



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Žaneta Vojčíková

Ošetrovatelská péče u polytraumatizované pacientky s komunikačními bariérami

Nursing care of the multiple trauma patient with communication barriers

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Pražáková

Praha, 2021

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 14. 5. 2021.

ŽANETA VOJČÍKOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

VOJČÍKOVÁ, Žaneta. Ošetrovatelská péče u polytraumatizované pacientky s komunikačními baeriérami. [Nursing care of the multiple trauma patient with communication barriers]. Praha, 2021. 55 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Pražáková, Zuzana.

ABSTRAKT

Trauma patří k nejčastější příčině úmrtí u populace ve věku do 40 let. Vlivem traumatu vznikají nezvratná zdravotní postižení, trvalé invalidizace a ekonomicky nevyčísitelné ztráty. V České republice se řadí na páté místo nejčastější příčiny smrti.

Trauma představuje pro lidský organismus extrémní stresovou situaci, která jej zatěžuje a projevuje se postižením tělesných a psychických funkcí. Člověk se neočekávaně ocitá mimo své sociální zázemí a životní jistoty s nejistou prognózou na návrat ke stylu života, který vedl před úrazem.

Tato případová studie je v teoretické části zaměřena na trauma a jeho dělení, specificky se věnuje polytraumatu a jeho patofyziologii, uvádí pravděpodobnost přežití. Poukazuje na rutinně používaný trauma protokol ATLS. V práci je uvedena diagnostika a terapie v přednemocniční a nemocniční péči, nejčastější komplikace polytraumatu. Závěr teoretické části je věnován komunikaci, komunikačním bariérám a definici ošetřovatelského modelu podle V. Henderson.

Praktická část je konkrétní kazuistika pacientky. Ošetřovatelský plán je vytvořený na základě konceptu V. Henderson a podrobně se věnuje hlavnímu problému – komunikačním bariérám. Výsledkem této práce je komunikační karta určená pro ruský hovořící pacienty.

Východiska: U pacienta, který utrpěl závažné trauma se vyskytuje celá řada komunikačních bariér. Tyto překážky v komunikaci vznikají následkem léčebných intervencí jako jsou zajištěné dýchací cesty, vlivem medikace, na základě kognitivního posttraumatického deficitu, anebo vlivem jiného mateřského jazyka.

Cíl: Sumarizovat nejčastější dostupné komunikační pomůcky a vytvořit komunikační klíč pro usnadnění vzájemné komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

Metodika: Praktická část zahrnuje případovou studii polytraumatizované pacientky s komunikačními bariérami.

Výsledky: Vytvoření komunikační pomůcky a její implementace na pracoviště intenzivní péče.

Závěr: Komunikace je základní interakční nástroj nezbytný pro život. Nelze nekomunikovat. Teprve s její ztrátou si člověk uvědomí, jakou nevyčísitelnou hodnotu pro něj má. Pokud se člověk ocitne jako pacient v cizí zemi s narušenou schopností verbální a nonverbální komunikace, ocitá se v komunikační pasti. Snahou celého ošetřovatelského týmu by mělo být najít společný komunikační prostředek, který usnadní a zrychlí celý komunikační proces.

klíčová slova: polytrauma, komunikační bariéra, tracheostomická kanyla, posttraumatický kognitivní deficit, komunikační klíč, ošetřovatelská péče, pacient jiné národnosti (cizinec)

ABSTRACT

Trauma is one of the most common causes of death in the population under the age of 40. Trauma causes irreversible and permanent disabilities and economically incalculable losses. In the Czech Republic, it ranks fifth among the most common causes of death.

Trauma represents an extreme stressful situation for the human body. It burdens it and manifests itself with the disability of physical and mental functions. The man finds himself unexpectedly outside his social background and life security with an uncertain prognosis for a return to the lifestyle he had before the accident.

In the theoretical part, this case study focuses on trauma and its division, specifically it deals with polytrauma and its pathophysiology and states the probability of survival. It points to the routinely used trauma protocol ATLS. The diagnostics and therapies in pre-hospital and hospital care are mentioned in the thesis as well as the most common complications of polytrauma. The conclusion of the theoretical part is devoted to communication, communication barriers and the definition of the nursing model according to V. Henderson.

The practical part is represented by a specific case study of the patient. The nursing plan is created based on V. Henderson's concept and deals in detail with the main problem - communication barriers. The result of this part is a communication card designed for Russian-speaking patients.

Starting points: The patient who has suffered from severe trauma faces a number of communication barriers. These barriers in communication arise as a result of therapeutic interventions such as secured airways, due to medication, due to cognitive post-traumatic deficit, or due to different mother language.

Objective: Summarize the most common available communication techniques and create a communication key to facilitate mutual communication between the patient and the healthcare professional.

Methodology: The practical part includes a case study of a polytraumatized patient with communication barriers.

Results: Creation of a communication manual and its implementation in the intensive care unit.

Conclusion: Communication is a basic interaction tool necessary for life. One can't live without communication. Only with its loss does one realize what incalculable value it has for him. If a person finds himself as a patient in a foreign country with impaired verbal and nonverbal communication skills, he finds himself in a communication trap. The effort of the entire nursing team should be to find a common means of communication that will facilitate and speed up the whole communication process.

keywords: multiple trauma, communication barrier, tracheostomy tube, post-traumatic cognitive deficit, communication tool, nursing care, patient of other nationality (foreigner)

Poděkování

S velkou úctou děkuji paní Mgr. Zuzaně Pražákové za její trpělivost, čas a vedení mé práce.

Obsah

1. Úvod	9
2. Současný stav poznání	10
2.1. Typy traumat	10
2.2. Patofyziologie polytraumatu	10
2.3. ATLS, triage	11
2.4. Anamnéza	11
2.5. Management pacienta s polytraumatem	12
2.6. Diagnostika	12
2.7. Terapie	13
2.8. Intenzivní péče	13
2.9. Komplikace polytraumatu	14
2.10. Komunikace	18
2.11. Typy komunikace	18
2.12. Komunikační cyklus	19
2.13. Komunikace s pacientem	21
2.14. Komunikační bariéry v intenzivní péči	22
2.15. Faktory ovlivňující komunikaci s pacienty	23
2.16. Formy komunikace s pacienty	24
2.17. Alternativní a augmentativní komunikace	26
2.18. Koncept bazální stimulace	27
2.19. Ošetřovatelský proces v intenzivní péči	28
2.20. Model V. Henderson	29
3. Použité metody	30
3.1. Metodologie	30
3.2. Etické aspekty	30
4. Případová studie	31
4.1. Lékařské diagnózy při příjmu a v průběhu hospitalizace	32
4.2. Ošetřovatelská anamnéza	32
4.3. Období kritické (analgozace)	33
4.4. Období weaningu (delirium)	38
4.5. Období rekonvalescence	45
5. Diskuze	52

6. Závěr.....	53
7. Seznam použité literatury	54

Seznam zkratk

Seznam tabulek

Seznam obrázků

Seznam příloh

1. Úvod

Jako téma pro mou bakalářskou práci jsem si zvolila případovou studii pacientky s polytraumatem. V době, kdy jsem si dané téma vybírala, jsem pracovala jako sestra na ARO a polytrauma bylo jednou z častých příčin hospitalizace pacientů. Práci na ARO považuji za velmi zajímavou, psychicky a fyzicky náročnou. Mé osobní zkušenosti jsou takové, že sestry intenzivní péče disponují dobrými teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi.

U pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče se vyskytuje celá řada komunikačních bariér, kvůli kterým nemůže komunikovat s okolím. Pacient je vlivem úrazu upoután na lůžko, jeho vědomí je alterované, vystává celá řada komunikačních překážek. Pacient není schopen vyjádřit své pocity a potřeby, získávat informace a je frustrovaný s obavami o svou budoucnost.

Zlepšení komunikace mezi ošetřovatelským týmem a pacientem v této specifické skupině nabízí prostor pro zdokonalení komplexní ošetřovatelské péče. V praxi se vyskytuje řada komunikačních pomůcek, které mají za účel usnadnit komunikaci s pacienty. Tyto pomůcky pro komunikaci nejsou individuální, a proto je hlavním cílem mé práce vytvořit na základě konkrétní případové studie komunikační kartu a implementovat ji na pracoviště intenzivní péče pro zlepšení komunikace s pacienty hovořícími rusky.

Snaha o komunikaci s pacientem, jehož hospitalizaci doprovází řada komunikačních překážek, by měla být společným cílem všech, kteří o pacienta pečují. Vzájemné porozumění mezi pacientem a zdravotnickým personálem je jedním ze zásadních předpokladů dobré spolupráce.

„Plně porozumět myšlenkám a pocitům druhého, včetně významů, které pro něho mají, a být tímto druhým člověkem také sám plně chápán, to je jeden z nejhodnotnějších a nejvzácnějších lidských prožitků.“ Carl.R.Rogers

Práce je rozdělena na část teoretickou, která zahrnuje základní informace o polytraumatu, jeho patofyziologii, možnostech léčby, diagnostických metodách, léčbě a možných komplikacích. Uvedeny jsou hlavní komunikační bariéry, formy a typy komunikace, význam modelu ošetřovatelské péče podle V. Henderson.

Praktická část je vytvořena formou případové studie, ošetřovatelský proces je aplikovaný do modelu V.Henderson. Výsledkem práce je vytvoření vhodného komunikačního klíče v podobě komunikační karty.

2. Současný stav poznání

2.1. Typy traumat

Trauma

Trauma je náhlé fyzické poškození způsobené mechanickou, chemickou, tepelnou a jinou energií, patří k nejčastější příčině úmrtí u populace ve věku do 40 let. Incidence úmrtí spojená s traumaty ve vyspělých zemích se pohybuje okolo 60-80 na 100 000 obyvatel za rok. Jedná se o tisíce až desetitisíce nezvratných zdravotních postižení a invalidizací, které doprovázejí těžko vyčíslitelné ekonomické ztráty (Ševčík et al., 2014).

Monotrauma

Představuje poranění jedné orgánové dutiny nebo orgánu, přičemž dochází k přímému ohrožení na životě (Bartůněk et al., 2016).

Sdružené poranění

Poranění, která nesplňují kritéria polytraumatu. Je postiženo více tělních systémů, nejčastěji se jedná o vícečetné zlomeniny kostí končetin v kombinaci s méně závažným poraněním jiných regionů, které ale nepřímě ohrožují zraněného na životě (Bartůněk et al., 2016).

Polytrauma

„Polytrauma je definováno jako náhle vzniklé úrazové poškození dvou nebo více orgánových systémů, orgánů nebo částí těla, z nichž postižení alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace ohrožuje základní životní funkce. V přednemocniční péči je nutný diferencovaný přístup – rozhodnutí o zvoleném postupu „scoop and run“ (rychlé naložení a transport), nebo „stay and play“ (zajištění a terapie na místě).“ (Remeš et al., 2015)

2.2. Patofyziologie polytraumatu

Závažnost traumatu se posuzuje podle přítomnosti kraniocerebrálního traumatu, traumatu hrudníku, tupého traumatu břicha a vnitřního krvácení. Systémovou reakcí na polytrauma je šok a multiorgánové selhání (Slezáková et al., 2019). Při urgentních, život ohrožujících stavech dochází k dekompenzaci základních životních funkcí. Na základě fenoménů jako je hypoxie, anoxie, hypoperfuze a reperfuze dochází k patofyziologickým změnám v organismu (Šeblová et al., 2018).

Při polytraumatu dochází k závažnému poranění dutinových orgánů, retroperitonea a pánve, mnohočetným zlomeninám se značnou krevní ztrátou. Tento stav progreduje v traumatický šok, jehož výsledkem je dysfunkce jednoho či více orgánů, bez terapeutické intervence nelze udržet homeostázu organismu. Následnými projevy bývá nejčastěji renální a jaterní selhání, ARDS, DIC (Bartůněk et al., 2016).

Pravděpodobnost přežití závisí na typu poranění, správném ošetření na místě úrazu a po přijetí do nemocnice (zlatá hodina), výskytu závažných onemocnění v předchorobí a věku zraněného. Zajištění adekvátní terapie od okamžiku vzniku úrazu přispívá ke snížení mortality a morbidity, vede ke snížení nákladů spojených s poskytováním léčebné péče. Předpokladem úspěšné terapie s příznivým klinickým výsledkem je kvalitní systém přednemocniční péče a vznik specializovaných traumacenter (Ševčík et al., 2014).

Hlavní příčinu úmrtí u traumat tvoří poranění mozku, krvácení, obstrukce dýchacích cest, MODS či srdeční zástava (Maláska et al., 2020). V praxi jsou nejčastěji zastoupeny úrazy dopravní, pracovní, sportovní a úrazy v domácnostech. Nejčastějším typem poranění jsou tupá, penetrující a jejich kombinace (Ševčík et al., 2014).

2.3. ATLS, triage

ATLS je protokol rozšířené neodkladné péče o pacienty s traumatem, jedná se o ucelený systém standardizovaných postupů, který vedl ke vzniku traumacenter. Mnemotechnická pomůcka ABCDE určuje základní priority primárního zhodnocení, které je univerzální pro všechna traumata (In: uvn.cz, 2020).

Pro příznivou prognózu pacienta s polytraumatem je nezbytné adekvátní vyhodnocení závažnosti poranění na místě události – triage, které po primárním ošetření podle ATLS determinuje směřování pacienta do specializovaného pracoviště a minimalizuje časovou prodlevu ve vztahu k poskytnutí nemocniční péče.

Triage pozitivitu vyhodnocuje záchranný tým při prvotním vyšetření zraněné osoby, jedná se o soubor několika veličin prokázaných na místě nehody, mezi které patří první zjištěné hodnoty fyziologických funkcí, anatomická poranění prokázaná fyzikálním vyšetřením a mechanismem úrazu. Stačí jedna pozitivní veličina v jedné z těchto tří kategorií a pacienta označíme za tzv. „triáž pozitivního.“ Pomocnou roli v hodnocení hraje věk a komorbidita (*tabulka č.1*) (In: urgentnimediceina.cz, 2020).

2.4. Anamnéza

Vzhledem k závažnosti poranění bývá odebrání anamnestických údajů od zraněného na místě nehody ztíženo, proto je soustředěné na nejdůležitější informace. K tomu slouží mnemotechnická zkratka *SAMPLE*. *S* – *Sings and Symptoms* (projevy a příznaky), *A* – *Allergies* (alergie), *M* – *Medications* (léky), *P* – *Past medical history* (předchozí zdravotní anamnéza), *L* – *Last meal* (co a kdy naposledy jedl), *E* – *Events leading to injury* (události, které vedly k poranění) (Judith et al., 2007).

Anamnestické údaje jsou doplněny nepřímo v průběhu hospitalizace příbuznými či partnerem.

2.5. Management pacienta s polytraumatem

1. Primární vyšetření a terapie

Řešení život ohrožujících stavů podle algoritmu AcBCD (Maláska et al., 2020).

Vyšetření spočívá ve vyšetření dýchacích cest – *Airway + cervical spine* (zajištění a mobilizace krční páteře), dýchání – *Breathing* (kyslíková terapie, mechanická ventilace), krevního oběhu – *Circulation* (hrazení volumu, případně KPR), hodnocení neurologického stavu – *Disability* (kontrola vědomí – pacientova reakce na hlas či bolest, orientace v místě, čase, osobě) (Judith et al., 2007).

2. Sekundární vyšetření

Provádí se po stabilizaci životních funkcí, je zaměřené na podrobnější vyšetření pacienta s následným algoritmem EFGHI (Judith et al., 2007).

Odhalení a působení okolního prostředí – *Expose and Environment* (odstranění oblečení, odhalení skrytých zranění, zahřátí). Kompletní životní funkce, pět výkonů, přítomnost rodiny – *Full vitals, Five interventions, Family presence* (vyhodnocení životních funkcí; předpoklad pěti výkonů – pulzní oxymetrie, monitorování srdeční činnosti, katetrizace močového měchýře, zavedení nazogastrické sondy, laboratorní vyšetření; zajištění a umožnění přítomnosti rodiny). Poskytnutí pohodlí – *Giving comfort* (uklidnění pacienta a poskytnutí duševní podpory komunikací, tišení bolesti). Vyšetření od hlavy až k patě – *Head to toe assessment* (rány, hematomy, deformity, zhoršená pohyblivost a funkce). Vyšetření zadních partií těla – *Inspection of posterior* (přetočení na bok, vyšetření zadní části těla) (Judith et al., 2007).

Probíhá od hlavy až k palci v kombinaci s použitím zobrazovacích metod. Je stanoven definitivní terapeutický plán (Maláska et al., 2020).

3. Terciární posouzení

Případný nález nedignostikovatelných menších poranění a časných důsledků (kompartment syndrom končetiny aj.) (Maláska et al., 2020).

2.6. Diagnostika

Laboratorní vyšetření zahrnují rozbor krve se zaměřením na hodnoty krevního obrazu, elektrolytů, minerálů, vyšetření krevní srážlivosti, hodnoty amyláz, lipázy a cholesterolu, jaterní testy, mikrobiologické vyšetření krve. Nezbytné je vyšetření krevní skupiny a křížové zkoušky, vyšetření krevních plynů (Judith et al., 2007).

Mezi základní zobrazovací metody patří ultrazukové vyšetření FAST, které prokazuje volnou tekutinu v obou pleurálních dutinách, perikardu a peritoneu, pod přímou kontrolou umožňuje tuto tekutinu ihned drénovat (Vymazal et al., 2016). Počítačová tomografie slouží k nejrychlejšímu zobrazení všech orgánů – nativní CT nemá žádnou absolutní kontraindikaci, relativní je těhotenství. Při podání kontrastní látky je absolutní kontraindikací alergická reakce na jódovou kontrastní látku (Malíková et al., 2019). Rentgenové vyšetření zahrnuje nejčastěji předozadní snímek hrudníku a pánve (Ševčík et al., 2014).

2.7.Terapie

Terapie polytraumatu začíná od přednemocniční péče podle protokolu ATLS. Jedná se o akutní intervence vedoucí k zástavě masivního krvácení a fixaci krční páteře krčním límcem. Zajištění dýchacích cest na základě indikace stavu pacienta jako je neschopnost udržení volných dýchacích cest, alterace vědomí, orofaciální poranění aj. Adekvátní oxygenaci představuje podání kyslíku polomaskou, pokud není indikováno zajištění dýchacích cest. Oběh je stabilizován podáním intravenózních tekutin pro obnovu kolujícího objemu pomocí dvou vysoko-průtokových intravenózních vstupů (Šeblová et al., 2018).

Při příjmu pacienta dochází vedle diagnostických intervencí a monitorace fyziologických funkcí k urgentním výkonům, mezi které patří punkce tenzního pneumotoraxu/hemothoraxu, punkce perikardu při tamponádě srdeční. Následují urgentní operační výkony, označované jako „damage control“ (kontrola zdroje poškození). Ty se provádějí u penetrujících a tupých poranění dutiny hrudní, břišní a pánve. Poranění skeletu jsou operačně řešena pouze v případě zlomenin s poraněním velkých cév, otevřených zlomenin, luxace velkých kloubů, zlomenin dlouhých kostí. Mezi další neodkladné výkony patří zavedení zevní komorové drenáže, dekomprese kraniektomie či řešení významného intrakraniálního krvácení (Ševčík et al.,2014).

Principem damage control je zmírnění náročnosti operačního výkonu rozdělením do několika fází, které na sebe navazují. Urgentní operační výkony jsou zaměřené pouze na ty život ohrožující, další chirurgické ošetření je provedeno až po stabilizaci stavu nemocného (Bartůněk et al., 2016).

2.8.Intenzivní péče

Intenzivní péče o polytrauma začíná po urgentním chirurgickém výkonu splňujícím princip „damage control,“ který by neměl přesahovat 1,5-2 hodiny. Mezi priority v léčebném postupu patří dosažení tepelné homeostázy, optimalizace oběhu, úprava vnitřního prostředí a minimalizace sekundárního posttraumatického poškození. Doporučené je opětovné provedení důkladného vyšetření (tertiary survey), které je zaměřené na potenciálně přehlédnutelná malá poranění (missed injuries) (Ševčík et al., 2014).

2.9. Komplikace polytraumatu

Časné

- SIRS

Syndrom systémové zánětlivé odpovědi může vyústit v multiorgánový dysfunkční syndrom a je výsledkem nepřiměřené zánětlivé odpovědi organismu na závažné stimuly bakteriálního a nebakteriálního původu (Zeman et al., 2011).

Jde o univerzální systémovou zánětlivou reakci organismu na podněty (infekce, hypovolémie, hypoxie, trauma) s cílem ochránit jej pomocí eliminace noxy s následnou reparací poškozených tkání. Příznaky tvoří změněné dýchání, zvýšená/snížená tělesná teplota, tachykardie, tachypnoe, alterace počtu leukocytů (Ševčík et al., 2014).

- Život ohrožující krvácení

Definuje jej velikost krevní ztráty, počet podaných transfuzních jednotek erytrocytů, přítomnost klinických a laboratorních známek tkáňové hypoperfuze, nebo porucha orgánových funkcí. Rozhodující je velikost krevní ztráty či lokalizace (mozek). Terapie spočívá v resuscitaci hemorhagického šoku, zástavě nebo omezení krvácení, prevenci hypotermie. Primární strategie je „damage control surgery“. Jsou podávány koagulační faktory, mražená plazma a trombocyty, substituce kalcia, korekce acidobazické rovnováhy, laboratorní kontroly (ROTEM). Traumacentra používají jednotnou strategii v léčbě ŽOK (Ševčík et al., 2014).

- Syndrom tukové embolie

Vzniká po frakturách dlouhých kostí, nebo pánve a rozvine se v průběhu 24-48 hodin. Dochází k rozvoji dechové nedostatečnosti, poruše vědomí, petechiím. Tuková embolie vede k okluzi plicního řečiště a přetížení pravého srdce, má různorodý klinický obraz a nespecifické symptomy. Diagnóza je stanovena na základě klinických a laboratorních výsledků po vyloučení dalších potenciálních příčin. Terapie zahrnuje monitoraci oxygenace a stavu vědomí, komplexní dlouhodobou intenzivní péči (Ševčík et al., 2014).

- ARDS

Syndrom akutní dechové tísně je nejzávažnější formou akutního respiračního selhání na podkladě difúzní poruchy na úrovni alveokapilární membrány. Jeho mortalita je 30-40 %. Etiologicky je spojen s některými závažnými stavy, z nichž nejzávažnější je seps. Zásadním léčebným postupem je protektivní ventilace pacienta, adekvátní hrazení tekutin parenterální cestou (Ševčík et al., 2014).

Pozdní

- Seps

“Je systémová zánětlivá odpověď na infekci. Je vyžadována přítomnost nejméně dvou kritérií SIRS a předpoklad nebo průkaz infekce.” (Ševčík et al., 2014)

Sepsi lze rozdělit do tří skupin: *seps*, *těžká seps* s projevy dysfunkce nebo hypoperfuze orgánů a hypotenze, *septický šok* s příznaky seps a těžké seps a hypotenzí nereagující na doplnění objemu tekutin (Zeman et al., 2011).

- MODS

„Vyznačuje se přítomností alterace funkce orgánů u akutně nemocných v intenzitě vyžadující podporu nebo náhradu orgánových funkcí.” (Ševčík et al., 2014)

Syndrom multiorgánové dysfunkce představuje současnou nebo následnou dysfunkci několika orgánů, která může vést k jejich selhání. Vzniká po bakteriálních infekcích nebo neinfekčních inzultech. Více než 25 % nemocných se SIRS umírá na MODS (Zeman et al., 2011).

- Delirium

Delirium a encefalopatie jsou přítomny u 67-92 % pacientů s polytraumatem na UPV. Mezi inzulty patří sedace, analgezie, spánkové deprivace, pooperační stav, otravy, abstinenční syndrom, orgánové dysfunkce, metabolické/elektrolytové dysbalance a infekce. Pro správnou a rychlou léčbu je prioritou znát vyvolávající příčinu. Benzodiazepiny zvyšují riziko vzniku deliria, upřednostňována jsou sedativa, antipsychotika. Neurologické vyšetření je často ztížené bolestí, sedací, UPV a rozsahem poranění. Doporučením je pravidelné snižování sedace z důvodu včasné diagnostiky a léčby neurologických komplikací, které mohou být potlačeny. Delirantní pacient ohrožuje sebe, i zdravotnický personál. Mezi rizika deliria patří zvýšení morbidity, autoextubace, vytažení katétrů a drénů, pád z lůžka a poškození měkkých tkání (Aminoff et al., 2017).

- Imobilizační syndrom

Je celková odezva organismu na imobilitu pacienta, přičemž jej ohrožuje poškozením jedné nebo několika orgánových soustav. Je to následek imobilizace vynucené, nebo nutné pro stav pacienta. První následky se začnou projevovat již po několika hodinách imobility a patologické změny po sedmi dnech (Kelnarová et al., 2016).

Imobilizační syndrom postihuje tyto systémy:

- *Pohybový systém*

Osteoporóza je způsobena inaktivitou a vzniká na podkladě úbytku kostní hmoty, komplexních endokrinních a metabolických změn, ztráty antigravitačního působení. Jsou odbourávány kostní lamely, je zvýšená ztráta vápníku. Demineralizace vede k frakturám (krček kosti stehenní, zápěstí, obratle) (Kelnarová et al., 2016).

Svalová atrofie je způsobená poklesem svalové hmoty (Kelnarová et al., 2016).

Ankylóza znamená ztuhnutí kloubu se ztrátou jeho pohyblivosti (Kelnarová et al., 2016).

Kontraktury představují zkrácení svalů v oblasti ztuhlého a deformovaného kloubu (nejčastěji dolních končetin) (Kelnarová et al., 2016).

- *Kardiovaskulární systém*

Ortostatická hypotenze vzniká na základě náhlého snížení krevního tlaku ve vzpřímené poloze po inaktivitě, z důvodu sníženého srdečního výdeje, snížené kontraktility srdečního svalu (Kelnarová et al., 2016).

Nedostatečnost žilních chlopní na dolních končetinách je způsobena sníženým návratem krve. Riziko vzniku tromboembolické nemoci navazuje na nedostatečnost žilních chlopní vlivem venostázy (Kelnarová et al., 2016).

- *Respirační systém*

Atelektáza plic je nevdušnost plic způsobená hromaděním sekretu v dýchacích cestách (Kelnarová et al., 2016).

Statická pneumonie je způsobená hromaděním hlenu v plicích z důvodu inaktivity dýchacích svalů (Kelnarová et al., 2016).

- *Metabolický a výživový systém*

Imobilita způsobuje nerovnováhu mezi anabolismem a katabolismem při převaze katabolismu. Velkou roli hraje stres, bolest, aplikace opioidů a katecholaminů (Kelnarová et al., 2016).

Anorexie (nechutenství) vzniká při snížení příjmu bílkovin a energie (Kelnarová et al., 2016).

Malnutrice (podvýživa) je způsobena nedostatečným přísunem bílkovin ze stravy (Kelnarová et al., 2016).

Hypoproteinemie je snížená hladina bílkovin v krevní plazmě, dochází ke snížení onkotického tlaku a přesunu tekutin do intersticiálního prostoru, to vede k otokům (Kelnarová et al., 2016).

- *Vylučovací systém*

Z důvodu zavedení močového katétru a inaktivitou dochází ke vzniku rezidua v močovém měchýři, jež přispívá k množení bakterií, ke kterému přispívá rovněž nedostatečná hygiena genitálií. Bakterie způsobují cystitidu a následně retrogradní infekci ledvin (Kelnarová et al., 2016).

Mezi další projevy inaktivity patří inkontinence a paradoxní ischurie (Kelnarová et al., 2016).

- *Trávicí systém*

Zácpa je způsobena snížením peristaltiky z důvodu zástavy prokrvení splachníku při šokovém stavu, vlivem opioidů, katecholaminů, ATB bez dodání střevní mikroflóry. Rovněž se na jejím vzniku podílí nedostatečný příjem vlákniny, tekutinová restrikce, nepřírozená poloha při defekaci a stud nemocného (Kelnarová et al., 2016).

Dochází ke vzniku atonie žaludku, stresového vředu žaludku a duodena (Kelnarová et al., 2016).

- *Kožní systém*

Dochází ke snížení kožního turgoru, vznikají dekubity a intertrigo (Kelnarová et al., 2016).

- *Psychické změny*

Dochází ke změnám smyslového vnímání, změnám v sebepojetí, sníženému vnímání času a prostoru. Projevuje se beznadějí, závislostí na druhých, bezmocností, izolací, regresí. Nejčastějšími příčinami vzniku jsou sedace, analgezie, spánková deprivace, pooperační stavy a orgánové dysfunkce (Kelnarová et al., 2016).

- **PICS**

Syndrom po ICU péči je soubor fyzických, duševních a emocionálních příznaků, které přetrvávají i poté, co pacient opustí ICU. Pacient je na ICU hospitalizován v závažném stavu (trauma, sepse, respirační selhání aj.), je napojen na ventilátor, má zajištěné dýchací cesty, je pod vlivem analgosedace a jiných léků, které způsobují bludy, má bolest a strach. Z důvodu pokroku v medicíně přežívá za posledních několik desetiletí čím dál více pacientů následky velkého traumatu. V poslední době je trendem zaměření na dlouhodobé výsledky těchto přeživších. U těchto pacientů vyvstává celá řada psychických, emočních a fyzických následků, a to po dobu několika týdnů, měsíců či let. PICS ovlivňuje kvalitu života pacienta i rodiny. Kromě kriticky nemocného, který přežil, se mohou u rodiny a blízkých, kteří poskytují potřebnou péči a podporu pacientovi, vyvinout některé stejné mentální a emocionální příznaky (PICS-F) (In: my.clevelandclinic.org, 2020).

PICS zahrnuje nové nebo zhoršující se mozkové (kognitivní) příznaky v podobě snížené paměti, problémů s myšlením, obtížném mluvení, zapomínání, poruch soustředění. Emoční příznaky zahrnují posttraumatickou stresovou poruchu (noční můry, nežádoucí vzpomínky), úzkost, deprese, sníženou motivaci. Mezi fyzické příznaky patří svalová slabost, únava, snížená mobilita, obtížné dýchání, nespavost (In: my.clevelandclinic.org, 2020).

2.10. Komunikace

Komunikace patří k základním životním potřebám lidí a zvířat. Je to silný nástroj umožňující přežít, být úspěšný, prosadit se, porozumět a pomáhat jiným. Jde o nejčastější aktivitu člověka. Komunikace je základním nástrojem interakční aktivity, podle něj si děláme představu nejen o sobě ale i o druhých (Mikuláščík, 2010). Komunikace je proces mezi jedinci a to, jak se bude odvíjet, závisí na osobnostních předpokladech zúčastněných. Mezi určující faktory patří psychický stav, inteligence, dědičné predispozice, vzdělání, výchova, individuální a sociální zkušenosti (Tomová et al., 2016).

Sestra nemůže vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči bez komunikace s pacientem, vystupuje v roli komunikátorky a edukátorky. Základními předpoklady pro vedení verbální komunikace, tak aby plnila svůj hlavní smysl výměny informací, musí obě strany chtít komunikovat, umět komunikovat a mít možnost komunikovat (Kapounová, 2020).

„Komunikaci je nutné chápat jako nekončící proces, který rozvíjí každého z nás. Právě sociální rozměr komunikace je základním pilířem v práci sestry. Vnímání pacienta, jeho potřeb, rozhodování a spolupráce jsou aktivity, které prokazují vyspělost komunikačních dovedností každého zdravotnického pracovníka.“ (Tomová et al., 2016)

2.11. Typy komunikace

- Verbální komunikace

Předpokladem pro úspěšnou verbální komunikaci mezi sestrou a pacientem je *jednoduchost*, kdy sestra nepoužívá detailní popisy, ani odborné termíny. *Stručnost*, aby zbytečně obsáhlé informace nevyvolávaly v pacientovi nedůvěru. *Reciprocita*, při které sestra nezapomíná dát pacientovi prostor pro jeho dotazy. *Zřetelnost*, kdy slovní výraz vystihuje podstatu zmiňovaného podmětu bez zobecňování a osobních názorů. Při *vhodném načasování* zajistí sestra pro komunikaci dostatek času, soukromí a klid. *Kognitivní adaptace* znamená, že se sestra přizpůsobí komunikační úrovni pacienta. Komunikace je *flexibilní*, tzn., že využívá otevřené a upřímné komunikace, ve které lze vždy pokračovat (Kapounová, 2020).

- Neverbální komunikace

Doplňuje komunikaci verbální a tvoří 70-90 % sdělení. Při rozporu mezi verbální a neverbální komunikací vstupuje do popředí důležitost komunikace neverbální (Kapounová, 2020).

Typy neverbální komunikace:

Mimika vyjadřuje naše postoje, názory, pocity, myšlení a způsob života. Tvář patří mezi nejdůležitější komunikační orgán. Sestra by neměla zapomínat, že úsměv je nejlepším lékem, pochvalou a nejlepším prostředkem k navázání přátelského kontaktu s pacientem (Kapounová, 2020).

Vizika představuje oční kontakt, ten je důležitý zejména pro nehybného pacienta upoutaného na lůžko intenzivní péče, často je pro něj jedinou možností komunikace s okolím. Patří mezi nejdůležitější komunikační kanály informující sestru o pacientových prožitcích, pocitech, myšlenkách, fyzickém i psychickém stavu (Kapounová, 2020).

Kinezika zastupuje spontánní pohyby různých částí těla, které jsou specifické pro daného jedince (např. kousání se do rtu, točení pramínkem vlasů, sahání si na nos) (Kapounová, 2020).

Proxemika je tělesná vzdálenost komunikujících při komunikaci, rozlišuje se do 4 částí podle vzdálenosti v centimetrech na: *intimní, osobní, společenskou a veřejnou*. Sestra při běžném rozhovoru s pacientem zaujímá vzdálenost osobní, tj. 50-150 cm. Při komunikaci s pacientem upoutaným na lůžko se jedná nejčastěji o vzdálenost intimní (Kapounová, 2020).

Haptika znamená dotykový kontakt. Nejpoužívanější je podání ruky a verbální představení se. Sestra může pacienta držet za ruku při vyšetření a zmírnit tak jeho strach. V rámci bazální stimulace sestra pacienta osloví a položí ruku na jeho rameno (iniciální dotek) (Kapounová, 2020).

Chronemika vyjadřuje chování v čase vůči jiným osobám. Jedná se o vzájemný poměr dialogů, pomlk. Rovněž představuje zacházení člověka s časem, např. jak je dochvilný. Sestra věnuje dostatek času pacientovi při rozhovoru o jeho problémech. Pacient, který hovoří pomalu a s pomlkami může mít strach a zamlčovat některé skutečnosti (Kapounová, 2020).

Posturika je řečí postoje a držení těla, končetin. Sestra si všímá, jakou polohu pacient zaujímá, rovněž je důležité, jaký postoj zaujímá sestra při rozhovoru s pacientem. Sestra by měla vždy být k pacientovi otočena čelem a zaujímat přímý postoj (Kapounová, 2020).

Gestika doplňuje verbální sdělení. Jsou to pohyby rukama a hlavou, v sociální komunikaci zaujímá důležitou roli (Kapounová, 2020).

Vzhled a celková úprava zevnějšku vypovídá o sociální situaci a životním standardu člověka. Sestra si u pacienta všímá upravenosti nehtů, vlasů, čistoty oblečení apod. (Kapounová, 2020).

2.12. Komunikační cyklus

Má pět základních prvků.

1. Komunikátor

Je autor nebo odesílatel, původce zprávy a ten, kdo předává informace. Může být ovlivněn řadou aspektů (postojem k situaci, k člověku, okolím, kulturou, emočním rozpoložením, vzděláním, výchovou, pracovní pozicí, jazykovými schopnostmi). Předpokládá, že příjemce sdílí kódovací systém a může ignorovat zásadu obousměrné komunikace (chce mluvit, ne naslouchat). Do sdělení promítá svou osobnost, osobní zaujetí pro věc, vlastní zkušenost (Tomová et al., 2016).

2. *Komuniké*

Hlavní myšlenka, zpráva, kterou chce komunikátor předat. Vyskytuje se ve formě verbálních a neverbálních symbolů. Důležitý je komunikační jazyk, zakódování sdělení do smysluplné podoby. Kód se vyskytuje ve formě jazyku, obrázků, not, doteků aj. Konkrétní označení věci umožní příjemci pochopit zprávu. Složitější situace nastává při používání abstraktních významů a slovních spojení. Nezbytné je dodržování komunikačních zásad, kdy výsledným efektem je zprostředkování prostého sdělení, anebo změna postoje. Sdělení je co nejstručnější, srozumitelné a zřetelné. Informace jsou přiměřené a jednoznačné bez dvojsmyslu. Volena je vhodná forma komunikace a ověření pochopení v průběhu sdělení (Tomová et al., 2016).

3. *Komunikační kanál*

Je prostředkem vyjádření zprávy, a to buď přímým, nebo zprostředkovaným. Tyto kanály odpovídají našim možnostem vnímání. Volbu komunikačního kanálu určuje naléhavost sdělení. Překážky jsou často z důvodu nevhodného zvolení kanálu, dojde-li k přerušení přenosu, odehrává-li se sdělení v nevhodný čas a na špatném místě (Tomová et al., 2016).

- *Přímý kanál (face to face)*

Tvoří auditivní kanál (zvuky a jejich zřetelnost), neverbální projevy (mimika – vizuální kanál), doteky (hmatový kanál), tělesná teplota (teplotní kanál), vůně kávy a jídla (čichový kanál), vzdálenost mezi komunikujícími. Důraz je kladen na vizuální prvky (úprava oděvu, vlasů, nehtů, líčení, tetování, piercing). Komunikace probíhá většinou formou několika kanálů současně (Tomová et al., 2016).

- *Zprostředkovaný kanál*

Probíhá v podobě telefonního hovoru, SMS, MMS, e-mailem, dopisem, filmem, hudbou. Je častý při komunikaci s pacientem na JIP a závisí na jeho stavu a možnosti verbálně odpovídat (Tomová et al., 2016).

4. *Komunikant*

Příjemce sdělení, který je ovlivněn stejnými okolnostmi jako autor. Předpokládá stejně jako komunikant stejný časový prostor pro vyjádření, jeho vlastnostmi jsou schopnost naslouchat, vnímat, nepřerušovat, klást rozvíjející otázky. Má schopnost identifikovat neverbální signály, upřednostňuje objektivní posuzování před osobním dojmem, neuplatňuje selektivní naslouchání a vyhýbá se haló efektu, uplatňování vlivu své pracovní pozice. Častými problémy je zacílení pozornosti na způsob vyjádření místo obsahu sdělení, nesoustředěnost, příliš dlouhé zprávy a naprostá odlišnost k postoji řečeného (Tomová et al., 2016).

5. *Zpětná vazba (feed back)*

Odezva příjemce na přijatou zprávu. Může mít podobu přikývnutí, úsměvu aj. Informuje o tom jak, byla zpráva přijata a pochopena. Tato vazba udržuje komunikující v komunikační situaci. Je žádoucí vytvořit prostor pro vyjádření pochopení či odmítnutí. Má funkci regulativní, poznávací, podpůrnou, provokující. Měla by následovat co nejdříve po obdržení informace, pomáhá oběma stranám, je přesná, užitečná, popisná, aktuální, relevantní (Tomová et al., 2016).

Komunikační šum

Tvoří signály prolínající se nebo narušující příjem sdělení. Tento šum může přerušit příjem sdělení (Tomová et al., 2016).

- *Fyzický*

Je mimo zdroj komunikátora a komunikanta – rušivé vlivy projíždějících aut, počítačů, elektrických přístrojů, sluneční brýle, malý text, nečitelný text atd. (Tomová et al., 2016).

- *Fyziologický*

Tvoří bariéry komunikátora i komunikanta. Jedná se o vady sluchu, zraku, výslovnosti, huhlání, poruchy paměti, bolest, únavu, pocit hladu či žízně, zavedení endotracheální/tracheostomické kanyly, bezvědomí aj. (Tomová et al., 2016).

- *Psychologický*

Psychické problémy, předpojatost, předsudky, emoční labilita (Tomová et al., 2016).

- *Sémantický*

Způsoben vlivem odlišného jazyka, dialektu, používáním žargonu, odborných termínů, složitých souvětí, abstraktních výrazů, dvojsmyslů (Tomová et al., 2016).

2.13. Komunikace s pacientem

V praxi je postrádána zpětná vazba pochopení, komunikace s pacientem je často jednostranná aktivita. Hlavního komunikátora představuje sestra, která tráví s pacientem nejvíce času. Důležité je efektivní využívání nonverbální a verbální komunikace, informace musí být formulovány jasně, stručně, výstižně a srozumitelně pomocí vhodné formy. Základní komunikační kanál s pacienty v bezvědomí představují dotyky a hlas. Nezbytný je dostatečný časový prostor, kteří pacienti potřebují ke svému vyjádření, eliminovat komunikační šum. Je důležité zaznamenat a umět správně identifikovat nonverbální signály ze strany pacienta jako jsou grimasy, pohyby očních víček, rtů, prstů, končetin, uvolnění/spasmus těla, změny fyziologických funkcí apod. (Tomová et al., 2016).

V přednemocniční péči je komunikace s pacientem, který utrpěl závažné poranění obvykle strohá, omezená na sdělení základních a nejnütnejších informací týkajících se zdravotního stavu. Zdravotnický personál se v tuto dobu snaží svým profesionálním chováním a pozitivním přístupem k pacientovi zvládnout vypjatou situaci a minimalizovat tak jeho stres, uklidnit jej a dodat mu pocit jistoty. Narušení, až úplná ztráta verbální nebo nonverbální komunikace má negativní dopad na psychiku pacienta i jeho celkový stav. Ten není schopen zcela konkrétně vyslovit své potřeby, obavy a přání, klást otázky, narůstá jeho frustrace a strach.

2.14. Komunikační bariéry v intenzivní péči

Pacient ohrožený selháváním životních funkcí má porušené vědomí a změněné vnímání. S ohledem na závažnost traumatu je pacient analgosedovaný již v přednemocniční neodkladné péči, nadále po dobu diagnostického vyšetření a během operačního výkonu. Analgosedace může přetrvávat několik dnů až týdnů v korelaci se závažností poranění. Bez ohledu na změněný stav vědomí by měl zdravotnický personál s pacientem po celou dobu své přítomnosti řádně komunikovat, dbát na oslovení, informovat jej o postupu a průběhu vykonávané ošetrovatelské péče, vyšetření a dalších činnostech týkajících se péče o něj.

Kriticky nemocní pacienti na JIP často vyžadují ventilační podporu. K jejímu zajištění je potřeba orální intubace nebo zavedení tracheostomické kanyly, v jejímž důsledku ztrácí schopnost verbální komunikace. Mimo jiné se v závislosti na klinickém stavu pacienta a dalších komorbiditách obvykle rozvine svalová slabost kriticky nemocných, která zapříčiní snížení či ztrátu motorické schopnosti a tím i komunikace pomocí gest. Pacient vlivem těchto komunikačních bariér není schopen plnohodnotné komunikace se zdravotnickým personálem či rodinou. To se projevuje psychologickými změnami, izolací, snížením sebeúcty (In: ncbi.nlm.nih.gov, 2020).

Komunikační bariéry jsou všechny překážky, které musí být při komunikaci překonány, nebo které brání jejímu uskutečnění. Tyto bariéry mohou přejít v komunikační šum. Sestra bariéry účelně vyhledává, časně řeší jejich nápravu, snaží se věnovat dostatek času komunikaci, vzbuzuje v pacientovi důvěru (Tomová et al., 2016).

- Interní komunikační bariéry

Týkají se komunikujícího. Představují obavy a strach z nepochopení, zlost, úroveň komunikačního partnera, neúctu, nesympatie, skákání do řeči, nesoustředěnost, stereotypizaci atd. (Tomová et al., 2016).

- Externí komunikační bariéry

Zahrnují rušivé vlivy okolí, vzdálenost mezi komunikujícími, vyrušování, rozptylování třetí osobou, hluk, hlasitý rozhovor zdravotníků aj. (Tomová et al., 2016).

- Specifické komunikační bariéry

Ze strany personálu představují nedostatek času, neochotu naslouchat, vnucování vlastních názorů, používání odborné terminologie apod. (Tomová et al., 2016).

Ze strany pacienta jde o stav kardiovaskulárního systému, léky, bolest, narušenou komunikační schopnost (endotracheální/tracheostomická kanyla, poranění CNS a horních končetin, neschopnost artikulace vlivem úrazu), únavu, neporozumění, negativismus, strach, kognitivní deficit, vliv jiného mateřského jazyka (Tomová et al., 2016).

2.15. Faktory ovlivňující komunikaci s pacienty

Dělí se na faktory, které se vyskytují na *straně zdravotníka* a na ty, které se vyskytují na *straně pacienta*. Ty, které komunikaci urychlují, podporují jsou nazývány *akcelerátory*. Ty faktory, které zpomalují komunikační výměnu jsou označovány jako *retardéry* (Tomová et al., 2016).

- Individuální faktory

Jsou to osobní dispozice a motivace jedince ke komunikaci (vlastnosti, vědomosti, dovednosti, zkušenosti, schopnosti). Akcelerátory jsou otevřenost, vstřícnost, tolerance, respekt, ochota naslouchat, asertivní chování, jazyková vybavenost, psychická a fyzická kondice, dobrá nálada, schopnost vnímat všemi smysly aj. Mezi retardéry patří uzavřenost, strach, obavy, nejistota, jazykové nedostatky, poruchy paměti, soustředění, únava, smyslové poruchy, tělesný hendikep, negativní zkušenosti, onemocnění, vliv medikace, cirkadiánní rytmus atd. (Tomová et al., 2016).

- Sociální faktory

Zahrnují společenské normy (co je a není v komunikaci dovoleno), vztahy (vznikají mezi komunikujícími) a společenské klima (konkrétní sociální prostředí). Akcelerátory tvoří rozvinuté interpersonální vztahy, pozitivní neformální vztahy, respekt a uznání role nadřízeného, podřízeného, pozitivní klima založené na důvěře, otevřenosti a spolupráci. Za retardéry jsou považovány překážky v otevřené, upřímné a v komunikaci zbytečné byrokratické předpisy, negativní neformální vztahy, nerespektování a nevyjasněnost formálních vztahů, rivalita, nedůvěra (Tomová et al., 2016).

- Situační faktory

Jedná se o čas, prostor a médium (ovlivňuje množství, kvalitu a přesnost informací), kterým může být člověk nebo technický prostředek zprostředkovávající sdělení. Akcelerátory představuje přiměřené množství času potřebné ke sdělení, vytvoření podmínek pro dostatečnou motivaci komunikujících, přiměřená vzdálenost mezi komunikujícími, komunikace face to face, prostředí bez rušivých elementů, zajištění funkčního média aj. Mezi retardéry patří nedostatek nebo nadbytek času, nevhodné využití média anebo jeho zkreslený přenos, rušivé vlivy z okolí (hluk na oddělení způsobený přístroji používanými na ARO, hlasitá komunikace mezi personálem, nedostatek soukromí způsobený rozložením jednotky – chybí boxový systém, jednotlivá lůžka jsou oddělená pouze plentou (Tomová et al., 2016).

2.16. Formy komunikace s pacienty

- Odezírání ze rtů

Je to nejrozšířenější metoda komunikace s pacientem na UPV, která vyžaduje nutnou dávku trpělivosti jak pacienta, tak zdravotníka. Pacient musí chápat důležitost správné artikulace, používat pouze ústřední slova svého sdělení. Sestra by měla mít praktickou zkušenost odezírat, dostatečnou trpělivost a ochotu na této úrovni s pacientem komunikovat (Kapounová, 2020).

- Tužka – papír

Je na první pohled dostupná a velmi jednoduchá metoda sdělení krátkých informací. Vyžaduje dostatečnou svalovou sílu pacienta a jemnou motoriku. Pro pacienta je psaní mnohdy obtížnější, než se na první pohled může zdát. Vhodné je psaní fixem v optimální poloze (Riley, 2012). Optimální poloha je v polosedě, horní končetiny jsou podepřené na pevné podložce. Je vhodné pacienta upozornit, aby používal velká tiskací písmena a sděloval ústřední významová slova, psaní dlouhých vět jej zbytečně vysiluje (Tomová et al., 2016).

- Abecední tabulka

Je velmi často používaná pomůcka, individuálně vyhotovená nejen na JIP. Podstatou jsou velká tiskací písmena s dostatečnými rozestupy v zatavené folii, aby se dala tabulka dezinfikovat. Pacient by měl zaujímat vhodnou polohu, aby na tabulku viděl. Důležitá je svalová síla, pacient by měl tabulku udržet v ruce a být schopen ukazovat na konkrétní písmena. Často se stává, že medikace ovlivňující pozornost zapříčiní, že pacient zapomíná předešlá písmena, proto je vhodné písmena nahlas opakovat a nejlépe zapisovat na papír. Je možné kombinovat s jinými metodami (Tomová et al., 2016).

- Piktogramy

Jsou součástí vizuálního komunikačního systému, který využívá obrázkových symbolů. S těmito symboly se setkáváme v běžném životě ve formě příkazových a informačních tabulí, značek. Toto zjednodušené zobrazení předmětů, činností a vlastností je srozumitelné pro všechny osoby bez ohledu na kulturu, národnost, věk či postižení (Bendová, 2014). Pacient má k dispozici omyvatelné komunikační karty, které mohou být doplněny o titulky jednoduchých pokynů. Rovněž je s výhodou doplnit tuto formu komunikace jinými metodami (Tomová et al., 2016).

- Magnetická tabulka s písmeny a čísly

Je často využívána v rámci ergoterapie. Pacient zapojuje jemnou motoriku, koordinaci pohybů, vytrvalost a vnímání slov. Zaujímá vhodnou polohu s podepřenými horními končetinami (Tomová et al., 2016).

- Gesta

Zajišťují rychlou komunikaci s pacientem. Je možné naučit jej jednoduchým pohybům, které vyjadřují nejčastější potřeby. Například poklepání pravou rukou na levé zápěstí znamenající „kolik je hodin“ apod. Alternativou u pacientů se sníženou svalovou silou je používání stisknutí ruky jako význam souhlasu. Pokud není pacient schopný vykonat stisknutí ruky, je možné aplikovat jako nonverbální komunikační metodu kývání hlavou, popřípadě mrkání (Kapounová, 2020).

U pacientů se zajištěnými dýchacími cestami nevyžadujících ventilační podporu ani vysokou frakci kyslíku se využívají pomůcky pro tvorbu hlasu. Podmínkou je, aby byli schopni spolehlivě polykat a odkašlat (Kapounová, 2020).

- Orátor

Je připevňován na tracheostomickou kanylu, je vybavený spojkou, přes kterou je možné podávat kyslík. Je používán na určitou dobu, například po dobu návštěvy (Kapounová, 2020)

- Perforovaná (fenestrovaná) tracheostomická kanyla

Je složena z vnější kanyly s otvory na zadní straně, vnitřní kanyly a zavaděče. Při jejím použití k vytvoření hlasu je nutné vyjmout zavaděč a vnitřní kanylu, utěsnit vstupní otvor sterilními čtverci nebo kuličkem (Kapounová, 2020). Perforovaná kanyla se používá u spontánně ventilujícího pacienta, který je schopen odkašlat a polykat, je možné použít variantu s obturační manžetou či bez ní (Tomová et al., 2016).

U pacientů po totální laryngektomii je možná komunikace pomocí hlasových náhrad. Dýchací cesty jsou trvale zajištěny rigidní tracheostomickou kanylou (Kapounová, 2020).

- Jícnová řeč

Je prováděna tak, že se pacient učí napolykat vzduch a jeho vytěsněním rozkmitat jícnové ústí. Návčik tohoto typu řeči je dlouhodobý. Trvá řádově několik měsíců a naučí se ho ovládat pouze jedna čtvrtina pacientů (Kapounová et al., 2020).

- Elektrolarynx

Je zvukový generátor, který se se přikládá na měkkou část krku a v podčelistní oblasti. Tato řeč připomíná „robotickou řeč“ (Kapounová, 2020).

- Hlasová protéza

Je umístěna do zadní strany trachey a přední stěny jícnu. Při výdechu je nutné ucpat ústí kanyly a nasměrovat vzduch skrze protézu, dojde k vytvoření nejdokonalejší náhrady hlasu. Pacient se naučí komunikovat s protézou během pár dnů a její životnost je dána péčí, kterou jí věnuje, pohybuje se zhruba okolo půl roku (Kapounová, 2020).

Pomůcky pro pacienty s plegickým postižením

- Mouthmouse

Jsou ústy ovládané pomůcky určené lidem s pohybovým omezením a poskytují jim větší samostatnost a nezávislost. Uživatel je schopen ovládat zařízení jako je počítač, mobilní telefon, televize, světlo, větrák apod. Pomůcky se vždy přizpůsobí aktuálnímu zdravotnímu stavu uživatele (In: czech.mouthmouse.eu, 2020).

2.17. Alternativní a augmentativní komunikace

„Je využívána u pacientů na jednotkách intenzivní péče. Dělí se na dynamickou (gesta, prstová abeceda, znakový jazyk aj.) a statickou (obrázky, fotografie, komunikační tabulky). Augmentativní komunikaci tvoří komunikační systémy podporující nedostatečně rozvinuté komunikační schopnosti a dovednosti, rozšiřuje mluvenou řeč (znak do řeči, piktogramy). Alternativní komunikace je komunikační systém, který nahrazuje mluvenou řeč (znakový jazyk, prstová abeceda).“ (Bartůněk et al., 2016)

Vzhledem k rozdílným možnostem a schopnostem pacientů je výběr vždy zcela individuální. Dochází k posouzení verbálních dovedností, porozumění nonverbální komunikaci, rozsahu pohybu, kognitivních dovedností a sociální dovednosti. Je nutné zhodnotit současný stav dorozumívání, vyjadřování ano/ne, komunikační potřeby pacienta a jeho motivaci. V neposlední řadě se posuzuje věk, doba koncentrace, kterou je pacient schopný pracovat a stav smyslových orgánů (Bartůněk et al., 2016).

- Předmětová komunikace

Pomocí předmětů či jejich zmenšenin. Využívá se u osob s těžkým stupněm mentální retardace, u osob s narušenou představivostí, kdy jedinec není schopen porozumět komunikačním symbolům ve dvojrozměrném zobrazení (fotografie, obrázky, piktogramy) (Bendová, 2014).

- Komunikace s využitím fotografií

Je využívána u osob s těžce narušenou komunikační schopností. Je využívána pro tvorbu procesuálních schémat (pracovní postupy, návody) (Bendová, 2014).

2.18. Koncept bazální stimulace

Koncept je založen na individuálním přístupu a péči o pacienta na základě získané anamnézy. Dochází k začlenění blízkých pacienta do péče o něj. Tato péče zajišťuje trvalý přísun podnětů z jeho vlastního těla a prostředí ve kterém se nachází. Dochází k podpoře rozvoje vlastní identity u pacienta a orientaci na vlastním těle, v prostředí. S pacientem je komunikace vedena na úrovni jemu adekvátních komunikačních kanálů (Veverková et al., 2019).

Podporuje vývoj u lidí, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě omezení v komunikaci, vnímání či pohybu. Vnímání jedince je holistické. Ztráta a nedostatek podnětů z okolí vede k senzomotorické deprivaci a následné nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě. Koncept využívá biografické anamnézy a integruje klientovi nejbližší osoby do péče. Péče umožňuje neustálý, zároveň přiměřený přísun podnětů z vlastního organismu a okolního světa. Podporuje udržení hustoty dendritické arborizace a vznik nových dendritických spojení mezi neurony. Respektuje různé vývojové stupně člověka na základě zkušeností se svým tělem z období prenatálního vývoje (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).

Při ztrátě podnětů z prostředí člověka a při ztrátě pohybu, dochází k senzomotorické deprivaci, která vede ke vzniku sekundárního poškození intelektu. Lidé, kteří se nacházejí v kritických situacích (onemocnění, úraz, vrozené mentální či somatické postižení) jsou omezení ve svých pohybových schopnostech a aktivitách. Hospitalizace umocňuje pohybový deficit (stálý monitoring, napojení na ventilátor, kontinuální aplikaci infúzních roztoků aj.). Další vliv na tuto deprivaci má i neměnné nemocniční prostředí (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).

Předpokladem efektivní stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského (terapeutického) plánu, zhodnocení reakcí pacienta na poskytované stimuly a integrace příbuzných do péče (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).

Iniciální dotek

Tímto cíleným dotekem na pacientovo rameno (zvolíme například podle strany, ze které k lůžku nejčastěji přistupujeme) dáváme najevo začátek a konec naší přítomnosti. Vyvarujeme se tak pocitů nejistoty a strachu u pacientů, kteří mají snížený stupeň vnímání. Nikdy dotek neprovádíme násilně, pouze zřetelně a přiměřeně se dotkneme a tento dotek doprovázíme oslovením pacienta (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).

Prvky základní stimulace

- Somatická stimulace je zaměřená na vnímání vjemů z povrchu těla, základem je dotek. Zahrnuje masáže těla, doteky, polohování, dýchání, částečné nebo celkové koupele (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).
- Vestibulární stimulace se zaměřuje na prostorovou orientaci a na uvědomování si změny polohy. Jde o rotační, lineární a statické polohy hlavy. Vede k redukci závratí, snížení napětí svalů, získání informace o prostoru (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).
- Vibrační stimulace umožňuje vnímání vibrací a chvění při mluveném slovu, ale také zpíváním, dupáním a klepáním. Jejím smyslem je posílit stabilitu klienta a zprostředkovávat mu intenzivní vjemy z jeho těla (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).

Prvky nástavbové stimulace

- Optická stimulace využívá zrakové vjemy, barvy, obrázky (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).
- Auditivní stimulace využívá sluchové vjemy, vyprávění, předčítání, poslech různých oblíbených nebo známých zvuků (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).
- Taktilně-haptická stimulace využívá hmatové vjemy. Je zaměřena na vyžívání známých a oblíbených předmětů (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).
- Olfaktorická stimulace umožňuje vybavení vzpomínek prostřednictvím známých vůní (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).
- Orální stimulace umožňuje vybavení chuťových vzpomínek, stimuluje rty a receptory chuti. Využívá se u ní oblíbených tekutin, kterými se vytírá dutina ústní nebo potírají rty. Také se využívají kousky oblíbené potravy zabalené do gázy, nebo mixovaná strava podávaná po lžičkách (In: bazalni-stimulace.cz, 2020).

2.19. Ošetřovatelský proces v intenzivní péči

Jde o logický, flexibilní, individuální a systematický přístup sestry k ošetřování pacienta. Zahrnuje hodnocení potřeb (anamnéza), stanovení problémů (ošetřovatelská diagnóza), plán ošetřovatelské péče (intervence na základě cíle), realizace intervencí (záznam v dokumentaci) a zhodnocení cíle (Bartůněk et al., 2016).

Pro intenzivní péči je typická vysoce specializovaná péče o pacienty ve velmi těžkém zdravotním stavu za použití vyspělé zdravotnické techniky. Péče je zaměřena na udržení životních funkcí, saturaci základních potřeb. Ošetřovatelská péče zahrnuje fyzioterapii, rehabilitační ošetřování, psychickou podporu pacienta a jeho rodiny, motivaci. Ošetřovatelské diagnózy jsou povětšinou zaměřeny na udržení základních životních funkcí, prevenci komplikací a péči spojenou s invazivními výkony a použitím zdravotnické techniky (Bartůněk et al., 2016).

2.20. Model V. Henderson

„Jedinečnou úlohou ošetrovatelství je pomáhat nemocným a zdravým při vykonávání činností podporujících zdraví, uzdravování, nebo zabezpečení poklidné smrti, které by mohly tyto osoby vykonávat i bez pomoci, pokud by měly dostatek potřebných sil, vůle anebo znalostí, a provádět je tak aby jim sestra pomohla opět získat nezávislost tak rychle, jak je to jen možné.“
(Stasková et al., 2019)

Koncepční model V. Hendersonové je založený na udržení maximální soběstačnosti, nezávislosti a schopnosti jedince vést hodnotný život. Sestra pomocí ošetrovatelské péče pomáhá pacientovi nabýt potřebné síly, vůli a znalosti.

3. Použité metody

Práce byla vypracována formou případové studie.

3.1. Metodologie

Vzhledem k mému dlouhodobějšímu působení na ARO jsem měla možnost zamyslet se nad tím, jakým přínosem pro praxi může má bakalářská práce být. Rozhodla jsem se formou případové studie poukázat na zásadní komunikační bariéry, které velmi často limitují komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

Nechala jsem si vypracovat rešerši v Národní lékařské knihovně a stanovila osnovu práce. S rešerší jsem nebyla zcela spokojená, proto jsem si potřebnou literaturu dohledala v knihovně Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem a využila knihovny Masarykovy nemocnice tamtéž. V teoretické části práce jsem se zaměřila na informace o polytraumatu, komunikačních bariérách a stručně popsala ošetrovatelský model V. Hendersonové. V praktické části jsem popsala konkrétní případovou studii, stanovila ošetrovatelský plán a zaměřila se na konkrétní komunikační bariéry u pacientky. Výstupem mé práce je vytvoření komunikační karty.

K vytvoření ošetrovatelského procesu jsem použila model V. Henderson. Tento model je zaměřený na potřeby biologické, psychologické, sociální a spirituální, ty jsou hodnoceny ve čtrnácti oblastech. Zdravý, soběstačný jedinec s pevnými sociálními a rodinnými vazbami se stává ze dne na den vlivem úrazu zcela nesoběstačným, je upoután na lůžko, v cizím prostředí, s hendikepem, který pro něj představuje závislost na druhé osobě, a to nejen při saturaci biologických potřeb. Sestra se stává mnohdy jeho hlavním spojencem a hnacím prvkem. Její pomoc nespočívá pouze ve fyzické dopomoci při plnění ošetrovatelských intervencí, ale dodává mu potřebnou motivaci, pomáhá najít vůli ke snaze o opětovné nabytí samostatnosti. Pomáhá mu získat potřebné informace, najít odpověď na otázky, které s obavou o svou budoucnost vyslovuje. Pokud je pacient ve vážném zdravotním stavu a nemá příznivé vyhlídky na život, dodává mu sestra plněním ošetrovatelských intervencí a svým profesionálním přístupem klid, podílí se na zajištění bezbolestného a co nejvíce důstojného odchodu.

3.2. Etické aspekty

Před vypracováním případové studie jsem požádala formou „*Oznámení o provádění výzkumu pro Etickou komisi*“ management nemocnice o možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace. Mé žádosti bylo vyhověno a obdržela jsem písemný souhlas. Rovněž jsem oslovila samotnou pacientku a získala tak její slovní souhlas. Primář kliniky souhlasil s nahlížením do zdravotnické dokumentace s dodržáním zásad anonymity.

4. Případová studie

Žena středního věku cizí národnosti se pohybovala v tramvajovém pásu, přičemž došlo ke střetu s projíždějící tramvají. Zraněná zůstala zaklíněná pod vozem, byla při vědomí, komunikovala a sténala. PDK byla z větší části amputovaná a primární ošetření po vyproštění spočívalo v naložení turniketu, zavedení dvou PŽK a uložení do vakuové dlahy. Pod analgosedací došlo k zajištění dýchacích cest, napojení na UPV a transportu do traumacentra.

Stav při přijetí do traumacentra

Váha	Výška	BMI	TK	P	DF	TT
75 kg	170 cm	26,0 mírná nadváha	120/43 mmHg	113/min.	14/min. na UPV	35,0 °C

Invazivní vstupy

ETK ID 7,0 fixovaná u 22 cm v levém koutku. Při příjmu zaveden PMK CH 18, na PHK dva PŽK G18 z místa zásahu.

Objektivní nález při příjmu

Neurologický stav: vědomí ovlivněno analgosedací, lateralizaci nelze hodnotit, bulby ve středním postavení, zornice izokorické, fotorekace 2+. GCS 3, RASS -5.

Oběh: podpora Noradrenalinem 0,1 ug/kg/min., TK 120/43 mmHg, MAP 68 mmHg, P 113/min., sinusový rytmus, příjmové EKG bez akutní ischemie. Prokrvení periferie lehce obleněno. ABR z venózní krve: laktát 4,6 mmol/l, pO₂ 7,4 kPa, pCO₂ 6,5 kPa.

Ventilace: UPV – Oxylog, IPPV, FiO₂ 100 %, Vt 425 ml, IP 24 mbar, DF 14/min., MV 6,8 l/min., PEEP +5, SpO₂ 99 %, EtCO₂ 5,9 kPa.

Celkový stav: stav hydratace v normě, habitus normostenický, TT v axile 35,0 °C.

Hlava a krk: ETK in situ. Emfyzém na krku více vlevo, pulzace karotid bilaterálně. Znečištění pokožky hlinou, permanentní make-up.

Hrudník: asymetrický, dýchání poslechově sklípkové, vlevo bazálně ztišené až neslyšné. Hmatný podkožní emfyzém, více vlevo. Odsáto malé množství žlutobělavého sputa s minimem tmavé krve.

Břicho: v úrovni hrudníku, měkké, bez rezistence, játra k oblouku, peristaltika poslechově nepřítomna, stolice 0.

Urogenitální systém: genitál bez patologického nálezu, PMK in situ, odvádí čirou moč.

Končetiny: traumatická amputace PDK vysoko ve stehně, naložen turniket, přes který prosakuje krev. Tkáně znečištěné, LDK fixovaná v dlaze.

Kůže: anikterická, znečištěná, četné exkoriace.

4.1. Lékařské diagnózy při příjmu a v průběhu hospitalizace

Pacientka byla přijata se základní diagnózou „T068 Jiná určená poranění postihující více částí těla.“ Základní informace týkající se zdravotního stavu byly zjištěny na místě nehody, kdy negovala alergie a jiná onemocnění. Souhrn diagnóz při příjmu a v průběhu hospitalizace tvořily tyto diagnózy:

- Chodkyně sražená tramvají,
- Traumatická amputace PDK,
- Traumaticko-hemorhagický šok,
- Posthemorhagická anemie,
- Tříštví mnohočetné fraktury levostranných žeber,
- Tříštví fraktura levé klíční kosti,
- Levostranný fluidopneumothorax,
- Atelektázy levé plíce,
- Pneumomediastinum,
- Emfyzém hrudní stěny a krku,
- Tříštví fraktura pravé massa lateralis křížové kosti,
- Diastáza symfýzy s dislokací,
- Akutní respirační insuficience,
- Tříštví fraktura obou bérceových kostí,
- Nekróza pahýlu PDK,
- Sepse,
- Depresivně anxiózní syndrom,
- Infekce v ráně (*Aeromonas hydrophila*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus haemolyticus*).

Operační výkony

- Amputace PDK,
- Ošetření pahýlu PDK,
- Ošetření fraktury levého bérce ZF,
- Hrudní drenáž vlevo,
- Chirurgická stabilizace žeber vlevo (MatrixRib),
- PDTS.

4.2. Ošetrovatelská anamnéza

Základní anamnestické informace pro vypracování ošetrovatelského plánu jsem získala z dokumentace, od rodiny pacientky, pozorováním a rozhovorem s pacientkou. Pro zachování anonymity neuvádím v práci žádné identifikační údaje zařízení, ve kterém byla hospitalizovaná. Zmiňuji pouze orientační věk a národnost pacientky, protože tyto informace považuji za zásadní s ohledem na téma mé práce.

- Pohlaví: žena,
- Věk: 33-37 let,
- Národnost: ruská,
- Kontakt: rodiče, Ruská ambasáda,
- Důvod přijetí: polytrauma,
- Souhlas s hospitalizací: zahájeno detenční řízení,
- Osobní anamnéza: neléčí se s žádným závažným onemocněním,
- Pracovní anamnéza: pracuje v cestovní kanceláři,
- Sociální anamnéza: žije sama s dcerou v bytě v panelovém domě, partnera nemá,
- Farmakologická anamnéza: neužívá žádné léky,
- Alergická anamnéza: nemá žádné známé alergie,
- Gynekologická anamnéza: menstruace pravidelná, jeden spontánní porod,
- Abusus: nekuřačka, alkohol pije příležitostně, vypije 2-3 kávy denně.

4.3. Období kritické (analgo-sedace)

Toto období představuje 1.-6. den hospitalizace.

U pacientky při příjmu dominoval vstupně hemorhagický šok, byla zahájena volumosubstituce a podpora oběhu. FAST prokázalo hemopneumothorax vlevo, CT traumascreening popisoval tříštivé mnohočetné fraktury většiny levostranných žeber, tříštivou frakturu levé klíční kosti, levostranný fluidopneumothorax, atelektázy levé plic, pneumomediastinum, emfyzém hrudní stěny a krku, hemopneumothorax, tříštivou frakturu pravé massa lateralis křížové kosti, diastázu symfýzy s dislokací. Pacientka byla převezena na OPS, kde došlo k dokončení amputace PDK, zavedení HD vlevo, naložení ZF na levý bérce. Došlo k zajištění invazivních vstupů – CŽK, ARTK.

Pacientce byla zavedena NGS k dekompresi GIT, jako prevence regurgitace žaludečního obsahu, druhý den hospitalizace byla zahájena parenterální výživa. Fraktura klíční kosti a sériová fraktura žeber vlevo nebyla indikovaná k operativnímu řešení v první době. Po operačním výkonu byla pacientka přijatá na ARO.

Toto období zahrnovalo intenzivní péči, v prvních třech dnech s hlubokou analgo-sedací. Čtvrtý den došlo ke snížení analgo-sedace pro zhodnocení neurologického stavu. Pacientka reagovala tachykardií, hyperventilací, ETK ji dráždila ke kašli, otevírala oči, nefixovala pohledem, zornice byly izokorické, +3. Výzvě v anglickém ani ruském jazyce nevyhověla. Hybnost horních končetin nebyla souměrná, na LHK převažovala flexe, PHK pohybovala v plném rozsahu, na LDK a na pahýlu PDK byl patrný tonus. Pacientka byla opět analgo-sedovaná k RASS -5.

Pro nedostatečnou toaletu dýchacích cest při poranění hrudníku, které vyžadovalo operační řešení v druhé době, byla pacientce provedena pátý den hospitalizace PDTs. V tomto období podstoupila tři převazy pahýlu na OPS.

Hodnotící škály

GCS 3 (E1 V1 M1) - hluboké bezvědomí,

RASS -5 - neproбудitelná (žádná odpověď na oslovení ani fyzický podnět),

BPS 3 - bez bolesti,

Riziko pádu podle Morse 20 - nízké riziko pádu,

Riziko vzniku dekubitů podle Nortonové 18 - vysoké riziko vzniku dekubitů,

ADL 0 - vysoká závislost na péči druhé osoby.

Zhodnocení potřeb podle V. Henderson 1.den hospitalizace

Vzhledem k celkovému stavu pacientky (UPV, analgosedace) nebylo možné hodnotit jednotlivé potřeby z pohledu pacientky.

1. Normální dýchání

UPV pod vlivem analgosedace pomocí ETK ID 7,0, fixace 22 cm v levém koutku. Plně řízený ventilační režim toleruje, bez interference. FiO₂ 55 %, bez známek hypoxie, kapilární návrat v normě, hodnoty EtCO₂ 4,2-5,5 kPa, SpO₂ 94-98 %. Odsává se menší množství nažloutlého sputa s příměsí starší krve. Hrudní drén CH 28 vyveden vlevo, napojený na aktivní drenážní systém, odvádí sanquinózní obsah o objemu 500 ml/6 hodin, přítomný air leak.

2. Dostatečný příjem potravy a tekutin

Normostenický habitus, váha 75 kg, výška 170 cm, BMI 26 (mírná nadváha). Normální stav dentice. Kožní turgor v normě, sliznice vlhké. NGS zavedena levou nosní dírkou, napojená na samospád, odvedla 300 ml žaludečního obsahu/24 hodin. Parenterálně do CŽK podávány krystaloidy. Otoky HK, LDK. Bilance tekutin pozitivní o 3,5 l/6 hodin.

3. Vylučování

První den bez stolice, peristaltika 0, břicho na pohmat měkké. Zaveden PMK CH 18, moč světle-žluté barvy, bez příměsí. Hodinová diuréza přibližně 100 ml/hodinu. Pocení v normě.

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

Pod vlivem analgosedace v supinační poloze s elevací trupu v úhlu 30 °. Leží na aktivní antidekubitální matraci, HK elevované, pahýl PDK v obvazu, bez elevace. LDK ve fyziologickém postavení. Pacientka aktivně nepolohovaná, prováděno mikropolohování a laterální náklony s lůžkem, při ošetrovatelské péči otáčená na boky v ose. Dle traumatologa zákaz sedu.

5. Spánek a odpočinek

Hluboká analgosedace k RASS –5, pacientka bez nonverbálních projevů bolesti. Před započítím ošetrovatelských intervencí podávány bolusy analgosedace jako prevence diskomfortu a bolesti.

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Pacientka je bez oblečení, zakrytá přikrývkou.

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

Normotermie 36,4 °C. Aktivně zahřívána pomůckami pro ohřev pacienta z důvodu prevence hypotermie. Kontinuální monitorace TT přes PMK pomocí teplotního čidla.

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

Pacientka má permanentní make-up, po těle plošně exkoriace a hematomy. Exkoriace sterilně kryté. Invazivní vstupy kryté, obvaz pahýlu PDK prosakuje, proto nabalen sekundárním krytím. Obvazy ZF na LDK mírně prosáklé. Krytí hrudního drénu čisté. Pokožka bez dekubitů. Veškerou hygienickou péči provádí ošetřující personál. Lůžko je suché, čisté, upravené.

9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Lůžko zajištěno zvednutými zábranami proti pádu. Pacientka je analgosedovaná k RASS –5, pod přímým dohledem ošetřujícího personálu, FF jsou kontinuálně monitorovány.

10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

Pacientka je cizinka, ruské národnosti. Nyní pod vlivem analgosedace, má zajištěné dýchací cesty pomocí ETK. Hospitalizovaná bez souhlasu s hospitalizací, proto je u pacientky zahájeno detenční řízení, ošetřující lékař informoval Ruský konzulát, který zajistil kontakt na rodinu pacientky.

11. Učení, objevování nového

Nehodnoceno.

12. Smysluplná práce

Nehodnoceno.

13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

Nehodnoceno.

14. Vyznání vlastní víry

Nehodnoceno.

Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA taxonomie

- Akutná bolesť 00132,
- Narušená integrita kůže 00046,
- Narušená integrita tkaně 00044,
- Neefektívna pľacná ventilácia 00031,
- Porucha výmeny plynů 00030,
- Snížený srdeční výdej 00029,
- Neefektívna periférna tkáňová perfúzia 00204,
- Narušený obraz tela 00118,
- Riziko zhoršenej kardiovaskulárnej funkcie 00239,
- Riziko nerovnováhy elektrolytů 00195,
- Riziko infekcie 00004,
- Riziko krvácania 00206,
- Riziko poškodenia sliznice ústnej 00247,
- Riziko aspirácie 00039,
- Riziko periférnej neurovaskulárnej dysfunkcie 00086,
- Riziko alergickej reakcie 00217,
- Riziko nerovnováhy telesnej teploty 00005,
- Riziko hypotermie 00253,
- Riziko neefektívnej gastrointestinálnej perfúzie 00202,
- Riziko dekubitů 00249 (Trachtová et al., 2018).

Ošetrovateľský plán

Diagnóza: Neschopnosť udržať spontánnu ventiláciu pľac z dôvodu analgosedácie.

Cíl: Zajištit adekvátnu ventiláciu pľac a minimalizovať riziko vzniku komplikácií spojených s UPV.

Plán:

- Monitorace ventilačných parametrov,
- Monitorace fyziologických funkcií,
- Udrženie vhodnej polohy,
- Odběry krve na vyšetrenie ABR,

- Monitorace stavu hrudního drénu,
- Dodržování bariérové ošetrovatelské péče,
- Pravidelná péče o dýchací cesty,
- Podávání inhalační terapie,
- Mikropolohování,
- Pravidelná hygiena dutiny ústní.

Realizace:

Pacientka byla pod hlubokou analgosedací napojena na UPV, s plně řízeným ventilačním režimem. Vlevo měla vyvedený hrudní drén CH 28, napojený na aktivní drenážní systém. Hrudní drén odvedl za šest hodin 500 ml sanquinózního obsahu, byl přítomný air leak. FF byly kontinuálně monitorovány a každou hodinu jsem prováděla jejich záznam do dokumentace. Do dokumentace byly zaznamenávány hodnoty SpO₂, EtCO₂, typ ventilačního režimu, FiO₂, MV, f, IP, PEEP.

Použila jsem ochranné pracovní pomůcky a s dodržением základní bariérové ošetrovatelské péče jsem pacientku odsála uzavřeným odsávacím systémem z dolních cest dýchacích pro zhodnocení charakteru sputa. To bylo vazké, žluto-bílé barvy s příměsí starší krve. Frekvence odsávání byla upravena dle množství sekretu na frekvenci jedenkrát za šest hodin. Ze subglotického prostoru jsem odsávala minimální množství nažloutlého sputa. Před odsátím jsem podala vždy bolus analgosedace, sledovala reakci pacientky, její FF. Dle rozpisu jsem pacientce podávala nebulizaci s Ambrobene po šesti hodinách. Hygiena dutiny ústní byla provedena ráno vyčištěním zubů, odsátím z dutiny ústní, vytřením tampony namočenými ve vodě. Po odstranění zbytků zubní pasty jsem pacientce vytírala ústa tampony namočenými v roztoku 2% Chlorhexidinu ve frekvenci jedenkrát za šest hodin. Během dne jsem dle potřeby vytírala ústa Vincentkou a mazala rty vazelínou. Péče o endotracheální kanylu zahrnovala přepolohování kanyly do opačného ústního koutku s dodržением fixace u 22 cm. Přeměřila jsem tlak v obturační manžetě a pravidelně jej jedenkrát za šest hodin kontrolovala, udržovala v rozmezí 25-30 cm H₂O. Veškeré intervence v péči o ETK jsem zaznamenala do dokumentace.

Poloha pacientky byla v supinaci s elevací trupu 30°. Pacientka nebyla aktivně polohovaná na boky, docházelo pouze k mikropolohování a laterálním náklonům s lůžkem. Při celkové toaletě jsem podala bolus analgosedace dle ordinace lékaře, pacientku otočila z boku na bok a provedla péči o pokožku zad, s dodržением aseptických podmínek převázala hrudní drén. Hrudní drén jsem pravidelně vizuálně kontrolovala, zda nedošlo k jeho zalomení, zda je dodržen adekvátní podtlak sání, charakter a množství odpadu, zda je přítomný air leak.

Dle indikace lékaře jsem prováděla odběry arteriální krve na vyšetření ABR. Hodnoty byly uspokojivé, bez výrazné úpravy ventilačního režimu.

Hodnocení:

Ošetrovatelský cíl byl splněn. Pacientka ventilační režim tolerovala, nejevila známky hypoxie. Hodnoty fyziologických funkcí byly v normě, hodnoty SpO₂ 94-98 %, EtCO₂ 4,2-5,5 kPa, PO₂ 10,4 kPa, PCO₂ 5,1 kPa. ETK byla průchozí, hrudní drenáž byla funkční, odváděla přiměřené množství, dutina ústní byla čistá, ústní koutky bez otlaků. Podkožní emfyzém byl diskrétní v oblasti levé strany hrudního koše, na krku zcela ustoupil.

4.4. Období weaningu (delirium)

Toto období představuje 7.-14. den hospitalizace.

Pacientce byla sedmý den hospitalizace provedena chirurgická stabilizace žebér a zaveden EDK pro možnost snižování analgosedace podávané intravenózně. Pátý den od zavedení katetru došlo k jeho dislokaci a musel být odstraněn. Bylo přistoupeno k postupnému snižování sedace, analgezie byla oproti tomu navýšena. Pacientka reagovala na oslovení. Otevírala oči, neudržela oční kontakt. Psychomotorický neklid, který se projevoval třesem a nekoordinovanými pohyby horních končetin s rizikem sebepoškození, vygradoval v rozvoj delirantního stavu. Tento stav byl řešen farmakologicky a bezpečnostními opatřeními, která pacientku chránila před sebepoškozením. U pacientky proběhlo psychologické konzílium, které popisovalo rozvoj delirantně anxiózního syndromu. Pacientce byla naordinovaná medikace na zklidnění.

Pro vzestup zánětlivých parametrů a febrilie byly osmý den odebrány hemokultury, stěry z rány pahýlu a byla upravená antibiotická terapie. U pacientky došlo k výměně invazivních vstupů a nadále pravidelně podstupovala převaz pahýlu v celkové anestezii. V rámci lůžka byla zcela nesoběstačná, odkázaná na péči druhých.

Weaning od ventilátoru probíhal v uspokojivém tempu. U pacientky se nedařilo zahájit opětovný příjem stravy per os, proto byla nutriční nadále hrazená enterální cestou pomocí NGS a parenterální cestou.

Do popředí začaly vystupovat komunikační bariéry, které velmi výrazně ztěžovaly nejen ošetrovatelskou péči, ale frustrovaly pacientku. Snahou ošetřujícího týmu bylo najít vhodnou formu komunikace s pacientkou. Cílem bylo minimalizovat čas potřebný ke komunikaci, která byla velmi obtížná a často bez vzájemného pochopení mezi pacientkou a ošetřujícím personálem.

Ve spolupráci s Ruskou ambasádou byla kontaktována rodina pacientky. Rodiče přiletěli desátý den do ČR. Rodině byla individuálně přizpůsobená návštěvní doba. Stěžejní roli v komunikaci hrál mateřský jazyk, na který pacientka dobře reagovala. S komunikací v ruštině vypořádával pomocný personál oddělení. Plynule rusky hovořila pouze jediná lékařka ARO, která pravidelně informovala rodinu pacientky o jejím zdravotním stavu. Rodina pacientky hovořila pouze rusky, tento fakt ztěžoval komunikaci personálu s příbuznými.

Hodnotící škály

GCS 10 (E4 V1 M5) - svědčí o střední poruše vědomí (pozn. V1 z důvodu TSK),

RASS +1 - neklidná (úzkostná, pohyb bez agrese),

BPS 5 - mírná bolest,

Morse 35 - střední riziko pádu,

Nortonové skóre 17 - vysoké riziko vzniku dekubitů,

ADL 30 - vysoká závislost na péči druhé osoby.

Zhodnocení potřeb podle V. Henderson 14. den hospitalizace

Potřeby byly hodnoceny objektivně ošetřující sestrou.

1. Normální dýchání

Pacientka na UPV, TSK ID 8, spontánní ventilační režim s FiO_2 30 %. Bez známek hypoxie, SpO_2 96-99 %, DF 18-26/min., mechanika dýchání dobrá. Přes den dýchá spontánně na Ayrovo-T, vydrží 2-4 hodiny. Sputum vykašle před kanylu, vazké, žluto-bílé barvy. Poloha v polosedě, s elevací trupu do 45°. Okolí TSK klidné, bez známek infekce. Nebulizace jsou podávány dle rozpisu. Tlak v obturační manžetě je kontrolován po 6 hodinách a dle potřeby. Rána po thorakotomii a hrudním drénu je klidná. Přes den probíhá nácvik kontaktního dýchání s fyzioterapeutem.

2. Dostatečný příjem potravy a tekutin

NGS zavedena v levé nosní dírce, enterální výživa je hrazená rychlostí 40 ml/hod s noční pauzou od 24 do 6 hodin. Sonda je čtyřikrát denně proplachovaná 100 ml vody. Parenterální výživa je hrazená rychlostí 60 ml/hod. Pacientce je podáván sipping, vypije do 200 ml tekutin/24 hodin. Při polykání tekutin je přítomný dráždivý kašel s expektorací, zopakován GUSS test. Pacientce podávány zahuštěné tekutiny a prováděna orální stimulace podle konceptu BS. Dieta číslo 3 (racionální), stravu odmítá, sní půlku jogurtu/přesnídávky. Nutná péče ošetřujícího personálu při příjmu tekutin a stravy, nezvládá uchopit hrneček, ani příbor. Bilance tekutin vyrovnaná, kožní turgor v normě, sliznice vlhké.

3. Vylučování

PMK odvádí čistou moč, světle-žluté barvy bez příměsí. Hodinová diuréza 100-150 ml/hod, bilance tekutin za 24 hodin je vyrovnaná. Poslední stolice byla včera, kašovitá konzistence. Dnes 1. den bez stolice, peristaltika +, břicho na pohmat měkké. Pocení v normě.

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

Upřednostňuje supinační polohu s elevací trupu, polohu na pravém boku netoleruje, vydrží řádově několik minut. Dle traumatologa možnost polohování i na levý bok, zákaz sedu, pouze elevace trupu do 45°. V rámci lůžka nesoběstačná. LDK ve fyziologickém postavení, LHK má přes den v šátkovém závěsu, na noc má končetinu pouze vypodloženou polštářkem ve fyziologickém postavení. Fyzioterapeut a sestry provádějí u pacientky pasivní rehabilitaci na lůžku se snahou o její aktivní

zapojení. V rámci změny polohy a pohybu na lůžku je zcela nesoběstačná. Přes den se sestry snaží o co největší aktivizaci pacientky.

5. Spánek a odpočinek

Pacientka dle hlášení noční směny v noci spala přerušovaně, často se probouzela, byla neklidná, a to i přes podaná hypnotika. Usíná po ranní toaletě, poté po dopolední fyzioterapii. Odpoledne spí dvě hodiny. Analgetika podávaná pravidelně dle rozpisu a podle potřeby, pacientka udává bolesti pahýlu a hrudního koše, BPS 5.

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Pacientka je oblečená do nemocniční košile, není schopná se sama obléknout, nutná péče druhé osoby. Krytí ran je suché, obvaz pahýlu PDK je suchý, neprosakuje. Lůžko je čisté a upravené.

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

Pacientce je kontinuálně měřena tělesná teplota přes PMK, její hodnota je každou hodinu zapisovaná do dokumentace. Během dne je subfebrilní, k večeru teplotní špička 38,4 °C, pacientce dle OL podána antipyretika. Na noc je podle potřeby přikrytá teplejší příkrývkou.

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

U pacientky je jednou denně prováděna celková hygiena na lůžku, pokožku má ošetřenou krémem. Hygiena dutiny ústní je prováděna dvakrát denně. Vlasy má rozčesané a spletené do copu. Nehty má upravené. Invazivní vstupy a rány jsou převázané. V rámci sebek péče je nesoběstačná, nutná péče ošetřujícího personálu. Podle potřeby je měněno prádlo za suché a čisté.

9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Pacientka je zajištěna proti pádu z lůžka zvednutými zábranami, leží na aktivní antidekubitální matraci a je pod stálým dohledem ošetřujícího personálu. Kontinuální monitorace FF. Přes den několik atak neklidu s projevy psychomotorického neklidu. Strhává si EKG elektrody, snaží se opustit lůžko. Snaha o zklidnění pacientky asertivním rozhovorem. Nutné použití omezovacích prostředků se zápisem v dokumentaci, dle potřeby podávána antipsychotika dle OL.

10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

Pacientka má zavedenou TSK, není schopná verbální komunikace. Komunikuje nonverbálně pomocí grimas, artikulace, gestikulace. Během dne se u ní vyskytují opakovaně projevy neklidu, úzkosti, pláče. Personál se snaží najít vhodný způsob komunikace, komunikační kanál, který bude pro komunikaci s pacientkou co nejsnadnější, bude mu rozumět a bude ho umět používat. Pacientka velmi dobře reaguje na přítomnost lékařky a uklízečky, které na ní mluví mateřským jazykem. V přítomnosti rodiny u lůžka je klidnější, naslouchá, rovněž se snaží o nonverbální komunikaci. Dcera není přítomna, je u tety v Rusku, komunikuje s prarodiči přes telefon. Rodina pacientce zajistí krátkou videonahrávku s pozdravem od dcery.

11. Učení, objevování nového

Aktuálně je snahou personálu pacientku aktivně zapojit do činností souvisejících s oblastí sebezpečí, stravování a příjmu tekutin, fyzioterapie a soběstačnosti v rámci lůžka. Cílem je najít vhodný komunikační kanál, který si pacientka osvojí. Pacientka vidí a slyší dobře, neužívá žádné kompenzační pomůcky v této oblasti. Pacientka má potřebu komunikace s personálem a rodinou, řadě požadavků z její strany není porozuměno a tím pádem jim nemůže být vyhověno. Snahou je zajistit možnost komunikace s dcerou na dálku.

12. Smysluplná práce

Pacientka je vzhledem k závažnosti traumatu a rozsahu poranění hospitalizovaná v cizí zemi. Repatriace proběhne při uspokojivém zdravotním stavu, který jí umožní zvládnout letecký transport. Je u ní předpoklad dlouhodobé pracovní neschopnosti, nejistota návratu do zaměstnání a nejisté finanční zajištění v případě dlouhodobé pracovní neschopnosti.

13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

U pacientky je každý den přítomen fyzioterapeut, který se snaží pacientku aktivizovat. Ošetřující personál využívá koncept Bazální stimulace – koupel povzbuzující/zklidňující, kontaktní dýchání, masáž stimulační dýchání, polohování s použitím pomůcek tak, aby mapovaly obrys těla. Rodina přinesla pacientce knihu, z které jí předčítá, pacientka o tento druh stimulace nejeví zájem, stejně jako o sledování televize. U lůžka má fotografii dcery, vlastní hygienické pomůcky, ponožku a polštářek.

14. Vyznání vlastní víry

Ošetřující lékařka informovala rodinu o možnosti religiózní intervence v případě zájmu pacientky.

Ošetřovatelské diagnózy podle NANDA taxonomie

- Akutní bolest 00132,
- Dysfunkční reakce organismu na odpojení od ventilátoru 00034,
- Neefektivní vzorec dýchání 00032,
- Zhoršená spontánní ventilace 00033,
- Hypertermie 00007,
- Akutní zmatenost 00128,
- Narušená osobní identita 00121,
- Narušený obraz těla 00118,
- Zhoršená verbální komunikace 00051,
- Sociální izolace 00053,
- Narušený vzorec spánku 00198,
- Zhoršená pohyblivost na lůžku 00091,
- Porušené polykání 00103,
- Dysfunkční gastrointestinální motilita 00196,
- Labilní ovládnutí emocí 00251,

- Úzkost 00146,
- Únava 00093,
- Obranné zvládnání zátěže 00071,
- Strach 00148,
- Zhoršená regulace nálady 00241,
- Bezmocnost 00125,
- Stresové přetížení 00177,
- Zhoršení svobodného rozhodování 00242,
- Snaha zlepšit rovnováhu tekutin 00160,
- Snaha zlepšit komunikaci 00157,
- Riziko oslabení lidské důstojnosti 00174,
- Riziko posttraumatického syndromu 00145,
- Riziko aspirace 00039,
- Riziko pádů 00155,
- Riziko násilí vůči druhým 00138,
- Riziko násilí vůči sobě 00140,
- Riziko sebepoškození 00139 (Trachtová et al., 2018).

Ošetřovatelský plán

Diagnóza: Narušená komunikace z důvodu komunikačních bariér.

Cíl: Nalézt vhodný komunikační klíč, který pacientka chápe, umí jej používat.

Plán:

- Zhodnocení stavu vědomí,
- Stanovení komunikačních bariér,
- Zhodnocení kognitivních funkcí,
- Zhodnocení motoriky/soběstačnosti,
- Odstranění rušivých elementů/ jejich minimalizace,
- Motivace pacientky a rodinných příslušníků,
- Psychická podpora pacientky,
- Zvolení vhodného způsobu alternativní komunikace.

Realizace:

U pacientky se projevily komunikační bariéry vlivem jiného mateřského jazyka (cizinka), nebyla schopná verbálního projevu z důvodu zajištěných dýchacích cest (TSK). Nonverbální komunikace byla porušená z důvodu poranění v oblasti LHK, z důvodu nedostatečné svalové síly a jemné motoriky, proto komunikovala nonverbálně pomocí výrazu ve tváři. Pacientka měla v předchozích dnech změněné vnímání vlivem delirantního stavu, ten významně oddálil timing pro zahájení hledání alternativního způsobu komunikace. Pacientka jevila minimální snahu o spolupráci a bylo těžké udržet její pozornost, narušený cirkadiánní rytmus se projevoval únavou během dne.

Pacientce jsem dle rozpisu v pravidelných intervalech podávala naordinovanou medikaci k úpravě cirkadiánního rytmu. Sledovala jsem změny jejího chování, hodnotila GCS, sledovala nonverbální projevy bolesti. Pacientka projevovала snahu o komunikaci, snažila se nonverbálně komunikovat pomocí artikulace a gest, jejichž význam nebyl zcela jasný. Zejména při nepochopení sdělovaného se pacientka rozrušila, byla neklidná, snažila se opustit lůžko. Požádala jsem uklízečku, která je ukrajinské národnosti, zda by s pacientkou nemohla promluvit a vysvětlit jí, že snahou všech je najít vhodný způsob komunikace s ní. Lékařka našeho oddělení zašla vždy, když měla volnou chvíli, za pacientkou a snažila se jí v ruštině vysvětlit, proč je v nemocnici, co se stalo, co bude následovat. Pacientka na mateřský jazyk reagovala dobře, snažila se poslouchat a uklidnila se.

Lékaři individualizovali návštěvní dobu pro rodinu pacientky, aby s ní mohla trávit co nejvíce času. Lékařka rodinu seznámila s konceptem Bazální stimulace, požádala je, aby přinesli pacientce její osobní věci (fotku dcery, knihu, parfém, ponožky). Rodiče pacientky jsou již v důchodovém věku, nehovoří jiným než mateřským jazykem. Lékařka jim při každé návštěvě podala informace týkající se zdravotního stavu pacientky. Lékařku jsem požádala, zda by s rodinou doplnila anamnestické údaje do konceptu Bazální stimulace (jakou stravu a nápoje preferuje, kolik hodin spí, kdy zhruba usíná, jaká je její pracovní pozice, jakou teplotu upřednostňuje, jak ráda relaxuje, jaké má záliby apod.). Komunikace s rodiči, pokud nebyla přítomna na oddělení lékařka, byla omezená na gesta a mluvený překlad textu pomocí internetového překladače, což se jevílo jako nejrychlejší metoda.

Čtrnáctý den hospitalizace pacientky jsem si vybrala jako nejvhodnější pro začátek hledání alternativní komunikace. Pacientka byla při vědomí, byla po odpoledním spánku, měla podanou analgetickou medikaci a neudávala bolesti, nejevila nonverbální projevy bolesti a diskomfortu. Poprosila jsem o spolupráci kolegy, kteří se snažili limitovat ruch na oddělení, lékařku, která tlumočila a informovala rodinu o jednotlivých metodách, které jsme postupně u pacientky realizovali. Rodina se aktivně zapojila, tlumočila a podávala pacientce potřebnou psychickou podporu při hledání nejvhodnějšího komunikačního klíče.

Pacientka si během hospitalizace osvojila pár gest, která jasně definovala její požadavky (ruka k ústům – napít, pohyb končetinou směrem ke krku – odsát z dýchacích cest, tření v oblasti pravé kyčle – bolest, tření čela – horko). Pacientku jsme informovali o nutnosti nalezení nejvhodnějšího komunikačního klíče, který měl zajistit vzájemné pochopení, vzbudit v pacientce pocit porozumění a motivovat jí k dalším pokrokům například v oblasti sebepéče. Pacientka souhlasila kýváním hlavy, což bylo jedno z dalších komunikačních gest, které se naučila používat při konverzaci s lékařkou v mateřském jazyce jako odpověď na jednoduché otázky. Zaujímalá supinační polohu s elevací trupu 45 °, LHK měla podloženou na stolečku.

Jednotlivé metody komunikace

- Papír – tužka

Pacientka nebyla schopná uchopit propisku, vypadávala jí z ruky, proto jsem zvolila silný fix. Psaní pacientce činilo značné problémy, ruka se jí třásla a písmo nebylo čitelné. I když byla upozorněna na psaní jednoslovných sdělení, jednotlivá písmena se překrývala a pacientka neměla snahu dále v této alternativní formě pokračovat.

- Ukazování písmen abecedy

K dispozici jsem měla vytištěnou abecedu latinky a azbuky. Pacientce jsem držela papír v adekvátní vzdálenosti tak, aby na něj dobře viděla. Lékařkou a rodiči byla vyzvána, aby ukazovala jednotlivá písmena. Pro snazší zapamatování jsem jednotlivá písmena latinky přepisovala na papír. Pacientce se třásla ruka, hledání písmen bylo časově náročné. Po delší době zvládla sestavit anglicky slovo „daughter“, v azbuce lékařka přepsala slovo „дочь“ (doch – dcera). Tento způsob komunikace se jevil jako prozatím nevhodný, vyžadoval velkou soustředěnost a motorickou dovednost pacientky.

- Piktogramy

Pacientka měla na stolečku komunikační kartičky, které se na našem oddělení používaly při bazální stimulaci. Na jednotlivých kartičkách byly znázorněny nejrůznější výrazy tváří ve formě smajlíků, což se nejevilo jako zcela vhodné pro komunikaci s pacientkou, která je při vědomí a chce sdělit zásadní informace týkající se její osoby. Pacientka si vybrala kartičku s obličejem znázorňující rozpačitý výraz. To zcela vystihovalo vhodnost této komunikační strategie.

- Komunikace pomocí textového/audio překladače

Pacientce jsem položila tablet na stůl s napsaným textem, který se převáděl do audio výstupu. Věty byly jednoduché s možností souhlasného či nesouhlasného kývnutí hlavou jako výraz odpovědi. Pacientka rozuměla a adekvátně reagovala. Tato metoda se jevila jako nejvhodnější, ale měla jednostranný charakter. Pacientka nebyla schopná psát text z důvodu nekoordinovaného třesu PHK.

- Fonační chlopeň

Pacientku jsme edukovali o možnosti nácvičku fonace s fonační chlopní. Nejprve jsem pacientku odsála z úst a z dolních dýchacích cest, poté vyfoukla obturační manžetu. Pacientka reagovala kašlem. Na TSK jsem pacientce nasadila chlopeň a lékařka jí vyzvala, aby zkusila něco říct. Pacientka se snažila o verbální projev, ale fonace nebyla zřetelná. Pacientka opět reagovala dráždivým kašlem. Po několikerém zopakování jsem sejmula fonační chlopeň a opět nafoukla obturační manžetu. Použití této metody komunikace jsem ponechala k dalšímu zopakování v následujících dnech.

- Komunikační karta

Vytvořila jsem jednoduchou omyvatelnou komunikační kartu s piktogramy, které se týkají základních intervencí (hygiena, převaz, injekce, vyšetření, odběr krve, operace, rehabilitace, odsátí)

a základních potřeb a pocitů (bolest, žízeň, hlad, dýchání, toaleta, informace, strach, teplo/zima). Piktogramy jsem oboustranně umístila na kartu velikosti A4, doplnila o text v angličtině, češtině a azbuce s výslovností psanou v latince. Karta byla doplněna o číslice od 1 do 10, denní dobu, výrazy ano/ne, dobře/špatně. Pacientka si kartu prohlédla, lékařka jí vysvětlila význam jednotlivých piktogramů s popisky. Pacientka byla informována o možnosti komunikace pomocí této komunikační pomůcky. Kartu měla na dosah ruky na stolečku. Během dne jsem jí opakovaně kartu ukázala a pacientka se zapojila do komunikace s tímto komunikačním klíčem. Při potřebě doplnění konkrétních dotazů jsem použila možnost komunikace s pomocí tabletu (textový překladač). Tato kombinace komunikačních prostředků se jevila prozatím jako nejjednodušší a nejpřijatelnější metoda komunikace s pacientkou.

Hodnocení:

Ošetřovatelský cíl byl splněn, pacientka měla snahu komunikovat, začala sdělovat své potřeby personálu a rodině. Prokázala potřebu změnit způsob komunikace a pochopení komunikačního klíče. Vyjadřovala více pozitivních emocí při komunikaci, zejména, když byly její potřeby chápány a bylo jim vyhověno, nebo naopak zdůvodněna nemožnost jejich realizace.

4.5. Období rekonvalescence

Toto období představuje 15.-31. den hospitalizace.

V následujících dnech hrála stěžejní roli aktivní rehabilitace pacientky se zapojení do všedních činností s cílem nácviku soběstačnosti. Rehabilitace byla velmi limitovaná, pacientka se nesměla šest týdnů posazovat, levou horní končetinu měla v závěsu pro neošetřenou frakturu klíčku, na LDK měla ZF, pahýl PDK nebyl zahojený. Pacientka opakovaně udávala fantomovy bolesti. Došlo k úpravě analgetické medikace s cílem tyto bolesti odstranit. Došlo ke zmírnění bolestí, pacientka nadále užívala kombinaci analgetik. Rodiče pacientky již nebyli přítomni v České republice.

21. den hospitalizace byla pacientka úspěšně dekanylována, byla schopná verbální komunikace. Mateřský jazyk kombinovala s angličtinou, měla záchvaty dobré nálady, kdy zpívala a vykřikovala, ty střídaly záchvaty pláče. U pacientky se nadále projevoval depresivně-anxiózní syndrom. Vyslovovala obavy o své zdraví, o její budoucnost, co bude následovat, zda bude moci chodit. Ztráta končetiny pro ni představovala velmi zásadní změnu ve vnímání její ženskosti, k pahýlu měla odpor, nechtěla se na něj dívat.

Pacientka s personálem komunikovala převážně v angličtině. Během hospitalizace došlo k výraznému zlepšení jejího psychického stavu, těšila se domů za dcerou. Pacientka byla orientovaná ve všech rovinách, proto lékaři souhlasili s tím, že může mít u lůžka mobilní telefon. Pacientka měla díky tomu každodenní kontakt s dcerou, což velmi kladně ovlivňovalo její psychiku.

Z důvodu infekce v ráně (*Aeromonas hydrophila*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus haemolyticus*) byla pacientka 31. den hospitalizace ve zcela stabilizovaném stavu přeložena na oddělení infektologie, odtud byla po necelém měsíci repatriována do Ruska.

Hodnotící škály

GCS 15 (E4 V5 M6) - plně při vědomí,

RASS 0 - bdělá, klidná,

VAS 3 - mírná bolest (o bolesti informuje na dotaz, plně se soustředí na konverzaci, není bolestivá grimasa),

Morse 20 - nízké riziko pádu,

Nortonové skóre 20 - střední riziko vzniku dekubitů,

ADL 35 - vysoce závislá na péči druhé osoby.

Zhodnocení potřeb podle V. Henderson 24. den hospitalizace

Zhodnocení potřeb probíhalo formou rozhovoru s pacientkou a objektivním hodnocením ošetřující sestrou.

1. Normální dýchání

Nekuřačka, potíže s dýcháním neje.

Pacientka je třetí den po dekanylaci, na zvlhčené kyslíkové terapii, průtok nosní kanylou 3 l/min. Mechanika dýchání dobrá, DF 16-20/min., SpO₂ 96-99 %, bez známek hypoxie, kapilární návrat v normě. Tracheostoma klidné, z větší části zatažené, kryté. Zaujímá supinační polohu s elevací trupu. Dechová rehabilitace pomocí Triflow (při výdechu zvedne 2 kuličky, při nádechu jednu). Rána po thorakotomii klidná, zacelená, ponechaná volně bez krytí.

2. Dostatečný příjem potravy a tekutin

Je zvyklá jíst pravidelně, ráda vaří. Nemá ráda vepřové maso, tvrdý alkohol a slazené pití. Vypije 1,5-2 l tekutin denně. Má ráda italskou kuchyni, saláty, dezerty, upřednostňuje kuřecí maso a ryby. V nemocnici jí moc nechutná, jídlo jí připadá bez chuti.

Normostenický habitus, váha o 5 kg nižší než při příjmu. Dentice v pořádku, potíže s polykáním nemá. Dieta číslo 11 (výživná) z důvodu nízkých hodnot výživových markerů. Strava energeticky vyvážená s vyšším obsahem bílkovin pro lepší hojení pahýlu. Sní 3/4 porce, upřednostňuje přesnídávky, jogurty. Zvládá se napít z hrnku, je vybízená personálem k dodržování pitného režimu, příjem tekutin 2-2,5 l/24 hodin per os. Při stravování vyžaduje dopomoc druhé osoby (krájení, mazání), sebeobsahu zvládá pomocí PHK, LHK je limitována v rozsahu pohybu.

3. Vylučování

Potíže s inkontinencí neudává. Stolicí má pravidelnou, vyprazdňuje se jedenkrát denně. PMK jí nevadí, nerada se vyprazdňuje na lůžku, je jí nepříjemná poloha na podložní míse (udává bolesti pahýlu, pánve).

PMK zavedený in situ, odvádí moč světle-žluté barvy, bilance tekutin za 24 hodin je pozitivní o 500 ml. Stolice pravidelná, jedenkrát denně, kašovitě konzistence, hnědé barvy. Pocení v normě.

4. Pohyb a udržování vhodné polohy

Pacientka se aktivně nevěnuje žádnému sportu. Má ráda procházky s dcerou, se kterou se snaží trávit volný čas. Ráda cestuje. Chtěla by se dostat z lůžka, posadit se, chápe, že to není možné. Fyzioterapie je pro ni příjemnou změnou během dne, snaží se cvičit sama přes den.

V rámci lůžka nesoběstačná, polohování na pravý bok zvládá lépe, snaží se dopomáhat při otáčení na boky. Aktivně se zapojuje do fyzioterapie, přes den si sama cvičí na lůžku (míčkování, guma, Triflow, kontaktní dýchání). LHK má v závěsu, cvičí pouze úchop a stisk, PHK pohyblivá v celém rozsahu bez omezení. LDK aktivně zapojuje, zvládá flexi v koleni.

5. Spánek a odpočinek

Usíná bez obtíží, hypnotika neužívá. Spí 6-8 hodin denně, o víkendu spí ráda déle. V nemocnici spí špatně, často se budí, zdají se jí nepříjemné sny. Během dne bývá unavená.

Pospává během dne, většinou po ranní hygieně a po obědě. V noci se budí, spánek je přerušovaný, na noc podávána hypnotika.

6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání

Dbá na svůj zevnějšek, obléká se podle aktuálních trendů, nosí značkové oblečení.

Je oblečená do nemocniční košile, na LDK má ponožku. V oblasti oblékání je nesoběstačná. Oblékání v nemocnici toleruje, chápe, že nemůže mít na sobě jiné oblečení.

7. Udržování fyziologické tělesné teploty

Upřednostňuje teplo. V nemocnici má přes den pocity horka, na LDK pociťuje chlad. V noci jí bývá chladno.

Normotermie, pocení v normě. Na noc je přikrytá dvěma přikrývkami.

8. Udržování upravenosti a čistoty těla

Velmi dbá o svůj zevnějšek, je zvyklá se každý den líčit. V nemocnici nemá potřebu se líčit, je ráda, že jí personál vykoupe, učeše vlasy.

Permanentní make-up, obarvené vlasy. Pacientka je upravená, vlasy má učesané, nehty krátké. V oblasti sebepéče si zvládne sama vyčistit zuby. Lůžko je čisté a upravené, obvaz pahýlu je čistý. Invazivní vstupy jsou převázané.

9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých

Popisuje bludy, které měla. Nevěděla, kde je a co se děje. Nemohla mluvit, bála se, že přijde i o druhou končetinu. Personál vnímala jako někoho, kdo jí chce ublížit.

Je klidná, spolupracující, v lůžku zajištěná zvednutými zábranami. Kontinuální monitorace FF, pod neustálým dohledem personálu. Nejeví známky autoagrese, k personálu se chová zdvořile.

10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů

Udává extrovertní povahu, je společenská, ráda poznává nové lidi. Hovoří plynule pěti světovými jazyky. Má velmi blízký a dobrý vztah s rodinou. Rodiče jsou starší, žijí ve stejném městě. Dcera chodí na druhý stupeň základní školy, často na ni myslí. Chtěla by se vrátit domů, být s rodinou. Neví, jak bude zvládat péči o sebe, chod domácnosti. Přes den je jí smutno, chybí jí dcera, rodiče a přátelé. Neví, jak se bude starat o pahýl končetiny, nechce se na něj dívat, dotýkat se ho. Neví, zda bude ještě někdy moci chodit. Čas strávený v nemocnici jí přijde dlouhý. Chtěla by vědět, kdy poletí do Ruska. Personál se k ní chová hezky, snaží se s ní komunikovat v angličtině, ale když nehovoří přímo s ní, vadí jí, že nerozumí češtině. Je ráda, že lékařka s ní hovoří rusky, cítí se lépe. Během dne oslovuje uklízečku, která rovněž hovoří rusky a vede s ní rozhovor na přátelské úrovni. Trápí jí bolesti, cítí bolesti na chybějící končetině.

Projevuje snahu o komunikaci. S personálem se baví anglicky. Navštěvuje jí psycholog, rozhovor s ním navazuje ihned. Své otázky a obavy vyslovuje sama. Velmi často hovoří o rodině, návratu domů. Zajímá se o možnosti umělé náhrady končetiny, dalším postupu léčby.

11. Učení, objevování nového

Ráda cestuje a poznává nová místa. Pokaždé, když zvládne něco sama, s minimální dopomocí, považuje to za malý krok dopředu. Kladně hodnotí přístup personálu, který jí motivuje a podporuje. Cítí se velmi závislá na péči druhé osoby, ráda by se osamostatnila. Každý den si stanovuje malý cíl, kterého chce dosáhnout.

Pacientka se aktivně zapojuje do nácviku sebezpečie, fyzioterapie. Během pobytu na ARO se naučila jednoduchá gesta, která používá i v době, kdy může verbálně komunikovat. U lůžka má kartičku, pomocí které hodnotí bolest (VAS).

12. Smysluplná práce

Pracuje v cestovní kanceláři, práce jí baví, chodí do ní ráda. Díky práci poznává nové lidi, má možnost cestovat. Má obavy, zda se bude moci vrátit do zaměstnání, chybí jí kolegové, se kterými mají přátelský vztah. Neumí si představit, že již nebude pracovat, avšak prioritu momentálně vidí v uzdravení se. V nemocnici se soustředí na zvládnání denních aktivit v oblasti sebezpečie, v kterých chce být co nejvíce soběstačná.

Pacientka se sama snaží přes den aktivizovat (zaměřuje se na fyzioterapii, opakuje cviky, které jí naučil fyzioterapeut).

13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace

Ráda čte, poslouchá hudbu, chodí na vycházky. V nemocnici se přes den zkusí zabavit koukáním na televizi, ale nerozumí češtině. Zkoušela si číst knihu, ale u té rovněž usíná. Sleduje, co se děje

kolem ní a je ráda, když se u jejího lůžka zastaví někdo z personálu a může si povídat. Cítí se unaveně, v noci dobře nespí. U lůžka má mobilní telefon, chtěla by poslouchat hudbu, ale nemá sluchátka.

Přes den se zkusí dívat na televizi, usíná u ní. U lůžka má knihu, kterou jí přinesla rodina, nemá chuť na čtení. Zmiňuje, že by ráda poslouchala hudbu, sluchátka jí budou zakoupena a přinesena druhý den staniční sestrou.

14. Vyznání vlastní víry

Pacientka je pravoslavného vyznání. Do kostela nechodí často.

Rodina přinesla pacientce růženec, rodiče jsou silně věřící. Pacientce byla nabídnuta religiózní intervence, tu odmítá.

Ošetřovatelské diagnózy podle NANDA taxonomie

- Akutní bolest 00132,
- Posttraumatický syndrom 00141,
- Sociální izolace 00053,
- Prodloužení pooperačního zotavení 00100,
- Narušený obraz těla 00118,
- Labilní ovládání emocí 00251,
- Narušený vzorec spánku 00198,
- Neefektivní zvládnání zátěže 00069,
- Zhoršená odolnost 00210,
- Neefektivní plánování aktivit 00199,
- Zhoršený komfort 00214,
- Zhoršené sezení 00237,
- Deficit sebeděže při koupání 00108,
- Deficit sebeděže při oblékání 00109,
- Deficit sebeděže při stravování 00102,
- Deficit sebeděže při vyprazdňování 00110,
- Snaha zlepšit spánek 00165,
- Snaha zlepšit zvládnání zátěže 00158,
- Snaha zlepšit sebeděči 00182,
- Snaha zvýšit odolnost 00212,
- Snaha zlepšit svobodné rozhodování 00243,
- Snaha zlepšit komfort 00183,
- Riziko osamělosti 00054,
- Riziko narušení rodičovství 00057,
- Riziko narušení vztahu 00058 (Trachtová et al., 2018).

Ošetřovatelský plán

Diagnóza: Maladaptivní reakce na traumatickou událost.

Cíl: Snížení úzkosti a strachu.

Plán:

- Posouzení vyvolávající příčiny,
- Sledování psychické reakce pacientky, verbální a neverbální projevy,
- Posouzení míry úzkosti,
- Minimalizace rušivých podnětů z okolí při rozhovoru,
- Rozhovor s pacientkou,
- Psychická podpora,
- Vyhodnocení možnosti dalších intervencí.

Shrnutí:

Vzhledem k závažnosti traumatu, které pacientka prodělala začaly projevy maladaptivní reakce na tuto událost již v době, kdy nemohla verbálně komunikovat a konkretizovat vyvolávající příčinu jejího psychického diskomfortu. U pacientky se projevovала porucha cirkadiánního rytmu, pacientka v noci nespala, často se budila, vyskytovaly se u ní projevy emoční lability během celého dne, byla unavená, plačtivá. Došlo k rozvoji delirantního stavu, ten se projevovал bludy, které progredovaly v psychomotorický neklid. U pacientky proběhlo psychologické konzílium, byla nasazena medikace s cílem odstranit delirantní stav, minimalizovat riziko sebepoškození a riziko poškození personálu.

Realizace:

Rozhovor s pacientkou probíhal v angličtině v odpoledních hodinách, kdy byl na oddělení klid. Pacientka byla po obědě, bolesti udávala mírného charakteru (VAS 3) a byla naladěná pro rozhovor. O pacientku se ten den společně se mnou starala studentka vysoké školy, která na našem oddělení plnila svou praxi. Pacientka souhlasila s tím, že rozhovor bude probíhat za přítomnosti studentky. Odpovědi na úvodní otázky hodnotily orientovanost pacientky. Věděla, jaký je den, jaký je rok, kde se nachází, jaké je roční období a denní doba, sdělila celé své jméno, datum a rok narození. Byla orientovaná ve všech směrech, odpovídala klidným hlasem, bez projevů nervozity.

Následující otázky směřovaly rozhovor k prodělanému traumatu. Pacientka si pamatovala pouze útržky z místa nehody, popisovala rychlý sled událostí, pamatovala si na to, že jí bolelo celé tělo, zejména dolní končetiny, měla velké obavy o svůj život. První vzpomínky na pobyt v nemocničním prostředí souvisely s bludy. Měla pocit, že jí chce někdo ublížit, že jí chce uříznout končetinu, snažila se bránit. Slyšela jazyk, kterému nerozuměla, nevěděla, co se děje a kde se nachází, nemohla mluvit a nemohla se hýbat. Pamatovala si na hlas ženy, která na ní mluvila rusky, obsah si nevybavovala. Postupně si začala uvědomovat, že je v nemocnici. Češtině nerozuměla, od lékařky, která s ní komunikovala v mateřském jazyce věděla, že utrpěla úraz a nemůže mluvit z důvodu zavedené kanyly do dýchacích cest. Bála se, měla strach z toho, co bude následovat, jak se dostane domů, často myslela na dceru.

Pacientku jsem požádala, aby mi sdělila, jaké jsou její aktuální obavy, co jí aktuálně trápí, čeho se nejvíce bojí. Hovořila o rodině, pozitivně hodnotila jejich pobyt v nemocnici. Věděla, že dcera je v pořádku a je o ní postaráno. Měla obavy, zda bude zvládat péči o sebe, zda bude opět někdy chodit, hovořila o fantomových bolestech amputované končetiny, které se u ní vyskytují. Uvedla, že v noci špatně spí, zdají se jí divné sny, většinou se v nich vrací k proběhlé události. V rozhovoru pacientka mluvila o záměrném opomíjení amputované končetiny. Během komunikace se pacientka rozplakala, zeptala jsem se jí, zda chce dále pokračovat, souhlasila.

Pacientku jsem informovala o možnosti pravidelné návštěvy psychologa u lůžka, souhlasila. Při dotazu, jak ráda relaxuje a co bych pro ni mohla udělat, zmínila poslech hudby. Domluvily jsme se, že jí obstarám sluchátka, aby mohla poslouchat hudbu z telefonu. Nabídla jsem jí možnost sledování televize, tu nepreferovala z důvodu jazykové bariéry. Informovala jsem jí o tom, že může kdykoliv vyslovit své obavy a přání, komukoliv z personálu. Poprosila jsem lékařku, zda by mohla upravit medikaci na spaní, aby pacientka lépe spala a nebyla přes den unavená. Pacientce jsem nabídla možnost religiózní intervence, tu odmítla. Lékařku jsem požádala, zda by si našla čas na rozhovor s pacientkou a vysvětlila jí další postup léčby, možnosti náhrady končetiny. Lékařka s pacientkou promluvila. Pacientka po ukončení rozhovoru působila klidně.

Hodnocení:

Cíl nelze z dlouhodobého hlediska považovat za zcela splněný. Podařilo se jej splnit částečně. Pacientka byla ochotná vést rozhovor, během směny se u ní nevyskytovaly projevy špatné nálady, komunikovala s personálem. Večer před předáním směny se dotazovala, zda bude reálně následující den hovořit s psychologem. Navečer požádala o možnost sledování televize.

5. Diskuze

Bakalářská práce se zabývá případovou studií polytraumatizované pacientky s komunikačními bariérami. U pacientky došlo k narušení komunikačních schopností vlivem úrazu, medikace, změnou prostředí, cizího mateřského jazyka, posttraumatického kognitivního deficitu, neschopnosti fonace z důvodu zajištěných dýchacích cest.

Pacientka přišla o pravou dolní končetinu, utrpěla závažná poranění levé dolní končetiny, hrudníku, levého klíčku, který limitoval pohyb celé levé horní končetiny, měla zajištěné dýchací cesty, nebyla schopná verbální komunikace, její nonverbální komunikace byla značně limitovaná. Závažnost úrazu vyžadovala dlouhodobou hospitalizaci, při které došlo k rozvoji delirantního stavu, vzniku depresivně-anxiózního syndromu s labilními emočními projevy.

Mým cílem bylo najít vhodný komunikační prostředek, který bude individuální k významným komunikačním limitacím pacientky. V praxi jsem měla možnost vyzkoušet řadu alternativních pomůcek, ale široké spektrum komunikačních bariér vyžadovalo vytvoření nové komunikační pomůcky s vysokými nároky na její individualitu.

Mezi zásadní požadavky k vytvoření komunikačního klíče patřila jednoduchost – oboustranná omyvatelná karta formátu A4, přehlednost – jednoduché barevné obrázky, projekce mateřského jazyka – text v azbuce s výslovností v latině s českým překladem významu jednotlivých piktogramů.

Velmi důležitý byl timing pro seznámení pacientky s komunikační kartou. Ten vyžadoval minimalizaci rušivých elementů – vhodnou denní dobu, minimální ruch na oddělení, dobrou fyzickou kondici pacientky – odpočatost, stav bez bolesti, pocitu hladu a žízně.

Pacientka byla dopředu seznámena s plánem naučit se používat novou komunikační pomůcku, její vědomí nebylo obleněné, projevovala zájem o poznání nového, nebyl u ní patrný diskomfort.

Po prvotním představení kompenzační komunikační pomůcky projevovala zájem ji aktivně používat, velmi rychle si zapamatovala rozmístění piktogramů. Kartu měla při ruce na stolečku, pravou horní končetinou ukazovala na jednotlivé obrázky a personál se cíleným dotazováním snažil na základě odpovědi ano/ne přímo specifikovat otázky/požadavky pacientky.

Tato komunikační karta, která je výstupem mé bakalářské práce, byla vytvořena zcela individuálně pro potřeby konkrétní pacientky. Její používání si osvojila sama pacientka a zdravotnický personál, který o pacientku pečoval. Stanovený cíl byl splněn, komunikační klíč našel uplatnění pro komunikaci s ruskými hovořícími pacienty na ARO.

6. Závěr

K výběru tématu mé bakalářské práce mě přiměl fakt, že vlivem rapidně se zvyšujícího cestovního ruchu a migrace, jsou čím dál častěji na ARO hospitalizováni pacienti s cizím mateřským jazykem.

Sestra intenzivní péče je nedílnou součástí trauma týmu, který pečuje o pacienta, jež se nachází na hranici života a smrti. Schopnost rychle se rozhodovat a řešit náhle vzniklé situace patří k jejím předním profesním předpokladům, stejně jako fakt, že by měla disponovat kvalitními komunikačními schopnostmi. Ty uplatňuje při komunikaci s lékařem, s pacientem samotným, nebo jeho rodinnými příslušníky.

Komunikace jako základní interakční nástroj, je nezbytnou součástí našeho života. Nelze nekomunikovat. V momentu, kdy ztratíme schopnost komunikovat, si uvědomíme, jakou nevyčíslitelnou hodnotu pro nás má. Pokud se ocitneme v roli pacienta v cizí zemi s narušenou schopností verbální a nonverbální komunikace, ocitáme se v komunikační pasti. Snahou celého zdravotnického týmu by mělo být najít společný komunikační prostředek, který usnadní a zrychlí celý komunikační proces.

Cílem mé práce bylo vytvořit individuální komunikační klíč v podobě oboustranné komunikační karty s piktogramy pro pacienty, jejichž mateřským jazykem je ruština a implementovat ji na jednotku intenzivní péče pro usnadnění a zrychlení komunikačního procesu s touto specifickou skupinou pacientů.

7. Seznam použité literatury

1. Michael J. AMINOFF, Francois BOLLER, Dick F. SWAAB. *Critical Care Neurology Part II: Neurology of Critical Illness*. UK: Elsevier 2017. ISBN 978-0-44-463599-0.
2. BENDOŤVÁ, Petra. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-508-0.
3. KELNAROVÁ, Jarmila, Dominika BABÁKOVÁ, Martina CAHOVÁ, et al. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy 2. ročník. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: GRADA Publishing, 2016. Sestra. ISBN 978-80-247-5330-0.
4. Jennifer L. HELLIER. *The Brain, the Nervous System, and Their Diseases*. Santa Barbara, CA: Greenwood, 2015. ISBN: 978-1-61069-337-0.
5. HIRT, Miroslav, František VOREL a Petr HEJNA. *Velký výkladový slovník soudnělékařské terminologie*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-1979-5.
6. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra. ISBN 978-80-271-0130-6.
7. MALÁSKA, Jan, Jan STAŠEK, Milan KRATOCHVÍL a Václav ZVONÍČEK. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-675-7.
8. MALÍKOVÁ, Hana. *Základy radiologie a zobrazovacích metod*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4036-5.
9. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi. 2.*, dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
10. PENKA, Miroslav, Igor PENKA a Jaromír GUMULEC. *Krvácení*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-0689-4.
11. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
12. STASKOVÁ, Věra, Valérie TÓTHOVÁ a Jaroslav KOŤA. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetřovatelství 21. století*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2206-6.
13. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. 2.*, doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0596-0.
14. ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ. *Intenzivní medicína. 3.*, přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-066-0.
15. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Pavel MARCIÁN, Vladislava MARCIÁNOVÁ, Lucie PŘIKRYLOVÁ, Ludmila RÁŽKOVÁ a Hana ČOUPKOVÁ. *Ošetřovatelství v chirurgii. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2019. Sestra. ISBN 978-80-247-2900-8.

16. ŠTĚTINA, Jiří. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4578-7.
17. TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.
18. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vydání: čtvrté rozšířené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2018. ISBN 978-80-7013-590-7.
19. VODIČKA, Josef. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.
20. VYMAZAL, Tomáš a Pavel MICHÁLEK. *Anestezie a pooperační péče v hrudní chirurgii*. Praha: Mladá fronta, 2016. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3755-6.
21. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ a Jana HOLUBOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada Publishing, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3419-4.
22. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.
23. ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2207-3.
24. Advanced Trauma Life Support [online]. Citováno: 2020. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/guidelines/advanced-trauma-life-support>.
25. Brain line, What Is the Glasgow Coma Scale? [online]. Citováno: 2020. Dostupné z: <https://www.brainline.org/article/what-glasgow-coma-scale>.
26. Mouth mouse [online]. Citováno: 2020. Dostupné z: <http://czech.mouthmouse.eu>.
27. O bazální stimulaci [online]. Citováno: 2020. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>.
28. Post-Intensive Care Syndrome (PICS) [online]. Citováno: 2020. Dostupné z: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21161-post-intensive-care-syndrome-pics>.
29. Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients [online]. Citováno: 2020. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6794009/>.
30. TRUHLÁŘ, Anatolij, a kol. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči* [online]. 2016, 2016(3) [cit. 2020-03-20]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2016_3.pdf.

Seznam zkratek

ABR – acidobazická rovnováha

ADL – Activities of Daily Living

ATLS – Advanced Trauma Life Support

ARDS – Acute Respiratory Distress Syndrome

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

ARTK – arteriální katétr

BMI – Body Mass Index

BPS – Behavioral Pain Scale

CT – počítačová tomografie

CŽK – centrální žilní katétr

DC – dýchací cesty

DF – dechová frekvence

DIC – diseminovaná intravaskulární koagulopatie

FAST – Focused Assessment with Sonography for Trauma

EDK – epidurální katetr

EKG – elektrokardiogram

EtCO₂ – hodnota CO₂ ve vydechaném vzduchu

ETK – endotracheální kanyla

FF – fyziologické funkce

FiO₂ – frakce kyslíku

GCS – Glasgow Coma Scale

GIT – gastrointestinální trakt

HD – hrudní drén

ICU – Intensive Care Unit

ICP – intrakraniální tlak

IP – inspirační tlak

IPPV – Intermittent Positive Pressure Ventilation

i.v. - intravenózně

IZS – integrovaný záchranný systém

JIP – jednotka intenzivní péče
KPR – kardiopulmonální resuscitace
LHK – levá horní končetina
LDK – levá dolní končetina
MAP – střední arteriální tlak
MODS – syndrom multiorgánové dysfunkce
MV – minutový objem
NGS – nasogastrická sonda
OPS – operační sál
OL – ošetřující lékař
PICS – Post Intensive Care Syndrome
PICS-F – Post Intensive Care Syndrome - Family
PEEP – pozitivní přetlak na konci výdechu
PDK – pravá dolní končetina
PDTs – perkutánní dilatační tracheostomie
PHK – pravá horní končetina
PMK – permanentní močový katétr
PŽK – periferní žilní kanyla
RASS – Richmondská škála neklidu a sedace
RTG – rentgenové vyšetření
ROTEM – rotační tromboelastometrie
SIRS – Systemic Inflammatory Response Syndrome
STK – systolický tlak
TK – krevní tlak
TSK – tracheostomická kanyla
TT – tělesná teplota
UPV – umělá plicní ventilace
VAS – vizuální analogová škála
Vt – dechový objem
ZF – zevní fixatér
ŽOK – život ohrožující krvácení









Seznam tabulek

Tabulka č.1 FAMP (Šeblová et al., 2018).

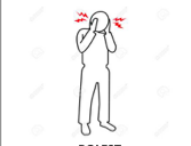

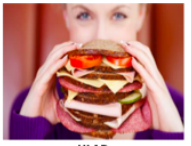





<p><i>Fyziologické ukazatele</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Vstupní GCS méně než 13,• Systolický krevní tlak méně než 90 mm Hg,• Dechová frekvence méně než 10 nebo více než 29/min. <p><i>Anatomie poranění</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Pronikající dutinové poranění,• Nestabilní hrudní stěna či pánevní kruh,• Zlomeniny více než 2 dlouhých kostí (humerus, femur, tibie),• Popálení/opaření asi 20 % tělesného povrchu u dospělého, 5-15 % u dítěte v závislosti na věku. <p><i>Mechanismus poranění</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Pád z výše nad 6 m nebo násilí jiného mechanismu, ale odpovídající intenzity,• Sražení vozidlem o rychlosti 35 km/h a vyšší,• Přejetí vozidlem,• Katapultáž z vozidla,• Zaklínění ve vozidle,• Smrt spolujezdce,• Rotace auta přes střechu,• Výbuch v uzavřeném prostoru. <p><i>Pomocná kritéria</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Věk méně než 6 let a více než 60 let,• Komorbidita, zejména kardiopulmonální.

Seznam obrázků

Obrázek č.1 – Komunikační karta strana A

									
HYGIENA HYGIENE ГИГИЕНА [GIGIYENA]	PŘEVAZ WOUND TRANSPARENCY РАНА РАНЫ [RANA RANY]	INJEKCE INJECTION ИНЪЕКЦИЯ [IN"YEKTSIYA]	VYŠETŘENÍ EXAMINATION ЭКЗАМЕН [EKZAMEN]						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RÁNO MORNING УТРО [UTRO]			POLEDNE NOON ПОЛДЕНЬ [POLDEN']				VEČER EVENING ВЕЧЕР [VECHER]		
									
ODBĚR KRVE BLOOD COLLECTION ЗАБОР КРОВИ [ZABOR KROVI]	OPERACE OPERATION РАБОТА [RABOTA]	REHABILITACE REHABILITATION РЕАБИЛИТАЦИЯ- [REABILITSIYA]	ODSÁTÍ SUCTION ВСАСЫВАНИЕ [VSASYVANIYE]						

Obrázek č. 2 – Komunikační karta strana B

			
BOLEST PAIN БОЛЬ [BOL']	ŽÍZEŇ THIRST ЖАЖДА [ZHAZDA]	HLAD HUNGER ГОЛОД [GOLOD]	DÝCHÁNÍ BREATHING ДЫХАНИЕ [DYKHANIYE]
ANO YES ДА [DA]	NE NO НЕТ [NET]	DOBŘE GOOD ХОРОШИЙ [KHOROSHIY]	ŠPATNĚ BAD ФИГОВО [FIGOVO]
			
TOILETA TOILET ТУАЛЕТ [TUALET]	STRACH FEAR СТРАХ [STRAKH]	INFORMACE INFORMATION ИНФОРМАЦИЯ [INFORMATSIYA]	ZIMA – TEPLA COLD – HOT ЗИМА – ТЕПЛО [ZIMA – TERLO]

Seznam příloh

Oznámení o provádění výzkumu str.1

**Oznámení o provádění výzkumu pro
Etickou komisi
observační studie – osoby připravující se na zdravotnické povolání**

Osobní údaje studenta			
Jméno a příjmení	Žaneta Vojčíková		
Datum narození			
Adresa trvalého bydliště			
Stručný popis předmětu výzkumu	Ošetrovatelská péče u polytraumatizované pacientky s komunikačními bariérami		
Způsob provádění výzkumu	kazuistika		
Oddělení, na kterém bude výzkum prováděn a počet subjektů hodnocení			
Název VŠ a fakulty	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Kateřinská 1660/32 121 08 Praha 2		
Práci schválila fakultní etická komise	zaškrtněte ANO / NE	Datum schválení	
Předpokládaná doba trvání výzkumu	6 měsíců		
Způsob ochrany osobních údajů pacienta (hodnoceného subjektu), tj. přesně uvést, jak budou data získávána, kde budou uloženy zdrojové formuláře, v jaké formě budou data dále zpracovávána	Jedná se o bakalářskou práci - po schválení a obhajobě bude uložena v repozitáři závěrečných prací UK. Se souhlasem vedoucího lékaře oddělení budu nahližet do AMIS a zpracuji podklady praktické části této práce.		

9.3.2018

Datum

Podpis studenta

Datum

Podpis garanta výzkumu

Oznámení o provádění výzkumu str.2

v Praze 9. 3. 2018

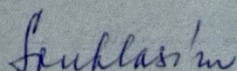
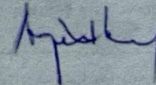
Vážená paní náměstkyně,

obracím se na Vás s prosbou o schválení nahlížení do dokumentace pacienta. Chystám se k vypracování mé bakalářské práce, kterou zakončím studium na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze ve studijním roce 2018/2019. Studuji program Všeobecná sestra, obor Ošetrovatelství. Jako téma mé bakalářské práce jsem si vybrala kazuistiku s názvem *Ošetrovatelská péče u polytraumatizované pacientky s komunikačními bariérami*. V praktické části souhrnně popíši mechanismus úrazu a průběh hospitalizace. Práce bude zaměřena na ošetrovatelskou péči a především na jazykové bariéry u dané pacientky. Jedná se o pacientku, která byla hospitalizována na oddělení KARIM kde zároveň pracuji jako všeobecná sestra se specializací ARIP. Výstupem této práce bude vytvoření několika piktogramů v azbuce. Práce bude uložena v repozitáři závěrečných prací UK.

Při zpracování nepoužiji žádná data nemocného. Do dokumentace AMIS budu nahlížet s Vaším svolením a se svolením vedoucího lékaře KARIM.

Přikládám *Oznámení o provádění výzkumu pro Etickou komisi*

S úctou a pozdravem Žaneta Vojčíková



Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výtěžným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis
