

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelská péče o pacienta s polytraumatem

Bakalářská práce

Autor práce: Lucie Sklářová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

ABSTRAKT

Polytrauma je současné poranění nejméně dvou tělesných systémů. Poranění alespoň jednoho z nich či jejich kombinace bezprostředně ohrožují vitální funkce. Toto vážné poranění vede bez včasného zásahu odborníků k letálnímu konci. Základem úspěchu je včasné rozpoznání ohrožených životních funkcí. Nejčastější příčinou polytraumat jsou dopravní nehody, které bývají stále častější a závažnost poranění se zvyšuje. Mezi další příčiny patří adrenalinové sporty, pracovní úrazy a úrazy v domácnosti a v neposlední řadě násilná trestná činnost. Polytrauma v sobě může zahrnovat poranění měkkých tkání, dutiny hrudní, břišní a kostí. Zvláštní skupinou jsou popáleniny, inhalační trauma a zaklínění.

Na jednotce intenzivní péče je pacient s polytraumatem kvůli hrozícímu selhání jednoho či více orgánů, případně systémů. Ošetřování pacienta je proto systematické, kontinuální a součástí je monitorování stavu a saturace základních potřeb. Ošetřovatelská péče na JIP je závislá na jeho zdravotním stavu a neustále se mění. Sestra většinou přebírá veškerou péči o pacienta a ten na ní bývá závislý. Sestra proto musí znát všechny pacientovy potřeby a zajišťovat je s ohledem na jeho soběstačnost. Nejzákladnějšími potřebami jsou dýchání, výživa, vylučování stolice a moči, psychická pohoda a soběstačnost pacienta. Ošetřovatelský personál saturuje pacientovi další jeho potřeby. Patří mezi ně hygiena, spánek, potřeba být bez bolesti a další.

Stejně jako na JIP, tak i na standardním oddělení musí probíhat uspokojování potřeb v závislosti na míře sebepéče. Sestry by měly pacienta vhodně aktivizovat a předcházet tak vzniku imobilizačního syndromu. Vždy by mělo být hlavním úkolem personálu zlepšení nebo udržení určitého stupně soběstačnosti. Soběstačnost je míra samostatnosti člověka při vykonávání denních činností. K jejímu hodnocení se využívá Barthelův test základních všedních činností. V literatuře se jako identický pojem využívá sebepéče. Ta označuje samostatné vykonávání denních aktivit. Soběstačností popřípadě sebepěčí se zabývá většina ošetřovatelských modelů a koncepcí. Nejvíce se touto problematikou zabývá model Oremové.

Empirická část bakalářské práce je zaměřena právě na soběstačnost, sebeděči a aktivizaci pacienta. Cílem výzkumu je zjištění rozdílu v rozsahu poskytované péče u pacienta s polytraumatem na JIP a na standardní ošetrovací jednotce v souvislosti s mírou sebeděče. K naplnění cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky. Výzkumné otázky zněly: „Jak posuzují sestry soběstačnost pacienta s polytraumatem na JIP a na standardní ošetrovací jednotce? Jakým způsobem provádí ošetrovatelskou péči u pacienta s polytraumatem na standardní ošetrovací jednotce? Jakým způsobem provádí ošetrovatelskou péči u pacienta s polytraumatem na JIP?“ K zodpovězení otázek a ke zjištění cíle byl použit kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum byl prováděn na traumatologické JIP a na standardním oddělení. 5 sester a jedna pacientka byli z JIP a dalších 5 sester a dva pacienti byli ze standardního oddělení.

Na první výzkumnou otázku byly odpovědi všech respondentů totožné. Hodnocení soběstačnosti pacienta probíhá pomocí Barthelova testu. Odpovědi skoro většiny dotázaných poukazují na to, že tento test je nepraktický a nevyhovující. Výsledky druhé a třetí výzkumné otázky můžeme shrnout do jednoho závěru. Vzhledem k faktu, že sestry z JIP a ze standardního oddělení se vyjadřovaly shodně. Ošetrovatelskou péči provádějí vždy s ohledem na soběstačnost pacienta. Psychicky pacienta podporují ve snaze být více soběstačný. K nácviku soběstačnosti využívají dostupné pomůcky.

Pomocí výzkumných otázek jsme dospěli k naplnění cíle. Zjistili jsme, že rozdíl v rozsahu poskytované péče spočívá v počtu aktivit, které za pacienta vykonávají sestry na JIP a na standardním oddělení. Na jednotce intenzivní péče logicky sestry provádějí za pacienta více činností. Je to dáno stavem pacienta, který je v počátku akutní. I přesto se sestry snaží, co nejvíce pacienta aktivizovat v činnostech, které provádět může. Oproti tomu sestry na standardním oddělení mají možnost pacientovu soběstačnost zvyšovat ve více aktivitách. Usilují o to, aby byli pacienti soběstační v hygieně, stravování, chůzi a vyprazdňování. V tom by pacientům měli pomáhat i fyzioterapeuti. Jak se ale shodují sestry z JIP a ze standardního oddělení, tento přístup ne úplně funguje a tak jediným, kdo pacienta aktivizuje, jsou sestry a ošetrovatelky.

Práce by měla sestřám sloužit k osvětlení závažnosti polytraumatu a k prohloubení jejich znalostí o řešené problematice.

ABSTRACT

Multiple traumas mean a present injury of at least two body systems. The injury of at least one of them or their combination imminently endangers the vital functions. This serious injury leads to a lethal end unless timely action. The basis of a success is the timely recognition of endangered vital functions. The most common cause of multiple traumas is traffic accidents which are more and more frequent, and the seriousness of the injuries increases. The other causes are adrenaline sports, working accidents and accidents at home and also violent criminal activities. Multiple traumas can include the injury of soft tissues, thoracic and abdominal cavity and bones. The special group is the severe burns, inhalation traumas and choking.

The patient with the multiple traumas is, because of the threatening failure of one or more organs, alternatively systems, placed on the intensive care unit. The nursing of the patient is therefore systematic, continual and its part is the monitoring of the conditions and saturation of basic needs. The nursing care on the intensive care unit is dependent on their health conditions and it permanently changes. A nurse usually takes over the whole care of the patient and they are dependent on her. Therefore the nurse must know all the patient's needs and provide them regard to their self-sufficiency. The most basic needs are breathing, nutrition, excretion, peace of mind and self-sufficiency of the patient. The nursing personnel saturate a patient with his other needs. There belongs hygiene, sleep, a need to be without a pain. The same saturation of needs depending on self-sufficiency must be provided in the standard ward as on the intensive care unit. The nurses should activate a patient in a suitable way and prevent the immobilization syndrome in this way. The main goal of the staff should always be the improvement or sustaining of the level of self-sufficiency. Self-sufficiency is the level of independence during the daily routine. To its evaluation we use Barthel test of basic daily activities. In literature the word self-care is used as an identical term. It represents an individual performance of daily routine. Most nursing models and concepts deal with self-sufficiency or self-care. Model of Orem deals with these issues the most.

The empiric part of the bachelor thesis is focused on self-sufficiency, self-care of a patient and activation of the nurses. The goal of the research is to find out the difference in the amount of care for a patient with multiple traumas on the Intensive care unit and a standard ward in connection with the level of self-care. To fulfil the goals three research questions were set. The research questions are: How do the nurses judge the self-sufficiency of a patient with multiple traumas on the intensive care unit and a standard ward? How do they provide the nursing care at a patient with multiple traumas in a standard ward? How do they provide the nursing care at a patient with multiple traumas on the intensive care unit? The qualitative research with the help of semi-structured interview was used to answer the questions and fulfil the goals. The research was taken on the traumatologic intensive care unit and in the standard ward. 5 respondents and one patient were from the intensive care unit and other 5 respondents and two patients were from the standard ward.

The answers for the first research question were identical at all respondents. The evaluation of the patient's self-sufficiency is according to Barthel test. The answers of most respondents point at the fact that the test is not practical and suitable. The results of the second and third research question can be comprehended in one conclusion. Regarding the fact, that the nurses from the intensive care unit and the standard ward made comments in the same way. The nursing care is always provided regarding the self-sufficiency of a patient. They support a patient mentally to make him more self-independent. They use different accessible tools for practice.

With the help of the research questions we reached the goals. We found out that the difference in the extent of provided care is in the amount of activities which are done by nurses for the patient on the intensive care unit and in the standard ward. The nurses provide a patient with more activities logically on the intensive care unit. It is due to the conditions of a patient which are acute at the beginning. Even though, the nurses try to activate a patient as much as possible. By contrast, the nurses in a standard ward have the chance to increase patient's self-sufficiency in more activities. They endeavour patients to be self-sufficient in hygiene, catering, walking and excretion. In these activities patients should be helped by physiotherapists. As it is agreed by the nurses

from the intensive care unit as well as the nurses from the standard ward, this approach does not really work and so the only ones who activate a patient are the nurses and hospital attendants.

The work should serve the nurses to clarify the importance of multiple traumas and deepen their knowledge of discussed problems.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2013

.....

Lucie Sklářová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Ivaně Chloubové za cenné rady, připomínky a odborné vedení při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	12
ÚVOD.....	13
1. SOUČASNÝ STAV	14
1.1 Polytrauma	14
1.1.1 Příčiny polytraumat	15
1.1.2 Poranění jednotlivých oblastí	15
1.1.3 Skórovací systémy.....	16
1.1.4 Terapie polytraumat.....	17
1.1.5 Časné reakce a komplikace	19
1.2 Pacient s polytraumatem.....	21
1.2.1 Pacient s polytraumatem na JIP.....	21
1.2.2 Potřeby pacienta na JIP	21
1.2.3 Sebepečce, soběstačnost pacienta	Chyba! Záložka není definována.
1.2.4 Ošetrovatelský model Oremové	29
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1 Cíl.....	31
2.2 Výzkumné otázky	31
3. METODIKA PRÁCE	32
3.1 Metoda práce.....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	33
4.1 Rozhovory se sestrami na JIP	33
4.2 Rozhovory se sestrami na standardním oddělení.....	42
4.3 Rozhovory s pacienty s polytraumatem.....	52
4.4 Kategorizace výsledků.....	56
5. DISKUZE	60
6. ZÁVĚR	65

7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	67
8. KLÍČOVÁ SLOVA	70
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	71

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIS	Abbreviated injury scale
APACHE II	Acute physiology and chronic health evaluation II.
ARDS	Acute respiratory distress syndrome
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulace
Diff	Diferenciál
FIM	Test funkční míry nezávislosti
GCS	Glasgow coma scale
GIT	Gastrointestiniální trakt
ISS	Injury severity score
JIP	Jednotka intenzivní péče
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
MODS	Multiple organ dysfunction score
PMK	Permanentní močový katétr
PTS	Polytraumaschlüssel Hannover
RTS	Revised trauma score
SIRS	Systemic inflammatory response syndrome
SOFA	Sepsis-related organ failure assessment
TRISS	Trauma score a injury severity score

ÚVOD

Dorothea Elisabeth Oremová ve své publikaci *Nursing Concepts of practice* uvádí: „*Člověk má přirozenou schopnost o sebe pečovat, přispívat osobně ke svému zdraví a vytvářet pro sebe pocit dobré pohody. Tyto činnosti člověka jsou ovlivňovány jeho věkem, schopnostmi a společensko-kulturním prostředím. V případě neschopnosti sebezpečí je nutný ošetřovatelský zásah*“ (Archalousová, 2003, s. 51).

Polytrauma je závažné poranění, u kterého je nejčastější příčinou autonehoda. Jelikož autonehod závratně stoupá a stále se zvyšuje rychlost aut, jsou polytraumata stále častější. Proto je velice důležitý vznik traumacenter, kde jsou nejen specializovaní lékaři – traumatologové, ale i ošetřovatelský personál, jenž zná specifickou péči a potřeby polytraumatizovaného pacienta. Právě ošetřovatelský personál hraje klíčovou roli v saturaci základních potřeb pacienta. Během uspokojování potřeb by sestra měla dbát na sebezpečí, soběstačnost pacienta, která je pro něj velmi významná. Jak uvádí Oremová, pokud je člověk neschopen sebezpečí, je nutný zásah druhé osoby. A právě polytrauma je jedno z mnoha příčin, kdy je nezbytná intervence dalších osob. Protože je léčba polytraumatu zdlouhavý a náročný proces, je i navrácení soběstačnosti pacienta dlouhodobou záležitostí. Proto by měla mít sestra a veškerý ošetřovatelský personál s pacientem mnoho trpělivosti. Člověk, který je závislý na pomoci druhé osoby, bývá totiž velmi často nepříjemný, odměřený a uzavřený sám do sebe. Trpělivost je tedy na místě. Sestra by neměla polevit v aktivizaci pacienta a nikdy by se neměla uchýlit k tomu, že za pacienta provede veškeré činnosti.

Během praxe na traumatologii jsem měla možnost nejednou pečovat o pacienta s polytraumatem a tak vím, že tato péče je psychicky a fyzicky velmi náročná. Ne všichni pacienti měli vždy snahu pomáhat ošetřovatelskému personálu, provádět si některé činnosti sami a zvyšovat tak svou soběstačnost. Právě na sebezpečí pacienta a aktivizaci sester je zaměřena empirická část bakalářské práce, v níž zkoumáme, zda sestry na traumatologickém oddělení provádějí ošetřovatelskou péči s ohledem na úroveň soběstačnosti pacientů.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Polytrauma

„Pojmem polytrauma je označováno současné poranění nejméně dvou tělesných systémů, přičemž poranění alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace bezprostředně ohrožují základní životní funkce“ (Višna, Hoch, 2004, s. 28).

Jedná se o stav, který vede bez včasného odborného lékařského zásahu k letálnímu konci (Višna, Hoch, 2004). Aby byl tento stav zvládnut, je nutný zkušený tým odborníků, kteří zajišťují přednemocniční a nemocniční neodkladnou péči (Drábková, 2002). Dalším předpokladem je vznik specializovaných pracovišť, tzv. trauma center, která zajišťují komplexní péči pro polytraumatizovaného pacienta. Péče probíhá v jednotlivých etapách, které by měly na sebe navazovat. Důležité je zajištění včasné diagnostiky, vyšetření a ošetření tak, aby nebyl stav pacienta v ohrožení. Péči poskytuje úrazový chirurg a další specialisté jako lékař z ARO a JIP, hrudní a cévní chirurg, plastický chirurg, ortoped, kardiochirurg a mnoho dalších (Mazánek, 2007).

„Základním předpokladem dobrého konečného klinického výsledku u nemocných s úrazy je dostupnost, rychlost a kvalita poskytované péče. Vždy je nutné stanovení základních priorit“ (Ševčík, 2003, s. 187). Základem je včasné rozpoznání ohrožených životních funkcí a opatření k jejich obnovení a podpoře. Aplikace standardních postupů, tzv. trauma protokolů, zajišťuje rychlou, plynulou a účinnou péči o úrazy v akutní fázi (Ševčík, 2003). Trauma protokol je standardizovaný systém péče o polytraumatizovaného pacienta. Zahrnuje v sobě krátké celkové zhodnocení, primární zhodnocení, resuscitaci, dále pak sekundární zhodnocení, definitivní ošetření a následnou péči, která je poskytována v pooperačním období (Šišková, Krčková, 2009).

Pravděpodobnost přežití pacienta s polytraumatem závisí na mnoha faktorech. Nejdůležitější je závažnost a typ poranění, dále pak správné ošetření na místě úrazu a ošetření po příjezdu do nemocničního zařízení („zlatá hodina“), závažná onemocnění v předchorobí a věk zraněného (Ševčík, 2003). Důležitým poznatkem je i to, jakým způsobem úraz vznikl.

1.1.1 Příčiny polytraumat

Tato kapitola se věnuje příčinám polytraumat. K úrazům může dojít za jakýchkoliv okolností, ale pro zjednodušení si příčiny můžeme rozdělit do pěti základních skupin.

První a nejčastější skupinou jsou dopravní nehody. Úrazy v dopravě neustále narůstají a zvyšuje se také jejich závažnost. Jsou způsobeny náhlým zpomalením vysoké kinetické energie a dochází k typickým poraněním. Nejvíce se objevují poranění hlavy a krční páteře, hrudníku a dolních končetin.

Pracovní úrazy jsou další skupinou a liší se podle druhu práce. S polytraumaty se setkáváme po pádech z výšky, při zavalení (Crush syndrom), zaklínění nebo při poranění tlakovou vlnou.

Třetí skupinou jsou sportovní aktivity, u kterých se jedná převážně o poranění končetin. Jen u některých druhů sportů vznikají polytraumata, která jsou důsledkem například u pádů na lyžích či z koně a u adrenalinových sportů. Nejzávažnější jsou skoky do neznámé nebo mělké vody.

Další skupinu tvoří kriminální úrazy způsobené při násilné trestné činnosti. Vícečetná poranění nebo polytraumata vznikají převážně při výbuchu.

Do poslední skupiny se zařazují poranění v domácnosti, kde jsou nejzávažnějšími příčinami pády (Pokorný, 2002).

Příčiny poranění spolu s aktuálním vyšetřením a stavem pacienta na místě úrazu, při příjmu a spolu s časovým faktorem pomohou určit nejen další klinický vývoj ale i prognózu (Drábková, 2002).

1.1.2 Poranění jednotlivých oblastí

Polytrauma je závažné poranění nejméně dvou tělesných systémů, které ohrožuje vitální funkce. To jsou základní kritéria a pokud je úraz nespĺňuje, jedná se o mnohačetné poranění nebo sdružené poranění (Višna, Hoch, 2004). Polytrauma může v sobě zahrnovat poškození měkkých tkání, kostí, ale i orgánů dutiny hrudní či břišní.

Do poranění hlavy spadá nitrolební krvácení, komočně - kontuzní syndrom, fraktura lebky, poranění obličejového skeletu a měkkých lebečních pokrývek. Poranění

plic, pleurální dutiny a hrudní stěny, dýchacích cest, srdce a velkých nitrohručních cév, dále zlomeniny žeber, sternu, klíční kosti a lopatky. To vše patří do poranění hrudníku.

Do břišních poranění se řadí poranění parenchymových orgánů jako jsou játra, slezina a ledviny; poranění dutin (trávicí trubice, močový měchýř, vývodné cesty močové); poškození velkých cév a nervových svazků, retroperitonea, bránice.

Zlomeniny pánve způsobují poranění pánevního kruhu, které je spojeno s poškozením střev a močopohlavního ústrojí.

Další skupinou je poranění končetin a páteře s míchou. Do polytraumatu se zařazují i specifická traumata, která jsou vyvolána termicky, nízkou teplotou, chemicky, radiačně či jsou způsobena zaklíněním. Do specifických poranění spadá popálení a popáleniny, inhalační trauma, zaklínění v úzkých prostorech (Drábková, 2002).

1.1.3 Skórovací systémy

Skórovací systémy umožňují klasifikovat úraz z hlediska jeho rozsahu, závažnosti, intervence a prognózy a jejich výsledky se mohou dále srovnávat. Výsledné skóre vypovídá o slučitelnosti úrazu se životem, morbiditou i mortalitou (Višna, Hoch, 2004). V přednemocniční péči se používá trauma skóre dle Championa, které se týká základních životních funkcí. Celkový součet trauma skóre vyjadřuje stupeň závažnosti poranění. Nejvyšší hodnota představuje normální stav a nejnižší hodnota znamená klinickou smrt (Ertlová, Mucha, 2004). V nemocničním zařízení se počítá se zajištěnými základními životními funkcemi, a proto se používá jiný systém ve skórování, který se zaměřuje na posouzení závažnosti polytraumatu.

Skórovacích systémů je mnoho, ale nejvíce se využívá bodovací systém ISS – Injury severity score, který má určitý prognostický charakter. Jeho matematický výsledek souvisí s předpokládanou mortalitou (Drábková, 2002). Podkladem ISS je klasifikace AIS, ve které je tělo rozděleno do dílčích orgánových systémů (hlava a krk, obličej, hrudník, břicho, páteř, pánev, končetiny a kůže). Každou oblast může postihnout trauma dle pětistupňové škály. Poranění lehké - 1, střední - 2, těžké bez ohrožení života - 3, těžké s ohrožením života - 4, kritické - 5. Hodnota ISS se vypočítá

jako součet druhých mocnin tří nejvýše hodnocených poraněných oblastí. Maximální skóre je 75 (Pokorný, 2002).

K hodnocení závažnosti polytraumatu se využívá také PTS – Polytraumaschlüssel Hannover, který zohledňuje věk pacienta (Drábková, 2002).

Důležitým posouzením je stav centrálního nervového systému, který se vyjadřuje stavem vědomí. Nejužívanější a zároveň nejjednodušší metodou je GCS – Glasgow coma scale. Hodnotí se otevírání očí, motorická odpověď a verbální odpověď. Nejvyšší počet bodů je 15 a výsledek pod 8 bodů značí kóma (Pokorný, 2004).

1.1.4 Terapie polytraumat

Komplexní péči o pacienta s úrazem lze rozdělit do dvou etap, které spolu úzce souvisejí a navzájem na sebe navazují. Jedná se o přednemocniční a nemocniční specializovanou péči.

Přednemocniční péče začíná laickou první pomocí a pokračuje specializovanou odbornou péčí, kterou zajišťuje lékař a zdravotnický záchranář. Hlavním úkolem je zajištění životních funkcí a kardiopulmonální resuscitace, dále je nutné stabilizovat fraktury a zajistit poraněného na transport do nemocničního zařízení. Všechny úkony musí odpovídat stanoveným pravidlům v podpoře života poraněného dle Trauma life support, který zahrnuje sled výkonů neodkladné resuscitace (Mazánek, 2007).

Pro pacienta s polytraumatem je akutní příjem do nemocnice významným mezníkem. Prvních 24 hodin je kritických pro všechny pacienty. Provádí se nutná diagnostika, monitorování, výkony zachraňující život a pacient se stabilizuje. Snahou je minimalizace následků polytraumat. Prognóza přežití i morbidity se stává příznivější, pokud se dané úkoly splní co nejrychleji a nejkvalitněji. Do bezprostřední fáze spadá traumatologická „zlatá hodina“, jejíž mezník je 6 hodin. Do této doby lze omezit postižení na úrovni primárního inzultu a druhotných funkčních změn vzdálených orgánů a orgánových systémů (Drábková, 2002).

Léčba pacienta s polytraumatem probíhá v několika fázích. Nejpodrobněji se zde popisuje fáze intenzivní péče a fáze regenerační, protože souvisí s výzkumem bakalářské práce.

Fáze akutní, nebo-li reanimační je v prvních 3 hodinách a zahrnuje v sobě příjem pacienta, orientační vyšetření a výkony zachraňující život. Během 48 hodin, což je stabilizační fáze, probíhají akutní operace. Poraněný je hospitalizovaný na ARO nebo na specializované JIP (Pokorný, 2002).

Ve fázi intenzivní péče, 2. - 8. den, vyžaduje pacientův stav kontinuální monitorování vitálních funkcí. Monitoruje se ventilace, oběh, funkce ledvin, krevní plyny, hemokoagulace, střevní peristaltika, bilance tekutin a acidobazická rovnováha. Pacient se každý den klinicky vyšetřuje a hlídají se u něj první známky komplikací. Postupně dochází ke zlepšení celkového stavu. Upravuje se diuréza, stoupá počet trombocytů, střevní peristaltika se normalizuje a končí fáze katabolizmu. Pokud to stav pacienta umožňuje, je možné přejít na enterální výživu a pacient nemusí být na ventilátoru. Uskutečňují se některé menší operační výkony, například uzávěry fasciotomií, jednoduché kožní plastiky, sekundární sutury ran, osteosyntézy malých kostí. Včas se musí provést revize ran, které jeví známky infektu. Evakuují se hematomy a odstraňují se případné nekrotické tkáně. Ke konci prvního týdne od úrazu se mohou objevit komplikace, které by ohrožovaly pacienta na životě. Jedná se o příznaky selhávání orgánů a to zejména plic (ARDS či bronchopneumonie). Setkáme se i s projevy celkové sepse. V této fázi je důležitá spolupráce mezi chirurgem (traumatologem) a intenzivistou (Pokorný, 2002).

Fáze regenerační, 8. - 14.den, je etapou, ve které se provádí operace, jenž byly primárně odložené. Definitivně se ošetřuje obličej, stabilizuje se páteř a rekonstruuje se pánev. Pokud to stav pacienta dovolí, je možné přikročit k rekonstrukci defektů měkkých tkání pomocí lalokové plastiky. Řeší se pouřazové komplikace v hrudní a břišní dutině.

Poslední fází je rekonvalescence a rehabilitace, jenž je v období 3 – 4 týdnů. Důraz je kladen na zlepšení celkového stavu pacienta a na psychickou podporu. Důležitá a efektivní je spolupráce s psychologem, která má svůj význam u pacientů po amputaci, paraplegiků a u lidí po těžkých nitrolebních poraněních, kde může dojít ke změně osobnosti člověka (Pokorný, 2002).

1.1.5 Časné reakce a komplikace

Léčba polytraumatu je pro všechny lékaře náročný úkol. Nekončí pouze chirurgickým ošetřením, léčba pokračuje mnohem déle a zaměřuje se zejména na prevenci komplikací či snížení nežádoucích reakcí. Polytrauma má zákonitou odezvu v celém organismu v časné i pozdější fázi. Mezi časné reakce patří například šok, sepse a SIRS, MODS, DIC, ARDS a syndrom reperfúze. Do časných komplikací polytraumat je zahrnut syndrom tukové embolie, ventilátorová pneumonie, rané infekce a s tím související sepse a především jsou to komplikace spojené s poškozenými orgánovými systémy (Drábková, 2002; Pokorný, 2002).

Šok je stav, kdy dochází k poruše mezi potřebou kyslíku a nabídkou kyslíku tkáním organismu. Vzniká jako následek nedostatečného průtoku okysličené krve životně důležitými orgány a výsledkem je tkáňová hypoxie (Zeman, 2011). „*Akutní traumatický šok představuje náleznou perzistující poruchu náplně periferních cév se současnou hypoxickou poruchou funkce tkání a orgánů, kde v popředí stojí hypovolemie, hypotenze a hypoxie. Příčinou traumatického šoku je kombinované poškození tkání úrazem s různým stupněm krevní ztráty*“ (Zeman, 2003, s. 397). Polytraumata se mohou rozdělit do 3 stupňů dle závažnosti šoku. První stupeň je bez šoku a patří sem např. lehké kryté trauma lebky kombinované se zlomeninami končetin, poranění měkkých tkání. Ve druhém stupni se objevují lehké známky šoku a je zde snížené okysličení tkání (komplexní fraktury pánve, poranění měkkých tkání, tříštivé a otevřené fraktury, kontuze mozku). Třetí stupeň znamená těžký šok (kranio-cerebrální trauma s nitrolební hypertenzí, krvácením, edémem mozku, trauma břicha a hrudníku, rány s nebezpečným krvácením) (Slezáková, 2010).

SIRS (syndrom systémové zánětlivé odpovědi organismu) je výsledkem nepřiměřené odpovědi organismu na různé noxy bez přítomnosti infekce. K jeho stanovení je potřeba alespoň dvou příznaků z následujících čtyřech, které musí být akutní. SIRS musí splňovat tato kritéria: teplota nad 38°C nebo pod 36°C, srdeční frekvence nad 90 pulsů za minutu, tachypnoe nad 20/minutu a leukocytóza nad 12 nebo pod $4 \times 10^9/l$ (Pokorný, 2002).

MODS (syndrom multiorgánové dysfunkce) je současná nebo následná dysfunkce několika orgánů. To může vést k úplnému selhání orgánů (Zeman, 2011). Primární MODS vzniká ihned po poranění daného orgánu a ovlivňuje přežití pacienta. Druhotný MODS je výsledkem SIRS a vyvíjí se pomalu, někdy i několik dní po poranění. Může postihnout i orgány vzdálené, které nebyly primárně poraněné (Drábková, 2002).

DIC (diseminovaná intravaskulární koagulace) je syndrom komplexní poruchy krevní srážlivosti, který provází druhotně jiné základní onemocnění nebo patologický stav. Syndrom mohou vyvolat všechny stavy, které vedou ke změně hemokoagulační rovnováhy. Jedná se o aktivaci krevního srážení různými mechanismy. Na vzniku DIC v souvislosti s polytraumatem se podílí hypotenze, poškození endotelu a uvolnění částí tkání spolu s tkáňovým faktorem do oběhu. Dále do etiologie patří hemolýza a přítomnost cytokinů. Syndrom probíhá akutně nebo chronicky a má několik fází s určitou klinikou. DIC se projevuje krvácivými projevy – krvácením z operačních a posttraumatických ran, hematurií, petechiemi, hemoragickými buly, hematomy a purpurami. Objevuje se cyanóza, febrilie či kolísání teploty (Penka a kol., 2003). Vlivem syndromu dochází k orgánovému poškození díky poruchám mikrocirkulace (Zadák a kol., 2007).

ARDS je syndrom akutní respirační tísně. Vede k němu několik plicních či mimoplicních příčin, které mají za následek poškození alveolokapilární membrány se zvýšením propustnosti a vznik nekardiálního plicního edému. Uplatňují se zde vazoaktivní látky, oxidové radikály z aktivovaných neutrofilních granulocytů a alveolárních makrofágů, porucha tvorby surfaktantu a mikroembolizace plicních cév. Projevuje se těžkou dušností, tachypnoí, poruchami funkce plic. Dochází k hypoxémii a respirační acidóze (Klener a kol., 2006).

Všechny syndromy a komplikace se mohou různě prolínat. Je proto nezbytně nutné znát příznaky jednotlivých komplikací a umět na ně včas reagovat. Je na sestře, aby pacienta důkladně sledovala a jakékoli změny hlásila lékařům. Sestry se významně podílejí na prevenci proti komplikacím v rámci své ošetrovatelské péče. Na místě je důkladná hygiena pacienta, bariérová ošetrovatelská péče, včasná výměna katétrů a mnoho dalších standardních úkonů.

1.2 Pacient s polytraumatem

1.2.1 Pacient s polytraumatem na JIP

Intenzivní ošetrovatelská péče je určena těm pacientům, kterým hrozí selhání jednoho nebo více orgánů, případně systémů. Základem ošetrovatelské péče je hygiena a od ní se odvíjející další postupy v péči o pacienta. Jedná se o ošetrování dýchacích cest, sliznice očí, dutiny ústní a nosní a hlavně ošetrování invazivních vstupů a ran. Ošetrování na jednotce intenzivní péče je systematické, kontinuální a je záležitostí celého ošetrovatelského týmu (Lančaričová, 2012). Důležitou součástí je neustálé monitorování stavu pacienta a saturace jeho základních potřeb. Ke sledování zdravotního stavu slouží také skórovací systémy.

Na jednotkách intenzivní péče se využívají skórovací systémy, které definují náročnost péče a umožňují srovnání terapeutických postupů. Používají se Glasgow coma scale, Injury severity score, Trauma score, která jsou blíže specifikována v kapitole 1.1.3. Dále je to APACHE II, které stanovuje závažnost poranění z několika hodnot. Jsou zapotřebí hodnoty tělesné teploty, srdeční frekvence, frekvence dýchání, středního arteriálního tlaku, frakce kyslíku v návaznosti na parciální tlak kyslíku, hodnota arteriálního pH, plazmatické hodnoty Na, K, kreatininu, počtu leukocytů v Diff a výsledné skóre GCS. Pomocí SOFA se hodnotí závažnost zánětlivé odpovědi organismu na zátěž. RTS hodnotí pacienta na základě dechové frekvence, systolického tlaku krve a GCS. Dalším používaným a u polytraumatu nejvhodnějším hodnotícím systémem je TRISS, který je kombinací RTS a ISS (Kapounová, 2007).

1.2.2 Potřeby pacienta na JIP

Ošetrovatelská péče o polytraumatizovaného pacienta na JIP je závislá na jeho zdravotním stavu. Pacientovy potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči se neustále mění a vyvíjí v závislosti na zdravotním stavu. Sestra většinou přebírá veškerou péči o pacienta a ten je na ní často závislý. Je velmi důležité, aby sestra znala všechny jeho potřeby, adekvátním způsobem je zajišťovala a to s ohledem na podporu jeho

soběstačnosti. Mezi nejčastější a nejzákladnější potřeby na JIP patří dýchání, vylučování, výživa, psychická vyrovnanost a soběstačnost (Kapounová, 2007).

Potřeba dýchání je ve většině případů zajišťována podáváním kyslíku kyslíkovými brýlemi či maskou nebo je pacient napojen na umělou plicní ventilaci. Pokud nemůže pacient spontánně dýchat, jsou dýchací cesty zajištěné pomocí pomůcek k tomu určených (endotracheální rourka, tracheostomická kanyla). Samozřejmostí je péče o dýchací cesty (zvlhčování a ohřívání vdechované směsi, odsávání, inhalace). Jestliže má pacient tracheostomickou kanylu, je nutný převaz za přísně aseptických podmínek. Stejně tak musí za přísně aseptických podmínek probíhat i odsávání sekretu z dýchacích cest. Zvýšená pozornost se musí věnovat hygieně dutiny ústní. U endotracheální rourky je zapotřebí dbát na její správnou polohu, která se musí každý den měnit, aby se předešlo vzniku dekubitu v oblasti ústního koutku. Při připojení pacienta na umělou plicní ventilaci je důležitá nejen péče o dutinu ústní, ale i o dýchací okruh ventilátoru. Ta v sobě zahrnuje sterilní sestavení okruhu a jeho výměnu, kontrolu a odstranění kondenzované vody a samozřejmě správnou činnost ventilátoru a správné nastavení dechových parametrů (Kapounová, 2007).

Přestože má výživa nezastupitelné místo v léčbě pacienta, v akutní fázi je často druhořadá. Nejdříve se musí zvládnout šok a až poté se řeší potřeba výživy. Pacienti, kteří jsou v dobrém nutričním stavu, zvládají hladovění 5 – 7 dní a po uplynutí této doby se musí zahájit umělé podávání výživy (Balogová, 2012). Způsob podání stravy se odvíjí od zdravotního stavu pacienta. U pacientů, kteří se nacházejí v kritickém stavu, je výživa podávána parenterální cestou, enterální cestou přes sondu nebo jejich kombinací. Umělá enterální výživa má velký význam pro pacienta a měla by být první volbou. Jejím největším přínosem je zachování přirozené funkce střev a snížení počtu infekčních komplikací a nozokomiálních nákaz. Před zavedením sondy u polytraumatizovaného pacienta je nutné vyloučit krvácení do GIT nebo jiné poškození trávicího traktu, protože se jedná o kontraindikace zavedení sondy (Kapounová, 2007). Pokud není možné pacienta vyživovat plně enterální cestou po dobu 3 dní, bývá ordinována parenterální výživa. Musí se zvolit individuální přístup, který bere v potaz věk, aktuální nutriční stav pacienta, anamnézu, závažnost onemocnění nebo rozsah

a charakter poranění (Balogová, 2012). Pacientům, kteří nabyli vědomí, se postupně zkouší příjem stravy per os. Začíná se s pitím čaje, pomalu se přechází na stravu kašovitou, a pokud pacient dobře polyká, je možné nasadit dietu odpovídající základnímu onemocnění pacienta (racionální, diabetická, šetřící dieta). Jestliže pacient nemá z jakéhokoli důvodu dostatečný denní příjem živin, je možné využít metodu sippingu. Jedná se o popíjení nutričně vyvážených tekutin (Kapounová, 2007).

Potřeba vyprazdňování zajišťuje z fyziologického hlediska homeostázu v organismu. Patří sem vylučování moče a stolice. Je důležité, aby tato potřeba byla dostatečně uspokojována. Jestliže se tak nestane, u pacientů při vědomí to může mít negativní vliv na jejich psychiku. U pacientů v bezvědomí se to odráží v rovině somatické. Zejména nedostatečné vyprazdňování stolice má psychickou odezvu, která se projevuje např. nervozitou, napětím, strachem (Trachtová, 2006).

V akutní fázi má pacient zaveden permanentní močový katétr. Ten je pro pacienta komfortnější než podložní mísa nebo jednorázové pleny, protože se s pacientem nemusí manipulovat při každé potřebě na močení, což je pro něj zpočátku velmi bolestivé. Zvláště pokud má polytraumatizovaný pacient poraněnou páteř, je každá manipulace s ním velmi náročná a pro pacienta nepříjemná. PMK je výhodný i pro ošetřující personál z hlediska snadného sledování bilance tekutin (Ščepoňcová, 2010). K permanentní katetrizaci se nejčastěji používá Foleyův balónkový katétr, jenž je dvoucestný či trojcestný. Dvoucestný katétr má vnější část rozdělenou do dvou vývodů. Jeden vývod slouží k odtoku moči, druhý vývod je k naplnění fixačního balónku. Trojcestný je doplněn o vývod, který se používá na výplach močového měchýře. Katétr se napojuje na drenážní systém, kdy nejvhodnější je uzavřený drenážní systém, který nejde rozpojit a je vybaven filtrem, přes který lze provést odběr moči. Při zavádění PMK je nutné dbát na přísnou aseptiku, protože PMK je častým zdrojem nozokomiálních infekcí. Stejně tak i při výplachu katétru či odběru moče přes PMK je zcela zásadní aseptický postup. Důležitá je hygienická péče genitálu, sledování příznaků infekce, zaznamenávání příjmu a výdeje tekutin, dodržování spádu moči (Krišková, 2006). Pokud je pacientův stav stabilní a dovolují to jeho poranění, může se místo PMK využít

močová láhev či podložní mísa. Při vyprazdňování stolice se využívá podložní mísa, jednorázové plenkové kalhoty a v pozdější fázi gramofon či WC (Ščeпоňová, 2010).

Potřeba psychické vyrovnanosti je pro pacienta velice důležitá, ale ne všichni zdravotníci si to uvědomují. Nemocný je v pozici, kdy náhle ztratil sociální prestiž, volnost pohybu, stravovací návyky, nemá na blízku rodinné příslušníky, partnery. Je vystaven rušivým elementům v podobě přístrojů, spolupacientů a mnoha omezením, která s sebou přinášejí oddělení intenzivní péče. Je na ošetřujícím personálu minimalizovat nežádoucí faktory, které negativně ovlivňují pacientovu psychiku. Aby byl pacient po psychické stránce v pořádku, je namístě zlepšit nebo udržet jeho soběstačnost, minimalizovat či úplně odstranit bolest, dostatečně s pacientem komunikovat, zajistit mu dostatečný odpočinek během dne a spánek a vytvořit u něj pocit jistoty a bezpečí (Kapounová, 2006). Maslow zařadil pocit jistoty a bezpečí na druhé místo v hierarchii potřeb hned za potřeby biologické. Řadí se tedy do nižších potřeb (Trachtová, 2006).

Další potřebou, kterou je důležité uspokojovat, je potřeba soběstačnosti. „*Soběstačnost rozumíme míru samostatnosti popř. participace člověka při vykonávání denních aktivit*“ (Trachtová, 2006, s. 20). Denními aktivitami se rozumí hygiena, oblékání, vyprazdňování a výživa a zdravý člověk zvládne tyto aktivity vykonávat sám. Pokud nemocný nezvládne nějakou činnost vykonávat bez pomoci, sestra provádí jen tuto činnost. Sestra by měla vždy podporovat pacientovu nezávislost v nejvyšší možné míře a měla by se vyvarovat toho, že i když pacient potřebuje pouze dopomoci, vykoná veškerou péči sama, protože je to pro ni rychlejší a pohodlnější. Pro pacienta to ale může mít nepříznivý vliv na jeho psychiku. Soběstačnost se hodnotí pomocí Barthelova testu základních všedních činností (Příloha 3). V testu se určuje samostatnost při stravování, hygieně, vyprazdňování, oblékání a při pohybové aktivitě. Každá oblast se ohodnotí 10 (popřípadě 15), 5 nebo 0 body a výsledné skóre určuje stupeň závislosti (Kapounová, 2006).

V podpoře pacientovy soběstačnosti je na místě rehabilitační cvičení a v jeho rámci aktivizace pacienta a nácvik sebeobslužných činností. Aktivizovat pacienta musí sestry na standardním oddělení i sestry na jednotce intenzivní péče. Důkladná rehabilitace by

měla ale vždy probíhat s rehabilitačním pracovníkem. Jejím nejvyšším cílem je pomoci pacientovi vykonávat co nejvíce činností, které zvládne bez omezení zbytkové invalidity. Návčik soběstačnosti má několik kroků: soběstačnost na lůžku, návčik péče o sebe sama, přesuny z lůžka a zpět. Důležité je, aby všechny návčiky byly prováděny v rámci schopností pacienta. Pokud by se tak nepostupovalo, mohlo by to u pacienta vyvolat pocity frustrace ze selhání, že nějaký výkon nezvládl. Předtím, než se začíná s pacientem jakkoli rehabilitovat, je nutné zhodnotit míru soběstačnosti. K tomu se využívá již zmiňovaný Barthelův test a test funkční míry nezávislosti FIM (Šrubařová, 2007). FIM se specializuje na 6 oblastí činnosti: sebeobsluha, kontrola svěračů, mobilita, komunikace, lokomoce a sociální adaptace. Míra FIM vychází z Barthelova testu a stejně jako Barthelův test neobsahuje všechny činnosti, které lze vyhodnotit. Zaměřuje se na minimum prováděných aktivit. Záměrem testu je odhalit stupeň postižení a srovnat změny v průběhu rehabilitace. Tento test se zabývá disabilitou, ne poškozením a je ukazatelem úspěšnosti zvoleného cvičení a výsledku úsilí péče v léčebném procesu. Každá z šesti oblastí se klasifikuje pomocí sedmibodové stupnice. Pacient je buď soběstačný, kdy není vyžadovaná pomoc jiné osoby; částečně závislý, kdy pacient vykonává aktivity pod dohledem sestry nebo mu pomáhá druhá osoba; úplně závislý, kdy je potřebná maximální pomoc. Pokud pacient potřebuje asistenci druhé osoby, je pomoc vyjádřena energií a časem, který musí druhá osoba vynaložit, aby uspokojila potřeby pacienta. Jako další hodnotící měřítko se může využívat test samostatnosti všedních činností dle Katze. Ten je založen na hodnocení samostatnosti nebo závislosti při vykonávání při péči o sebe sama (Zahradnická, 2004).

Jakmile to tedy zdravotní stav pacienta dovolí, je dobré začít s rehabilitací pod odborným dohledem fyzioterapeuta. Zprvu se jedná o dechovou gymnastiku a pasivní cvičení, později se začíná s aktivním cvičením na lůžku. Správné provádění rehabilitace je nezbytné pro co nejrychlejší zotavení pacienta s polytraumatem a jeho navrácení do běžného života. Protože je pacient v akutní fázi vždy upoután na lůžko, je zapotřebí pacienta pravidelně polohovat a provádět preventivní opatření proti vzniku dekubitů (Ščepončová, 2010). Sestra přes den polohuje pacienta každé dvě hodiny, popřípadě častěji. Využívá pomůcky určené k udržení pacienta ve správné poloze a pomůcky

k podložení predilekčních míst (Krišková, 2006). Sestra při polohování dbá na jednotlivá poranění. Pacienta je nutné polohovat i v noci a to i přesto, že je důležitý kvalitní a ničím nerušený spánek (Ščeпоncová, 2010).

Spánek je v počáteční fázi navozen farmakologicky. Pacient je tlumen hypnotiky, sedativy či anxiolytiky (Ščeпоncová, 2010). Je důležité dodržovat denní rytmus, proto se pacientovi, když je toho schopen, navrhuje přes den čtení či poslech hudby. Sestra by měla pacientovi zajistit ke spánku takové prostředí, ve kterém by pacient klidně a nerušeně usnul. Pro prostředí by mělo pro pacienta vytvářet pocit jistoty a bezpečí. I přesto, že na JIP jsou pacienti převážně v jedné velké místnosti a soukromí a úplný klid nejde zajistit, je několik zásad, které by si měla sestra uvědomit. Základem kvalitního spánku je úprava lůžka před spaním a správné napolohování nemocného. Ztlumení světla či zhasnutí a použití nočního světla je samozřejmost. Dále by nemělo docházet k hlasitým hovorům mezi sestrami a hlasitému poslechu hudby. Pokud je to možné, je vhodné ztlumit alarmany na monitorech. Aby sestra nerušila spánek nemocného, je důležité si dobře rozvrhnout aktivity a pacienta zbytečně v noci neobtěžovat a nebudit (Trachtová, 2006).

Nedílnou součástí péče o pacienta je hygiena. Úloha ošetrovatelského personálu v této činnosti se odvíjí od pacientova stupně soběstačnosti. Způsob provedení hygieny je důležitou informací, kterou si personál sděluje během hlášení. Navíc by měla sestra před hygienou zhodnotit stav nemocného, vědomí a fyziologické funkce pacienta (Vytejková a kol., 2011). V akutní fázi polytraumatu je pacient odkázán na pomoc ošetrovatelského personálu, který provádí celkovou péči v oblasti hygieny. Ta by měla být důkladná a měla by zahrnovat i mytí vlasů a stříhání nehtů, u mužů holení vousů. Jestliže má pacient své oblíbené kosmetické přípravky a má je u sebe, je dobré, když se k hygieně využívají. Důležitá je péče o dutinu ústní (Ščeпоncová, 2010). Zvláštní péče o dutinu ústní se provádí u pacientů po operaci či úrazu v ústech, se zavedenou sondou a všude tam, kde se u pacientů zvýšeně vytvářejí hleny a ulpívají povlaky na sliznici. Jestliže se hleny neodstraní, může dojít ke zhoršenému dýchání, aspiraci či zánětlivé komplikaci (Vytejková a kol., 2011).

Péče o pacienta s polytraumatem s sebou neodmyslitelně přináší i saturaci zásadní potřeby - potřeby pacienta být bez bolesti. Bolest je nepříjemným emocionálním a senzorickým prožitkem, který je spojen se skutečným či potencionálním poškozením tkání. Prožívání bolesti je vždy subjektivní a pacientovi musí zdravotník věřit. Pacient s polytraumatem pociťuje akutní bolest, která odpovídá velmi dobře na léčbu. Pokud by nebyla dostatečně tlumena, je riziko, že by přešla do chronické perzistentní formy (Fricová, 2011). Akutní bolest představuje velkou zátěž na psychiku pacienta. Organismus pacienta reaguje na bolest následujícími změnami: tachykardií, hypertenzí, mydriázou, hyperventilací a úzkostí. Dále se projevuje poruchami spánku, nechutenstvím (Rošková, 2012). Nejvyužívanějším hodnotícím prostředkem k měření bolesti je VAS – vizuální analogová škála, kdy pacient sdělí číslo bolesti nebo ukáže na výraz obličeje na měřítku. Cílem léčby je snížení bolesti na minimální přijatelnou úroveň, anebo odstranění bolesti (Fricová, 2011). K léčbě se využívají farmakologické a nefarmakologické prostředky. Farmakologická léčba spočívá v podání analgetik (opioidy, neopioidní analgetika) v podobě injekcí, náplastí, krémů či mastí. V akutním stavu pacienta se analgetika perorálně nepodávají. Analgetika mají největší význam tehdy, pokud se podají dříve, než pacient začne pociťovat bolest. Měly by se proto podávat v pravidelných intervalech (Rošková, 2012).

Ošetřování pacienta s polytraumatem s sebou nese i péči o rány a cílem je co nejrychlejší hojení vzniklého defektu. Během hojení se nahrazuje poškozená tkáň novou a tento proces je podmíněn řadou faktorů. Základem léčby je dodržování asepse při ošetřování, pravidelná péče o ránu, zavedení drenáže v případě hnisání a převazy (Bírešová, 2012). K léčbě ran se využívá moderní obvazový materiál a technika vlhkého hojení ran. Nejnovějším způsobem hojení traumatických ran je využití podtlakové terapie – V.A.C. systému. Speciální přístroj funguje na podkladě vytváření řízeného lokálního subatmosférického podtlaku, který dopomáhá stimulovat tvorbu granulační tkáně. K tvorbě granulace dochází díky vlhkému hojení rány. Plusem tohoto systému je zabránění sekundární infekci, zmírnění otoků a zlepšení prokrvení rány. Pacienti s podtlakovou terapií se cítí mnohem lépe a ošetřování je komfortnější (Tlášková, Dolejší, 2013).

Pacient s polytraumatem je dočasně nebo trvale omezen v soběstačnosti. Je tedy na sestře, aby mu dopomohla a případně převzala veškerou péči ve zmíněných oblastech. Vždy musí dojít k prvotnímu zhodnocení soběstačnosti pomocí Barthelova testu. Jelikož je polytrauma dynamický, měnící se proces, mělo by docházet k pravidelnému přehodnocování situace a úpravě intervencí. Tím je co nejvíce podporována soběstačnost pacienta (Ščeпоňcová, 2010).

Pacient je po stabilizaci stavu na jednotce intenzivní péče přeložen na standardní oddělení, kde probíhá doléčení. Péče o pacienta s polytraumatem je komplexní a v podstatě stejná jako na JIP s tím rozdílem, že pacientova soběstačnost je na vyšší úrovni. Vždy musí být efektivně tlumena bolest, aby pacienta neomezovala v rehabilitaci a v nácviku sebeděče. Sestra saturuje pacientovy potřeby hygieny, výživy, vyprazdňování, spánku a dalších stejně důležitých potřeb. Ošetřovatelský personál by měl pacientovi dopomáhat v činnostech, které sám nezvládne.

1.2.3 Sebeděče, soběstačnost pacienta

„Sebeděče je samostatné vykonávání denních aktivit (stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování)“ (Trachtová, 2006, str. 8). Moderní ošetřovatelská péče je prováděna pomocí ošetřovatelského procesu a hlavním úkolem zdravotníka by mělo být zlepšení nebo udržení určitého stupně soběstačnosti (Zacharová, 2009). Do kategorie sebeděče spadají činnosti každodenního života, jako je hygiena, oblékání atd., které pomáhají udržet zdraví. Dospělý člověk, který je zdravý, vykonává tyto činnosti soběstačně, samostatně a bez pomoci jiných osob. V nemocničním zařízení je důležité správné a přesné zhodnocení úrovně sebeděče a soběstačnosti nemocného. Hodnocení je nezbytné pro provádění jednotlivých ošetřovatelských intervencí, pro sestavení ošetřovatelského plánu a pro vyšetřovací a léčebné zákroky. Jestliže je hodnocení nepřesné a úroveň sebeděče je špatně určená, může dojít k několika komplikacím, které mohou vyvrcholit rozvinutím imobilizačního syndromu (Trachtová, 2006).

Imobilizační syndrom je celková odezva organismu na klidový režim pacienta. Imobilita ohrožuje jedince poškozením jednoho nebo více orgánových systémů. Imobilizační syndrom je následkem imobilizace, která je vynucená nebo nutná pro stav

nemocného. K prvním následkům imobility dochází už po prvních hodinách, kdy je pacient upoután na lůžko. K patologickým změnám dojde během 7 dní. Projevy mohou probíhat skrytě (poruchy psychiky či kardiovaskulárního systému), což může pro pacienta znamenat velké nebezpečí z toho důvodu, že mohou být pozdě odhaleny. Do projevů viditelných se řadí dekubity, opruzeniny. Imobilita má vliv na veškeré fyziologické pochody v lidském těle. Dochází ke změnám v lidském organismu. Mění se funkce kardiovaskulárního systému, dýchacího, gastrointestinálního, vylučovacího, nervového a pohybového, imobilita má své důsledky i na psychice nemocného. Je tedy nutné dbát v rámci ošetrovatelských intervencí na prevenci imobilizačního syndromu (Vytejšková, R., 2011).

Vše záleží na správném zhodnocení soběstačnosti, k němuž patří i správný sběr dat o pacientovi. Sestra shromažďuje informace pomocí rozhovoru s nemocným, s jeho příbuznými, pozorováním pacienta. Jako zdroj informací se používá i příjmový list lékaře a předchozí dokumentace. Aby bylo získávání informací systematické, je vhodné využít propracované ošetrovatelské modely, např. model Oremové, Gordonové či Royové. Gordonová klasifikuje funkční úroveň sebezpečí pacienta takto: úroveň 0 nezávislý, soběstačný nemocný, úroveň 1 pacient potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení (zvládne 75% činností), úroveň 2 pacient potřebuje menší pomoc, dohled a radu (zvládne 50% činností), úroveň 3 pacient potřebuje velkou pomoc (sám zvládne méně než 25% činností), 4 pacient potřebuje úplný dohled, zcela závislý na pomoci druhých, 5 pacient potřebuje úplnou pomoc, absolutní deficit sebezpečí, žádná aktivní účast. K hodnocení úrovně sebezpečí a soběstačnosti se používají různé testy, např. již zmiňovaný Barthelův test základních všedních činností či test ošetrovatelské zátěže dle Svanborga (modifikovaný Staňkovou). Test dle Svanborga v sobě zahrnuje pohybovou schopnost, osobní hygienu, jídlo, inkontinenci moči a stolice, návštěvu toalety, dekubity a spolupráci s nemocným (Trachtová, 2006).

1.2.4 Ošetrovatelský model Oremové

„Sebezpečí je chápána jako lidská, regulatorní funkce, kterou pro sebe osoba vědomě vykonává nebo pro sebe nechá vykonávat (dependentní péče), aby zajistila

a udržela určitý stav materiálních věcí a podmínek k zachování života“ (Bekel, Halmo, 2004, s. 23). Seběpěče není fyziologická reakce, je naučená a má své určité cíle. Mezi její přední cíle patří zachování života, zdraví a uskutečnění pocitu pohody. Během života získávají lidé schopnosti, aby mohli vykonávat seběpěči. Která jednání jsou pro seběpěči správná, se učí již děti v poměrně mladém věku od svých rodičů a blízkých. Fáze učení se nevztahuje ale jen na dětský věk, člověk se učí během celého svého života. Získává nové schopnosti nebo prohlubuje již naučené. Jsou situace, které donutí člověka částečně nebo úplně změnit formu seběpěče. Do situací, které dokáží změnit formu seběpěče, spadají např. chronická onemocnění, imobilita či amputace končetin. Každý člověk provádí seběpěči tak, jak je schopen a jak mu to umožňuje jeho životní situace. Z toho vyplývá, že člověk jako individuum si vyvíjí svůj systém seběpěče (Bekel, Halmo, 2004).

Oremová se otázkou seběpěče, deficitu seběpěče a poskytování ošetrovatelské péče těm, co se o sebe nedokáží sami postarat, začala zabývat v 50. letech. Dle Oremové ošetrování poskytuje profesionální pomoc lidem s neschopností, tedy deficitem postarat se o sebe. Pomáhá těm, co nejsou schopni splnit požadavky na soběstačnost, protože požadavky jsou důležité pro zdravou existenci člověka. Oremová dále zjistila, že lidé, kteří potřebují lékařskou péči, ne vždy potřebují péči ošetrovatelskou. Ta je nutná v případě, že má pacient deficit seběpěče. V životě dochází k situacím, kdy člověk potřebuje péči (stáří, nemoc). V případě, že má člověk dostatek vůle, síly, schopností a podmínek, může si péči zajistit sám nebo s pomocí. Pokud se tak nestane, je nutnost ošetrovatelské péče (Farkašová, 2006). Cílem ošetrovatelství dle Oremové je taková úroveň seběpěče pacienta, aby si udržel optimální zdravotní stav (Pavlíková, 2006). *„Péče jedince o sebe sama vychází z potřeb udržení normální funkce organismu, udržení života a zdraví“* (Pavlíková, 2006, str. 55).

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl

1. Zjistit rozdíl v rozsahu poskytované péče u pacienta s polytraumatem na JIP a na standardní ošetrovací jednotce v souvislosti s mírou sebepéče.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak posuzují sestry soběstačnost pacienta s polytraumatem na JIP a na standardní ošetrovací jednotce?
2. Jakým způsobem provádí sestry ošetrovatelskou péči u pacienta s polytraumatem na standardní ošetrovací jednotce?
3. Jakým způsobem provádí sestry ošetrovatelskou péči u pacienta s polytraumatem na JIP?

3. METODIKA PRÁCE

3.1 Metoda práce

V rámci výzkumu bylo zvoleno kvalitativní šetření, které bylo provedeno pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření probíhalo po souhlasném stanovisku hlavní sestry a vrchní sestry na traumatologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. během měsíce března a dubna 2013. Byly stanoveny okruhy otázek pro sestry (Příloha 1) a okruhy otázek pro pacienty (Příloha 2). Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně převedeny do písemné podoby. Rozhovor byl veden s každým respondentem individuálně po předchozím vysvětlení účelu výzkumného šetření. Respondenti byli ujištěni o anonymitě dat, a o tom, že informace poslouží pouze pro účely výzkumu k této bakalářské práci.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem deset sester pracujících na traumatologickém oddělení a tři pacienti s polytraumatem. Kritériem pro výběr sester bylo jejich současné pracovní působení na traumatologickém oddělení a ochota participovat na výzkumném šetření. Do výzkumného souboru bylo zahrnuto 5 sester z traumatologické JIP, které jsou označeny jako respondentky č. 1 – 5, a 5 sester ze standardního oddělení označeny jako respondentky č. 6 - 10. Kritériem pro výběr pacientů byla jejich hospitalizace na daném oddělení a schopnost pacientů poskytnout rozhovor a uplatnit svůj názor na danou problematiku. 1 pacientka byla hospitalizovaná na JIP a 2 pacienti na standardním oddělení. Ve výzkumném šetření jsou pacienti označeni jako respondenti č. 11 – 13.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Rozhovory se sestrami na JIP

Respondent č. 1

Setkáváte se často s pacienty s polytraumatem? Mám na mysli, zda se s nimi setkáte alespoň 1x týdně?

To se dá těžko určit. Záleží na období.

Jak byste definoval pojem soběstačnost a sebek péče?

Soběstačnost a sebek péči chápu jako stejný pojem. Pacient je nezávislý na okolí.

Jakým způsobem hodnotíte soběstačnost?

Barthelem.

Víte, jaké kategorie obsahuje Barthelův test? Pokud ano, vyjmenujte mi je.

Chůze po rovině a po schodech, přesun z lůžka, vyprazdňování. Na další si bohužel nevzpomenu.

Myslíte si, že Barthelův test dostatečně poukazuje na pacientovu míru soběstačnosti?

Test vyhodnotí stupeň nezávislosti pacienta a na některých odděleních je dostatečný, ale na naší JIP je nedostatečný a částečně nepoužitelný. Pro JIP by se měl upravit, některé body vynechat - chůzi a přesun.

Kolikrát během hospitalizace pacienta hodnotíte jeho soběstačnost?

2x dle tabulek.

Sdělujete si při předání směny informace o pacientově změně úrovně soběstačnosti?

Ano, sdělujeme. Zmiňujeme se, jak rehabilitoval, jestli se sám napije, nají či umyje.

Jak podporujete pacientovu soběstačnost?

Tak nejdříve ho psychicky motivujeme a podporujeme a vysvětlujeme mu, co a jak může dělat. To, co zvládne sám, ho necháme udělat. Jedná se o hygienu a stravování, někdy vyprazdňování. Celá ošetrovatelská péče záleží na stavu pacienta a na jeho soběstačnosti. Pokud něco nezvládne, tak ho vysloveně nenutíme.

Jak provádíte ranní hygienickou péči u pacienta s polytraumatem?

V akutní fázi ji provádíme my. Pacienta celého omyjeme. Po zlepšení stavu, když je toho pacient schopen, si hygienu provede částečně sám. Většinou si umyjí obličej a hrudník a zbytek jim domyjeme my.

Jakým způsobem saturujete pacientovy ostatní potřeby?

Vše záleží na rozsahu polytraumatu. Mohou mít zavedenou sondu a krmí se přes ni nebo je podávána strava infuzí. Když mohou přijímat stravu per os, tak je buď krmíme, nebo se snažíme, aby jedli sami. Když se mohou sami napít, tak dáváme pacientům místo brček hadičky od setů. Je to pro ně snadnější, než kdyby měli pít rovnou ze skleničky. Pro ně je to také lepší pocit.

Pacienti mohou mít PMK, nebo močí do bažanta či mísy.

Jakým způsobem dbáte na dostatečné monitorování a tlumení bolesti?

Pokud jsou toho schopni, tak se pacientů ptáme na bolest, sledujeme mimiku. Jinak podáváme analgetika dle rozpisu. Vše zapisujeme. Analgetika podáváme i.m., i.v. Bolest tlumíme i pomocí ledu.

Jakým způsobem zajišťujete pacientovi dostatečný a kvalitní spánek?

Podáváme hypnotika dle ordinace, upravujeme lůžka, zapínáme noční světlo. Co se týče alarmů na monitorech, tak ty vypínáme jen u stabilizovaných pacientů. Dále tlumíme bolest.

Využíváte nějaké pomůcky, které pomáhají pacientovi při nácvičování soběstačnosti?

Využíváme hrazdičku a postranice. Jako pomůcka se dá počítat i hadička na pití a bažant.

Kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost?

Sestry. Rehabilitační sestry sem sice docházejí, ale snaží se jen o rozhýbání a nacvičení dýchání. Na nic jiného se nezaměřují. U pacientů s polytraumatem by měli docházet i dvakrát denně, ale chodí pouze jednou.

Respondentka č. 2

Setkáváte se často s pacienty s polytraumatem? Mám na mysli, zda se s nimi setkáte alespoň 1x týdně?

Záleží na období. Někdy míváme dvě do týdne, jiný týden ani jedno.

Jak byste definovala pojem soběstačnost a sebekéče?

Soběstačnost je samostatnost člověka při vykonávání různých činností. Sebekéče je to, co si pro sebe člověk sám udělá.

Jakým způsobem hodnotíte soběstačnost?

Barthelovým testem.

Víte, jaké kategorie obsahuje Barthelův test? Pokud ano, vyjmenujte mi je.

Najedení, napití, vyprazdňování, inkontinence, hygiena, přesun, chůze po rovině a po schodech, využití WC.

Myslíte si, že Barthelův test dostatečně poukazuje na pacientovu míru soběstačnosti?

Na některém oddělení možná, ale na traumatologické JIP ne. Je nevyhovující. Chůze a přesun se nemůže na našem oddělení hodnotit.

Kolikrát během hospitalizace pacienta hodnotíte jeho soběstačnost?

Při příjmu a při propuštění, lépe řečeno při překladu.

Sdělujete si při předání směny informace o pacientově změně úrovně soběstačnosti?

Sdělujeme si, zda si některé činnosti zvládnul sám udělat. Jedná se o hygienu a stravování. Také se ptáme, jestli u pacientů byla rehabilitační sestra.

Jak podporujete pacientovu soběstačnost?

Po úpravě stavu pacienta aktivizuje v činnostech, které by měl sám dělat. Necháme ho, ať si umyje obličej, ruce a hrudník. Zbytek domyjeme my. Při stravování jim jídlo připravíme, případně nakrájíme a zkouší jíst sami. Někteří mají u nás zavedené sondy, tak se jim strava podává přes sondu. Na pití používáme hadičky od setů, pacienti se tak mohou sami napít a nemusí pokaždé někoho prosit. U vyprazdňování, pokud to jde, mají muži bažanta a mohou si tuto potřebu uspokojit sami. Když mají cévku, není co řešit. Ženám, když nemají cévku, se dává podložní mísa.

Jakým způsobem dbáte na dostatečné monitorování a tlumení bolesti?

Pacientů netlumených a orientovaných se na bolest ptáme. Jinak sledujeme fyziologické funkce, mimiku. Analgetika aplikujeme tedy na požádání nebo dle ordinace. Sledujeme VAS a zapisujeme ji do dokumentace. Bolest tlumíme i nefarmakologicky a to elevací a aplikací ledu. Vždy pacienty upozorňujeme, aby nám hned řekli, že je něco bolí a nenechali si bolest „rozjet“.

Jakým způsobem zajišťujete pacientovi dostatečný a kvalitní spánek?

Alarmy na monitorech vypínáme jen u těch pacientů, u kterých si to můžeme dovolit. Nejdůležitější pro kvalitní spánek je tlumení bolesti a hypnotika. Jinak úprava lůžka je základ. Dále vypínáme ostré světlo a zapínáme noční osvětlení.

Využíváte nějaké pomůcky, které pomáhají pacientovi při nácviku soběstačnosti?

Hadičku od setů využíváme často, to pacientům pomáhá hodně. Navíc nejsou na nikom závislí. To samé u mužů, když používají bažanta. Jako pomůcku můžeme počítat i hrazdičku a postranici.

Motivujete pacienta k nácviku soběstačnosti? Pokud ano, jakým způsobem.

Nejvíce se snažíme je psychicky podpořit. Chválíme je za každý pokrok. I když se dokáží sami napít, tak je to velký úspěch.

Kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost?

Měli by to být rehabilitační pracovníci, ale tak to bohužel nefunguje. Ti s nimi nacvičují izometrická a další cvičení na končetiny, dále cviky na lepší dýchání. Jinak zlepšení soběstačnosti je moc nezajímá, od toho jsme tu my.

Respondentka č. 3

Setkáváte se často s pacienty s polytraumatem? Mám na mysli, zda se s nimi setkáte alespoň 1x týdně?

Jednou do týdne ano, častěji ale ne. Záleží na období.

Jak byste definovala pojem soběstačnost a sebepéče?

Soběstačnost je jak je pacient schopný zvládnout základní úkony v péči o sebe sama. Sebepéče je to samé.

Jakým způsobem hodnotíte soběstačnost?

Barthelem.

Víte, jaké kategorie obsahuje Barthelův test? Pokud ano, vyjmenujte mi je.

Najedení a napití, chůze po schodech, chůze po rovině, použití WC, vyprazdňování, inkontinence stolice a moče, hygiena, přesun.

Myslíte si, že Barthelův test dostatečně poukazuje na pacientovu míru soběstačnosti?

Třeba na traumatologickém standardu si myslím, že ano. My na JIPce bychom potřebovali upravenou verzi. Jak může u pacienta s polytraumatem, který má přísný klid na lůžku, ukázat skutečnou soběstačnost? Automaticky mu jdou body dolů za chůzi, přesun, použití WC. Myslím si, že to není směrodatné.

Kolikrát během hospitalizace pacienta hodnotíte jeho soběstačnost?

Při příjmu pacienta a při propuštění.

Sděluje si při předání směny informace o pacientově změně úrovně soběstačnosti?

Předáváme si hlášení o tom, zda se pacient zlepšil. Zda se sám umyl, najedl. Jak rehabilitoval.

Jak podporujete pacientovu soběstačnost?

Pokud mu to jeho stav dovolí, snažíme se ho aktivizovat. Samozřejmě ho nevertikalizujeme. U nás se jedná o činnosti, které si dovede provést sám na lůžku. Nejvíce ho aktivizujeme ve stravování, pití a hygieně.

Jak provádíte ranní hygienickou péči u pacienta s polytraumatem?

Když je k nám pacient přivezen, celou hygienu zajišťujeme my. Postupem času, po zlepšení stavu, se snažíme, aby si zkusil pacient hygienu sám. Zprvu si zvládne umýt obličej, pak hrudník a ruce. Na pacienta v žádném případě nechvátáme. Vše záleží i na přání pacienta, když si přeje, abychom ho umyli, tak to uděláme. Nesmí to tak být ale každý den. Při hygieně je důležitá také péče o dutinu ústní. Buď to samotné čištění zubů, nebo zvláštní péče o ústa. Opět si zuby vyčistí buď pacient, či my.

Jakým způsobem saturujete pacientovy ostatní potřeby?

Pacienti mohou mít PMK a pokud ho nemají, vyprazdňování moče je zajištěno s pomocí bažanta či mísy. Vyprazdňování stolice je převážně na podložní mísy, když si pacient řekne.

Stravování je u vážných polytraumat zajištěno sondou nebo parenterální výživou. Po úpravě stavu pacienta krmíme, nebo mu jídlo připravíme. Většinou zamícháme, protože mívají kašovitou stravu. Samozřejmě ne všichni pacienti. Záleží na rozsahu poranění. Pokud mohou pacienti přijímat tekutiny a zvládnou to sami, tak jim do hrnečku dáváme zkrácenou hadičku od setu. Většina pacientů je ráda, že jsou soběstační alespoň v pití, že to zvládnou sami.

Jakým způsobem dbáte na dostatečné monitorování a tlumení bolesti?

Na bolest se ptáme, zapisujeme VAS a aplikujeme analgetika dle ordinace. Po podání sledujeme účinek a zaznamenáváme. Na tlumení bolesti také využíváme led. Teplo se moc nevyužívá.

Jakým způsobem zajišťujete pacientovi dostatečný a kvalitní spánek?

Upravujeme lůžko, podáváme hypnotika, tlumíme bolest. Alarmy můžeme vypnout jen u stabilizovaných pacientů.

Využíváte nějaké pomůcky, které pomáhají pacientovi při nácviku soběstačnosti?

Bažant, brčko, hadička od setu, postranice, hrazdička.

Motivujete pacienta k nácviku soběstačnosti? Pokud ano, jakým způsobem.

Nejdůležitější je psychická podpora a chválení. Motivace do budoucna. Například, že když nebudou chtít sami jíst, tak mohou skončit i na ONP. To někdy zabírá. Musíme být na pacienty určitým způsobem tvrdí.

Kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost?

Na našem oddělení nejvíce sestry.

Respondentka č. 4

Setkáváte se často s pacienty s polytraumatem? Mám na mysli, zda se s nimi setkáte alespoň 1x týdně?

Tak to určitě ne, záleží na období.

Jak byste definovala pojem soběstačnost a sebeděče?

Sebeděče je péče o sebe sama. Jak člověk zvládne aktivity denního života. Soběstačnost je to samé.

Jakým způsobem hodnotíte soběstačnost?

Test dle Barthela.

Víte, jaké kategorie obsahuje Barthelův test? Pokud ano, vyjmenujte mi je.

Chůze po rovině a do schodů, stravování, hygiena, vyprazdňování, přesun.

Myslíte si, že Barthelův test dostatečně poukazuje na pacientovu míru soběstačnosti?

To si nemyslím. Na naše oddělení by se více hodila nějaká upravená verze, která by se zaměřovala více na to stravování a hygienu.

Kolikrát během hospitalizace pacienta hodnotíte jeho soběstačnost?

Při příjmu a při propuštění nebo při přeložení.

Sděluje si při předání směny informace o pacientově změně úrovně soběstačnosti?

Sdělujeme si změnu GCS, vědomí. Informujeme se o tom, zda pacient rehabilitoval a jaký je pokrok. To samé u hygieny, vylučování a stravování. Jestli něco zvládnul sám.

Jak podporujete pacientovu soběstačnost?

Tak nejvíce ho podporujeme v činnostech, které může zvládnout na lůžku. Snažíme se o to, aby se sami najedli, napili a částečně se umyli. Jsme rádi, když si po zlepšení stavu sami vyčistí zuby, umyjí obličej a hrudník. V tom pacienta maximálně podporujeme. Samozřejmě by bylo pro nás jednodušší a rychlejší vše udělat sami, ale pacientovi by to nepomohlo. To samé platí u jídla, nesmíme na ně chvátat a oni, když se snaží, se najedí sami. Když se chtějí pacienti napít a ruce mají v pořádku, dáváme jim hadičky na pití. Lépe se jim z nich pije než ze samotných skleniček. Ve vyprazdňování je moc v soběstačnosti podporovat nemůžeme. U mužů, pokud nemají PMK, tak jim dáme k lůžku bažanta a ať se vyprazdňují sami. U žen je to horší, těm musíme dát podložní mísu, tu by si samy nedaly.

Jakým způsobem dbáte na dostatečné monitorování a tlumení bolesti?

Využíváme stupnici VAS, na bolest se schopných pacientů ptáme. Podáváme analgetika opiátové i neopiátové řady.

Jakým způsobem zajišťujete pacientovi dostatečný a kvalitní spánek?

Taková ta klasika – upravujeme lůžko, úprava pacientovy polohy, tlumení bolesti. Podáváme hypnotika, antidepresiva. Tlumíme světlo a snažíme se minimalizovat hluk.

Využíváte nějaké pomůcky, které pomáhají pacientovi při nácviku soběstačnosti?

Tady toho moc využívat nemůžeme. Ale jako pomůcky se dá používat bažant, hadička od setu, postranice a hrazdička.

Motivujete pacienta k nácviku soběstačnosti? Pokud ano, jakým způsobem.

Nejvíce je psychicky podporujeme a pak motivuje v činnostech, které budou provádět nebo provádějí. Chválíme je například při mytí, jídle.

Kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost?

My sestry.

Respondentka č. 5

Setkáváte se často s pacienty s polytraumatem? Mám na mysli, zda se s nimi setkáte alespoň 1x týdně?

1 x týdně možná ano, ale častěji ne.

Jak byste definovala pojem soběstačnost a sebeděče?

Soběstačnost a sebeděče znamená to, jak je člověk schopný se o sebe postarat.

Jakým způsobem hodnotíte soběstačnost?

Barthelův test. Rehabilitační mají ještě jiné testy.

Víte, jaké kategorie obsahuje Barthelův test? Pokud ano, vyjmenujte mi je.

Vyprazdňování, používání WC, stravování a pití, hygiena, chůze, chůze do schodů, oblékání, přesun.

Myslíte si, že Barthelův test dostatečně poukazuje na pacientovu míru soběstačnosti?

Nemyslím. Protože použití WC a pohyb se u nás nemůže absolutně hodnotit. Všichni pacienti s polytraumatem, i kdyby měli končetiny v pořádku, mají přísný klid na lůžku.

Kolikrát během hospitalizace pacienta hodnotíte jeho soběstačnost?

2x během hospitalizace. Při příjmu a propuštění.

Sdělujete si při předání směny informace o pacientově změně úrovně soběstačnosti?

Ano, sdělujeme. Je to důležité proto, aby další směna věděla, jak má s pacientem zacházet.

Jak podporujete pacientovu soběstačnost?

Necháváme ho provádět činnosti, které zvládne sám. Když se sám otočí, tak ho neotáčíme. Když si zvládne umýt obličej, nemyjeme mu ho my, ale domyjeme zbytek těla.

Jak provádíte ranní hygienickou péči u pacienta s polytraumatem?

Hygienu u nás provádějí ošetřovatelky. Záleží na tom, co pacient zvládne. Zpočátku provádí hygienu ošetřovatelky, pak aktivizují pacienta, aby si umyl obličej, ruce, hrudník.

Jakým způsobem saturujete pacientovi ostatní potřeby?

Co se týče stravování, tak ošetřovatelky krmí ty pacienty, kteří nemohou sami jíst. Zase se snažíme, aby to co nejdříve zvládli sami. Jídlo se jim nakrájí, zamíchá. Pokud nemohou samo jíst, tak se krmí. Tekutiny jim dáváme pít buď z hrnečku, s brčkem nebo stříkačkou. Pokud si pacienti sami zvládnou vzít hrneček, tak jim dáváme do hrnečku místo brčka hadičku od setu, kterou pijí snadněji. Pacienti jsou tak samostatnější.

Ve vyprazdňování pacienty s polytraumatem moc aktivizovat nemůžeme. Většinou mají PMK. Na záchod chodit nemohou, mísu jim dáváme my nebo ošetřovatelky. U mužů lze využít bažanta.

Jakým způsobem dbáte na dostatečné monitorování a tlumení bolesti?

Sledujeme a tlumíme bolest dle standardu a dle ordinace lékaře. K tlumení využíváme jak léky, tak led na operační rány, zlomeniny, otoky. Někdy pomáhá i elevace končetiny.

Jakým způsobem zajišťujete pacientovi dostatečný a kvalitní spánek?

Nejdůležitější je snížení či odstranění bolesti. Dále podáváme hypnotika, také antidepressiva. Co se týče alarmů, ty vypínáme jen u některých pacientů. Klidu tu moc v noci pacienti nemají. Dále pacienty napoložujeme.

Využíváte nějaké pomůcky, které pomáhají pacientovi při nácviku soběstačnosti?

Hadička od setu, brčko, bažant, ten se dá také počítat jako pomůcka.

Motivujete pacienta k nácviku soběstačnosti? Pokud ano, jakým způsobem.

Psychická motivace.

Kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost?

Měli by to být rehabilitační pracovníci, ale ti pacientovi v získání soběstačnosti nepomáhají. Ani je řádně nerozcvičí. Nejvíce s ním nacvičujeme my.

4.2 Rozhovory se sestrami na standardním oddělení

Respondentka č. 6

Setkáváte se často s pacienty s polytraumatem? Mám na mysli, zda se s nimi setkáte alespoň 1x týdně?

S pacienty, kteří utrpěli polytrauma se tu setkáváme opravdu často. Řekla bych dvakrát do týdne.

Jak byste definovala pojem soběstačnost a sebekéče?

Soběstačnost znamená, jak je pacient schopný. Sebekéče je, jak je člověk soběstačný v hygienických potřebách a stravování.

Jakým způsobem hodnotíte soběstačnost?

Používáme Barthelův test.

Víte, jaké kategorie obsahuje Barthelův test? Pokud ano, vyjmenujte mi je.

Najedení a napití, přesun z lůžka na židli, oblékání, hygiena, koupání, chůze po rovině (nad 50 m, do 50 m, na vozíčku), chůze do schodů, použití WC, kontinence moče, kontinence stolice. U všech bodů se uvádí, jestli to pacient provede sám, s pomocí nebo neprovede.

Myslíte si, že Barthelův test dostatečně poukazuje na pacientovu míru soběstačnosti?

Ano, to si myslím. Podle mě je těch 10 bodů, které test obsahuje, pro pacienta nejdůležitějších.

Kolikrát během hospitalizace pacienta hodnotíte jeho soběstačnost?

Hodnotíme ji při příjmu a při propuštění. I když si myslím, že by bylo vhodné provádět hodnocení častěji.

Sdělujete si při předání směny informace o pacientově změně úrovně soběstačnosti?

Nesdělujeme si to. Jen u některého pacienta se zmíníme, že vertikalizoval.

Jak podporujete pacientovu soběstačnost?

Vertikalizací po úpravě stavu, doprovodem do koupelny. Při hygieně, pokud se chce sám umýt, tak mu to umožníme.

Provádíte ošetrovatelskou péči s ohledem na jeho sebepéči?

Ano, provádíme. Když se cítí na to, že některé věci zvládne sám, tak ho necháme.

Jak provádíte ranní hygienickou péči u pacienta s polytraumatem?

U nás provádějí hygienu ošetrovatelky. Dopomáhají pacientům v činnostech, které nezvládají. Tady záleží na domluvě. Pokud to jeho zranění dovoluje, odvede se k umyvadlu nebo do sprchy. Když musí zůstat na lůžku a je schopný se umýt, dostane umyvadlo k lůžku a ošetrovatelky mu domyjí zbytek. Jestliže jsou pacienti nesoběstační, celou hygienu provedou ošetrovatelky.

Jakým způsobem saturujete pacientovy ostatní potřeby?

Záleží na režimu pacienta, poranění. Pacienti mohou mít PMK. Jestliže nemají PMK a nesmí vstávat, dáváme mužům bažanta a ženám podložní mísu. Pacientům, kteří jsou inkontinentní, dáváme plenu. Při vyprazdňování stolice využíváme mísu a také pleny. Pokud smí pacienti chodit, doprovázíme je na WC. Gramofon tady nemáme. Jinak pacientům dáváme na dosah zvoneček.

Stravování pacientů probíhá na pokoji a většina se nají sama. Pokud nemohou sami jíst, tak je krmí ošetrovatelky anebo jim alespoň jídlo připraví a oni se zkusí najíst sami.

Jakým způsobem dbáte na dostatečné monitorování a tlumení bolesti?

Pacientů se ptáme, zda nemají bolest. Upozorňujeme je na to, aby si vždy řekli, jestli je něco bolí. Pokud je něco bolí, podáme analgetika dle dekurzu a vše zaznamenáme. Do dekurzu zapisujeme VAS 3. Když analgetika nezabírají, podáme další. Když podáváme opiáty, většinou udáváme VAS 5 a kontrolujeme, zda pomohly. Pokud ne, dáme pacientovi další analgetika neopiátového typu. Pacientovi se snažíme zbavit bolest i polohováním končetin, elevací a aplikací chladu. Aplikaci tepla moc nevyužíváme.

Jakým způsobem zajišťujete pacientovi dostatečný a kvalitní spánek?

Rozvržením činností tak, abychom pacienta v noci zbytečně nebudili. Dostatečné tlumení bolesti. Ve 22. hodin rozdáváme hypnotika. Ještě je důležité, aby pacienti přes den nespali.

Využíváte nějaké pomůcky, které pomáhají pacientovi při nácviku soběstačnosti?

Používáme hrazdičku, chodítka, motodlahu, berle, postranice, vozíček.

Motivujete pacienta k nácviku soběstačnosti? Pokud ano, jakým způsobem.

Vždy se snažíme pacienta podpořit po psychické stránce. Vysvětlujeme mu, co se může stát, pokud nebude rehabilitovat a nebude se snažit. Dbáme na rychlé rozhýbání, rozpohybování, a aby co nejrychleji proběhla rehabilitace. Cílem je, aby byl pacient schopný.

Kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost?

Nejvíce s ním cvičí a zvyšují soběstačnost rehabilitační sestry. Sestry a ošetřovatelky se na tom podílejí také.

Respondentka č. 7

Setkáváte se často s pacienty s polytraumatem? Mám na mysli, zda se s nimi setkáte alespoň 1x týdně?

Jednou do týdne určitě.

Jak byste definovala pojem soběstačnost a sebeděče?

Soběstačnost znamená, že si člověk obstará základní úkony a to i v civilním životě. Zvládne si dojít na úřad, dokáže si telefonicky vyřídit nějaké věci. Sebeděče je péče v užším slova smyslu. Dokáže se sám například napít, najíst.

Jakým způsobem hodnotíte soběstačnost?

My používáme Barthelův test. Nic jiného ani neznám.

Víte, jaké kategorie obsahuje Barthelův test? Pokud ano, vyjmenujte mi je.

Tak těch kategorií je deset. Chůze po rovině, chůze do schodů, oblékání, najedení a napití, hygiena, přesun z lůžka, umytí, vylučování. Buď pacient zvládne vše sám, s pomocí nebo to neprovede. U chůze je použití pomůcek.

Myslíte si, že Barthelův test dostatečně poukazuje na pacientovu míru soběstačnosti?

Myslím si, že na něco test poukazuje, ale není to úplně objektivní a dostačující. Vyjdou sice nějaké body, ale lze se podle nich velmi těžko řídit. Například u starého člověka a u mladého vyjde stejný počet bodů, ale už logicky vyplývá, že každý má úplně jinou soběstačnost a každý má problém někde jinde.

Kolikrát během hospitalizace pacienta hodnotíte jeho soběstačnost?

Při příjmu a při propuštění.

Sděluje si při předání směny informace o pacientově změně úrovně soběstačnosti?

Sděluje si, zda již chodil. Jestli se sám napije, nají a obstará ty základní věci.

Jak podporujete pacientovu soběstačnost?

Záleží na tom, zda chce být pacient vůbec soběstačný. Některým lidem vyhovuje, že o ně člověk pečuje. Jinak mu samozřejmě pomáháme chodit. Důležité jsou informace o tom, co může a nemůže dělat.

Provádíte ošetrovatelskou péči s ohledem na jeho sebepéči?

Ano. Co zvládne, necháme ho, ať si to udělá. Tady záleží na věku a na rozsahu polytraumatu.

Jak provádíte ranní hygienickou péči u pacienta s polytraumatem?

Vše se odvíjí od toho, jaké má pacient zranění, léčebný režim a jak je soběstačný. Pokud to jeho zranění dovoluje, odvede se do sprchy, popřípadě k umyvadlu. Když musí zůstat na lůžku a je schopný se sám umýt, dostane umyvadlo k lůžku. Ošetřovatelky, které převážně provádějí hygienickou péči, pak umyjí pacientovi zbytek. Jestliže je pacient nesoběstačný, celou hygienu provádějí ošetřovatelky.

Jakým způsobem saturujete pacientovy ostatní potřeby?

Stravování probíhá na pokoji. Těm pacientům, kteří to potřebují, se jídlo připraví – nakrájí, nebo se krmí. Napít se většina pacientů zvládne sama. Těm, co se nemůžou moc hýbat, se dávají k pití hadičky ze setů. Vleže se jim pak takto lépe pije a jsou samostatní. Jinak u starších lidí kontrolujeme, kolik toho vypili a tekutiny jim i nabízíme. Způsob vyprazdňování závisí na poranění a na režimu. Pacienti, kteří mají vnitřní poranění, mají přísný klid na lůžku a na lůžku se musejí i vyprazdňovat. Pokud to jde, mají muži bažanta. Jinak využíváme mísu, u inkontinentních plenky. PMK má u nás málo pacientů, většinou se jim ruší již na JIPce. Gramofon u nás nevyužíváme, pokud se hůře pohybují, pacienty vozíme na WC.

Jakým způsobem dbáte na dostatečné monitorování a tlumení bolesti?

Dle nového standardu musíme bolest první 3 dny monitorovat po 6 hodinách. Další den po 8 hodinách a poté dle lékaře. Analgetika podáváme dle lékaře. Způsob podání si

může zvolit i pacient. Někdo si vezme raději tabletu, jiný injekci a někdo si nechá zkápnout infuzi. Máme i nový formulář na stupnici VAS. Po podání analgetik je kontrola pacienta každou hodinu. K tlumení využíváme analgetika a led.

Jakým způsobem zajišťujete pacientovi dostatečný a kvalitní spánek?

Většinou podáváme hypnotika a analgetika. Úprava lůžka, napolohování, vyvětrání. Během noci se snažíme všechny činnosti načasovat, abychom nerušili pacienty. Světlo na pokoji rozsvěcujeme jen v nejnútnejších případech, jinak používáme noční světlo anebo světlo z chodby. Někdy ale musíme chodit na pokoj každou hodinu a to při měření tlaku u poranění hlavy.

Využíváte nějaké pomůcky, které pomáhají pacientovi při nácviku soběstačnosti?

Hrazdičky, postranice, berle, chodítko, hadičky na pití.

Motivujete pacienta k nácviku soběstačnosti? Pokud ano, jakým způsobem.

Motivujeme, ale je to velmi svízelné a někdy to jde těžko. Pacienti s polytraumatem k nám přicházejí z JIP, kde se jim plně věnují a oni si na to svým způsobem zvyknou. Když jsou u nás, tak si spoustu činností musejí udělat sami a občas to berou tak, že se jim málo věnujeme, nechceme to dělat. Přitom se snažíme, aby se osamostatnili, ale oni to vnímají negativně. Tak si to myslím já, že si to špatně vyloží a berou to tak, že jim nechceme pomoci. Samozřejmě jim vše vysvětlujeme, ukazujeme jim, co a jak mají dělat a snažíme se je psychicky podpořit.

Kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost?

Rehabilitační sestry s pacienty nacvičují vertikalizaci, provádějí cévní cvičení a to, co vyplývá z operačního protokolu. Jiné věci s nimi nenacvičují. Aby se zvládli pacienti o sebe postarat v denních činnostech, nacvičují se sestrami a ošetřovatelkami. Ošetřovatelky je aktivizují v hygieně, stravování, oblékání.

Respondentka č. 8

Setkáváte se často s pacienty s polytraumatem? Mám na mysli, zda se s nimi setkáte alespoň 1x týdně?

Jedenkrát do týdne ano. Záleží na období. V létě je míváme častěji, klidně i třikrát do týdne.

Jak byste definovala pojem soběstačnost a sebeděče?

Soběstačnost je schopnost pacienta postarat se sám o sebe, uspokojovat základní potřeby. Sebeděče je péče o sebe sama na nějaké úrovni.

Jakým způsobem hodnotíte soběstačnost?

Barthelem.

Víte, jaké kategorie obsahuje Barthelův test? Pokud ano, vyjmenujte mi je.

Najedení, napití, osobní hygiena, vykoupání, použití WC, oblékání, chůze, chůze do schodů. Na víc si bohužel nevzpomenu.

Myslíte si, že Barthelův test dostatečně poukazuje na pacientovu míru soběstačnosti?

Ano. Je to jednoduchý, ale účelný test.

Kolikrát během hospitalizace pacienta hodnotíte jeho soběstačnost?

Při příjmu a při propuštění. Ale u pacientů s polytraumatem, protože jsou u nás dlouho, bych ji hodnotila častěji.

Sděluje si při předání směny informace o pacientově změně úrovně soběstačnosti?

Ano, sdělujeme si, jestli se už postavil, sám se najedl a umyl.

Jak podporujete pacientovu soběstačnost?

Přípravou jídla a ze začátku dopomoc. Když je pacient schopný se sám najíst, tak ho necháme. U pití využíváme hadičky. Pacienti pak mají lepší pocit, že se snáze napijí a nemusejí nikoho prosit. Mladší pacienti se více snaží, u starších lidí je ta péče a podpora složitější.

Provádíte ošetrovatelskou péči s ohledem na jeho sebeděči?

Ano. Za pacienta v podstatě neprovádíme nic, co zvládne sám.

Jak provádíte ranní hygienickou péči u pacienta s polytraumatem?

Tu zajišťují ošetrovatelky a provádějí ji dle pacientovy soběstačnosti. Nejdříve rozdají umyvadla těm, co se sami umyjí, nebo doprovodí do sprchy či k umyvadlu. Poté domyjí zbytek částečně soběstačným pacientům. Úplně nesoběstačné pacienty myjí naposled.

Jakým způsobem saturujete pacientovy ostatní potřeby?

Stravování a vyprazdňování provádíme dle pacientovy soběstačnosti. K vyprazdňování používáme bažanta, mísu, plenkové kalhotky. Pacienti, kteří mohou vstát, doprovázíme na WC, nebo je převezeme na vozíčku. Co se týče stravování, tak se jim většinou jídlo

připraví, nakrájí a zamíchá. Většina pacientů je schopná se najíst sama. U pití využíváme ty hadičky od setů.

Jakým způsobem dbáte na dostatečné monitorování a tlumení bolesti?

Bolest první tři dny monitorujeme po 8 hodinách a dále dle ordinace ve 20 hodin. Po aplikaci analgetik se musíme každou hodinu chodit ptát, zda bolest ustoupila. Mně osobně se zdá obcházení pacientů každou hodinu zbytečné, protože pacienti jsou poučeni o tom, že když jim to nepomůže, tak ať si zazvoní. Navíc večer objíždíme s lékárnou, s noční lékárnou a pacienti tak vůbec nemají klid. Zapisujeme VAS. Ptáme se pacienta na bolest. Ke snížení bolesti dále dáváme led a končetinu elevujeme.

Jakým způsobem zajišťujete pacientovi dostatečný a kvalitní spánek?

Nejdůležitější je tlumení bolesti a podávání hypnotik. Jinak se snažíme na pokoj v noci moc často nechodit.

Využíváte nějaké pomůcky, které pomáhají pacientovi při nácviku soběstačnosti?

Bažant, hadička na pití, berle.

Motivujete pacienta k nácviku soběstačnosti? Pokud ano, jakým způsobem.

Snažíme se, ať si některé věci zkusí sami. Vysvětlujeme jim, že až budou doma, musí to umět. Při chůzi je třeba motivujeme tím, že doma pak mohou chodit na procházku. Samozřejmě je nejdůležitější psychická podpora.

Kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost?

U nás asi ošetřovatelka, která je aktivizuje v krmení, hygieně. Dále pak sestry. Rehabilitační sestry s nimi nacvičují chůzi. Nejvhodnější by byli na nacvičení soběstačnosti ergoterapeuti, ale to v této nemocnici nefunguje.

Respondentka č. 9

Setkáváte se často s pacienty s polytraumatem? Mám na mysli, zda se s nimi setkáte alespoň 1x týdně?

1x do týdne ano.

Jak byste definovala pojem soběstačnost a sebeděče?

Jsou to stejné pojmy a vyjadřují samostatné vykonávání denních aktivit.

Jakým způsobem hodnotíte soběstačnost?

Barthelovým testem.

Víte, jaké kategorie obsahuje Barthelův test? Pokud ano, vyjmenujte mi je.

Hygiena, stravování, oblékání, chůze do schodů a po rovině, přesun, používání pomůcek.

Myslíte si, že Barthelův test dostatečně poukazuje na pacientovu míru soběstačnosti?

Tak je to jednoduchý test, ale o soběstačnosti nám moc toho nevypráví. Vím třeba, že rehabilitační sestry mají testy, které jsou detailněji vypracované.

Kolikrát během hospitalizace pacienta hodnotíte jeho soběstačnost?

2x.

Sdělujete si při předání směny informace o pacientově změně úrovně soběstačnosti?

Říkáme si, jestli vertikalizoval, zda chodil. Jaké využívá pomůcky a co zvládne sám.

Jak podporujete pacientovu soběstačnost?

Ve všem je podporujeme, chválíme je. I při takové maličkosti, jako že si sami umyjí obličej, je moc chválíme. Je to důležité pro další aktivizaci. Pokud je nebudeme chválit, podporovat a aktivizovat, hrozí u nich imobilizační syndrom. Ten je nebezpečný hlavně u starých lidí.

Provádíte ošetrovatelskou péči s ohledem na jeho sebepéči?

Samozřejmě provádíme. Snažíme se o aktivizaci pacienta ve všech činnostech, které jsou důležité pro samostatnost člověka. Celou hygienu provádíme za ty pacienty, kteří nic nezvládnou. Jiným pacientům umyjeme to, co si sami neumyjí, jedná se o záda a nohy. U nás se většina pacientů nají sama, jen jim třeba jídlo nakrájíme. S pitím je to tak, že pokud pacienti těžko sají, tak jim tekutiny podáváme stříkačkou. Jinak jim místo brčka dáváme do hrnečku raději hadičku od setu, protože je ohebnější. Vyprazdňování probíhá buď na lůžku a pacienti využívají bažanta, podložní mísu nebo mají PMK. Ti, co mohou vstát, doprovodíme nebo dovezeme na WC. Gramofon u nás nepoužíváme. Jinak pacientům, kteří jsou schopní, ale mají přísný klid na lůžku, dáváme k posteli mísu a oni si jí při potřebě sami dají.

Jakým způsobem dbáte na dostatečné monitorování a tlumení bolesti?

Pacienta se ptáme na bolest prakticky pokaždé, když přijdeme na pokoj. Je poučen o tom, že si má vždy zazvonit. Zapisujeme VAS, po podání analgetik kontrolujeme účinek. Analgetika podáváme dle ordinace. Bolest tlumí také led a účelné je i správné napolohování končetiny.

Jakým způsobem zajišťujete pacientovi dostatečný a kvalitní spánek?

Nejvíce se snažíme o to, aby přes den pacienti odpočívali nějak jinak než spánkem. Spíše aby si četli, či koukali na televizi. Zásadou kvalitního spánku je dostatečné tlumení bolesti a správné načasování podání hypnotik. Když víme, že pacient i doma usíná kolem půlnoci, tak mu nedáme hypnotika ve 22. hodin, ale až po 23. hodině. Jinak provádíme bazál – úprava lůžka, vyvětrání, pohodlná poloha. Snažíme se omezit hluk.

Využíváte nějaké pomůcky, které pomáhají pacientovi při nácviku soběstačnosti?

Podložní mísu, bažanta, vozíček, berle, chodítka, hadičku na pití.

Motivujete pacienta k nácviku soběstačnosti? Pokud ano, jakým způsobem.

Nejvíce ho podporujeme psychicky. Snažíme se ho i „navnadit“ například na procházku, u žen na vaření.

Kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost?

Ošetřovatelky a sestry.

Respondentka č. 10

Setkáváte se často s pacienty s polytraumatem? Mám na mysli, zda se s nimi setkáte alespoň 1x týdně?

Záleží na období, ale řekla bych, že tak jednou za 14 dní.

Jak byste definovala pojem soběstačnost a sebepéče?

Vykonávání běžných denních činností bez pomoci druhé osoby. Sebepéče a soběstačnost jsou v podstatě stejné pojmy.

Jakým způsobem hodnotíte soběstačnost?

Testem dle Barthela.

Víte, jaké kategorie obsahuje Barthelův test? Pokud ano, vyjmenujte mi je.

Použití WC, najedení a napití, vyprazdňování, inkontinence, chůze, oblékání.

Myslíte si, že Barthelův test dostatečně poukazuje na pacientovu míru soběstačnosti?

Ano, je vyhovující.

Kolikrát během hospitalizace pacienta hodnotíte jeho soběstačnost?

Při příjmu a propuštění.

Sdělujete si při předání směny informace o pacientově změně úrovně soběstačnosti?

Jen si sdělíme, jestli vertikalizoval a co si sám zvládne udělat.

Jak podporujete pacientovu soběstačnost?

Psychicky ho podporujeme, motivujeme. Neprovádíme za něj činnosti, které zvládnou sami. Někdy mi ale přijde, že pacienti naši snahu o jejich soběstačnosti, berou spíše jako naši nechuť za ně vykonávat činnosti. Někteří by byli raději, kdybychom za ně všechno udělali. Stejně je to i u polohování. Snažíme se, aby se pacienti, pokud mohou, otočili sami za pomoci postranice.

Jak provádíte ranní hygienickou péči u pacienta s polytraumatem?

Hygienu u nás provádějí ošetrovatelky s ohledem na soběstačnost. Pacienta buď umyjí celého, nebo domyjí, co si pacient sám neumyl. Nebo pacienta dovedou do sprchy. Samozřejmě se snaží pacienty co nejvíce aktivizovat.

Jakým způsobem saturujete pacientovy ostatní potřeby?

Stravování a vyprazdňování provádíme dle pacientovy soběstačnosti. K vyprazdňování používáme bažanta, mísu, plenkové kalhotky. Pacienti, kteří mohou vstát, doprovázíme na WC, nebo je převezeme na vozíčku. Co se týče stravování, tak se jim většinou jídlo připraví, nakrájí a zamíchá. Většina pacientů je schopná se najíst sama. U pití využíváme ty hadičky od setů.

Jakým způsobem dbáte na dostatečné monitorování a tlumení bolesti?

Pacienta se při každé návštěvě ptáme, zda ho něco nebolí. Pokud ano, tak jaké číslo na stupnici by to bylo. Na snížení bolesti dáváme analgetika opiátového a neopiátového typu, dále led a pomáhá i elevace. Po podání analgetik kontrolujeme účinek a vše zaznamenáváme.

Jakým způsobem zajišťujete pacientovi dostatečný a kvalitní spánek?

Hypnotika, analgetika jsou základ. Dále vyvětrání pokoje, úprava lůžka, správné napolohování ležících pacientů. Jinak se snažíme naplánovat si činnosti tak, abychom

pacienty co nejméně rušili. Světlo si necháváme na chodbě, abychom nesvítili na pokoji. Nutné je zabavit pacienta během dne, aby přes den nespál.

Využíváte nějaké pomůcky, které pomáhají pacientovi při nácviiku soběstačnosti?

Podložní mísa, bažant, hadička na pití, postranice, hrazdička, berle.

Kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost?

Ošetřovatelky a sestry. Měla by to být ale práce rehabilitačních, protože ví, jak na to.

4. 3 Rozhovory s pacienty s polytraumatem

Respondentka č. 11

Jak dlouho jste hospitalizována na JIP?

2. den.

Byla jste již na operaci?

Ta mě teprve čeká.

Kolik činností si zvládnete udělat sama?

Moc ne. Sama se zvládnou napít ze stříkačky. Tu mi musí ale někdo vždycky naplnit. Napila bych se i z hrnečku, ale moc se nenazvednu a v ruce nemám moc citu. Bojím se, abych ho nerozlila.

Jak probíhá ranní hygiena?

Ošetřovatelky mě musí mýt. Sama jsem si zkusila umýt obličej, ale kvůli vyčerpání jsem to nedokázala. Nejdříve se mě ale zeptali, jestli se nechci sama umýt.

Dbá ošetřovatelský personál na Vaši soběstačnost nebo vše raději vykoná sám?

Určitě dbá, vždyť se mě sestřičky i ptaly, jestli se chci sama umýt. Momentálně jsem ve stavu, kdy sama ale nic nezvládnou. Tak sestřičky za mě vše udělají. Zatím mi to tak vyhovuje, ale až na tom lépe, tak si budu chtít dělat vše sama. Samozřejmě pokud to zvládnou.

Navštívil Vás již rehabilitační pracovník?

Ne.

Zaměřuje se ošetřovatelský personál na to, abyste zvládla každodenní činnosti?

Snaží se, abych se zvládla sama alespoň napít. Dále se sama otočím a nadzvednu. To také ze mě nedělají.

Máte možnost používat pomůcky, které Vám pomáhají v pohybu a polohování na lůžku?

Mám možnost používat postranici, která mi pomáhá v otáčení. Dále používám hrazdičku, s jejíž pomocí se nadzvednu.

Je ještě nějaká pomůcka, která Vám usnadňuje sebepéči?

Ta stříkačka s hadičkou, kterou mi sestřičky naplní. Můžu s ní sama pít, za to jsem ráda.

Respondent č. 12

Jak dlouho jste hospitalizován na standardním oddělení?

10 dní.

Byl jste předtím na JIP?

Byl jsem tam 5 dní.

Byl jste na operaci?

Ano, dvakrát.

Po úraze jste byl soběstačný, částečně soběstačný či nesoběstačný?

Po úraze a po operaci jsem byl nesoběstačný. Sám jsem nic nezvládl.

Zlepšila se během hospitalizace Vaše sebepéče (soběstačnost)?

Ano, již na JIPce jsem se sám napil, skoro jsem se sám najedl a umyl jsem si obličej. Tady na oddělení jsem zase o něco pokročil. Už si umyji celý předek, jen záda my musí sestřičky nebo ošetřovatelky umýt. Zkoušel jsem i vstávat a obléci si kalhoty, ale ještě mi to dělá problémy. Sám nevstanu. Jen s pomocí druhé osoby a chodítka.

Kolik činností si tedy zvládnete sám udělat?

Částečně hygienu, najíst a napít se zvládnou sám. Pak se i sám učešu, oholím, vyčistím zuby a obleču triko. Pak sám používám bažanta a mísu. Sestřičky mi ji už nemusí dávat, to zvládnou sám. Sám se také otočím na posteli a sednu si.

Jak probíhá ranní hygiena?

Ošetřovatelky my dají umyvadlo k posteli, já si umyji předek, vyčistím zuby a záda mi domyjí ony. Jinak když jsem sem přišel, tak mě skoro celého museli mýt, dávat mi mísu a pak mě i utřít. Bylo to frustrující.

Takže ošetrovatelský personál dbá na Vaši soběstačnost?

To ano. Co můžu, tak mě nechají, ať si udělám. Nabídnou mi pomoc, ale nedělají za mě nic, co nemusí.

Jak často Vás navštěvuje rehabilitační pracovník? Mám na mysli 1x denně či častěji?

Rehabilitační za mnou chodí jednou denně. I přesto, že lékař říkal, že mi napíše rehabilitace 2x denně.

Zaměřuje se na to, abyste lépe zvládal každodenní činnosti? Nebo Vás rehabilitační pouze rozhýbávají?

Tak to určitě ne. Ti se mnou cvičí jen v posteli a zkouší se mnou vstávat. Jinak, aby mi řekli, jak se mám otáčet a tak podobně mi sdělují sestry.

A ošetrovatelský personál? Motivuje Vás nějakým způsobem?

Nebýt jak sester a ošetrovatelek na JIPce a tady na oddělení, tak ani nevím, jak se mám otočit, nebo si utřít zadní partie. Všechno mi vysvětlí, mají se mnou trpělivost. Vždy mě motivují psychicky. Po tom těžkém úrazu jsem byl úplně nemožný, vše mi bylo jedno. Ale sestřičky mi dodávaly sílu a naději. Určitým způsobem mě i nutily, což bylo dobře. Bez drilu bych to nedokázal.

Máte možnost používat pomůcky, které Vám pomáhají v pohybu a polohování na lůžku?

Používám, jak vy tomu říkáte, hrazdičku.

Je ještě nějaká pomůcka, která Vám usnadňuje sebepéči?

Bažant a mísa. A ještě chodítko.

Respondent č. 13

Jak dlouho jste hospitalizován na standardním oddělení?

6 dní.

Byl jste předtím na JIP?

Ano, byl jsem tam 7 dní.

Byl jste na operaci?

Ano, jednou.

Po úraze jste byl soběstačný, částečně soběstačný či nesoběstačný?

Byl jsem nesoběstačný.

Zlepšila se během hospitalizace Vaše sebepéče (soběstačnost)?

Řekl bych, že moc ne.

Kolik činností si tedy zvládnete sám udělat?

Umyji si obličej, vyčistím si zuby. Sám se napiju s brčkem nebo s tou hadičkou. Najíst se sám ještě nezvládnou. Nemůžu totiž moc hýbat hlavou a tak špatně vidím na talíř.

Jak probíhá ranní hygiena?

Dají mi umyvadlo, ať si umyju ten obličej. Pak mě přijdou domýt a dají mi věci na čištění zubů. Ještě mi dají čistou košili a upraví mi postel.

Dbá ošetrovatelský personál na Vaši soběstačnost?

Já nevím. Sestry by byly nejradši, kdybych tu běhal a všechno si udělal.

Jak často Vás navštěvuje rehabilitační pracovník? Mám na mysli 1x denně či častěji?

Tak chodí se mnou cvičit jednou denně.

Zaměřuje se na to, abyste lépe zvládal každodenní činnosti? Nebo Vás rehabilitační pouze rozhybávají?

Snaží se, abych se mohl sám pohnout. Jsem jim vděčný, že mají snahu mě rozcvičit. Pak mě taky otáčejí a cvičí se mnou dýchání.

A ošetrovatelský personál? Motivuje Vás nějakým způsobem?

Sestrám jde o to, abych si vše udělal sám. Ale mě to nejde, nemám na to sílu. Někdy se mi zdá, že chtějí mít od nás nemocných pokoj. Vždyť jsou tu do toho, aby nám pomohli. A jak mě motivují? Tak to nevím. Říkají mi, že se musím víc snažit. Až půjdu domů, tak se o sebe budu muset postarat. To když jsem byl na JIPce, tak se tam o mě moc pěkně starali. Do ničeho mě nenutili.

Máte možnost používat pomůcky, které Vám pomáhají v pohybu a polohování na lůžku?

Pomáhá mi postranice, a když se potřebuji nazvednout, tak se chytnu hrazdičky.

Je ještě nějaká pomůcka, která Vám usnadňuje sebepéči?

Brčko nebo taková ta hadička do pití.

4.4 Kategorizace výsledků

Kategorie *Soběstačnost*

Znalost o soběstačnosti

6 respondentek z 10 chápe pojem soběstačnost a sebek péče jako stejný pojem. Jedna z respondentek definovala tyto pojmy takto: „*Soběstačnost je schopnost pacienta postarat se sám o sebe, uspokojovat základní potřeby. Sebek péče je péče o sebe sama na nějaké úrovni.*“ (R 8). Další tři sestry se vyjadřovaly v podstatě stejným způsobem. Mezi odpověďmi nebyl žádný diametrální rozdíl. Pojem soběstačnost a sebek péče všichni respondenti chápou jako samostatnost člověka při vykonávání denních aktivit, jen to vysvětlili jinými slovy.

Hodnocení soběstačnosti

Všichni respondenti znají Barthelův test, kterým hodnotí soběstačnost pacienta při příjmu a při propuštění. 2 respondentky uvedly navíc i hodnocení při překladu. Další 2 respondentky ze standardního oddělení se shodly na tom, že u pacientů s polytraumatem by bylo vhodné hodnotit ji i během hospitalizace. Zde je odpověď respondentky č. 8: „*Při příjmu a při propuštění. Ale u pacientů s polytraumatem, protože jsou u nás dlouho, bych ji hodnotila častěji.*“ Jedna respondentka vyjmenovala správně všech deset kategorií Barthelova testu. Většina respondentů zapomínala na kategorie jako je oblékání, použití WC a inkontinence moči a stolice. Na otázku, zda je Barthelův test dostatečným hodnotícím prostředkem, odpovědělo 7 respondentů z deseti, že nikoli. Pro všechny respondenty z JIP je test nevyhovující a měl by se poupravit. Absolutně chybné jsou pro ně kategorie chůze, přesun a využití WC. 3 sestry ze standardního oddělení jsou s testem spokojené. 2 sestry ze standardního oddělení si nemyslí, že úroveň soběstačnosti, která vyšla v testu, je zcela objektivní. Většina respondentů uvedla, že si při předávání hlášení sdělují informace o pacientově soběstačnosti. 3 z nich dále

vypověděli, že je zajímavá i to, zda pacient rehabilitoval. Jediná sestra odpověděla záporně. Při hlášení si dle ní sdělují jen vertikalizaci.

Kategorie Podpora soběstačnosti

Podpora soběstačnosti z pohledu sester

Všichni dotázaní uvedli, že pacienta se snaží co nejvíce aktivizovat v činnostech důležitých v péči o sebe sama. Za pacienta neprovádí žádné činnosti, které zvládne sám, ale vše samozřejmě záleží na jeho aktuálním zdravotním stavu a soběstačnosti. Další dotázaný dále dodal, že pacienta nesmí do ničeho nutit. Další respondentka uvedla, jak jsou důležité pro pacienta informace o tom, co může a nemůže dělat. Všichni dotazovaní se shodli, že nejdůležitější je psychická podpora a motivace pacienta k tomu, aby začal být více soběstačný a snažil se některé činnosti provádět sám. 3 respondentky navíc uvedly, jak pomáhá chválení. 1 respondentka se snaží být na pacienty svým způsobem tvrdá, aby se pacienti snažili. 2 sestry si povšimly toho, že jejich snaha o pacientovu soběstačnost a aktivizaci je ze strany pacienta někdy vnímána jako nechut' sester jim pomoci.

Nejvíce používanou pomůckou k nácviku sebeděle je hadička od setu, což potvrdila většina dotázaných. 8 respondentů zahrnuje do pomůcek bažanta a 2 respondentky podložní mísu. 7 respondentů zařadilo jak hrazdičku, tak postranici. Za pomůcku považuje polovina respondentů berle, 2 respondenty vozíček a 3 respondentky chodítka. 2 respondentky uvedly brčko na pití a jediná respondentka k nácviku soběstačnosti přidala i motodlahu.

Podpora soběstačnosti z pohledu pacientů

2 respondenti ze 3 souhlasí s tím, že je sestry podporují a dbají na jejich soběstačnost. Jeden respondent dále uvedl, že ho motivují, vše mu vysvětlují a určitým způsobem i nutí, což je dobře. Třetí z respondentů neuměl na otázku, zda sestry dbají na jeho soběstačnost, odpovědět. Verbalizoval, že na JIP se o něj sestřičky staraly lépe, ale

na standardním oddělení chtějí, aby se sám umyl a tak podobně. To, že ho nutí k činnostem, které sám nezvládne, vnímá jako neochotu personálu mu pomoci.

Jsou pomůcky, které pomáhají pacientovi ke zlepšení sebeděče. Všichni pacienti uvedli, že používají hadičku od setu na pití. Dva pacienti dále používají hrazdičku. Respondent č. 12 zařadil mezi pomůcky bažanta, podložní mísu a chodítko. Respondent č. 13 využívá postranici a brčko.

Kategorie *Potřeby pacienta*

Potřeby pacienta

Všech 10 respondentů se shodlo na tom, že nejvíce saturují potřeby hygieny, vyprazdňování a stravování, spánku a potřebu být bez bolesti. Hygienu, jak uvedla polovina sester, provádějí pouze ošetřovatelky a další činnosti vykonávají jak sestry, tak ošetřovatelky. Z odpovědí poloviny respondentů vyplývá, že potřeby pacientů saturují sestry. Sestry či ošetřovatelky provádí ošetřovatelskou péči s ohledem na úroveň sebeděče pacienta. S tím souhlasí všichni respondenti.

Spánek je důležitou součástí léčby pacientů. Ošetřovatelský personál ho zajišťuje mnoha způsoby. Všichni dotázaní odpověděli na otázku zajišťování dostatečného a kvalitního spánku, že využívají hypnotika a analgetika. 2 respondenti dále uvedli podávání antidepresiv. Že je důležité omezení hluku, potvrdili 2 respondenti, většina respondentů z JIP dále přidala vypínání alarmů. 4 respondenti dbají na rozvržení činností tak, aby v noci co nejméně rušili. Polovina respondentů verbalizovala, že zhasínají denní osvětlení a používají noční světlo. 7 dotázaných před spaním uvedlo úpravu lůžka, dalších pět správné napolohování pacienta a 3 sestry vyvětrání pokoje. 3 respondenti mají stejný názor na to, že je důležité dodržovat denní rytmus.

Kategorie *Bolest*

Monitoring a tlumení bolesti

7 respondentů uvedlo, že se na bolest pacientů ptají. 2 respondenti sledují mimiku pacienta a jeden respondent sleduje fyziologické funkce. Dvě sestry hodnotí a tlumí bolest dle standardu, který například definuje, jak často se musí pacient kontrolovat po

aplikaci analgetik a vždy se musí zaznamenat do tabulky monitoringu bolesti (Příloha 4). Stejný počet sester ke snížení bolesti využívá polohování. Většina dotazovaných tlumí bolest aplikací ledu a polovina respondentů dále elevací. Od čtyř respondentů jsme se dozvěděli, že sledují účinek analgetik a 6 respondentů hodnotí bolest na stupnici VAS. Všichni dotazovaní se názorově shodují, že dostatečné tlumení bolesti je důležité pro kvalitní spánek.

Kategorie *Úloha fyzioterapeutů v aktivizaci pacienta*

Úloha fyzioterapeutů v aktivizaci pacienta z pohledu sester

Polovina respondentů vnímá úlohu fyzioterapeutů v aktivizaci pacienta negativně a jako nedostačující. Dle dotázaných nepomáhají pacientovi ve zvýšení soběstačnosti, ale zaměřují se pouze na pohyb, chůzi a správné dýchání. Fyzioterapeuti dle nich vnímají pouze rehabilitaci poraněné části těla, ale nikoli snahu a touhu pacienta být samostatným v sebeobslužných činnostech. Respondent č. 1 verbalizoval na otázku, kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost: *„Sestry. Rehabilitační sestry sem sice docházejí, ale snaží se jen o rozhýbání a nacvičení dýchání. Na nic jiného se nezaměřují. U pacientů s polytraumatem by měli docházet i dvakrát denně, ale chodí pouze jednou.“* 1 respondentka z 10 si myslí, že s pacientem nacvičují soběstačnost nejvíce fyzioterapeuti.

Úloha fyzioterapeutů v aktivizaci pacienta z pohledu pacientů

Respondent č. 12 je s prací rehabilitačních pracovníků nespokojený, cvičí s ním jen na lůžku a všechno ostatní ho učí sestry. Navíc ho mají navštěvovat dvakrát denně, ale chodí s ním cvičit pouze jednou. Oproti tomu druhý respondent (č. 13) je s prací fyzioterapeutů spokojený. Je jim vděčný za jejich snahu pacienta rozcvičit. Třetí respondentku ještě fyzioterapeuti nenavštívili, tudíž nemůže hodnotit jejich práci.

5. DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjištění rozdílu v rozsahu poskytované péče u pacienta s polytraumatem na JIP a na standardní ošetrovací jednotce v souvislosti s mírou sebedpěče. Ke splnění tohoto cíle bylo použito empirické šetření v podobě rozhovorů. Rozhovory byly provedeny se sestrami, které se starají o pacienty s polytraumatem a to na JIP a na standardním oddělení. Ze stejných oddělení byli i pacienti, kterých jsme se také dotazovali. Vybráno bylo 5 sester z JIP a stejný počet ze standardního oddělení, dále pak jedna pacientka z jednotky intenzivní péče a dva pacienti ze standardního oddělení. Rozhovory s respondenty probíhaly individuálně. Předmětem práce bylo zjištění toho, co sestry znají o soběstačnosti, sebedpěči, jak pacienta podporují v soběstačnosti a jak probíhá ošetrovatelská péče o pacienta s polytraumatem.

Polytrauma je současné poranění nejméně dvou tělesných systémů, přitom poranění alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace bezprostředně ohrožují vitální funkce (Višna, Hoch, 2004). Je potřeba uvědomit si, že bez včasného odborného zásahu je prognóza pacienta s polytraumatem velmi nepříznivá. Léčba je pro všechny zúčastněné náročná, a to nejen pro samotného pacienta, ale i pro lékaře, sestry a ostatní ošetrovatelský personál. Právě sestra hraje důležitou roli v péči o polytraumatizovaného pacienta. Jak jsme ale zjistili z rozhovoru se sestrami, tak si neuvědomují, co přesně polytrauma znamená. Respondenti z JIP na otázku, jak často se setkávají s pacientem s polytraumatem, odpověděli, že méně než 1x týdně a že záleží na období. Zato jedna sestra ze standardního oddělení si myslí, že na oddělení mají takového pacienta i 2x do týdne. Jestliže známe návaznost mezi jednotkou intenzivní péče a standardním oddělením, je nepravděpodobné, že by na standardním oddělení měli častěji pacienty s polytraumatem než na JIP, kam je pacient přijat vždy primárně. Pokud není stav pacienta natolik vážný, že musí být hospitalizován na ARO. I přesto, že zkoumání znalostí sester o polytraumatu nebylo předmětem našeho výzkumu, jsme přišli na to, že přesná definice jim není dobře známá.

V akutní fázi polytraumatu saturuje veškeré potřeby pacienta sestra a v dalších fázích vše záleží na zdravotním stavu pacienta a na jeho soběstačnosti. Zhodnocení

soběstačnosti je nezbytné pro provádění ošetrovatelských intervencí, a jestliže je nepřesné, může dojít k několika komplikacím. Ty mohou vyvrcholit imobilizačním syndromem (Trachtová, 2006). A právě hodnocení soběstačnosti se týká první výzkumná otázka. Ta zní: „Jak posuzují sestry soběstačnost pacienta s polytraumatem na JIP a na standardní ošetrovací jednotce?“ Jak vyplývá z odpovědí většiny respondentů, tak soběstačnost se hodnotí dle standardu pomocí Barthelova testu, ale do praxe lze výsledek testu převést velmi těžko. Dle jedné respondentky test není úplně objektivní a dostačující, protože dle vyšších bodů se lze jen velmi těžko řídit. Sama poukazuje na příklad, že u starého a mladého člověka vyjde stejný počet bodů, ale už z logiky věci vyplývá, že každý má jinou soběstačnost a problém má každý někde jinde. Dotazovaní z JIP se zase shodli v názoru, že pro jejich oddělení by se měl Barthelův test upravit. Jen 3 sestry ze standardního oddělení jsou s testem spokojené a hodnotí ho jako účelný. Sestry tedy vyplňují při příjmu a při propuštění tento test, ale na počet bodů moc nehledí a soběstačnost spíše hodnotí pohledem a posouzením aktuálního stavu pacienta. Z odpovědí na otázku, zda sestry znají všechny kategorie, vyplývá, že sestry test vyplňují automaticky a nad jednotlivými kategoriemi se nepozastavují. 1 respondentka z 10 vyjmenovala správně všechny kategorie, zbylí respondenti si těžko vybavovali všech deset. Otázkou zůstává, proč sestry vyplňují důležitý test automaticky. Dle mého názoru se tak děje proto, že na sestry je vyvíjen velký tlak ohledně administrativy. Na každý výkon existuje určitý dokument, který musí sestry vyplnit. Ať sestra chce či nikoli, postupně velkou část dokumentů, testů vyplňuje tak, aniž by se nad nimi pozastavila. Tento přístup není určitě správný, ale není ojedinělý. Pokud se neubere sestrám část práce s administrativou, nelze od nich očekávat zlepšení přístupu k důležité a potřebné dokumentaci. Hodnocení soběstačnosti je významné.

„Jakým způsobem provádí sestry ošetrovatelskou péči u pacienta s polytraumatem na standardní ošetrovací jednotce?“ Na tuto druhou výzkumnou otázku je odpověď jednoznačná. Sestry ze standardního oddělení provádějí ošetrovatelskou péči s ohledem na soběstačnost nemocného. Snaží se je spolu s ošetrovatelkami aktivizovat v hygieně, vyprazdňování, stravování, polohování či chůzi. Používají k tomu vhodné pomůcky, jako jsou podložní mísa, močová láhev, hadička na pití, vozíček, chodítka. Vždy dbají

na pacientovu aktuální úroveň soběstačnosti, kterou si také sdělují při předání směny. Neprovádějí za pacienta nic, co zvládne.

Na třetí výzkumnou otázku: „Jakým způsobem provádí sestry ošetrovatelskou péči u pacienta s polytraumatem na JIP?“, je odpověď taktéž jasná. Veškerí respondenti z JIP dbají na soběstačnost pacienta, snaží se jej aktivizovat a celou ošetrovatelskou péči provádějí s ohledem na sebepéči pacienta. Jak uvádí Kapounová (2007) ve své publikaci, sestra na JIP většinou přebírá veškerou péči o pacienta a ten je na ní často závislý. To respondenti ve svých odpovědích potvrzují. V akutním stavu je pacient zcela odkázán na pomoc personálu. Až po zlepšení stavu začínají sestry nemocného aktivizovat v činnostech, které může na JIP zvládnout. Jedná se o hygienu, lépe řečeno o umytí obličeje a vyčištění zubů. Dále se snaží sestry o to, aby se sám napil, najedl a pokud je toho schopen, tak i vymočil (jedná se o muže, kteří se mohou vyprazdňovat do močové láhve). Sestry k aktivizaci pacientů využívají různé pomůcky. Na JIP se jedná hlavně o hadičku na pití, postranici, hrazdičku a močovou láhev.

Jak uvádí respondenti, k tomu, aby pacient zvyšoval úroveň soběstačnosti, je nutná psychická podpora a motivace. S tímto argumentem souhlasí i sestry ze standardního oddělení. Některé navíc dodávají, že je občas nutné pacienta nutit, protože jsou někteří pacienti pohodlní. Sestry ze standardního oddělení si povšimly toho, že pacienti přicházející z jednotky intenzivní péče jsou zvyklí na čtyřicetihodinovou péči. Proto někteří pacienti, samozřejmě ne všichni, vnímají aktivizaci sester velmi negativně. To potvrzuje i jeden respondent, jenž byl nespokojený s péčí sester na standardním oddělení. Je jisté, že tři pacienti nejsou velký výzkumný vzorek, z kterého by se dala jednoznačně určit nespokojenost či naopak spokojenost pacientů s péčí sester ze standardního oddělení. Tudíž je to subjektivní hodnocení a nemusí být úplně relevantní, ale z výzkumu lze ukázat, že domněnky sester jsou správné.

Dalším bodem, na kterém se shodla většina dotázaných, je práce fyzioterapeutů. Tu hodnotí jako neuspokojivou a nedostačující. Měli by to být oni, kdo v maximální míře podporují soběstačnost pacienta a pomáhají mu s nábívkou samoobslužných činností. Toto píše Šrubařová (2007) v publikaci „Mobilizace pacienta“ a dále dodává, že cílem fyzioterapeutů je pomoci pacientovi vykonávat co nejvíce činností, jenž

zvládne bez omezení zbytkové invalidity. Publikace Šrubařové dává tedy zapravdu sestřám, které mají pravdu v tom, že zlepšování soběstačnosti je hlavně úkolem fyzioterapeutů. Bohužel se tak ale neděje, což potvrdil i pacient (R 12). Jak verbalizoval, tak nebýt sester, neví, jak se má otáčet a tak podobně. Navíc mu lékař přislíbil cvičení s fyzioterapeuty dvakrát denně, ale cvičení probíhá jen jednou. Vícekrát ho nenavštěvují. Druhý pacient (R 13) s tím ovšem nesouhlasil a odporoval tím, že nebýt právě fyzioterapeutů, sám nic nezvládne. Nutno dodat, že se jedná opět o velmi malý výzkumný vzorek pacientů, ale zde se spíše zaměřujeme na odpovědi sester. Je pravda, že v globálu většina respondentů hodnotí práci fyzioterapeutů jako nedostačující, ale trochu rozdílné odpovědi zaznamenáváme v odpovědích sester ze standardního oddělení. Jedna ze sester si myslí, že nejvíce zvyšují soběstačnost pacienta právě fyzioterapeuti. Když se nad tím zamyslíme, asi zde nefunguje dobře komunikace mezi těmi, kteří pečují o pacienta. Sestry sice nepopisují možnou nespolupráci mezi nimi a fyzioterapeuty, ale očividně je přítomna. Pokud jsou fyzioterapeuti vytíženi natolik, že nemohou častěji cvičit s pacienty, je nezbytné najít náhradní řešení. Z našeho pohledu by bylo na místě, kdyby fyzioterapeuti ukázali sestřám určité kroky v nácviu soběstačnosti, které by mohly využívat v rámci ošetrovatelské péče. Samozřejmě zde záleží na tom, jestli by sestry byly ochotné provádět práci, která přísluší fyzioterapeutům.

Naším cílem není zkoumat práci fyzioterapeutů, ale práci sester. Pomocí stanovených výzkumných otázek a rozhovorů jsme zjišťovali, zda ošetrovatelskou péči provádějí s ohledem na sebeděči pacienta. Cílem bylo zjištění rozdílu v rozsahu poskytované péče u pacienta s polytraumatem na JIP a na standardní ošetrovací jednotce v souvislosti s mírou sebeděče. Pomocí rozhovorů jsme zjistili, že největším rozdílem v poskytované péči je počet činností, ve kterých dochází k aktivizaci a zvyšování úrovně sebeděče. Na jednotku intenzivní péče jsou přijati pacienti v akutním stavu, kdy zpočátku nejsou schopni se o sebe jakkoliv postarat. Postupem času a zlepšováním zdravotního stavu aktivizují sestry pacienta s polytraumatem jak nejlépe mohou a jak to stav pacienta dovoluje. Snaží se o to, aby se pacient zvládl alespoň sám napít či si vyčistit zuby, protože to napomáhá jeho psychickému stavu. I když jsou tedy pacienti na

JIP odkázáni na pomoc sester ve většině činností, ty se je ale snaží v té menšině výkonů, jenž provedou sami, v maximální míře podporovat. Snaží se, aby toto minimum činností zvládli co nejlépe. Naopak sestry na standardním oddělení mohou pacienta podporovat ve více činnostech a také to tak provádějí. Sestry se zaměřují na zvýšení úrovně v oblasti hygieny a stravování, ale navíc také ve vyprazdňování a chůzi.

6. ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o pacienty s polytraumatem. Cílem práce bylo zjištění rozdílu v rozsahu poskytované péče u pacienta s polytraumatem na JIP a na standardní ošetrovací jednotce v souvislosti s mírou sebedpěče. K dosažení cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky zaměřující se na hodnocení a provádění ošetrovatelské péče na standardu a na JIP. Otázky zněly: „Jak posuzují sestry soběstačnost pacienta s polytraumatem na JIP a na standardní ošetrovací jednotce? Jakým způsobem provádí sestry ošetrovatelskou péči u pacienta s polytraumatem na standardní ošetrovací jednotce? Jakým způsobem provádí sestry ošetrovatelskou péči u pacienta s polytraumatem na JIP?“ K zodpovězení otázek byly provedeny rozhovory se sestrami na JIP a na standardním oddělení, dále pak rozhovory s pacienty s polytraumatem. Pacienti byli dva ze standardního oddělení a jedna pacientka z JIP.

Na první výzkumnou otázku zní odpověď takto: sestry na JIP a na standardním oddělení hodnotí soběstačnost pomocí Barthelova testu, který ale posuzují jako nedostatečný a nevyhovující. Dále si většina respondentů nevzpomněla na kategorie, které vyplňují v tomto testu. To ukazuje na to, že sestry test vyplňují automaticky.

Na druhou a na třetí výzkumnou otázku jsou odpovědi totožné. Sestry, jak na standardním oddělení, tak i na jednotce intenzivní péče, provádějí ošetrovatelskou péči s ohledem na aktuální stav pacienta a na úroveň soběstačnosti. Všichni respondenti se shodli na tom, že za pacienta neprovádějí nic, co zvládne sám. Snaží se ho co nejvíce aktivizovat. To potvrdili i dva dotazovaní pacienti. Třetí naopak oponoval. To potvrdilo úvahy několika sester v tom, že někteří pacienti berou jejich snahu o aktivizaci jako nechť sester pomáhat pacientům.

Z dosažených výsledků jsme dospěli k závěru, že daný cíl byl splněn. Pomocí výzkumných otázek jsme zjistili, že rozdílem v rozsahu poskytované péče je množství činností, ve kterých je pacient podporován. Na obou odděleních dbají na míru sebedpěče, ale na JIP mohou pacienta podporovat v méně činnostech než na standardním oddělení. Na JIP pacienta aktivizují především v hygieně a stravování. Oproti tomu na

standardním oddělení se sestry snaží zvyšovat soběstačnost navíc i ve vyprazdňování a chůzi.

Během našeho výzkumu jsme došli, ač neplánovaně, také k závěru, že ne všechny sestry znají definici polytraumatu. Jak vyplynulo z několika odpovědí, tak polytrauma chápou jako mnohačetná poranění. Práce by proto měla sestřám sloužit k osvětlení závažnosti polytraumatu. Dále by měla posloužit managementu traumatologického oddělení, protože byly zjištěny nedostatky ve znalostech Barthelova testu.

7. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X.
2. BALOGOVÁ, Eva. Pacient v kritickém stavu. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 11, s. 53-54. ISSN 1210-0404.
3. BEKEL, Gerhard a Renata HALMO. *Teorie deficitu sebekpěče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN: 80-244-0794-9.
4. BÍREŠOVÁ, Edita. Rány, jejich léčba a hojení. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 3. s. 50-51. ISSN 1210-0404.
5. DRÁBKOVÁ, Jarmila. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0419-6.
6. ERTLOVÁ, Františka a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. ISBN 80-7013-379-1.
7. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
8. FRICOVÁ, Jitka. Akutní a chronická bolest. *Postgraduální medicína*. 2011, roč. 13, příloha 3. s. 45 – 50. ISSN 1212-4184.
9. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
10. KLENER, Pavel a kol. *Vnitřní lékařství*. 3. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-430-X.
11. KRIŠKOVÁ, Anna a kol. *Ošetrovatel'ské techniky*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-202-2.
12. LANČAŘIČOVÁ, Danka a kol. Ošetrovanie chirurgického pacienta v intenzívnej starostlivosti. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2012, roč. 8, č. 7/8. s. 10 - 12. ISSN 1801-1349.
13. MAZÁNEK, Jiří. *Traumatologie orofaciální oblasti*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1444-8.

14. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
15. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
16. PENKA, Miroslav a kol. *Diseminovaná intravaskulární koagulace*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0341-6.
17. POKORNÝ, Jiří a kol. *Urgentní medicína*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-259-5.
18. POKORNÝ, Vladimír a kol. *Traumatologie*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-277-X.
19. ROŠKOVÁ, Silvia. Bolest – fyziologie, fáze a léčba. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 4. s. 48 – 51. ISSN 1210-0404.
20. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.
21. ŠČEPOŇCOVÁ, Sabina. Ošetrovatelská péče u pacienta s polytraumatem. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 7/8. s. 71-73. ISSN 1210-0404.
22. ŠRUBAŘOVÁ, Kateřina. *Mobilizace pacienta*. Praha: Euro Profis, 2007. ISBN 978-80-239-8834-6.
23. ŠEVČÍK, Pavel a kol. *Intenzivní medicína*. 2. vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-203-X.
24. ŠIŠKOVÁ, Markéta a Dagmar KRČKOVÁ. *Péče o nemocného s polytraumatem*. In: KOLEKTIV. *Konference pro sestry, fyzioterapeuty, ergoterapeuty a radiologické asistenty*. Ostrava: DTO CZ, s.r.o. 2009. s. 13. ISBN 978-80-02-02131-5.
25. TLÁŠKOVÁ, Jiřina a Lucie DOLEJŠÍ. Podtlaková terapie u traumatických ran. *Sestra*. 2013, roč. 23. č. 3. s. 46 – 47. ISSN 1210-0404.
26. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-324-4.
27. VIŠNA, Petr a Jiří HOCH a kol. *Traumatologie dospělých*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-034-8.

28. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
29. ZADÁK, Zdeněk a kol. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2099-9.
30. ZAHRADNICKÁ, Ilona. Hodnocení soběstačnosti. *Sestra.* 2004, roč. 14, č. 2. s. 15 – 17. ISSN 1210-0404.
31. ZACHAROVÁ, Eva. Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebeděči. *Sestra.* 2009, roč. 19, č. 7/8. s. 33 - 34. ISSN 1210-0404.
32. ZEMAN, Miloslav a kol. *Chirurgická propedeutika.* 3. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.
33. ZEMAN, Miloslav a kol. *Chirurgická propedeutika.* 2. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-7169-705-2.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Barthelův test

Polytrauma

Potřeby

Sebepéče

Soběstačnost

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Okruh otázek pro sestry z traumatologického oddělení

Příloha 2: Okruh otázek pro pacienty s polytraumatem

Příloha 3: Barthelův test základních všedních činností

Příloha 4: Monitoring akutní bolesti

Příloha 1: Okruh otázek pro sestry z traumatologického oddělení

1. Setkáváte se často s pacienty s polytraumatem? Mám na mysli, zda se s nimi setkáte 1x týdně?
2. Jak byste definovala pojem soběstačnost a sebeděče?
3. Jakým způsobem hodnotíte soběstačnost?
4. Víte, jaké kategorie obsahuje Barthelův test? Pokud ano, vyjmenujte mi je.
5. Myslíte si, že Barthelův test dostatečně poukazuje na pacientovu míru soběstačnosti?
6. Kolikrát během hospitalizace pacienta hodnotíte jeho soběstačnost?
7. Sdělujete si při předání směny informace o pacientově změně úrovně soběstačnosti?
8. Jak podporujete pacientovu soběstačnost?
9. Provádíte ošetrovatelskou péči s ohledem na jeho sebeděči?
10. Jak provádíte ranní hygienickou péči u pacienta s polytraumatem?
11. Jakým způsobem saturujete pacientovy ostatní potřeby? (vyprazdňování, stravování)
12. Jakým způsobem dbáte na dostatečné monitorování a tlumení bolesti?
13. Jakým způsobem zajišťujete pacientovi dostatečný a kvalitní spánek? (hypnotika, minimalizace rušivých elementů, na JIP – vypínání alarmů na monitorech)
14. Využíváte nějaké pomůcky, které pomáhají pacientovi při nácviu soběstačnosti? (hrazdičky, žebříčky, uzdičky, postranice)
15. Motivujete pacienta k nácviu soběstačnosti? Pokud ano, jakým způsobem.
16. Kdo nejvíce nacvičuje s pacientem soběstačnost? (sestra, rehabilitační pracovník, ošetrovatelka)

Příloha 2: Okruhy otázek pro pacienty s polytraumatem

1. Jak dlouho jste hospitalizován na standardním oddělení/JIP?
2. Byl jste předtím na JIP? Pokud ano, jak dlouho?
3. Byl jste na operaci nebo řeší lékaři úraz konzervativně?
4. Po úraze jste byl soběstačný, částečně soběstačný či nesoběstačný? Pokud jste byl nesoběstačný, tak v jakých oblastech (hygiena, oblékání, vyprazdňování)?
5. Zlepšila se během hospitalizace Vaše sebepéče?
6. Kolik aktivit (hygiena, oblékání, stravování) si zvládnete udělat sám?
7. Jak probíhá ranní hygiena?
8. Dbá ošetrovatelský personál na Vaši soběstačnost nebo vše raději vykoná sám?
9. Jak často Vás navštěvuje rehabilitační pracovník? Mám na mysli 1x denně či častěji.
10. Zaměřuje se na to, abyste lépe zvládal každodenní činnosti (oblékání, hygiena)?
Nebo Vás pouze rehabilitační rozhýbávají?
11. Provádí totéž ošetrovatelský personál?
12. Máte možnost používat pomůcky, které Vám pomáhají v pohybu a polohování na lůžku?

Příloha 3: Barthelův test

štítek pacienta



Příloha č. 1

Barthelův test základních všedních činností

	Činnost	Provedení činností	Bodové skóre	Datum hodnocení	
				při přijetí	při propuštění
1.	najedení napítí	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
2.	oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
3.	koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
4.	osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0		
5.	kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0		
6.	kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0		
7.	použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
8.	přesun na lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	10 5 0		
9.	chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0		
10.	chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0		
Celkové hodnocení					

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0-40 bodů vysoký stupeň závislosti
45-60 bodů střední stupeň závislosti
65-95 bodů lehký stupeň závislosti
100 bodů nezávislý

vyšetření provedl/a.....
(při přijetí) jmenovka a podpis sestry

vyšetření provedl/a
(při propuštění) jmenovka a podpis sestry

standart č. 034

Zdroj: Nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 4: Monitoring akutní bolesti

Identifikační štítek pacienta										Jen pro vnitřní potřebu NCB!															
<u>Monitoring akutní bolesti</u>																									
Datum:	Použitá škála: VAS																								
	10																								
	9																								
	8																								
	7																								
	6																								
	5																								
	4																								
	3																								
	2																								
	1																								
	0																								
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Kryoterapie																									
Úlevová poloha																									
Analgetika																									
.....																									
Datum:	Použitá škála: VAS																								
	10																								
	9																								
	8																								
	7																								
	6																								
	5																								
	4																								
	3																								
	2																								
	1																								
	0																								
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Kryoterapie																									
Úlevová poloha																									
Analgetika																									
.....																									
Datum:	Použitá škála: VAS																								
	10																								
	9																								
	8																								
	7																								
	6																								
	5																								
	4																								
	3																								
	2																								
	1																								
	0																								
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
Kryoterapie																									
Úlevová poloha																									
Analgetika																									
.....																									

Zdroj: Nemocnice České Budějovice a.s.