušenosti, že nemocní s tracheostomickou kanylou vnímají jako nejčastější problém také komunikaci. Dále si myslí, že na psychický stav nemocných s tracheostomickou kanylou má největší vliv právě obtížná komunikace.

Ze svých zkušeností čerpá i v oblasti stravy, kde si myslí, že nejčastější formou stravy, kterou přijímají tracheostomovaní nemocní je strava mletá i když upozorňuje i na to, že jako všechny oblasti i tato je velice individuální a jsou nemocní, kterým nedělá problém přijímat normální tuhou stravu, stejně tak, jako jsou nemocní, kterým dělá problémy polykat jakoukoliv stravu a jsou tudíž odkázáni na jiný způsob příjmu potravy. Dále dotazovaná sestra uvádí, že na příjem stravy má bezesporu vliv délka zavedení tracheostomické kanyly a že se velice často setkává s případy, kdy nemocní hůře polykají rýži.

Další oblastí, na kterou jsem se během svého rozhovoru zaměřila, je komunikace. Sestra uvádí, že během ošetrovatelské péče se s tracheostomovanými nemocnými obvykle dorozumívá pomocí odezírání ze rtů. Další možností, ale méně využívanou, je psaní nebo použití tabulky s abecedou, kterou mají k dispozici na oddělení. Tato varianta je využívána především u nemocných, kterým je špatně rozumět odezíráním, ale je obvykle pomalejší a zabírá více času. Z pohledu nemocných i sester, si myslí, že je odezírání taktéž nejvyužívanějším způsobem. V komunikaci mezi nemocnými a příbuznými se sestra během své praxe, často setkává s obtížnější komunikací pomocí odezírání, kdy příbuzní nerozumí nemocnému. A sestra je přivolávána k pomoci v komunikaci.

V oblasti prevence nozokomiálních nákaz a vlastní péči o tracheostomickou kanylu sestra udává, že veškeré postupy jsou vykonávány podle příslušného ošetrovatelského standardu. Při péči o tracheostomickou kanylu dodržuje sestra zásady sterility a zajišťuje prevenci nozokomiálních nákaz. Pomůcky, které sestra používá při odsávání tracheostomovaných nemocných, záleží na tom, zda jsou nemocní napojeni

na ventilátor či jsou spontánně dýchající. Pokud, jsou připojeni k ventilátoru, používá uzavřený systém odsávání. Pokud jsou to nemocní, kteří jsou spontánně dýchající, používá jednorázové odsávací cévky. Konkrétně tato dotazovaná sestra preferuje při odsávání nemocného otevřený systém, při kterém, podle jejích slov, lépe odsaje nemocného. Vlastní péče o tracheostomickou kanylu potom, podle sestry, spočívá především v dezinfekci a výměně čtverečků podkládající tracheostomickou kanylu, výměně tkalounu a uzavřeného sání. Při používání jednorázových odsávacích cévek sestra uvádí, že použití cévky je prováděno sterilně a cévka je po použití vyhozena, během toho jsou použity pomůcky k ochraně sestry. Oblast prevence dekubitů u tracheostomické kanyly je zajišťována výměnou čtverečků pod tracheostomickou kanylou a kontrolou utažení tkalounu.

Poslední dotazy, byly směřovány na oblast dalšího vzdělávání dotazované sestry, kde uvádí, že se zúčastňuje především seminářů, které se zabývají problematikou intenzivní péče. V poslední době se zúčastnila semináře, pořádaném anesteziologicko – resuscitačním oddělením Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., kde se zúčastnila jako spoluautor přednášky. Co se týče seminářů či jiných vzdělávacích akcí zaměřující se přímo na komunikaci s nemocnými se sestra nezúčastnila, vždy se jednalo o komplexní péči o nemocné, zahrnující různé oblasti.

Rozhovor 8

Dotazovaná sestra ve věku 23 let, pracující na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení, s celkovou délkou praxe u lůžka 1 rok a stejně tak v oboru intenzivní péče. Sestra nemá specializaci v oboru intenzivní péče.

Sestra podle své dosavadní zkušenosti udává, že samozřejmě existují specifická úskalí v péči o tracheostomované nemocné. Podle jejích dosavadních zkušeností se především jedná o stravu, nechtěnou dekanylaci a ucpání tracheostomické kanyly. Jako nejčastější problém u tracheostomovaných nemocných pro sestru, uvádí dotazovaná komunikaci, stejně tak, je podle ní pro nemocné s tracheostomickou kanylou nejčastějším problémem komunikace. Sestra uvedla komunikaci i v případě největšího ovlivnění psychiky nemocného s tracheostomickou kanylou.

Na otázku, jakou nejčastější formu stravy přijímají nemocní s tracheostomickou

kanylou, odpověděla podle své zkušenosti, že nemocní přijímají nejčastěji a nejlépe stravu tekutou. Dále si myslí, že délka zavedení tracheostomické kanyly má vliv na přijímání stravy těmito nemocnými. Při péči o nemocné s tracheostomickou kanylou si dotazovaná sestra všimla, že většině nemocným dělá problémy tuhé stravy.

Dotazovaná sestra během své ošetrovatelské péče používá ke komunikaci s nemocnými s tracheostomickou kanylou především psaní, ačkoliv je to způsob zdlouhavější, je přeci jen srozumitelnější. Na oddělení, kde sestra pracuje, mají k dispozici ke komunikaci s nemocnými papír a tužku. Podle svých dosavadních zkušeností, které dotazovaná sestra má, uvádí, že pro nemocné je nejjednodušší a tudíž nejvíce využívaný způsob komunikace psaní. Pro sestru je komunikace s tracheostomovaným nemocným nejjednodušší a nejsrozumitelnější taktéž pomocí psaní. V oblasti komunikace tracheostomovaných nemocných se svými příbuznými, se sestra domnívá, že nebývají potíže.

Péče o tracheostomickou kanylu se na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení, kde sestra pracuje, řídí ošetrovatelským standardem. Sestra při péči o tracheostomickou kanylu dodržuje zásady sterility a zajišťuje prevenci přenosu nozokomiálních nákaz.

Při odsávání nemocného sestra používá otevřený systém tedy pomocí jednorázové odsávací cévky. Uzavřený systém odsávání se na jejich jednotce nepoužívá. V rámci každodenní péče o tracheostomickou kanylu zajišťuje sestra dezinfekci okolí, výměnu čtverečků, dále výměnu a kontrolu fixačního tkalounu. Při odsávání pomocí jednorázových cévek postupuje sterilně, po použití cévku vyhodí. Odsávání provádí za použití sterilního nástroje a pomůcek na osobní ochranu. Pravidelnou výměnou čtverečků pod tracheostomickou kanylou, kontrolou fixačního tkalounu a kontrolou talku v obturační manžetě, zajišťuje sestra prevenci dekubitů.

Dotazovaná sestra, se prozatím nezúčastnila žádných seminářů s tematikou intenzivní péče. Semináře či vzdělávacích akcí, které by se zaměřovaly speciálně na komunikaci s nemocnými, se sestra také nezúčastnila.

Rozhovor 9

Dotazovaná sestra ve věku 31 let, pracující na jednotce intenzivní péče

chirurgického oddělení, s celkovou délkou praxe u lůžka 2 roky a v oboru intenzivní péče pracuje 1,5 roku. Dotazovaná sestra má bakalářské vzdělání v oboru ošetrovatelství.

Sestra podle své dosavadní zkušenosti udává, že samozřejmě existují specifická úskalí v péči o tracheostomované nemocné. Podle jejích dosavadních zkušeností se především jedná o komunikaci, ucpání tracheostomické kanyly a otevřené dýchací cesty, které zvyšují riziko zanesení infekce. Jako nejčastější problém u tracheostomovaných nemocných pro sestru, uvádí dotazovaná komunikaci, stejně tak, je podle ní pro nemocné s tracheostomickou kanylou nejčastějším problémem komunikace. Sestra uvedla komunikaci i v případě největšího ovlivnění psychiky nemocného s tracheostomickou kanylou.

Na otázku, jakou nejčastější formu stravy přijímají nemocní s tracheostomickou kanylou, odpověděla podle své zkušenosti, že nemocní přijímají nejčastěji a nejlépe stravu mixovanou. Dále si myslí, že délka zavedení tracheostomické kanyly nemá vliv na přijímání stravy těmito nemocnými. Při péči o nemocné s tracheostomickou kanylou si dotazovaná sestra nevšimla, žádných specifických jídel, které nemocný nemůže přijímat.

Dotazovaná sestra během své ošetrovatelské péče používá ke komunikaci s nemocnými s tracheostomickou kanylou především psaní. Na oddělení, kde sestra pracuje, mají k dispozici ke komunikaci s nemocnými papír a tužku. Podle svých dosavadních zkušeností, které dotazovaná sestra má, uvádí, že pro nemocné je nejjednodušší a tudíž nejvíce využívaný způsob komunikace odezírání ze rtů. Pro sestru je komunikace s tracheostomovaným nemocným nejjednodušší a nejsrozumitelnější taktéž pomocí odezírání ze rtů. V oblasti komunikace tracheostomovaných nemocných se svými příbuznými, se sestra domnívá, že bývají potíže, protože příbuzní často nerozumí nemocným, pokud jim mají odezírat ze rtů.

Péče o tracheostomickou kanylu se na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení, kde sestra pracuje, řídí ošetrovatelským standardem. Sestra při péči o tracheostomickou kanylu dodržuje zásady sterility. Při odsávání nemocného sestra používá otevřený systém tedy pomocí jednorázové odsávací cévky. Uzavřený systém odsávání se na jejich jednotce nepoužívá. V rámci každodenní péče o tracheostomickou kanylu zajišťuje sestra dezinfekci okolí, výměnu čtverečků, dále výměnu a kontrolu

fixačního tkalounu.

Při odsávání pomocí jednorázových cévek postupuje sterilně, po použití cévku vyhodí. Odsávání provádí za použití sterilního nástroje a pomůcek na osobní ochranu. Pravidelnou výměnou čtverečků pod tracheostomickou kanylou, kontrolou fixačního tkalounu a kontrolou tlaku v obturační manžetě, zajišťuje sestra prevenci dekubitů.

Dotazovaná sestra, zúčastňuje seminářů s tematikou intenzivní péče. V rámci studia na vysoké škole, se zúčastnila předmetů týkajících se komunikace s nemocnými.

Rozhovor 10

Dotazovaná sestra ve věku 35 let, pracující na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení, s celkovou délkou praxe u lůžka 10 let, pracující v oboru intenzivní péče 6 let. Dotazovaná sestra má specializační vzdělání v oboru intenzivní péče ARIP.

Sestra podle své dosavadní zkušenosti udává, že samozřejmě existují specifická úskalí v péči o tracheostomované nemocné. Podle jejích zkušeností se především jedná o komunikaci, nechtěnou dekanylaci a stravování nemocných. Jako nejčastější problém u tracheostomovaných nemocných pro sestru, uvádí dotazovaná komunikaci, stejně tak, je podle ní pro nemocné s tracheostomickou kanylou nejčastějším problémem komunikace. Sestra uvedla komunikaci i v případě největšího ovlivnění psychiky nemocného s tracheostomickou kanylou.

Na otázku, jakou nejčastější formu stravy přijímají nemocní s tracheostomickou kanylou, odpověděla podle své zkušenosti, že nemocní přijímají nejčastěji a nejlépe stravu mixovanou, ale jako vše i v této oblasti je to záležitost individuální. Dále si myslí, že délka zavedení tracheostomické kanyly má vliv na přijímání stravy těmito nemocnými. Nemocní s déle zavedenou tracheostomickou kanylou, lépe polykají jakoukoli stravu, než nemocný, kteří mají tracheostomickou kanylu kratší dobu. Při péči o nemocné s tracheostomickou kanylou si dotazovaná sestra všimla, že nemocní hůře polykají rýži, které je dusí a snadno jim „zaskočí“.

Dotazovaná sestra během své ošetrovatelské péče používá ke komunikaci s nemocnými s tracheostomickou kanylou především odezírání ze rtů, které je pro ni nejrychlejší. Ovšem ne všichni nemocní, jsou schopni zřetelně artikulovat. Na oddělení,

kde sestra pracuje, mají k dispozici ke komunikaci s nemocnými papír a tužku. Podle svých dosavadních zkušeností, které dotazovaná sestra má, uvádí, že pro nemocné je nejjednodušší a tudíž nejvíce využívaný způsob komunikace odezírání ze rtů. Pro sestru je komunikace s tracheostomovaným nemocným nejjednodušší taktéž pomocí odezírání ze rtů. V oblasti komunikace tracheostomovaných nemocných se svými příbuznými, se sestra domnívá, že bývají potíže, protože příbuzní často nerozumí nemocným, pokud jim mají odezírat ze rtů, proto si sestru často volají na pomoc při komunikaci.

Péče o tracheostomickou kanylu se na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení, kde sestra pracuje, se řídí ošetrovatelským standardem. Sestra při péči o tracheostomickou kanylu dodržuje zásady sterility. Při odsávání nemocného sestra používá otevřený systém tedy odsává pomocí jednorázové cévky. Uzavřený systém odsávání se na jejich jednotce nepoužívá. V rámci každodenní péče o tracheostomickou kanylu zajišťuje sestra dezinfekci okolí, výměnu čtverečků, dále výměnu a kontrolu fixačního tkalounu. Při odsávání pomocí jednorázových cévek postupuje sterilně, po použití cévku vyhodí. Odsávání provádí za použití sterilního nástroje a pomůcek na osobní ochranu. Pravidelnou výměnou čtverečků pod tracheostomickou kanylou, kontrolou fixačního tkalounu a kontrolou tlaku v obturační manžetě, zajišťuje sestra prevenci dekubitů.

Dotazovaná sestra, se zúčastňuje seminářů s tematikou intenzivní péče. Seminářů nebo jiných vzdělávacích akcí zaměřujících se pouze na komunikaci s nemocným se sestra nezúčastnila.

4. 2 Rozhovory s nemocnými

Rozhovor 1

Nemocná ve věku 71 let, hospitalizována na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, pro akutní respirační insuficienci, které vznikla po operaci totální endoprotézy kolena. Nemocná má 7den tracheostomickou kanylu a 4 den spontánně dýchá na kyslíkové masce.

Hygienickou péči nyní nemocná vnímá již normálně, ale dokud byla na ventilátoru, měla pocit, že jí hadice občas „tahaly“. Soukromí při hygieně nemocná obvykle má zajištěno. Prý, ale záleží na sestře, která ji myje. Během doby, co je zde na oddělení, se sestry snaží dbát na její soukromí. Ne vždy je to, ale dodrženo. Bohužel, toto oddělení je zvláštní v tom, že je zde jedna místnost, ve které jsou všichni zde hospitalizovaní nemocní, takže lůžka jsou oddělena pouze plentami.

Pohyb mimo lůžko nemocné zatím nebyl umožněn. Jedenkrát denně za nemocnou dochází rehabilitační sestra, která cvičí především operovanou nohu. Sestry na oddělení s nemocnou, žádnou rehabilitaci neprovádějí.

Nemocné je zde podávána strava mletá. Nemocná tuto stravu preferuje, zkusila i normální stravu, ale tu nemohla polykat. Žádné další nutriční přídavky ke stravě nemocná nemá. Nemocná si myslí, že tracheostomická kanyla ovlivňuje její chuť k jídlu, ale také jí ovlivňuje samotný pobyt v nemocnici. Po dobu co má nemocná tracheostomickou kanylu, má pocit, že jí méně, než předtím.

Kvalita spánku se během doby co má nemocná tracheostomickou kanylu zhoršila. Je to způsobeno především strachem, že se ucpe tracheostomická kanyla a ona se udusí. Spánek je v noci narušován, podle situace. Pokud se něco děje na oddělení, tak se nemocná moc nevyspí, ale jinak se sestry snaží, aby byl zde v noci klid.

Nemocná uvádí, že obavy v souvislosti s tracheostomickou kanylou má a to především, že se kanyla ucpe a že se jí nezbaví. Obtíže, které nemocnou trápí, jsou charakteru dráždění v krku a nemožnost mluvit.

Sestry s nemocnou komunikují převážně pomocí odezíráním ze rtů. Pokud sestry něco nerozumí, nemocná jim to napíše. S rodinou komunikuje především písemně, protože jí nerozumí. Jako další možnosti komunikace, byla nemocné poskytnuta tabulka s abecedou. Potíže při komunikaci udává nemocná především ty, že jí okolí nerozumí

a často se při snaze mluvit rozkašle.

Návštěvy jsou nemocné umožněny kdykoliv, záleží na tom, kdy má čas rodina. To nemocné velice vyhovuje, protože syn pracuje do večera a tak může přijít i později. Návštěva zde může být, jak chce dlouho, pouze pokud se něco děje na oddělení, musejí buď počkat na chodbě, nebo odejít.

Jako největší omezení nemocná vnímá komunikaci a stravu. Největší potřeba pro nemocnou je časté odsávání a potom častá výměna čtverečku pod tracheostomickou kanylou, protože je často vlhký a nemocné je to nepříjemné.

Rozhovor 2

Nemocný ve věku 65 let, hospitalizován na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, pro míšní svalovou dystrofii. Nemocný, má tracheostomickou kanylu právě rok. Po celou dobu je nemocný připojený k ventilátoru.

Hygienickou péči dnes již nemocný vnímá normálně. Soukromí při hygieně má nemocný obvykle zajištěno. Záleží především na sestře, která ho myje. Během doby, co je zde na oddělení, se sestry snaží dbát na jeho soukromí. Ne vždy je to, ale dodrženo. Bohužel, toto oddělení je zvláštní v tom, že se jedná o jednu místnost, ve které jsou všichni pacienti, takže lůžka jsou oddělena pouze plentami.

Pohyb mimo lůžko, u nemocného nelze. Jedenkrát denně za nemocným dochází rehabilitační sestra, která s ním provádí pasivní a dechová cvičení. Sestry na oddělení provádí různá dechová cvičení, především v době většího zahlenění.

Nemocnému je zde podávána strava na přání. Nemocný tato strava vyhovuje, jen nejí tuhé maso, to se mu hůře polyká. Žádné další nutriční přídavky ke stravě nemocný nepotřebuje. Prakticky denně mu nosí manželka z domova k večeři domácí stravu. Nemocný si myslí, že tracheostomická kanyla již po takové době jeho chuť k jídlu nijak neovlivňuje. V počátečních dnech a týdnech měl nemocný pocit, že jí méně, ale nyní si myslí, že jí stejně, respektive množství stravy je dostačující.

Kvalita spánku se během doby co má nemocný tracheostomickou kanylu mění, zpočátku měl obavy a nemohl spát, nyní již tyto problémy nejsou. Spánek má pacient dostatečný, protože si na chod oddělení již zvykl.

Nemocný uvádí, že obavy v souvislosti s tracheostomickou kanylou měl

v počátcích, kdy se především bál o to, aby se tracheostomická kanyla nevytáhla nebo neucpala. Obtíže, které nemocného trápí, jsou charakteru dráždění v krku, na ostatní si zvykl. V počátcích měl potíže s komunikací, nyní je toto prakticky bez potíží.

Sestry s nemocným komunikují pomocí odezíráním ze rtů. S rodinou nemocný komunikuje také odezíráním ze rtů. Jako další možnosti komunikace, byla nemocnému poskytnuta tabulka s abecedou, kdy sestra ukazuje písmenka, nemocný kýve a sestra si písmenka zaznamenává. Potíže v komunikaci udává nemocný především ty, že někdy okolí nerozumí a často se při snaze mluvit rozkašle.

Návštěvy jsou nemocnému umožněny kdykoliv, záleží na tom, kdy má čas rodina. To nemocnému velice vyhovuje. Návštěva zde může být, jak chce dlouho, pouze pokud se něco děje na oddělení, musejí buď počkat na chodbě, nebo odejít.

Jako největší omezení nemocný vnímá komunikaci. Největší potřeba pro nemocného je časté odsávání a veškerá ošetrovatelská péče.

Rozhovor 3

Nemocný ve věku 61 let, hospitalizován na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, pro akutní respirační insuficienci při chronické obstrukční plicní nemoci. Nemocný, má tracheostomickou kanylu 10 dní. Je připojený k ventilátoru.

Při hygienické péči, se nemocný cítí omezen v pohybu. Nemůže si udělat vše potřebné, tudíž je v hygienické péči částečně závislý na ošetrovatelském personálu. Soukromí při hygieně má nemocný obvykle zajištěno. Záleží především na sestře, která ho myje. Během doby, co je zde na oddělení, se sestry snaží dbát o jeho soukromí. Ne vždy je toho, ale dodrženo. Bohužel, toto oddělení je atypické v tom, že se jedná o jednu místnost, ve které jsou všichni zde hospitalizovaní nemocní a lůžka jsou odděleny pouze plentami.

Pohyb mimo lůžko, nemocnému prozatím nebyl umožněn. Jedenkrát denně za nemocným dochází rehabilitační sestra, která s ním provádí pasivní a dechová cvičení. Sestry na oddělení provádí různá dechová cvičení, především v době většího zahlenění.

Nemocnému je zde podávána strava normální. Nemocný tuto stravu preferuje, jen nejí tuhé maso, to se mu hůře polyká. Žádné další nutriční přídavky ke stravě

nemocný nemá. Nemocný si myslí, že tracheostomická kanyla trochu ovlivňuje jeho chuť k jídlu, dalším aspektem je pak samotná hospitalizace. Nemocný má pocit, že jí méně, než obvykle.

Kvalita spánku je během doby co má nemocný tracheostomickou kanylu horší. Často se budí a potřebuje odsát. Spánku má pacient dostatek, obvykle se ošetřující personál snaží udržovat klid.

Nemocný uvádí v souvislosti s tracheostomickou kanylou obavu, aby se tracheostomická kanyla neucpala nebo nevytáhla. Obtíže, které nemocného trápí, jsou charakteru zhoršené komunikace.

Sestry i rodina s nemocným komunikují pomocí odezíráním ze rtů. Jako další možnosti komunikace, byla nemocnému poskytnuta tabulka s abecedou a psaní. Potíže při komunikaci udává nemocný především ty, že někdy okolí některým slovům nerozumí.

Návštěvy jsou nemocnému umožněny kdykoliv, záleží na tom, kdy má čas rodina. To nemocnému velice vyhovuje. Návštěva zde může být, jak chce dlouho, pouze pokud se něco děje na oddělení, musejí buď počkat na chodbě, nebo odejít.

Jako největší omezení nemocný vnímá asi komunikaci. Největší potřeba pro nemocného je časté odsávání od sestry.

Rozhovor 4

Nemocný ve věku 55 let, hospitalizován na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, pro akutní respirační insuficienci. Nemocný, má tracheostomickou kanylu 5 den a je připojený na ventilátor

Hygienickou péči vnímá nemocný, jako omezující záležitost, kdy nemůže dělat pohyby, jaké by chtěl nebo potřeboval. Soukromí, při hygieně má nemocný obvykle zajištěno. Záleží především na sestře, která ho myje. Během doby, co je zde na oddělení, se sestry snaží dbát na jeho soukromí. Ne vždy je to, ale dodrženo. Bohužel, toto oddělení je zvláštní v tom, že se jedná o jednu místnost, ve které jsou všichni pacienti, takže lůžka jsou oddělena pouze plentami.

Pohyb mimo lůžko, nemocnému zatím nebyl umožněn. Rehabilitační pracovníce za nemocným nedochází. Sestry na oddělení provádí různá dechová cvičení.

Nemocnému je zde podávána strava tekutá. Nemocný tuto stravu preferuje, protože normální jídlo nemůže polykat. I tato strava mu dělá určité potíže. Žádné další nutriční přídavky ke stravě nemocný nedostává. Nemocný si myslí, že tracheostomická kanyla má výrazný vliv na jeho chuť k jídlu. Nemocní jí výrazně méně, než před onemocněním, jeho strava je doplněna o parenterální výživu.

Kvalita spánku je výrazně zhoršena po dobu zavedení tracheostomické kanyly. Nemocný nemůže spát. V noci se sestry snaží, zachovávat klid, ale nemocný stejně nemůže usnout.

Nemocný uvádí, že obavy v souvislosti s tracheostomickou kanylou jsou charakteru ucpání kanyly a následné dušení a dále se obává, že nebude schopný dýchat bez tracheostomické kanyly. Obtíže, které nemocného trápí, jsou charakteru dráždění v krku, nemožnost kvalitní komunikace a stravování.

Sestry i příbuzní s nemocným komunikují pomocí odezíráním ze rtů, některé slova je nutné napsat. Jako další možnosti komunikace, byla nemocnému nabídnuta tabulka s abecedou, tužka a papír. Potíže při komunikaci udává nemocný především ty, že mu okolí nerozumí.

Návštěvy jsou nemocnému umožněny kdykoliv, záleží na tom, kdy má čas rodina. To nemocnému vyhovuje. Návštěva zde může pobýt, jak dlouho chce, pouze pokud se něco děje na oddělení, musí buď počkat na chodbě, nebo odejít.

Jako největší omezení nemocný vnímá asi komunikaci a stravu. Největší potřeba pro nemocného je časté odsávání od sestry, pomoc při stravě a hygieně.

Rozhovor 5

Nemocný ve věku 61 let, hospitalizován na jednotce intenzivní péče interního oddělení, pro akutní respirační insuficienci při chronické obstrukční plicní nemoci. Nemocný, má tracheostomickou kanylu 22 dní. Je připojený k ventilátoru.

Při hygienické péči, se nemocný cítí omezen v pohybu. Nemůže si udělat vše potřebné, tudíž je v hygienické péči částečně závislý na ošetrovatelském personálu. Soukromí při hygieně má nemocný obvykle zajištěno. Záleží především na sestře, která ho myje. Během doby, co je zde na oddělení, se sestry snaží dbát o jeho soukromí. Ne vždy je to, ale dodrženo. Zde je nemocný umístěn na jednolůžkovém pokoji, sestry

respektují jeho soukromí.

Pohyb mimo lůžko je nemocnému umožněn, prochází se po oddělení. Jediné omezení je, že s sebou musí vozit ventilátor. Za nemocným nedochází rehabilitační pracovníce, sestry s nemocným rehabilitují pouze ve formě „procházky“ po oddělení. Nemocnému je zde podávána strava normální. Nemocnému tato strava vyhovuje, jen nejí tuhé maso a rýži to se mu hůře polyká. Žádné další nutriční přídavky ke stravě nemocný nemá. Nemocný si myslí, že tracheostomická kanyla trochu ovlivňuje jeho chuť k jídlu, ale postupem času, se i toto upravuje a množství stravy, které sní je dostačující.

Kvalita spánku je během doby co má nemocný tracheostomickou kanylu horší. Často se budí a potřebuje odsát. Spánek, v noci má nemocný dostatečný, obvykle se ošetřující personál snaží udržovat klid.

Nemocný uvádí v souvislosti s tracheostomickou kanylou obavu, aby se tracheostomická kanyla neucpala. Obtíže, které nemocného trápí, jsou charakteru zhoršené komunikace.

Sestry i rodina s nemocným komunikují pomocí odezíráním ze rtů. Jako další možnost komunikace, bylo nemocnému poskytnuto psaní. Potíže při komunikaci udává nemocný především ty, že okolí některým slovům nerozumí.

Návštěvy jsou nemocnému umožněny v odpoledních hodinách. To nemocnému nevadí, nicméně dcera, která pracuje do večera, může chodit pouze o víkendech. Čas vyhrazený pro návštěvu, je pro nemocného dostačující.

Jako největší omezení nemocný vnímá asi komunikaci. Největší potřeba pro nemocného je časté odsávání a dopomoc od sester vůbec.

Rozhovor 6

Nemocný ve věku 64 let, hospitalizován na jednotce intenzivní péče interního oddělení, pro akutní respirační insuficienci při těžké anémii. Nemocný, má tracheostomickou kanylu 4 den. Nemocný je na O2 masce.

Při hygienické péči, se nemocný cítí především omezen v pohybu a závislý na druhé osobě. Nemůže si udělat vše potřebné, tudíž je v hygienické péči závislý na ošetřovatelském personálu. Soukromí při hygieně má nemocný obvykle zajištěno.

Záleží především na sestře, která ho myje. Během doby, co je zde na oddělení, se sestry snaží dbát o jeho soukromí. Ne vždy je to, ale dodrženo. Zde je nemocný umístěn na třílůžkovém pokoji, sestry respektují jeho soukromí.

Pohyb mimo lůžko je nemocnému umožněn, ale nemocný není chůze příliš schopen. Za nemocným nedochází rehabilitační pracovnice, sestry s nemocným nerehabilitují, v pravém slova smyslu. Nemocnému je zde podávána dieta čaj. Nemocný nemůže polykat žádnou stravu, takže pouze popíjí čaj a výživa je zajišťována parenterální cestou. Žádné další nutriční přídavky ke stravě nemocný nemá. Nemocný si myslí, že tracheostomická kanyla výrazně ovlivňuje jeho chuť k jídlu a tím pádem, se i výrazně změnil příjem stravy.

Kvalita spánku je během doby co má nemocný tracheostomickou kanylu horší. Často se budí a potřebuje odsát. Spánek, v noci má pacient dostatečný, obvykle se ošetřující personál snaží udržovat klid.

Nemocný uvádí v souvislosti s tracheostomickou kanylou obavu, charakteru ucpání kanyly a obavy, že se tracheostomické kanyly již nezbaví. Obtíže, které nemocného trápí, jsou především zhoršená komunikace a strava.

Sestry i rodina s nemocným komunikují pomocí odezíráním ze rtů. Jako další možnost komunikace, bylo nemocnému poskytnuto psaní. Potíže při komunikaci udává nemocný především ty, že někdy okolí některým slovům nerozumí.

Návštěvy jsou nemocnému umožněny v odpoledních hodinách. To nemocnému vyhovuje, čas vyhrazený pro návštěvu, je pro nemocného dostačující.

Jako největší omezení nemocný vnímá asi komunikaci. Největší potřeba pro nemocného je odsávání od sestry.

Rozhovor 7

Nemocný ve věku 69 let, hospitalizován na jednotce intenzivní péče interního oddělení, po úspěšné kardiopulmonální resuscitaci. Tento stav komplikovala akutní respirační insuficience, které vedla k ventilaci nemocného a později k provedení tracheostomie. Nemocný, má tracheostomickou kanylu 4 den. Nemocný je na O₂ masce.

Při hygienické péči, je nemocný závislý na ošetřovatelském personálu, ačkoliv

se snaží být soběstačný, mnohé úkony sám prozatím nezvládá. Soukromí při hygieně má nemocný obvykle zajištěno. Záleží především na sestře, která ho myje. Během doby, co je zde na oddělení, se sestry snaží dbát o jeho soukromí. Ne vždy je to, ale dodrženo. Zde je nemocný umístěn na dvoulůžkovém pokoji. Sestry respektují jeho soukromí.

Pohyb mimo lůžko je nemocnému umožněn, ale nemocný prozatím této možnosti nevyužil. Za nemocným dochází rehabilitační pracovnice, která s ním cvičí především pasivně. Sestry s nemocným nerehabilitují, v pravém slova smyslu. Nemocnému je zde podávána dieta mixovaná. Nemocný nemůže polykat tuhou stravu. Nemocný si myslí, že tracheostomická kanyla ovlivňuje jeho chuť k jídlu a tudíž se i výrazně změnil příjem stravy.

Kvalita spánku je během doby co má nemocný tracheostomickou kanylu horší. Často se budí a potřebuje odsát nebo se bojí, aby se tracheostomická kanyla neucpala či nevytáhla. Kanyla ho v krku dráždí. Spánek, v noci má nemocný přerušovaný, ať už kvůli ruchu na oddělení nebo obav.

Nemocný uvádí v souvislosti s tracheostomickou kanylou obavu, aby se tracheostomická kanyla neucpala nebo nevytáhla. Obtíže, které nemocného trápí, jsou charakteru zhoršené komunikace a stravy.

Sestry i rodina s nemocným komunikují pomocí psaní. Další možnosti komunikace, nebyly nemocnému nabídnuty. Potíže při komunikaci udává nemocný především ty, že okolí málo rozumí, tomu co říká, a proto využívá ke komunikaci psaní, ale tato forma je poněkud zdlouhavá a nemocný nemůže vyřídit s rodinou vše, co potřebuje, pořádně se domluvit, aby nedocházelo k omylům.

Návštěvy, jsou nemocnému umožněny v odpoledních hodinách. To nemocnému vyhovuje. Čas vyhrazený pro návštěvy, je pro nemocného dostačující, poté se vždy cítí velmi vyčerpan.

Jako největší omezení nemocný vnímá asi komunikaci, protože není schopen vše rodině pořádně vysvětlit. Největší potřeba pro nemocného je časté odsávání a dopomoc při stravě a hygieně.

Rozhovor 8

Nemocný ve věku 42 let, hospitalizován na jednotce intenzivní péče

chirurgického oddělení, pro pankreatitis neboli zánět slinivky břišní. Tracheostomickou kanylu má kvůli akutní respirační insuficienci, která komplikovala primární onemocnění. Nemocný, má tracheostomickou kanylu 5 den. Nemocný je na O2 masce.

Při hygienické péči, se nemocný cítí omezen v pohybu a závislý na druhé osobě, ačkoliv se snaží co nejvíce činností udělat sám, nemůže si udělat vše potřebné, tudíž je v hygienické péči závislý na ošetrovatelském personálu. Soukromí při hygieně má nemocný obvykle zajištěno. Záleží především na sestře, která ho myje. Během doby, co je zde na oddělení, se sestry snaží dbát o jeho soukromí. Ne vždy je to, ale dodrženo. Zde je nemocný umístěn na společném pokoji, pro vícero nemocných. Lůžka, jsou odděleny plentou. Sestry respektují jeho soukromí.

Pohyb mimo lůžko je nemocnému umožněn, prochází se v doprovodu ošetrovatelského personálu nebo rodiny. Sám bez doprovodu, se na to ještě necítí. Za nemocným nedochází rehabilitační pracovnice, sestry s nemocným nerehabilitují. Nemocnému je zde podávána dieta mixovaná/pankreatická. Nemocný nemůže polykat tuhou stravu. Myslí si, že tracheostomická kanyla výrazně ovlivňuje jeho chuť k jídlu a tím pádem se i výrazně změnil příjem stravy.

Kvalita spánku je během doby co má nemocný tracheostomickou kanylu horší. Často se budí a potřebuje odsát nebo se bojí, aby se tracheostomická kanyla neucpala. Spánek, v noci má pacient přerušovaný, ať už kvůli ruchu na oddělení nebo obav.

Nemocný uvádí v souvislosti s tracheostomickou kanylou obavu, aby se tracheostomická kanyla neucpala a on se neudusil. Obtíže, které nemocného trápí, jsou charakteru zhoršené komunikace a stravy.

Sestry i rodina s nemocným komunikují pomocí psaní. Další možnosti komunikace, nebyly nemocnému poskytnuty. Potíže při komunikaci udává nemocný především ty, že okolí obvykle nerozumí, tomu co říká.

Návštěvy jsou nemocnému umožněny v odpoledních hodinách. To nemocnému vyhovuje, čas vyhrazený pro návštěvu, je pro nemocného dostačující.

Jako největší omezení nemocný vnímá asi komunikaci. Největší potřeba pro nemocného je časté odsávání od sestry.

Rozhovor 9

Nemocná ve věku 70 let, hospitalizována na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení, pro spondylodiscitis neboli zánětlivé onemocnění intervertebrálního disku a obratlového těla. Nemocná je polymorbidní čili trpící větším počtem různých závažných chorob. Tento stav komplikovala akutní respirační insuficience, které vedla k ventilaci nemocné a později k provedení tracheostomie. Nemocná, má tracheostomickou kanylu 9 den. Nemocná je na O₂ masce.

Při hygienické péči, je nemocná závislá na druhé osobě, ačkoliv se snaží co nejvíce činností udělat sama, musí jí ošetrovatelský personál dopomoci. Soukromí při hygieně má nemocná obvykle zajištěno. Záleží především na sestře, která ji myje. Během doby, co je zde na oddělení, se sestry snaží dbát o její soukromí. Ne vždy je to, ale dodrženo. Zde je nemocná umístěna na společném pokoji, pro vícero nemocných. Lůžka, jsou odděleny plentou. Sestry se snaží respektovat její soukromí.

Pohyb mimo lůžko je nemocné umožněn, ale nemocná nemůže chodit. Za nemocnou dochází rehabilitační pracovnice, která s ní cvičí především aktivně. Sestry s nemocnou nerehabilitují, v pravém slova smyslu. Nemocné je zde podávána dieta mixovaná. Nemocná nemůže polykat tuhou stravu. Nemocná si myslí, že tracheostomická kanyla výrazně ovlivňuje její chuť k jídlu a tím pádem se i výrazně změnil příjem stravy.

Kvalita spánku je během doby co má tracheostomickou kanylu horší. Často se budí a potřebuje odsát nebo jí kanyla dráždí ke kašli. Spánek, v noci má nemocná přerušovaný, ať už kvůli ruchu na oddělení nebo obav.

Nemocná uvádí v souvislosti s tracheostomickou kanylou obavu, aby se tracheostomická kanyla neucpala a ona se neudusila. Obtíže, které nemocnou trápí, jsou charakteru zhoršené komunikace a stravy, dále dráždění v krku a kašel.

Sestry i rodina s nemocnou komunikují pomocí psaní. Další možnosti komunikace, nebyly nemocné nabídnuty. Potíže při komunikaci udává nemocná především ty, že okolí málo rozumí, tomu co říká.

Návštěvy jsou nemocné umožněny v odpoledních hodinách. To nemocné vyhovuje, čas vyhrazený pro návštěvu, je pro nemocnou dostačující.

Jako největší omezení nemocná vnímá asi komunikaci. Největší potřeba pro nemocnou je časté odsávání od sestry a kontrola kanyly, jestli je vše, tak jak má být.

Rozhovor 10

Nemocný ve věku 54 let, hospitalizován na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení, po resekci žaludku. Pooperační stav byl komplikován akutní respirační insuficiencí, která vedla k ventilaci nemocného a později k provedení tracheostomie. Nemocný, má tracheostomickou kanylu 6 den. Nemocný je na O₂ masce.

Při hygienické péči, je nemocný závislý na ošetřovatelském personálu, ačkoliv se snaží být soběstačný, mnohé úkony sám prozatím nezvládá. Soukromí při hygieně má nemocný obvykle zajištěno. Záleží především na sestře, která ho myje. Během doby, co je zde na oddělení, se sestry snaží dbát o jeho soukromí. Ne vždy je to, ale dodrženo. Zde je nemocný umístěn na společném pokoji pro všechny hospitalizované nemocné na tomto oddělení. Lůžka, jsou odděleny plentami. Sestry respektují jeho soukromí.

Pohyb mimo lůžko je nemocnému umožněn, ale nemocný prozatím této možnosti příliš nevyužívá. Cítí se pořád velmi slabý. Za nemocným dochází rehabilitační pracovnice, která s ním cvičí především pasivně. Sestry s nemocným nerehabilitují, v pravém slova smyslu. Nemocnému je zde podávána dieta čaj a děle je nemocný vyživován parenterálně. Nemocný nemůže polykat nic kromě čaje. Nemocný si myslí, že tracheostomická kanyla ovlivňuje jeho chuť k jídlu. Výrazně se změnil příjem stravy.

Kvalita spánku je během doby co má nemocný tracheostomickou kanylu horší. Často se budí a potřebuje odsát nebo se bojí, aby se tracheostomická kanyla neucpala či se nevytáhla. Kanyla ho v krku dráždí k silnému kašli. Spánek v noci má nemocný přerušovaný, ať už kvůli ruchu na oddělení nebo obav.

Nemocný uvádí v souvislosti s tracheostomickou kanylou obavu, aby se tracheostomická kanyla neucpala nebo nevytáhla. Obtíže, které nemocného trápí, jsou charakteru zhoršené komunikace a stravy.

Sestry i rodina s nemocným komunikují pomocí psaní. Další možnosti komunikace, nebyly nemocnému nabídnuty. Potíže při komunikaci udává nemocný především ty, že okolí málo rozumí, tomu co říká, a proto využívá ke komunikaci psaní, ale tato forma je poněkud zdlouhavá. Při pokusu o mluvení, ho kanyla velmi dráždí a nutí ke kašli.

Návštěvy jsou nemocnému umožněny v odpoledních hodinách. To nemocnému

vyhovuje. Čas vyhrazený pro návštěvy, je pro nemocného dostačující, poté se vždy cítí unaven.

Jako největší omezení nemocný vnímá asi komunikaci, protože není schopen mluvit. Největší potřeba pro nemocného je časté odsávání a pomoc při hygieně.

4. 3 Tabulky výsledků rozhovorů sester

Tabulka 1 Věk sester

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
VĚK	SUMA										
18-24	3				1		1		1		
25-34	5		1	1		1		1		1	
35-44	1										1
45-54	1	1									
CELKEM	10										

Celkem bylo dotazováno 10 sester, z toho po jedné sestře bylo ve věkových kategoriích 35-44 a 45-54. V kategorii 18-24 byly dotázány 3 sestry a nejvíce dotázaných sester bylo ve věkové kategorii 25-34, zde bylo dotázáno 5 sester.

Tabulka 2 Pracoviště sester

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
ODDĚLENÍ	SUMA										
ARO	4				1	1	1	1			
JIP-INT	3	1	1	1							
JIP-CHIR	3								1	1	1
CELKEM	10										

Z celkového počtu sester pracují 4 na anesteziologicko – resuscitačním oddělení. Po 3 sestrách pracují na jednotkách intenzivní péče interního a chirurgického oddělení.

Tabulka 3 Délka celkové praxe sester

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
PRAXE	SUMA										
Do 4 let	4				1		1		1	1	
5-9 let	3		1			1		1			
10-14	2			1							1
15-19	0										
20 a více	1	1									
CELKEM	10										

Z 10 dotazovaných sester mají 4 sestry celkovou délku praxe do 4 let. Délku praxe u lůžka v trvání 5-9 let uvádějí 3 dotazované sestry. 10-14 let u lůžka udávají 2 dotazované sestry a jedna sestra udává celkovou délku praxe více jak 20 let. V časovém rozmezí 15-19 let se nenachází žádná dotazovaná sestra.

Tabulka 4 Délka praxe sester v oboru intenzivní péče

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
PRAXE	SUMA										
Do 4 let	4				1		1		1	1	
5-9 let	5		1	1		1		1			1
10-14	0										
15-19	0										
20 a více	1	1									
CELKEM	10										

Z dotazovaných 10 sester uvádějí 4 sestry praxi do 4 let. Dalších 5 dotazovaných sester udávají délku této praxe v rozmezí 5-9 let. Praxi na intenzivní péči trvající déle než 20 let uvádí jedna dotazovaná sestra. V časovém rozmezí 10-14 let a 15-19 let se nenachází žádná z dotazovaných sester.

Tabulka 5 Specializační vzdělání sester

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
VZDĚLÁNÍ	SUMA										
ARIP	6	1	1	1		1		1			1
BAKALÁŘSKÉ	1									1	
ŽÁDNÉ	3				1		1		1		
CELKEM	10										

Z celkového počtu 10 sester, má specializační vzdělání ARIP 6 sester, jedna sestra má bakalářské vzdělání v oboru ošetrovatelství. Zbývající 3 sestry nemají žádné specializační vzdělání v tomto oboru.

Tabulka 6 Úskalí v péči o nemocné s tracheostomickou kanylou

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
ÚSKALÍ	SUMA										
ANO	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NE	0										
CELKEM	10										

Všechny mnou dotazované sestry, si myslí, že existují určitá specifická úskalí v péči o nemocné s tracheostomickou kanylou.

Tabulka 7 Úskalí ošetrovatelské péče

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
ÚSKALÍ	SUMA										
KOMUNIKACE	8	1		1	1	1	1	1		1	1
STRAVA	7	1			1	1	1	1	1		1
INFEKCE	2		1	1							
DEKANYLACE	3				1				1		1
UCPÁNÍ	5	1	1	1					1	1	
JINÉ	5		1			1	1	1		1	
CELKEM	30										

Z této tabulky je patrné, že mezi nejčastější úskalí v péči o tracheostomovaného nemocného patří komunikace. Ve svých odpovědích to uvedlo 8 sester. Jako druhé nejčastější úskalí v péči o tyto nemocné, uvedly dotazované sestry stravování nemocných s tracheostomickou kanylou. Tento názor sdílí 7 dotazovaných sester. 5 sester vidí úskalí také v ucpání kanyly. Mezi další úskalí uvedly dotazované sestry zanesení infekce, ve 2 případech, dále se ve 3 odpovědích se vyskytlo úskalí nechtěné dekanylace. Dalších 5 odpovědí obsahovalo nějaká jiná specifická úskalí.

Tabulka 8 Forma stravy u nemocných s tracheostomickou kanylou

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
STRAVA	SUMA										
MIXOVANÁ	8	1	1	1	1	1	1			1	1
MLETÁ	1							1			
TEKUTÁ	1								1		
CELKEM	10										

Z 10 sester, si 8 sester myslí, že tito nemocní nejlépe přijímají stravu mixovanou. Po jedné dotazované sestře si myslí, že nemocní s tracheostomickou kanylou nejlépe přijímají stravu tekutou a mletou.

Tabulka 9 Vliv délky zavedení tracheostomické kanyly, na přijímání potravy

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
VLIV	SUMA										
ANO	7	1		1	1		1	1	1		1
NE	3		1			1				1	
CELKEM	10										

Ze všech sester, si 7 sester myslí, že délka zavedení tracheostomické kanyly má vliv na příjem potravy. Zbývající 3 dotazované sestry, tuto zkušenost nemají.

Tabulka 10 Nevhodná strava pro nemocné s tracheostomickou kanylou

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
TYPY JÍDEL	SUMA										
RÝŽE	4				1	1		1			1
TVRDÉ MASO	3					1	1		1		
POLÉVKA	4	1	1	1	1						
NIC	1									1	
CELKEM	12										

Ze všech 10 sester, se nejvíce sester shodlo na rýži a polévce, jako na stravě, která se nejhůře polyká nemocným s tracheostomickou kanylou. Tuto variantu uvedly sestry ve 4 odpovědích. Další 3 odpovědi zněly, že tito nemocní hůře polykají tvrdé maso. Jen jedna sestra si myslí, že těmto nemocným nevádí, v rámci polykání, žádná strava.

Tabulka 11 Komunikace s nemocnými s tracheostomickou kanylou

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
ZPŮSOB	SUMA										
ANO	8	1	1	1	1	1	1	1			1
NE	2								1	1	
CELKEM	10										

Z 10 dotazovaných sester volí cestu komunikace odezíráním s těmito nemocnými 8 sester. Zbývající 2 dotazované sestry volí způsob komunikace psaní.

Tabulka 12 Pomůcky ke komunikaci s tracheostomovanými nemocným

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
POMŮCKY	SUMA										
ANO	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NE	0										
CELKEM	10										

Z této tabulky jasně vyplývá, že na všech odděleních, kde probíhaly rozhovory, mají sestry k dispozici nějaké pomůcky ke komunikaci s nemocnými.

Tabulka 13 Druhy pomůcek ke komunikaci s tracheostomovanými nemocnými

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
POMŮCKY	SUMA										
TABULKA	7	1	1	1	1	1	1	1			
TUŽKA + PAPÍR	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CELKEM	10										

Samozřejmě všech 10 dotazovaných sester má k dispozici na oddělení tužku a papír, ale jen 7 sester má k dispozici tabulku s abecedou.

Tabulka 14 Nejvyžívanější způsob komunikace nemocným

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
ZPŮSOB	SUMA										
ODEZÍRÁNÍ	8	1	1	1		1	1	1		1	1
PSANÍ	2				1				1		
TABULKA	0										
CELKEM	10										

Podle názoru 10 dotazovaných sester, si 8 z nich myslí, že nemocní v komunikaci nejvíce používají způsob odezíráni ze rtů. Další 2 sestry si myslí, že tito nemocní raději používají psaní. Ani jedna sestra si nemyslí, že by tracheostomovaní nemocní nejvíce využívali ke komunikaci tabulku s abecedou.

Tabulka 15 Nejvyžívanější způsob komunikace sestrou

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
ZPŮSOB	SUMA										
ODEZÍRÁNÍ	7	1			1	1	1	1		1	1
PSANÍ	3		1	1					1		
TABULKA	0										
CELKEM	10										

Z dotazovaných sester, se 7 sester přiklonilo k odezíráni ze rtů, jako nejčastějšímu způsobu komunikace. Zbývající 3 sestry preferují psaní.

Tabulka 16 Problémy v komunikaci mezi nemocným a příbuznými

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
POMŮCKY	SUMA										
ANO	8	1	1	1	1		1	1		1	1
NE	2					1			1		
CELKEM	10										

8 z 10 sester, si myslí, že nemocní s tracheostomickou kanylou mají nějaké problémy v komunikaci s příbuznými. Naopak 2 sestry si myslí, že žádné takové problémy se u nemocných s tracheostomickou kanylou nevyskytují.

Tabulka 17 Systém odsávání nemocného s tracheostomickou kanylou

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
SYSTÉM	SUMA										
UZAVŘENÝ	7	1	1	1	1	1	1	1			
OTEVŘENÝ	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CELKEM	17										

Všech 10 dotazovaných sester používá na svém pracovišti otevřený systém odsávání. 7 dotazovaných sester na svém oddělení používá i uzavřený systém odsávání v závislosti na tom, zda je nemocný na ventilátoru či O2 masce. 3 dotazované sestry na svém oddělení nemají k dispozici uzavřený systém odsávání.

Tabulka 18 Preferovaný systém odsávání

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
SYSTÉM	SUMA										
UZAVŘENÝ	6	1	1	1	1	1	1				
OTEVŘENÝ	4							1	1	1	1
CELKEM	10										

Z celkového počtu sester jich 6 preferuje uzavřený systém a 4 sestry preferují při odsávání otevřený systém.

Tabulka 19 Péče o tracheostomickou kanylu

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
PÉČE	SUMA										
DEZINFEKCE	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ČTVEREČKY	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TKALOUN	7				1	1	1	1	1	1	1
SÁNÍ	4				1	1	1	1			
CELKEM	31										

Z 10 sester všechny dezinfikují okolí tracheostomické kanyly a mění čtverečky pod tracheostomickou kanylou. 7 z nich kontroluje a mění fixační tkaloun. 4 dotazované sestry, mění dle potřeby nebo zavedeného standardu uzavřený systém odsávání.

Tabulka 20 Prevence dekubitů u tracheostomické kanyly

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
PREVENCE	SUMA										
ČTVEREČKY	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TKALOUN	8			1	1	1	1	1	1	1	1
OBTURAČNÍ MANŽETA	5				1	1			1	1	1
CELKEM	23										

Všech 10 dotazovaných sester mění čtverečky pod tracheostomickou kanylou v prevenci dekubitů. 8 z nich kontroluje utažení fixačního tkalounu a jen 5 z nich kontroluje tlak v obturací manžetě.

Tabulka 21 Celoživotní vzdělávání

SESTRA		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
ÚČAST	SUMA										
ANO	9	1	1	1	1	1	1	1		1	1
NE	1								1		
KOMUNIKACE	2				1					1	
CELKEM	12										

Ze všech dotazovaných sester se jich 9 zúčastnilo nějakých vzdělávacích akcí s touto tematikou. 1 sestra se nezúčastnila žádné vzdělávací akce v oboru intenzivní péče. 2 sestry uvedly svoji účast na nějaké vzdělávací akci specializující se na komunikaci s nemocnými.

4. 4 Tabulky výsledků rozhovorů nemocní

Tabulka 1 Věk nemocných

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
VĚK	SUMA										
50-59	2				1						1
60-69	6		1	1		1	1	1		1	
70-79	2	1							1		
CELKEM	10										

Největší zastoupení zde má z 10 dotazovaných nemocných věková kategorie 60-69 let. Do této kategorie spadá 6 z 10 dotazovaných nemocných. 2 dotazovaní nemocní jsou zařazeni do kategorie 50-59 a další 2 do kategorie 70-79.

Tabulka 2 Oddělení

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
VĚK	SUMA										
JIP-CH	3								1	1	1
JIP-I	3					1	1	1			
ARO	4	1	1	1	1						
CELKEM	10										

4 nemocní z 10 respondentů byli hospitalizováni na anesteziologicko – resuscitačním oddělení. Na interní a chirurgické jednotce intenzivní péče bylo dotazováno po 3 nemocných.

Tabulka 3 Pohlaví nemocných

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
POHLAVÍ	SUMA										
ŽENA	2	1								1	
MUŽ	8		1	1	1	1	1	1	1		1
CELKEM	10										

Z 10 respondentů bylo 8 mužů a 2 ženy.

Tabulka 4 Způsob ventilace

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
VENTILACE	SUMA										
VENTILÁTOR	4		1	1	1	1					
O2 MASKA	6	1					1	1	1	1	1
CELKEM	10										

Ze všech dotazovaných nemocných bylo 6 nemocných na O2 masce a zbylí 4 na ventilátoru.

Tabulka 5 Doba zavedení tracheostomické kanyly

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
DĚLKA	SUMA										
1-9 dní	7	1			1		1	1	1	1	1
10-19 dní	1			1							
20-29 dní	1					1					
Nad 30 dní	1		1								
CELKEM	10										

Nejvíce, 6 z 10, dotazovaných nemocných se nachází v kategorii 1-9 dní zavedení tracheostomické kanyly. Ve všech dalších kategoriích, tedy 10-19, 20-29 a nad 30 dní se nachází po 1 nemocném.

Tabulka 6 Vnímání hygienické péče nemocným

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
VNÍMÁNÍ	SUMA										
NORMÁLNĚ	2	1	1								
ZÁVISLOST	5						1	1	1	1	1
OMEZENÍ	5			1	1	1	1		1		
CELKEM	12										

Nemocní zde mohli vyjádřit více pocitů. 2 nemocní z 10, se cítí při hygienické péči normálně. 5 odpovědí znělo ve stylu závislosti na druhé osobě a stejný počet odpovědí se týkalo omezení nemocného v pohybu při hygienické péči.

Tabulka 7 Aktivizace nemocných s tracheostomickou kanylou

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
POHYB	SUMA										
ANO	6					1	1	1	1	1	1
NE	4	1	1	1	1						
CELKEM	10										

Z 10 respondentů je 6 nemocným pohyb mimo lůžko umožněn, zbývajícím 4 tato možnost poskytnuta nebyla.

Tabulka 8 Spolupráce s rehabilitačními pracovníky

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
REHABILITACE	SUMA										
ANO	6	1	1	1				1		1	1
NE	4				1	1	1		1		
CELKEM	10										

Z 10 dotazovaných nemocných, rehabilituje s rehabilitační sestrou 6 nemocných. Ostatní 4 nemocní rehabilitaci pod vedením rehabilitační sestry nemají.

Tabulka 9 Rehabilitace sestry během dne

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
REHABILITACE	SUMA										
ANO	4		1	1	1	1					
NE	6	1					1	1	1	1	1
CELKEM	10										

Z 10 respondentů uvedli 4, že sestry s nimi rehabilitují. 6 respondentů uvedlo, že sestry na oddělení s nimi nerehabilitují.

Tabulka 10 Podávaná strava nemocným s tracheostomickou kanylou

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
DIETA	SUMA										
MIX	3							1	1	1	
MLETÁ	1	1									
TEKUTÁ	1				1						
ČAJ	2						1				1
NORMÁLNÍ	3		1	1		1					
CELKEM	10										

Z 10 dotazovaných nemocných je 3 nemocným podávána strava mixovaná. Stejněmu počtu nemocných je podávána strava normální. 2 nemocní mají pouze dietu čaj a dieta mletá a tekutá je podávána po 1 nemocném.

Tabulka 11 Ovlivnění chuti k jídlu tracheostomickou kanylou

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
OVLIVNĚNÍ	SUMA										
VÝRAZNĚ	4				1		1		1	1	
TROCHU	5	1		1		1		1			1
NE	1		1								
CELKEM	10										

5 dotazovaných nemocných z 10 uvedlo, že tracheostomická kanyla trochu ovlivňuje jejich chuť k jídlu. Další 4 dotazovaní nemocní, mají pocit, že tracheostomická kanyla výrazně ovlivňuje jejich chuť k jídlu. Jeden dotazovaný nemocný nemá pocit ovlivnění chuti k jídlu tracheostomickou kanylou.

Tabulka 12 Kvalita spánku

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
KVALITA	SUMA										
ZHORŠENÁ	9	1		1	1	1	1	1	1	1	1
DOBŘÁ	1		1								
CELKEM	10										

9 nemocných z 10 dotazovaných vnímá zhoršení kvality spánku v době, kdy mají zavedenou tracheostomickou kanylu. Pouze jeden dotazovaný nemocný vnímá kvalitu spánku jako dobrou.

Tabulka 13 Obavy u nemocných s tracheostomickou kanylou

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
OBAVY	SUMA										
UCPÁNÍ	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
PONECHÁNÍ	3	1			1		1				
DEKANYLACE	4		1	1				1			1
CELKEM	17										

Všech 10 dotazovaných nemocných má obavu z ucpání tracheostomické kanyly a následného dušení. Dále 3 nemocní uvedli, jako další obavu z ponechání kanyly a 4 dotazovaní nemocní uvedli ještě obavu nechtěné dekanylace.

Tabulka 14 Obtíže u nemocných s tracheostomickou kanylou

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
OBTÍŽE	SUMA										
KOMUNIKACE	9	1		1	1	1	1	1	1	1	1
DRÁŽDĚNÍ	4	1	1		1					1	
STRAVA	6				1		1	1	1	1	1
CELKEM	19										

Z 10 dotazovaných nemocných uvedlo 9 z nich komunikaci. Stravu uvedlo ve svých odpovědích 6 nemocných a 4 nemocní mají obtíže charakteru dráždění v krku.

Tabulka 15 Komunikace s ošetřujícím personálem

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
KOMUNIKACE	SUMA										
ODEZÍRÁNÍ	6	1	1	1	1	1	1				
PSANÍ	4							1	1	1	1
CELKEM	10										

6 z 10 dotazovaných nemocných uvádí odezírání ze rtů, jako dominantní způsob komunikace s ošetřujícím personálem. Ostatní 4 nemocní uvádějí psaní, jako formu komunikace mezi nimi a ošetřujícím personálem.

Tabulka 16 Využívaný způsob komunikace s rodinou

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
KOMUNIKACE	SUMA										
ODEZÍRÁNÍ	5		1	1	1	1	1				
PSANÍ	5	1						1	1	1	1
CELKEM	10										

Z 10 dotazovaných nemocných polovina využívá ke komunikaci s příbuznými odezírání ze rtů a polovina preferuje psaní.

Tabulka 17 Bariéry v komunikaci

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
POTÍŽE	SUMA										
OKOLÍ	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NEROZUMÍ											
KAŠEL	3	1	1								1
CELKEM	13										

Všech 10 respondentů má potíže charakteru nepochopení od poslouchajících. Další 3 respondenti uvedli ještě další potíže a to v podobě dráždění kanyly v krku s následným kašlem.

Tabulka 18 Omezení v souvislosti s tracheostomickou kanylou

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
OMEZENÍ	SUMA										
KOMUNIKACE	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
STRAVA	2	1			1						
CELKEM	12										

Všech 10 dotázaných nemocných omezuje tracheostomická kanyla v komunikaci. 2 dotázaní nemocní uvedli ještě omezení ve stravování.

Tabulka 19 Potřeby nemocných s tracheostomickou kanylou

PACIENT		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
POTŘEBY	SUMA										
ODSÁVÁNÍ	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
VÝMĚNA ČTVEREČKŮ	1	1									
OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	5		1		1	1		1			1
CELKEM	16										

Všech 10 dotazovaných nemocných uvádí, jako hlavní potřebu odsávání z tracheostomické kanyly od sestry. Jeden nemocný uvádí ještě potřebu výměny vlhkých čtverečků pod tracheostomickou kanylou a 5 uvedlo, jako další potřebu ošetrovatelskou péčí komplexně.

5. Diskuse

V této bakalářské práci na téma Problematika ošetrovatelského procesu u pacientů s tracheostomií na jednotkách intenzivní péče, jsme se snažili zjistit, s jakou problematikou se setkává ošetřující personál při péči o nemocné s tracheostomickou kanylou, dále jaké pomůcky využívá ošetrovatelský personál při komunikaci s těmito nemocnými a jaké postupy používá v prevenci nozokomiálních nákaz u těchto nemocných. Dalším cílem bylo zjistit, jaké potíže pociťují nemocní s tracheostomickou kanylou.

V úvodu rozhovorů jsme se zaměřili na identifikační údaje, jak sester, tak nemocných. V rozhovorech jsme zjistili, že na těchto odděleních pracují převážně mladí lidé s krátkou praxí v oboru. Ale i v těchto oborech ošetrovatelství pracují sestry s letitou praxí. Potvrzením je nám rozhovor 1.

Dále nás zajímalo oddělení, na kterém sestry pracují, z důvodů odlišných přístupů v péči o nemocné, které jsou na daném oddělení zavedeny. Pro doplnění uvádíme tabulku 2, vztahující se k výsledkům rozhovorů sester.

V identifikačních otázkách, které byly pokládány nemocným, jsme se zajímali o oddělení, kde jsou hospitalizováni, z důvodu specifické péče na těchto odděleních, kdy například nemocní v rozhovorech 1 – 4 říkají, že jim není umožněn pohyb mimo lůžko. Z rozhovorů vyplývá, že jsou to nemocní hospitalizováni na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, kde primárním cílem, je záchrana života, proto jsou zde nemocní velmi často imobilizováni různými invazivními vstupy či přístroji a pohyb mimo lůžko, je velmi komplikovaný.

Cílem 1 bylo zjistit, s jakou nejčastější problematikou se setkává ošetřující personál v péči o pacienty s tracheostomickou kanylou. Většina sester během rozhovoru uvedla, jako největší problém komunikaci, která ovlivňuje i psychiku nemocného. Tato oblast rozhovorů, nám zároveň dala odpovědi na výzkumnou otázku 1, jaké nejčastější překážky má ošetřující personál u nemocných s tracheostomickou kanylou. Jak uvádí ve své knize Venglářová (27), sestra využívá umění komunikovat s nemocným jako součást svého profesionálního vybavení a dále uvádí, že schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným.

Cílem 2 bylo zjistit, jaké nejčastější pomůcky používá ošetřující personál ke komunikaci s pacienty s tracheostomickou kanylou. Těmito otázkami jsme hledali

odpověď na výzkumnou otázku 2, jaké formy komunikace používá personál ošetřující nemocné s tracheostomickou kanylou. K zodpovězení této otázky nám poslouží následující informace, které jsme získali od sester. Většina z nich udává komunikaci s tracheostomovanými nemocnými pomocí odezírání ze rtů. Z rozhovorů 8 a 9 jsme se ale dozvěděli, že tyto sestry preferují psaní. V rozhovoru 8 sestra uvádí: „Používám ke komunikaci s nemocnými s tracheostomickou kanylou především psaní, ačkoliv je to způsob zdlouhavější, je přeci jen srozumitelnější.“ Při porovnání délky praxe obou zmiňovaných sester, docházíme k tomu, že obě sestry mají praxi v oboru intenzivní péče do 4 let. Tato skutečnost je viditelná z tabulky 4, vztahující se k výsledkům rozhovorů sester. Z rozhovorů tedy vyplývá, že ke komunikaci pomocí odezírání ze rtů, je třeba zkušenost, která těmto sestrám, vzhledem k délce své praxe chybí, a proto volí písemnou formu komunikace. Překvapivým zjištěním bylo, že tabulky s písmeny jsou ke komunikaci jen minimálně využívány.

Dále z rozhovorů vyplynulo zajímavé zjištění, že podle sester i nemocní preferují při komunikaci odezírání ze rtů. Psaní uvedla opět sestra 8 a zde tuto odpověď zvolila i sestra 4, která podle výsledků, má taktéž praxi do 4 let. Kristová (14) ve své knize uvádí, že zvládnutí problematiky komunikace pomáhá sestře zlepšit si svoje komunikační dovednosti a využít je v přístupu k nemocnému a podstatnou mírou přispívají nejen k zlepšení vztahů a komunikace, ale i k zvýšení kvality života pacienta a uspokojování jeho potřeb.

Při dotazu nemocným, jaký způsob komunikace používají s ošetřujícím personálem, vyplývá, že více nemocných preferuje odezírání ze rtů. Doplnují ale, že často si musí dopomoci psaním, pro správné dokreslení sdělované skutečnosti. V tomto úseku rozhovorů jsme získali odpověď na výzkumnou otázku 6, tedy jaké prostředky ke komunikaci nejraději používají nemocní s tracheostomickou kanylou.

Během komunikace s rodinou, se polovina respondentů spoléhá raději na psaní. Zde je možné tento fakt chápat, jako nezkušenost rodiny odezírat ze rtů, protože v péči o nemocné s tracheostomickou kanylou se vyskytli obvykle poprvé.

Při rozhovorech, vedených s nemocnými, jsme hledali odpovědi na stanovený cíl 4, tedy zjistit, jaké potíže pociťují pacienti s tracheostomickou kanylou. Došli jsme ke stejným závěrům, jako při rozhovorech se sestrami. Pro nemocné je komunikace nejčastější obtíž a omezení, které jsou spojené se zavedenou tracheostomickou kanylou.

Někteří mají strach z nepochopení slov, jak uvádí nemocný v rozhovoru 7: „Nemůžu vyřídít vše, co potřebuji, pořádně se domluvit, aby nedocházelo k omylům.“ Stejně mluví ve své knize i Venglářová (27), kdy uvádí, že se často se jedná o závažné informace a špatné porozumění závažně ohrožuje pochopení problémů nemocného. Dále tatáž autorka uvádí, že sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást svého profesionálního vybavení a dále, že schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Také všichni respondenti, ve svých rozhovorech uvedli, jako bariéru v komunikaci, neporozumění slov okolím. V tomto úseku rozhovorů s nemocnými, jsme tedy získali odpověď na výzkumnou otázku 4, jaké nejčastější obtíže provázejí nemocné s tracheostomickou kanylou.

Z rozhovorů vyplynulo, že komunikace je problémem, jak pro nemocné, tak pro ošetřující personál. V porovnání s výsledky, které přinesla otázka pro sestry, jestli se zúčastnily nějaké vzdělávací akce, zaměřené speciálně na komunikaci s nemocnými, kdy pouze dvě sestry odpověděly ano, mají v tomto směru sestry ošetřující nemocné s tracheostomickou kanylou, ještě velké nedostatky, které je třeba odstranit.

Z rozhovorů vedenými se sestrami, vyšlo najevo, že druhým nejčastějším úskalím v ošetrovatelské péči o nemocné s tracheostomickou kanylou, je strava. Stejně tak, i nemocní stravu vnímají jako druhou nejčastější obtíž, která je zužuje. Většina dotazovaných sester si, myslí, že délka zavedení tracheostomické kanyly má vliv na přijímání potravy. To potvrzují i nemocní ve svých rozhovorech. Při porovnávání nemocných, kteří jsou schopni přijímat normální stravu a jejich délkou zavedení tracheostomické kanyly, se jedná o nemocné, kteří mají tracheostomickou kanylu zavedenou nejdéle, ze všech dotazovaných nemocných. Nemocní, kteří mají tracheostomickou kanylu kratší dobu, obvykle do 10 dnů, preferují podle provedených rozhovorů, především stravu mixovanou, mletou, tekutou nebo čaj. Informace získané od nemocných se částečně shodují s informacemi, které jsme zjistili během rozhovorů se sestrami. Ty si totiž myslí, že nejčastější forma stravy přijímána těmito nemocnými je strava mixovaná, normální stravu neuvedla žádná sestra. Dále bylo rozhovorem s nemocnými zjištěno, že zavedení tracheostomické kanyly ovlivňuje, jejich chuť k jídlu. Výše uvedenými informacemi, které vyplynuly z rozhovorů s nemocnými, jsme získali odpověď na výzkumnou otázku 5. Jakou formu stravy preferují pacienti s tracheostomickou kanylou.

Dále jsme se, během rozhovorů se sestrami, pokusili zjistit, jestli si všimly nějakých jídel, které dělají tracheostomovaným nemocným problémy. Například sestra 3 ve svém rozhovoru uvádí: „Problémy hodně nemocným dělá polykání polévky obsahující vajíčko a kostičky zeleniny.“ Na polévce a rýži se shodla většina dotázaných sester a dále se několik sester shodlo na tvrdém mase a jeho problematickém polykání. I zde se rozhovor 9 liší ve své odpovědi od ostatních a myslí si, že neexistují žádná jídla, která by nemocní hůře polykali.

Mezi další úskalí, se kterými se sestry v ošetrovatelské péči o tracheostomované nemocné setkávají, podle jejich slov, patří nechtěná dekanylace, neboli nechtěné vytažení tracheostomické kanyly. Sestry 4, 8 a 10 ve svých rozhovorech uvedly, že někteří neklidní nemocní, při své neopatrnosti kanylu povytáhnou nebo dislokují. Je to situace, při které je ohrožen život nemocného. Při správné fixaci kanyly, by k těmto situacím, nemělo docházet, proto je zajištění dýchacích cest pomocí tracheostomie bezpečnější než pomocí endotracheální intubace. Totéž tvrdí Chrobok (11) ve své knize, která porovnává výhody a nevýhody endotracheální intubace oproti tracheostomii. Uvádí, že u tracheostomie je snadnější fixace a nižší riziko dislokace. Zároveň pokud porovnáme výsledky rozhovorů nemocných a sester na toto téma, zjistíme, že stejnou obavu, tedy nechtěnou dekanylací, pocítují někteří nemocní.

V průběhu rozhovoru, jsme se zajímali též o prevenci dekubitů u tracheostomické kanyly. Výsledky tohoto dotazu, stejně jako odpovědi na dotaz, jaká je každodenní péče o tracheostomickou kanylu, lze použít i v problematice nechtěné dekanylace, protože v každodenní péči o kanylu uvedlo kontrolu fixačního tkalounu sedm sester a kontrolu tlaku v obturační manžetě neuvedla ani jedna dotázaná sestra. Tento fakt je zarážející, protože péče o tracheostomickou kanylu a všechny tyto úkony s péčí o ni spojené, se řídí ošetrovatelským standardem. V prevenci dekubitů uvedlo 5 sester kontrolu tlaku v obturační manžetě, ale bohužel nebylo zjištěno, v jakém časovém intervalu kontrola probíhá.

Když porovnáme rozhovory vedené s nemocnými, kdy všichni respondenti mají obavu, že se jim tracheostomická kanyla ucpe a oni se udusí, vyplývá, že se jedná o závažný problém, především psychického rázu. Jak uvádí Chrobok (11) k obstrukci, tedy ucpání tracheostomické kanyly dochází především u kanyl s menším průměrem a při nedostatečné ošetrovatelské péči. Jak uvádí ve své knize Adams (1), pokud dojde

k uzavření tracheostomické kanyly, hrozí úplné ucpání dýchacích cest s následnou zástavou dýchání. K této problematice se vztahují i odpovědi, které všichni nemocní uvedli, jako svou největší potřebu v souvislosti s tracheostomickou kanylou a to jest odsávání.

Jako další úskalí, které sestry uvedly, je zanesení infekce. Toto úskalí se shoduje se zjišťováním stanoveného cíle 3. Jaké postupy používá zdravotnický personál v rámci prevence kontaminace tracheostomické kanyly. Zároveň tato část rozhovoru odpovídá na výzkumnou otázku 3, zda dodržují sestry zásady ošetrovatelské péče u pacientů s tracheostomickou kanylou v rámci prevence kontaminace tracheostomické kanyly. Úskalí zanesení infekce, uvedly pouze dvě sestry. Tento výsledek je poměrně překvapující, vzhledem k dnes často diskutovanému tématu nozokomiálních nákaz. Kapounová (12) ve své knize uvádí že, bronchopneumonie je nejčastější infekcí v intenzivní medicíně. Výskyt nozokomiální bronchopneumonie se pohybuje mezi 21-26% a představuje nejzávažnější problém u nemocných na umělé plicní ventilaci. Při srovnávání výsledků další části rozhovorů se sestrami, kdy uvádějí, že preferují především uzavřený systém odsávání a nejedna sestra uvedla, stejně jako sestra 5: „Při uzavřeném systému, je zajištěna lepší ochrana nemocného proti vniknutí infekce a v neposlední řadě i lepší ochrana ošetřujícího personálu“. Dále je celkem zajímavý fakt, že pouze sedm sester ve svých rozhovorech na otázku péče o tracheostomickou kanylu uvedlo, že pravidelně mění uzavřené sání podle zavedeného ošetrovatelského standardu. Ale přitom použití ošetrovatelského standardu, uvedly všechny sestry na dotaz, čím se řídí, v péči tracheostomickou kanylu.

Z výzkumné otázky 3 na podkladě rozhovorů nám vzešla Hypotéza 1: Sestry dodržují zásady prevence nozokomiálních nákaz, v ošetrovatelské péči o nemocné s tracheostomickou kanylou dle ošetrovatelského standardu.

Poslední oblastí, která nás zajímala u nemocných, byla jejich rehabilitace či aktivizace. Za nadpoloviční většinou nemocných dochází rehabilitační pracovníci. Rehabilitace je důležitá z mnoha pohledů, ať už jako prevence imobilizačního syndromu, bronchopneumonie, ale také velmi pomáhá po psychické stránce nemocným, a proto by rehabilitace měla být poskytnuta všem těmto nemocným a to především rehabilitace dechová, která má pozitivní vliv na odkašlávání a tím zabránění stagnace hlenu v dýchacích cestách s následným vznikem pneumonie. Bohužel jen několik

málo dotazovaných nemocných odpovědělo, že s nimi rehabilitaci provádí i sestra a to převážně na anesteziologicko – resuscitačním oddělení, kde nemocní odpovídali: „Sestry na oddělení se mnou provádí různá dechová cvičení, především v době většího zahlenění.“ Na jednotkách intenzivní péče, zněla častá odpověď: „Sestry se mnou nerehabilitují, v pravém slova smyslu.“ Otázkou ovšem zůstává, co považují tito nemocní za rehabilitaci? I běžná denní hygiena či doprovod na toaletu, je forma rehabilitace a tu sestry na svých odděleních provádějí.

Z celého výzkumného šetření vyplývá, že komunikace a prevence nozokomiálních nákaz jsou největším problémem, jak pro nemocné, tak pro ošetřující personál. Péče o nemocné s tracheostomickou kanylou, je péče komplexní, a pokud některá ze složek tohoto celku vykazuje nedostatky, odráží se to nejen na fyzickém, ale i psychickém stavu nemocného. Proto by měla být péče sestry o nemocného, jako o holistickou bytost se saturací všech jeho potřeb.

Výsledky získané šetřením budou poskytnuty jednotlivým oddělením, kde bylo šetření prováděno, a mohou být použity ke zlepšení ošetrovatelské péče o nemocné s tracheostomickou kanylou. Doporučením je, aby se sestry začaly více vzdělávat v komunikačních technikách a v rehabilitaci nemocných. Vhodným řešením by bylo, uspořádání školení pro sestry na tyto témata. Dále doporučením bude uspořádání dalšího výzkumného šetření problematiky prevence nozokomiálních nákaz u nemocných s tracheostomickou kanylou.

6. Závěr

Tématem této bakalářské práce byla Problematika ošetrovatelského procesu u pacientů s tracheostomií na jednotkách intenzivní péče. Byly stanoveny 4 cíle, ve kterých jsme se snažili zjistit, s jakou problematikou se setkává ošetřující personál při péči o nemocné s tracheostomickou kanylou, dále jaké pomůcky využívá ošetrovatelský personál při komunikaci s těmito nemocnými a jaké postupy používá v prevenci nozokomiálních nákaz u těchto nemocných. Dalším cílem bylo zjistit, jaké potíže pociťují nemocní s tracheostomickou kanylou. Dále bylo stanoveno 6 výzkumných otázek, na které jsme hledali odpovědi v rozhovorech se sestrami a nemocnými. Výzkumná otázka 1 jaké nejčastější překážky má ošetřující personál u nemocných s tracheostomickou kanylou, byla na základě rozhovorů se sestrami zodpovězena.

Na výzkumnou otázku 2 jaké formy komunikace používá personál ošetřující nemocné s tracheostomickou kanylou, byly nalezené odpovědi v rozhovorech se sestrami.

Z výzkumné otázky 3 a z rozhovorů vedených se sestrami, zda dodržují zásady ošetrovatelské péče u nemocných s tracheostomickou kanylou v rámci prevence kontaminace, nám vzešla Hypotéza 1: Sestry dodržují zásady prevence nozokomiálních nákaz, v ošetrovatelské péči o nemocné s tracheostomickou kanylou dle ošetrovatelského standardu.

Výzkumná otázka 4, jaké nejčastější obtíže provázejí nemocné s tracheostomickou kanylou, byla zodpovězena, na podkladě provedených rozhovorů s nemocnými.

Na výzkumnou otázku 5, jakou formu stravy preferují nemocní s tracheostomickou kanylou, byly nalezeny odpovědi v rozhovorech s nemocnými.

Výzkumná otázka 6, jaké prostředky ke komunikaci nejraději používají nemocní s tracheostomickou kanylou, byla zodpovězena na základě odpovědí, které uváděli nemocní ve svých rozhovorech.

Cíle této bakalářské práce byly splněny. Na všechny stanovené Výzkumné otázky byly nalezeny odpovědi v rozhovorech se sestrami nebo nemocnými. Z celého výzkumného šetření vyplývá, že komunikace a prevence nozokomiálních nákaz jsou největším problémem, jak pro nemocné, tak pro ošetřující personál.

Výsledky získané výzkumem budou poskytnuty jednotlivým oddělením, kde

bylo šetření prováděno, a mohou být použity ke zlepšení ošetrovatelské péče o nemocné s tracheostomickou kanylou. Doporučením je, aby se sestry začaly více vzdělávat v komunikačních technikách a v rehabilitaci nemocných. Vhodným řešením by bylo, uspořádání školení pro sestry na tyto témata. Dále doporučením bude uspořádání dalšího výzkumného šetření problematiky prevence nozokomiálních nákaz u nemocných s tracheostomickou kanylou.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMS, B. - HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. ČIHÁK, R. – GRIM, M. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
3. DOENGES, M. E. – MOORHOUSE M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
4. DOSTÁL, P. a kol. *Základy umělé plicní ventilace*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 284 s. ISBN 80-7345-059-3.
5. DYLEVSKÝ, I. – KUBÁLKOVÁ, L. – NAVRÁTIL L. *Kineziologie, kineziterapie a fyzioterapie*. 1. vyd. Praha: MANUS, 2001. 110 s. ISBN 80-902318-8-8.
6. DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 271 s. ISBN 80-7254-886-7.
7. FERKO, A. et al. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 596 s. ISBN 80-247-0230-4.
8. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
9. HÁJEK, M. et al. *Kritická onemocnění průdušnice a jejich léčení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 136 s. + 4 s. ISBN 80-7169-783-4.
10. HROMÁDKOVÁ, J. a kol. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
11. CHROBOK, V. – ASTL, J. – KOMÍNEK, P. a kol. *Tracheostomie a koniotomie techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. Praha: Maxdorf, 2004. 170 s. ISBN 80-7345-031-3.
12. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. + 16 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
13. KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
14. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.

15. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
16. LUKÁŠ, J. *Tracheostomie v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 12 0s. + 8 s. ISBN 80-247-0673-3.
17. MAĐAR, R. – PODSTATOVÁ, R. – ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 180 s. + 4 s. ISBN 80-247-1673-9.
18. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
19. MARKALOUS, B. *Nemoci krku*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. 255 s. ISBN 80-7254-552-3.
20. MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. – BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
21. MARKOVÁ, M. – FENDRYCHOVÁ, J. *Ošetrování pacientů s tracheostomií*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 101 s. ISBN 80-7013-445-3.
22. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
23. PACHL, J. – ROUBÍK, K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 364 s. ISBN 80-246-0479-5.
24. PODSTATOVÁ, H. *Mikrobiologie, epidemiologie, hygiena*. 1. vyd. Olomouc: EPAVA, 2001. 285 s. ISBN 80-86297-07-1.
25. 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.
26. TROJAN, S. et al. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 240 s. ISBN 80-247-1296-2.
27. VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

28. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002.
496 s. + 8 s. ISBN 80-247-0320-3.

8. Klíčová slova

Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelská péče

Tracheostomie

Jednotka intenzivní péče

Tracheostomická kanyla

Dýchací cesty

9. Přílohy

Příloha 1 Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 2 Otázky k rozhovoru se sestrami

Příloha 3 Otázky k rozhovoru s nemocnými

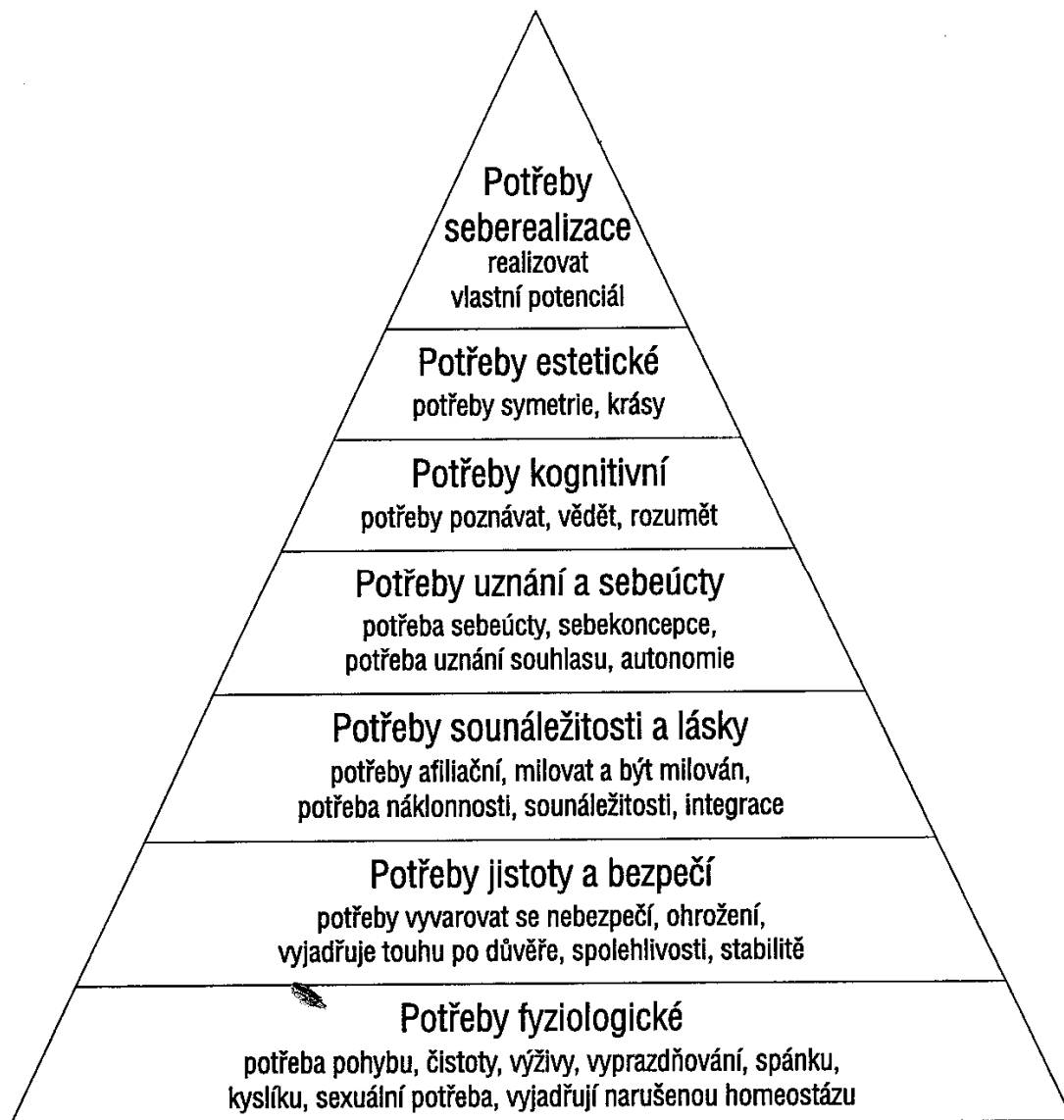
Příloha 4 Bartelův test běžných denních činností

Příloha 5 Rozšířená stupnice Nortonové

Příloha 6 Test ošetrovatelské zátěže

Příloha 7 Odsávání uzavřený a otevřený systém

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

1.) <u>Identifikační údaje</u>			
Věk		Oddělení	
Délka praxe u lůžka		Délka praxe v oboru intenzivní péče	
Specializační vzdělání v oboru intenzivní péče			
2.) <u>Specifika a překážky ošetrovatelské péče o nemocné s tracheostomickou kanylou</u>			
Myslíte si, že existují nějaká specifická úskalí v péči o nemocné s tracheostomickou kanylou?			
Z vašeho pohledu, o jaká úskalí se jedná? (max.3)			
Co je podle vás nejčastější problém u nemocného s tracheostomickou kanylou pro sestru?			
Co podle vašeho názoru vnímá nemocný jako nejčastější problém?			
Co si myslíte, že nejvíce ovlivňuje psychický stav nemocného s tracheostomickou kanylou?			
Jakou nejčastější formu stravy, podle vás, přijímají nemocní s tracheostomickou kanylou?			

Dle vašich zkušeností, má vliv délka zavedení kanyly na přijímání stravy?	
Z vaší zkušenosti, existují nějaké typy jídel, příloh atd., které nemocní s tracheostomickou kanylou hůře polykají?	
3.) <u>Komunikace</u>	
Jak se dorozumíváte s nemocným během poskytování ošetrovatelské péče? (hygiena, ...)	
Máte na oddělení pomůcky pro komunikaci s nemocným se zavedenou tracheostomickou kanylou?	
Jaké pomůcky to jsou?	
Jaký způsob komunikace, je podle vašeho názoru, nejvíce využíván nemocnými?	
Jaký způsob komunikace, podle vás, je nejvíce využíván sestrami?	
Udávají nemocní nějaké problémy v komunikaci mezi nemocným a příbuznými?	
4.) <u>Prevence nozokomiální nákaz</u>	
Čím se řídíte na vašem oddělení při péči o tracheostomickou kanylu? (standard,...)	
Jaké zásady v péči o tracheostomickou kanylu dodržujete?	

Jaký systém používáte při odsávání nemocného s tracheostomickou kanylou?	
Jaký systém odsávání preferujete při odsávání nemocného s tracheostomickou kanylou?	
Jak pečujete o tracheostomickou kanylu? (výměna čtverečků, uzavřeného systému sání,...)	
Jak zacházíte a jaké pomůcky používáte při jednorázovém odsávání cévkou?	
Jak zajišťujete prevenci dekubitů u tracheostomické kanyly? (obturací manžeta, tkaloun,...)	
5.) <u>Další vzdělávání sester</u>	
Zúčastnil/a jste se nějakých dalších vzdělávacích akcí, směřujících k péči o nemocné v intenzivní péči? (semináře, studium,...)	
Zúčastnil/a jste se vzdělávacích akcí specializujících se na komunikaci s nemocnými?	

Příloha 3

1.) <u>Identifikační údaje</u>			
Věk		Oddělení	
Pohlaví		Diagnóza	
Ventilátor / O2 maska		Doba zavedení tracheostomické kanyly	
2.) <u>Specifika a překážky ošetrovatelské péče o nemocné s tracheostomickou kanylou</u>			
Jak vnímáte hygienickou péči s tracheostomickou kanylou?			
Máte dostatek soukromí při hygieně?			
Dbají sestry na vaše soukromí během hospitalizace?			
Jakým způsobem je zajištěno Vaše soukromí?			
Je vám umožněn pohyb mimo lůžko? (křeslo, chůze po oddělení,...)			
Dochází za vámi rehabilitační pracovníci? (jak často)			
Jak s vámi rehabilituje? (dechová, aktivní, pasivní,...)			
Provádí s vámi rehabilitaci sestry během dne? (o jakou rehabilitaci se jedná)			
Jaká dieta je vám zde podávána?			
Jakou stravu preferujete?(forma)- nyní v období nemoci			

Máte nějaké nutriční přídavky?(nutridrink,...)	
Myslíte si, že tracheostomická kanyla ovlivňuje vaši chuť k jídlu?	
Změnil se výrazně příjem stravy v souvislosti s tracheostomickou kanylou?	
Změnila se kvalita vašeho spánku v přímé souvislosti s tracheostomickou kanylou?	
Máte dostatečný klid na spaní?	
Máte nějaké obavy v souvislosti s tracheostomickou kanylou?	
Máte nějaké obtíže spojené s tracheostomickou kanylou?	
3.) <u>Komunikace</u>	
Jaký způsob komunikace používáte s ošetřujícím personálem?	
Jaký způsob komunikace využíváte při kontaktu s rodinou?	
Co vám bylo nabídnuto pro usnadnění komunikace?	
Co vám dělá při komunikaci potíže?	
Jsou vám umožněny návštěvy?	
V jakou denní dobu k vám smí návštěvy docházet?	
Vyhovuje vám tato doba?	

Máte dostatek času pro návštěvu?	
Jaké omezení vám přináší tracheostomická kanyla?	
Jaké potřeby máte v souvislosti s tracheostomickou kanylou?	

Příloha 4

Bartelův test běžných denních činností ADL (aktivity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedenní napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

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 5

Rozšířená stupnice Nortonové

<i>Bodů</i>	<i>Schopnost spolupráce</i>	<i>Věk</i>	<i>Stav pokožky</i>	<i>Každé další onemocnění dle odpov. stupně</i>	<i>Fyzický stav</i>	<i>Stav vědomí</i>	<i>Aktivita</i>	<i>Pohyblivost</i>	<i>Inkontinence</i>
4	úplná	< 10	normální	žádné	dobrý	dobrý	chodí	úplná	není
3	malá	< 30	alergie	diabetes, teplota, kachexie	zhoršený	apatický	s doprovodem	částečně omezená	občas
2	částečná	< 60	vlhká	anémie, ucpávání tepen, obezita, karcinom	špatný	zmatený	sedačka	velmi omezená	převážně moč
1	žádná	> 60	suchá		velmi špatný	bezvědomí	leží	žádná	moč + stolice

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 6

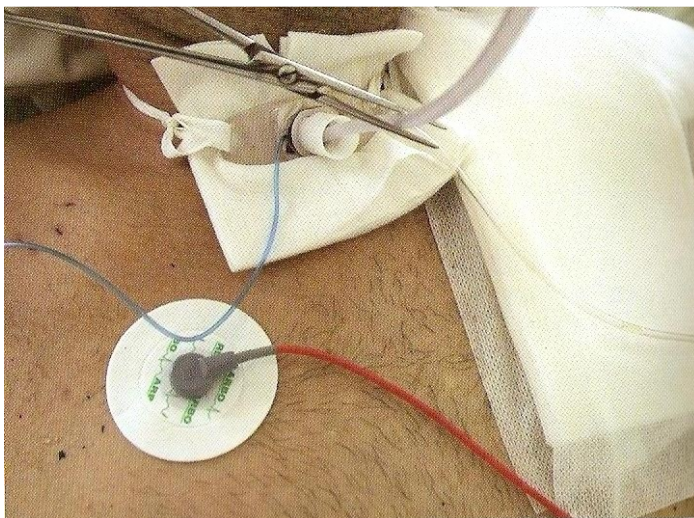
Test ošetrovateľské zátěže

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. Pohybová schopnost	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	omezený na lůžko, zcela závislý	5
2. Osobní hygiena	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý	5
3. Jídlo	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	3
	úplně závislý (krmení, sonda)	5
4. Inkontinence moči	občas	3
	stále	5
	permanentní katetr	2
5. Inkontinence stolice	občas	3
	stále	5
6. Návštěva toalety	s částečnou pomocí	1
	s podstatnou pomocí	5
	pokojový klozet, podložní mísa	4
7. Dekubity	malé	1
	velké	4
8. Spolupráce s nemocným	občas obtížná	2
	bezvědomí	3
	velmi obtížná	5

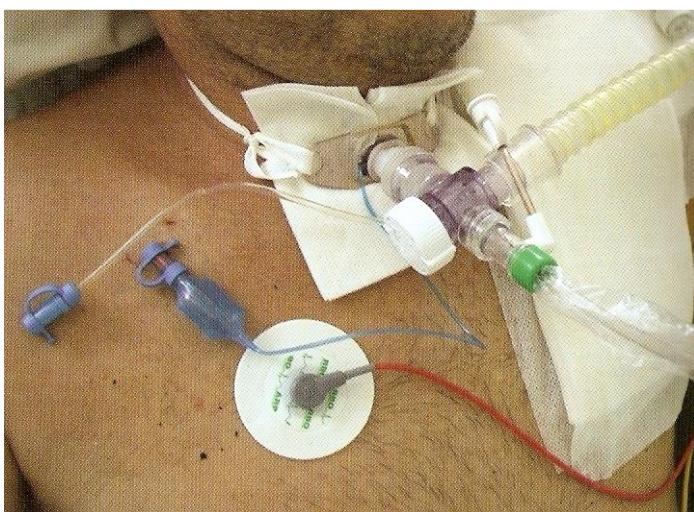
Hodnocení: 0 bodů – zcela soběstačný, 38 bodů – zcela závislý

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

Příloha 7



Odsávání otevřeným systémem z tracheostomické kanyly



Odsávání zavřeným systémem z tracheostomické kanyly

Zdroj: CHROBOK, V. – ASTL, J. – KOMÍNEK, P. a kol. *Tracheostomie a koniotomie techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*. Praha: Maxdorf, 2004. 170 s. ISBN 80-7345-031-3.