

POTŘEBY NEMOCNÉHO

Miroslava Ježová, FN Brno, Chirurgická klinika

Po celou dobu hospitalizace by měly být saturovány potřeby pacienta. Ty lze rozdělit na fyziologické a psychologické.

Potřeba je projev nedostatku či chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí pro život a rozvoj jedince. Bývá narušená psychická či psycho-fyziologická rovnováha jedince. Lidské potřeby se mění v průběhu času a vlivem prostředí. I když jsou společné pro všechny lidi, jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby ať už žádoucími (ty, které neškodí a jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami jedince a společnosti) či nežádoucími (ty, které škodí jedinci i jiným, bez shody s jejich sociálně-kulturními hodnotami, přesahující meze zákona).

Potřeba startuje proces motivace, kdy potřeba vede k činnosti a činnost k uspokojení potřeby (pocit hladu, jedení, nasycení; pocit únavy, odpočívání, obnova sil).

Dle Abraháma Maslowa jsou lidské potřeby v hierarchii a organizovány dle naléhavosti.

K faktorům, které brání lidem uspokojovat své potřeby patří nemoc a okolnosti, za kterých nemoc vzniká a vše je ovlivněno osobností člověka, vývojovými stádii jedince (ve stáří polymorbidita, provázanost zdravotní a sociální situace, atypické příznaky nemoci či polypragmazie) a sociálními vztahy.

Základním biologickým potřebám člověka odpovídají aktivity denního života a tvoří základnu Maslowovy hierarchie potřeb. Společně s potřebou jistoty a bezpečí patří k potřebám nižším. Vyznačují se pravidelností, automaticností a často bývají spojovány s určitými rituály. K vyšším potřebám, které lze uspokojit pouze v případě, že došlo k plnému uspokojení potřeb nižších, patří potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní, potřeby estetické, potřeby seberealizace.

VÝZNAM znalostí o lidských potřebách v ošetrovatelském procesu:

- využití při stanovování priorit a plánování ošetrovatelských intervencí (s pomocí informací od pacienta a informací získaných z dostupné dokumentace či pozorováním),
- podpora seberealizace klienta (zájem o nové informace a možnosti zlepšování vlastního zdravotního stavu, aktivní přístup v pooperačním období například v oblasti hygieny),
- využití při edukaci pacientů (v oblasti pooperační realimentace, analgetizace či mobilizace).

(SOBĚSTAČNOST je míra samostatnosti; SEBEPÉČE je samostatné vykonávání denních aktivit)

POTŘEBY PACIENTA NA JIP

V pooperační období dochází ke vzniku poruchy soběstačnosti a sebezpečí, teda ke snížené schopnosti pacienta vykonávat základní životní aktivity právě v souvislosti s operačním výkonem. Jedná se o pohyb, hygienu, oblékání, výživu, vyprazdňování a také je výrazně ovlivněno dýchání, vnímání bolesti, spánek a odpočinek či pocit jistoty a bezpečí. Ošetrovatelské intervence vedoucí k saturaci potřeb pacienta po operačních výkonech jsou důležitým článkem úspěšně zvládnutého pooperačního období a následné rekonvalescence.

POHYB A TĚLESNÁ AKTIVITA

Pohyblivost je základem nezávislosti. Při snaze uspokojit tyto potřeby nemocného je nutno znát poruchy pohyblivosti z období před operací a funkční zdatnost nemocného na základě klasifikace funkční úrovně pacienta. Možností je test funkční úrovně podle M. Gordonové, test zátěže podle Svanborga modifikovaný Staňkovou nebo Barthelův test základních denních činností (ADL).

Základní intervence:

Klasifikace funkční úrovně sebezpečí (testy), kontrola somatických i psychických omezení pacienta, v jeho dosahu kompenzační pomůcky.

Časná mobilizace pacienta (prevence TEN či plicních komplikací) a vertikalizace již první den po operaci, pokud nenastanou komplikace a dovolí to stav pacienta. Po delší imobilizaci se vstávání nacvičuje postupně (posazení na okraj lůžka, stoj vedle lůžka, sezení v křesle a pomalá chůze kolem lůžka), později možno zařadit cviky na tonizaci břišního svalstva, na podporu peristaltiky, kondiční cvičení. Po břišních operacích zajistit vertikalizaci bez zatěžování břišních svalů s dostatečnou analgetizací a při prvním postavení sledovat reakci pacienta (riziko ortostatického kolapsu) a ZFF. V rámci prevence TEN zkontrolovat kvalitu přiložených elastických bandáží DKK. Před vlastním vstáváním je nutné postarat se o dostatečnou délku kabelů od monitoru, o infuze a drény či močovou cévku. Nutné je pacienta vhodně obléct. Na JIP mají volné košile vzadu na šněrování, tzv. andílci při chůzi po JIP nestačí, pacienti potřebují župan.

Poloha pacienta - aktivní poloha, kterou si pacient po jednodušších výkonech mění sám, ale pouze v případech, že není ničím omezená, např. drény nebo lokalizací operační rány. Po hrudních výkonech je u pacientů během dne upřednostňována Fowlerova poloha pro

efektivnější ventilaci. Po břišních operacích je žádoucí zvýšená poloha, zejména proto, aby mohly sekrety z operované oblasti snadněji odtékat spádovou drenáží a zamezilo se zbytečným komplikacím. Zvláštním druhem aktivní polohy je *poloha vynucená* nebo-li *úlevová*, vyhledávána pacienty pro pocit úlevy od bolesti, zlepšení dýchání či zbavení se kašle. Pokud je to možné, tak polohu zbytečně neměníme – např. poloha na boku po operaci plic či u kolikovitých bolestí břicha. S fyzioterapií pacientů po operaci je nutné začít nejpozději 1. pooperační den. Současným trendem je aktivizace pacientů již v den operace s přihlédnutím na rozsah operačního výkonu a celkový stav pacienta.

Pasivní poloha u nemocných v bezvědomí na UPV znamená, že do jaké polohy pacienta uložíme, v takové poloze zůstává ležet. Zde je nutná pravidelnost ve změně polohy – přes den po 2 hodinách, v noci po 3 hodinách (pozor - polohování by mělo být přizpůsobené aktuálním potřebám pacienta s využitím antidekubitních pomůcek a materiálů, minimalizace vlhkosti, nadbytečného tahu, tlaku, střížní síly jako prevence vzniku dekubitů). Je zde možné využití škály pro riziko vzniku dekubitů podle Nortonové nebo Bradenové.

POZOR NA RIZIKO VZNIKU IMOBILIZAČNÍHO SYNDROMU, který postihuje všechny orgánové systémy v důsledku ztráty pohybové aktivity:

- kardiiovaskulární systém -ortostatická hypotenze, TEN;
- dýchací systém - nedostatečná ventilace a dýchání- atelaktázy, pneumonie;
- trávicí trakt - zácpa, dehydratace, malnutrice, otoky;
- pohybový systém – atrofie, svalové kontraktury;
- močový systém – oslabení m. detrusor, retence moči;
- kůže – dekubity;
- psychosociální reakce – deprese, agrese, apatie.

HYGIENICKÁ PÉČE, OBLÉKÁNÍ

Ve snaze saturovat tyto potřeby pacienta je nutné kromě zhodnocení soběstačnosti zohlednit jeho hygienické návyky či stav kůže. V pooperační období na JIP se jedná většinou o celkovou koupel na lůžku u pacientů v bezvědomí nebo hygienickou péči u lůžka s dopomocí NLZP.

Základní intervence:

Optimální teplota v místnosti i teplota vody.

Zajištění soukromí pacienta.

Dosažitelnost hygienických pomůcek, možnost vlastních hygienických potřeb.

Dopomoc při provádění hygieny dle klinického stavu a přání pacienta (péče o dutinu ústní, hygiena genitálií).

Stručné a srozumitelné instrukce u pacientů s kognitivními poruchami.

Čisté ložní a osobní prádlo (volné a pohodlné) denně + dle potřeby.

POZOR NA POTŘEBU POUŽITÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK (naslouchadla, brýle, berle).

VÝŽIVA

Saturace výživové potřeby souvisí se stavem výživy pacienta, které lze zhodnotit na základě antropometrických hodnot (BMI, kožní řasa...), biochemických údajů (albumin, prealbumin, transferin), klinického vyšetření (hodnotí se kůže, nehty, vlasy, jazyk, sliznice, vitalita) a získané výživové anamnézy (nutriční screening - stravovací návyky, porce jídla, potíže spojené s příjmem potravy, váhové úbytky či přírůstky za poslední období - elektronické zadání u každého nově přijatého pacienta, získané údaje analyzuje klinická nutriční sestra). V pooperačním období je výživa zajištěna několika způsoby: cestou parenterální, enterální a perorální.

Základní intervence:

Informování pacienta o postupu realimentace v pooperačním období již před výkonem.

Zajištění výživy dle ordinace lékaře.

Sledování reakce pacienta na perorální příjem (mimika, chuť k jídlu, množství sněženého jídla, množství vypité tekutiny, nauzea, zvracení).

Zajištění vhodné polohy při příjmu stravy.

Aplikace parenterální a enterální výživy přesně dle pokynů lékaře.

Edukace o nutnosti dietních opatření v pooperačním období a sledování jejich dodržování.

VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČE A STOLICE

V souvislosti s potřebou vyprazdňování je nutné uvědomit si, že se jedná o zásah do intimní sféry života a lidé mají zábrany o problémech s vyprazdňováním mluvit. V pooperačním období dochází ke změnám ve vyprazdňování vždy v souvislosti s charakterem operačního výkonu a proto je nutné podat pacientovi dostatek aktuálních, a pro něj srozumitelných informací. Jedná se například o nutnost spontánního vymočení do 8 hodin po operaci,

edukace pacienta s umělým střevním vývodem bez předoperační přípravy stomasestrou u akutního výkonu, defekace pacienta upoutaného na lůžko.

Základní intervence u močení:

Normální poloha při močení.

Soukromí a dostatek času na močení (možnost senzorických stimulů na podporu spontánního močení).

Kontrola příjmu a výdeje tekutin.

Sledování charakteru a množství moči, aplikace diuretik dle lékaře.

Hygienická péče po každém vymočení.

POZOR NA MOŽNOST INKONTINENCE MOČI (nutná známá ošetřovatelská anamnéza).

Základní intervence u defekace:

Sledování peristaltiky a defekace pooperačně.

Sledování charakteru stolice (barva, zápach, konzistence, množství, častost).

Hygienická péče po každém vyprázdnění.

Medikamenty k úpravě defekace dle lékaře.

Edukace pacienta k dosažení optimální defekace (pravidelnost, výživa, tekutiny, pohyb).

Soukromí, respektování studu a dostatek času na vyprázdnění.

POZOR NA MOŽNOST INKONTINENCE STOLICE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ (nutná známá ošetřovatelská anamnéza).

DÝCHÁNÍ

S první nadechnutím život začíná a s posledním vydechnutím život končí. Tuto potřebu člověk uspokojuje neuvědoměle, dýchá automaticky. Za normálních okolností. Pak existují situace, kdy je dýchání člověka uměle udržováno pomocí dýchacího přístroje. V pooperační péči se to týká pacientů zejména po náročných operačních výkonech. Člověk s poruchou dýchání potřebuje ošetřovatelskou péči, pomoc a pochopení.

Základní intervence:

Aplikace zvlhčeného kyslíku (O₂ brýlemi, maskou).

Nácvik správného dýchání.

Vhodná poloha nemocného.

Dechová gymnastika - nácvik expektorace či nácvik účelného dýchání při vstávání, posazování či chůzi.

Podpora expektorace – vibrační masáže, inhalace.

Zajištění péče o dýchací cesty u pacientů na UPV (průchodnost DC, toaleta DC)

SPÁNEK A ODPOČINEK

Nemocný člověk má větší potřebu spánku a odpočinku než člověk zdravý, proto je nutné zvýšené nároky na kvalitu a kvantitu těchto potřeb respektovat.

Nedostatečná saturace potřeby spánku a odpočinku také souvisí s hospitalizací, změnou prostředí, nedostatek soukromí a klidu. Pohodu ovlivňuje nejistota, stres, úzkost či obavy.

V pooperačním období je jedním z předpokladů naplnění těchto potřeb dostatečná analgetizace.

Základní intervence:

Vytvoření prostředí pro odpočinek a spánek - rozvrhnutí péče, ticho, přítomí a dle možností tma, snížení množství stimulů na JIP.

Podpora spánkových návyků - rituály nebo obvyklé činnosti před spaním.

Zabezpečení pohody a relaxace.

Aplikace léků na spaní pouze dle ordinace lékaře.

Edukace nemocného - pohyb, poloha, stravování, tekutiny, prostředí.

BOLEST

Bolest je subjektivní pocit a existuje vždy, kdykoliv nemocný říká, že bolest má.

V pooperačním období je možno mluvit převážně o bolesti akutní v souvislosti s operačním výkonem. Aby byla pooperační bolest dostatečně tlumena je nutné správné posouzení bolesti (intenzita pomocí škál bolestí, ale i lokalizace, doprovodné symptomy...) a aplikace medikace předepsané lékařem.

Základní intervence:

Akceptování bolesti nemocného.

Dotazování se na bolest pravidelně (intenzitu bolesti zaznamenávat do dokumentace, umět zhodnotit informace získané od pacienta a posoudit účinek podané medikace, v případě nedostatečného účinku informovat lékaře).

Aplikace analgetik dle rozpisu, v pravidelných časových intervalech, správnou cestou a ve správné formě.

Sledování možných nežádoucích účinků analgetik, zejména u opioidů.

Edukace nemocného o možnostech zmírnění bolesti (vhodná poloha, správné posazování).
Zajištění vhodného prostředí k odpočinku (zejména po aplikaci analgetik neplánovat nezbytně nutné úkony).

POCIT JISTOTY A BEZPEČÍ

Tato potřeba je spjata se snahou vyhnout se ohrožení. Narušení pocitu jistoty a bezpečí, ať už vlivem zjištěné nemoci, hospitalizace či reálnou představou operace, způsobí u jedince nepříznivou psychickou odezvu v podobě strachu, úzkosti či bezmoci. Jsou nastartovány kompenzační mechanismy jako například agrese nebo izolace.

Dostatek informací a vhodný komunikační klíč jsou předpokladem úspěšné pooperační péče.

Základní intervence:

Komunikace s pacientem v intenzivní péči – možnosti:

- verbální komunikace - zde je nutná potřeba ze strany NLZP chtít - problémem může být nadměra informací, kdy pacient, zejména v časném pooperačním období, není schopen všechny informace „hned a správně“ chápat, umět komunikovat i s pacienty dezorientovanými či s fatickými poruchami a taky s pacienty na UPV.

- neverbální komunikace – mimika (řeč tváře a svalů), proxemika (tělesná vzdálenost mezi lidmi), haptika (dotyk), posturika (postoj, poloha, držení těla), gestikulace (spontánní pohyby rukou během řeči), vzhled a celková úprava zevnějšku a paralingvistika (rychlost, hlasitost, intonace řeči). Je nutné si uvědomit, že každý člověk komunikuje jinak a proto základem je, naučit se s ním komunikovat a naučit komunikovat jeho.

U pacientů, ať už s kvalitativními či kvantitativními poruchami vědomí, je nutno komunikovat na nejvyšší možné úrovni, jaké je schopen dosáhnout a snažit se o maximální zpětnou vazbu z jeho strany. Tzv. pasivní komunikace u lidí v bezvědomí bývá bez zpětné vazby (např. ventilovaní pacienti při vědomí uvítají zcela běžnou komunikaci s využitím všech komunikačních technik, lze využít i abecední tabulku, odezírání ze rtů, komunikace psaním, komunikační karty).

Využití prvků bazální stimulace u pacientů, kteří se nemohou pohybovat, necítí nic nebo jen málo, slyší a vidí velice omezeně. Cílem je rozvoj pacientovy vlastní identity, navázaní komunikace se svým okolím, zlepšení orientace v prostoru i zlepšení funkcí organismu. Výsledkem je, že pacient cítí hranice svého těla, cítí okolní svět a přítomnost jiného člověka. Prvky bazální stimulace lze rozdělit na několik skupin.

Somatické - vnímání vlastního těla - doteky, polohování, částečná či celková koupel, masáže; základem je tzv. iniciální dotek, který by měl být použit před a po každém ošetrovatelském úkonu či komunikaci. Mělo by to být místo, které pacientovi co nejvíce vyhovuje (*nejčastěji rameno, ruka, loket*) a mělo by být poznamenáno na tabulce u lůžka každého pacienta, který je bazálně stimulován. Dotek by měl být klidný, pomalý, s použitím konstantní tlaku a proveden celou plochou ruky.

Vestibulární - uvědomění si změny polohy, prostorová orientace a vnímání pohybu – rotační, lineární a statické pohyby hlavou (např. dát hlavu do pozice ve směru příští polohy těla před každou změnou polohy, polohovat dle stavu pacienta do pozice v sedu v lůžku nebo sedu v křesle).

Vibrační - uvědomění si polohy vlastního těla - vnímání chvění a vibrací při mluvení, melodii, poklepových masáží.

Auditivní - poslech známých zvuků – hlasy, hudba, zpěv, sledování televize.

Orální - zkoumání vlastností předmětů, stimulace rtů – oblíbená tekutina na vytírání DÚ či potírání rtů, domácí mixovaná strava po lžičkách, balzám na rty.

Olfaktorická - vůně a pachy jako základ pro vzpomínky – osobní hygienické prostředky.

Taktilně - haptická - používání známých a oblíbených předmětů - hračky, žínky, zubní kartáček, kelímek...

Existuje desatero BS, které by se v případě zavedení tohoto konceptu u pacienta mělo dodržovat:

- vítat a loučit se s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy;
- používat při komunikaci a ošetrovatelských úkonech vždy iniciální dotek;
- hovořit jasně, zřetelně a ne příliš rychle;
- nezvyšovat hlas, snažit se o přirozený tón;
- tón hlasu, mimika, gestikulace musí odpovídat významu mluvených slov;
- komunikovat formou, na kterou byl dříve zvyklý (viz anamnéza);
- nepoužívat zdobněliny;
- nehovořit s více osobami najednou
- zredukovat rušivý hluk okolního prostředí;
- umožnit pacientovi reagovat na sdělení.

