

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Kateřina Haisová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství N5341

Kateřina Haisová

Studijní obor: Ošetřovatelská péče v chirurgických oborech 5341 T 015

**ROLE SESTRY V EDUKACI PACIENTŮ
S TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková Ph.D.

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina HAIŠOVÁ**
Osobní číslo: **Z18N0001P**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech**
Téma práce: **Role sestry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.



Rozsah diplomové práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- PELLANT, Arnošt, Jana, ŠKVRŇÁKOVÁ, Rudolf MICHÁLEK, Jan MEJZLÍK a Jiří ŠILLER. Všeobecná sestra a tracheostomie. Otorinolaryngologie a foniatrie. Praha, 2013, 62(3), 36-41 s. ISSN 1210-7867.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KUBEROVÁ, Helena. Didaktika ošetrovatelství. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.
- Mc CORMICK Michael E, WARD Erin, ROBERSON David W, SHAH Rahul K, STACHLER Robert J, BRENNER Michael J. Life after tracheostomy: patient and family perspectives on teaching, transitions, and multidisciplinary teams. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;153(6):914-920. ISSN 1916-0216.
- NAKARADA-KORDIC Ivana, PATTERSON Niamh, WRAPSON Jill, REAY Stephen D. A systematic review of patient and caregiver experiences with a tracheostomy. Patient. 2018;11(2). 191. ISSN 1551-5222.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání diplomové práce: **11. června 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu literatury.

V Plzni dne 31. 3. 2021.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Bc. Kateřina Haisová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Role sestry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou

Vedoucí práce: Mgr. Milena Vaňková Ph.D.

Počet stran – číslované: 87

Počet stran – nečíslované: 86

Počet příloh: 13

Počet titulů použité literatury: 59

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, tracheostomie, ošetrovatelská péče o tracheostomii, edukace

Souhrn:

V teoretické části diplomové práce se zabývám oblastí edukace a edukačního procesu u pacientů s TSK. Charakterizují roli sestry edukátorky, specifika komunikace s pacienty s tracheostomickou kanylou, edukační cíle, didaktické metody, pomůcky a prostředky využívané v edukaci pacientů s TSK. Poslední sekci teoretické části diplomové práce věnuji komplexnímu programu edukace těchto pacientů a problematice návaznosti péče a bezpečné dimise pacientů TS kanylou do domácího ošetrování. Empirická část diplomové práce je věnována problematice role sestry v edukaci pacientů s TSK, kterou mapuji prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření polostrukturovanými rozhovory se všeobecnými sestrami, které mají klinické zkušenosti a denně pracují s pacienty s dlouhodobým či trvalým zavedením TSK. Kvalitativní studie obsahuje 8 rozhovorů obsahově analyzovaných a následně zpracovaných do kategorií a subkategorií, které konstituují model realizace edukace pacientů s TS kanylou v klinické praxi před jejich dimisí. Stěžejním výsledkem realizovaného výzkumu bylo, že žádné z oslovených ZZ nerealizuje edukační program u pacientů s tracheostomickou kanylou. Výstupem diplomové práce do praxe je návrh edukační příručky pro sestry edukátorky a evaluační „checklist“ nekomplikovaného převazu a výměny TSK.

Abstract

Surname and name: Bc. Kateřina Haisová

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: The role of the nurse in the education of patients with tracheostomy cannula

Consultant: Mgr. Milena Vaňková Ph.D.

Number of pages – numbered: 87

Number of pages – unnumbered: 86

Number of appendices: 13

Number of literature items used: 59

Keywords: tracheostomy care, patient education, nursing, patient education as topic

Summary:

In the theoretical part of the diploma thesis I deal with the field of education and the educational process in patients with TSK. I characterize the role of the educator nurse, the specifics of communication with patients with tracheostomy cannula, educational goals, didactic methods, aids and means used in the education of patients with TSK. The last section of the theoretical part of the diploma thesis is devoted to a comprehensive program of education of these patients and the issue of continuity of care and safe displacement of patients with a TS cannula for home care. The empirical part of the diploma thesis is devoted to the role of the nurse in the education of patients with TSK, which I map through a qualitative research survey with semi-structured interviews with general nurses who have clinical experience and work daily with patients with long-term or permanent introduction of TSK. The qualitative study contains 8 interviews content-analyzed and subsequently processed into categories and subcategories, which constitute a model for the implementation of education of patients with TS cannula in clinical practice before their size. The main result of the research was that none of the addressed health care providers implements an educational program for patients with a tracheostomy cannula. The output of the diploma thesis in practice is the design of an educational manual for nurse educators and an evaluation "checklist" of uncomplicated dressing and exchange of TSK.

Předmluva

Pro zpracování tématu Role sestry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou mě vedl profesní zájem, jaké edukační metody sestry v procesu edukace pacientů s tracheostomickou kanylou před jejich dimisí využívají a zda jsou sestry k této velmi specifické edukační a ošetrovatelské činnosti dále vzdělávány a v konečném důsledku jaký přínos toto vzdělání pro realizaci edukačního procesu u pacientů s tracheostomatem má.

Účelem diplomové práce je zhodnotit roli sestry a její připravenost k edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou.

Poděkování

Děkuji Mgr. Mileně Vaňkové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, materiálních podkladů, vstřícnost a trpělivost při konzultacích. Dále bych velmi ráda poděkovala všem informantům, kteří byli ochotni se i v této nelehké době podělit o své zkušenosti s edukací pacientů s tracheostomickou kanylou před jejich dimisí do domácího ošetřování.

OBSAH

ÚVOD	16
TEORETICKÁ ČÁST	17
1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY	17
1.1 Popis rešeršní strategie a přehledového literárního review	17
2 ZÁKLADNÍ POJMY V EDUKACI PACIENTU S TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU	18
2.1 Edukace pacienta.....	18
2.1.1 Diferenciace edukace	18
2.2 Pojmy edukátor a edukant	19
2.2.1 Edukátor	19
2.2.2 Edukant	20
2.3 Učení.....	20
2.3.1 Druhy učení	20
2.3.2 Faktory ovlivňující edukaci	22
2.4 Tracheostomie, pacient s dlouhodobě zavedenou tracheostomickou kanylou.....	22
3 SESTRA V ROLI EDUKÁTORKY PACIENTA S DLOUHODOBĚ ZAVEDENOU TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU	25
3.1 Kompetence všeobecné sestry přímo související s edukací a péčí o pacienty s tracheostomickou kanylou	25
3.2 Získání kompetencí k péči a edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou	26
3.3 Interakce a komunikace sestry edukátorky a pacienta s tracheostomickou kanylou	27
3.3.1 Komunikace s pacientem po zavedení tracheostomické kanyly	28
4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA SE ZAVEDENOU DLOUHODOBOU TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU.....	29
4.1 1. fáze edukačního procesu – posuzování	29
4.2 2. fáze edukačního procesu – diagnostika	29
4.3 3. fáze edukačního procesu – plánování	30
4.4 4. fáze edukačního procesu – realizace.....	30
4.5 5. fáze edukačního procesu – evaluace.....	31
4.6 Dokumentace edukačního procesu	32
4.6.1 Edukační standardy	33
5 PEDAGOGICKÉ / ANDRAGOGICKÉ ASPEKTY V EDUKACI PACIENTŮ SE ZAVEDENOU TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU	34
5.1 Edukační cíle	34

6 VYUŽITÍ DIDAKTICKÝCH METOD V EDUKACI PACIENTŮ SE ZAVEDENOU TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU	35
6.1 Slovní didaktické metody v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou	35
6.1.1 Monologické metody edukace.....	35
6.1.2 Dialogické metody edukace.....	36
6.1.3 Didaktické edukační metody využívající tištěného slova	36
6.2 Názorně-demonstrační didaktické metody v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou	36
6.3 Dovednostně-praktické didaktické metody v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou	37
7 DIDAKTICKÉ POMŮCKY A PROSTŘEDKY VYUŽÍVANÉ V EDUKACI PACIENTŮ S TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU	38
7.1 Didaktické pomůcky	38
7.2 Didaktické prostředky.....	39
8 KOMPLEXNÍ EDUKAČNÍ PROGRAM PRO PACIENTY S DLOUHODOBĚ/TRVALE ZAVEDENOU TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU ...	40
8.1 Podpora sebepečce pacienta s tracheostomickou kanylou	43
9 PROPUŠTĚNÍ PACIENTA S TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU DO DOMÁCIHO OŠETŘOVÁNÍ	44
9.1 Domácí péče.....	45
EMPIRICKÁ ČÁST	47
10 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY.....	48
10.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky realizovaného výzkumného šetření	48
10.2 Dílčí výzkumné cíle a otázky realizovaného výzkumného šetření	48
11 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	50
12 METODIKA PRÁCE	52
12.1 Organizace výzkumu	52
12.2 Realizace výzkumného šetření polostrukturovanými rozhovory	52
12.3 Etika kvalitativního výzkumného šetření	53
12.4 Limity výzkumného šetření	54
13 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	55
13.1 Kategorie: Role sestry edukátorky	65
13.1.1 Subkategorie: Erudice a kompetence sestry edukátorky	65
13.1.2 Subkategorie: Sebehodnocení: úroveň sebejistoty a kompetentnosti v roli sestry edukátorky	67
13.1.3 Subkategorie: Kooperativní role edukátorky v procesu edukace	68
13.1.4 Subkategorie: Autonomní role sestry edukátorky v procesu edukace	69
13.1.6 Subkategorie: Komunikační dovednosti edukátorky	70

13.1.7 Subkategorie: Zvyšování pacientovy adherence – motivace k edukaci a sebeděči o TSK.....	70
13.2 Kategorie: Edukační proces u klienta s tracheostomickou kanylou	71
13.2.1 Subkategorie: 1.fáze – edukační posouzení.....	71
13.2.2 Subkategorie: 2. fáze – stanovení edukační diagnózy	73
13.2.3 Subkategorie: 3. fáze – sestavení edukačního plánu	74
13.2.4 Subkategorie: 4. fáze – realizace edukačního plánu	75
13.2.5 Subkategorie: 5. fáze – evaluace edukace	81
13.3 Kategorie: Kontinuita edukace a následné péče.....	82
13.3.1 Subkategorie: Dispenzarizace a návaznost péče	82
DISKUZE	84
14 VÝSTUP DO KLINICKÉ PRAXE	97
ZÁVĚR	102
SEZNAM LITERATURY	103
SEZNAM PŘÍLOH	112
PŘÍLOHY	113
Příloha č. 1 Přehled odborných publikací využitých v diplomové práci na základě rešerše	113
Příloha č. 2 Formy realizace edukace	120
Příloha č. 3 Schéma chirurgického provedení tracheostomie	121
Příloha č. 4 Schématické zobrazení komunikačního procesu k podpoře self-managementu pacienta s TSK	122
Příloha č. 5 Základní otázky kladené při projektová ní edukace	123
Příloha č. 6 Edukační bariéry	124
Příloha č. 7 Struktura edukačního standardu	125
Příloha č. 8 Přehled základních didaktických metod.....	126
Příloha č. 9 Akreditační standardy pro nemocnice zajišťující kontinuity poskytované péče	127
Příloha č. 10 Žádosti o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním diplomové práce.....	129
.....	129
Příloha č. 11 Informovaný souhlas informanta na výzkumném šetření	131
Příloha č. 12 Struktura polostrukturovaného rozhovoru	132
.....	133
Příloha č. 13 Příručka pro sestry edukátorky: management péče o pacienta s dlouhodobě zavedenou tracheostomickou kanylou před jeho propuštěním do domácí péče	135

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Demografická data.....	51
Tabulka č. 2 Model edukace pacienta s TSK v klinické praxi	56

SEZNAM ZKRATEK

ADP	agentura domácí péče
Aj.	a jiné
A kol.	a kolektiv
AL.....	hliník
ALS	amyotrofická laterální skleróza
AVT.....	audiovizuální technika
AV záznam	audiovizuální záznam
CŽV.....	celoživotní vzdělávání
Č.	číslo
DC	dýchací cesty
DDC	dolní cesty dýchací
DG	diagnóza
DO	domácí ošetřování
DP	diplomová práce
DUPV.....	domácí umělá plicní ventilace
EBP.....	evidence based practice
ETI.....	endotracheální intubace
EU.....	Evropská unie
Ev.....	eventuelně
FR	french
GIT	gastrointestinální trakt
HCD	horní cesty dýchací

HME filtr.....	výměník tepla a vlhkosti
Chir.	chirurgie, chirurgické
CHRON.....	chronický
IPVZ Praha	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví Praha
JCAHO	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
K/P.....	klient/pacient
MUNI.....	Masarykova univerzita
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NANDA International	Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy (American Nursing Diagnosis Association)
Např.	například
NCO NZO Brno	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno
NLK Praha	Národní lékařská knihovna Praha
NLZP.....	nelékařský zdravotnický pracovník
NSG sonda	nazogastrická sonda
OOPP.....	osobní ochranné pracovní pomůcky
ORL.....	otorinolaryngologie
OS	odlehčovací služba
OSAS	syndrom obstrukční spánkové apnoe
OŠ.....	ošetřování
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PDT	punkční dilatační tracheostomie

RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
SLF	sdílený lůžkový fond
SOC.....	sociální
Srov.	Srovnání/srovnatelné
SZŠ	Střední zdravotnická škola
ŠŽ	štítná žláza
TS	tracheostoma
TSK/TS kanyla	tracheostomická kanyla
UPV	umělá plicní ventilace
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VDN	vedlejší dutiny nosní
WHO	World Health Organization
ZZ	zdravotnické zařízení
ZZS	Zdravotnická záchranná služby

ÚVOD

Odborně vedená edukace a zvyšování self-managementu pacientů s chronickým onemocněním jsou považovány za zásadní komponenty kvalitní, na zásadách EBP založené ošetrovatelské péče. Na obecné rovině vzdělávací aktivity vytvářené zdravotníky pro pacienty trpící chronickým onemocněním zahrnují jak specifické informace o nemoci, tak selfmanagement péče a specifické dovednosti (např. řešení problémů, vyhledávání zdrojů aj.). Na základě multidisciplinárního přístupu zdravotníků jsou pak jako komplexní součást strukturovaných edukačních programů pro pacienty s konkrétním onemocněním, tzn. edukace podle předem určeného plánu, realizované i strategie ke změně nevhodného/sebepoškozujícího chování pacientů a další psychosociální intervence zlepšující complianci a adherenci pacientů k doporučené léčbě a postupům sebepéče, včetně zlepšení kvality jejich života. Edukace a podpora sebeřízení pacientů s chronickým onemocněním může pod vedením zdravotníků na základě vytvoření partnerského přístupu probíhat individuálně nebo v prostředí skupiny. Také v souvislosti s pandemií COVID–19 budou zřejmě stále intenzivněji v budoucnu zdravotníci edukovat s pomocí interaktivních technologií, jako je např. internet. Ne všichni pacienti s chronickým onemocněním jsou však ochotni nebo schopni se proaktivně zapojit do sebepéče a edukace. V takových případech narůstá význam zapojení rodiny a dalších pro pacienta významných osob do problematiky sebepéče a edukace v rámci komplexních edukačních programů. Z výše uvedených informací vyplývají také požadavky na zdravotníky, kteří se problematice edukace věnují, a to nejen v oblasti odborných kompetencí, ale také znalostí a dovedností pedagogických i psychologických.

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na problematiku role sestry v edukaci pacientů s dlouhodobým či trvalým zavedením tracheostomické kanyly před jejich dimisí do domácího ošetřování¹ a jejího zapojení v komplexních edukačních programech.

¹ Z důvodu obsáhlosti tématu se předkládaná práce svým obsahem nezaměřuje na problematiku akutní ošetrovatelské péče o pacienty bezprostředně po implantaci TSK (tracheostomická kanyla) a jejich edukace sestrou na odd. intenzivní péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení (JCAHO – Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations) uvádí, že jedním z ukazatelů kvality poskytované zdravotní péče je prokazatelnost odpovídající úrovně znalostí edukanta o zdravotním stavu a self-managementu v době dimise. JCAHO definuje aspekty kvalitní edukace včetně formy záznamu porozumění edukanta edukaci (JCAHO, 2014).

Zahraniční odborná literatura nabízí široké spektrum odborných recenzovaných článků věnujícím se problematice péče o pacienty se zavedenou tracheostomickou kanylou zejména po stránce medicínské a z pohledu intenzivní péče, ovšem z pohledu ošetrovatelské péče na standardních odděleních a zejména pak z pohledu komplexní edukace pacientů s dlouhodobě zavedenou tracheostomickou kanylou se věnuje pouze minimální počet výzkumných prací.

1.1 Popis rešeršní strategie a přehledového literárního review

Z důvodu zmapování relevantních zdrojů a zpracování přehledového review, byla v červenci 2020 zadána více zdrojová rešerše odborné literatury v NLK v Praze (Národní lékařská knihovna v Praze). Pro rešerši byla použita tato klíčová slova v českém jazyce: tracheostomie, edukace pacientů, ošetrovatelská péče, péče o pacienty s tracheostomickou kanylou. V anglickém jazyce jsme využili tato klíčová slova: tracheostomy, tracheostomy care, patient education, nursing, patient education as topic. Pomocí rešerše bylo vyhledáno celkem 119 zdrojů v českém a anglickém jazyce.

Vyřazující kritéria: články týkající se ošetřování tracheostomické kanyly v režimu intenzivní péče, články týkající se pediatrických pacientů, články určené lékařům a hlasovým terapeutům, články nesplňující stanovená kritéria pomocí klíčových slov, duplicitní články a články, které nebylo možné dohledat ve fulltextovém znění. Dohledané odborné články a publikace byly prostudovány a následně byly vyhledány z jednotlivých referencí další relevantní zdroje týkající se zvoleného tématu. Z celkového počtu 119 vyhledaných referencí v českém a anglickém jazyce bylo vyřazeno na základě výše zmíněných kritérií 105.

Sumarizace dohledaných zdrojů: pro tvorbu diplomové práce bylo celkem využito 14 odborných publikací, jejichž přehled je uveden v příloze č. 1.

2 ZÁKLADNÍ POJMY V EDUKACI PACIENTU S TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU

2.1 Edukace pacienta

Pojem edukace pochází z latinského slova *educare*, které lze přeložit, jako proces výchovy, vzdělání, či vedení vpřed k vytyčenému cíli (Juřeníková, 2010, s. 9-12). V ošetrovatelství je tento pojem spojen zejména s procesem zcela vědomého a cíleného zvyšování erudice pacientů a rodinných příslušníků, kteří o nemocného pečují (Kuberová, 2010, s. 21-24). Edukace pacientů čerpá z multidisciplinárního a interdisciplinárního přístupu k výuce, kdy se uplatňuje propojení pedagogiky, sociologie, psychologie a antropologie (Šulistová a Trešlová, 2012, s. 18-19).

2.1.1 Diferenciace edukace

Primárně dělíme edukaci pacienta na 3 základní typy, edukaci základní, komplexní a reedukaci (Kuberová, 2010, s. 34–35).

Z pohledu toho „*kde a jak*“ je edukace vedena, dělíme edukaci na formální (erudovaný školitel, prováděna dle standardu), neformální (nepodléhá standardům, kvalita je značně variabilní).

Z hlediska forem rozlišujeme edukaci individuální, skupinovou, distanční, prezenční a formou samostudia (srov. příloha práce č. 2); (Mandysová, 2016, s. 7-11).

Základní edukace představuje výchovně-vzdělávací činnost poskytovanou pacientům s nově zavedenou tracheostomickou kanylou, kteří nemají s danou problematikou dosavadní zkušenost (Mehta a kol., 2016, s. 3–4). V klinické praxi se nikdy nesetkáme s izolovaným účelem edukace, ale spíše smíšeným, například opakování a prohloubení vědomostí v oblasti péče o TSK (Ozogonyová a kol., 2012, s. 46-47).

Komplexní edukace probíhá zpravidla v podobě strukturovaného edukačního programu, tj. cyklu několika edukačních lekcí ev. kurzů, které na sebe logicky navazují a seznamují edukanta s problematikou péče po implantaci TSK v širším kontextu. Právě v rámci komplexní edukace je poskytována poradenská činnost jak samotným pacientům, tak i rodinným příslušníkům, což napomáhá udržení efektivních vztahů a rolí v rodině. Tímto typem edukace se snažíme minimalizovat negativní dopad zavedení TSK na nemocného a jeho rodinu (Mehta a kol., 2016, s. 3–4).

Reedukace navazuje na předchozí zkušenosti a rozvíjí vědomosti edukantů v problematice péče o tracheostoma, DC a TSK. Nejčastěji proběhne opakovací fáze, kdy sestra v roli edukátorky zjišťuje, co si pacient z komplexní edukace po zavedení TSK osvojil. Na zjištěnou úroveň znalostí a dovedností sestra edukátorka naváže v souladu s doporučenými postupy EBP. Nejčastěji pak tato forma edukace – tedy reedukace pacienta a jeho rodinných příslušníků probíhá při objevení se komplikací TSK a dále pak cíleně v rámci dispenzární péče o pacienta s TSK. Cílem reedukace může být i „náprava“ chybně osvojené předchozí edukace za použití různých výukových metod a forem jejich realizace (Kuberová, 2010, s. 34–35).

2.2 Pojmy edukátor a edukant

2.2.1 Edukátor

„Pod pojmem edukátor rozumíme reprezentanta a autora výchovného působení. Výhodnější, humánnější a efektivnější je, pokud se v procesu edukace a vzájemné interakce stane partnerem“ (Kuberová, 2010, s. 49).

Všeobecná sestra v rámci svého povolání plní mnoho rolí, jejichž posláním je navrácení zdraví či udržení stávajícího životního komfortu klienta. Jednou z neopomenutelných rolí sestry je i role sestry edukátorky. Edukační činnost sestry je předpokladem pro to, aby pacient získal potřebný balíček informací, aby se mohl adekvátně spolupodílet na své léčbě (Mandysová, 2016, s. 7-11). Právě změna směrem k partnerské interakci mezi pacientem (rodinnými příslušníky) a zdravotnickým personálem vedla k výraznému *vývoji edukační činnosti sestry* a v konečném důsledku i ke zvýšení adherence edukanta k doporučovaným opatřením (Gurková, 2017. s. 17-22).

Edukátorem nemusí být vždy jen všeobecná sestra, nutriční specialista, fyzioterapeut aj. odborníci v nemocnici, ale i odborník poskytující vzdělání specifické skupině jedinců v rámci svépomocných skupin, např. spolek laryngektomovaných pacientů (Šulistová a Trešlová, 2012, s. 30-35).

Edukační programy jsou pořádány zdravotnickými zařízeními s primárním určením pacientům s tracheostomickou kanylou. V rámci edukačního programu by se měl edukant během edukačních lekcí naučit specifickou péči o DC (dýchací cesty), výměnu TSK, pečovat o peristomální kůži, řešit akutní exacerbace svého chronického stavu aj. aspekty péče, které musí zvládnout, aby mohl být bezpečně propuštěn do domácího ošetřování (Loerzel

a kol., 2014, s. 522–527). Edukační lekce musí být vždy zaměřeny na individuální potřeby edukanta. Z tohoto důvodu je podoba edukace zaměřené na pacienta vždy maximálně přizpůsobena aktuálnímu zdravotnímu stavu a schopnostem pacienta se učit a osvojovat si nové dovednosti potřebné k sebeděči.

2.2.2 Edukant

Edukantem může být jakákoliv osoba bez ohledu na věk, vzdělání, etnickou a národnostní příslušnost v okamžiku, kdy se stává objektem edukace.

Nejčastěji si pod pojmem edukant představíme pacienty, které vzdělávají zdravotničtí pracovníci ve snaze poskytnout kvalifikovanou pomoc v oblasti primární, sekundární a terciální prevence (Juřeníková, 2010, s. 9-12).

2.3 Učení

Podmínkou efektivně realizované edukace pacientů s TS kanylou před jejich dimisí do domácího ošetřování je dostatečně erudovaný edukátor v oblasti zákonitostí učení. Učení v kontextu edukace je definováno jako cílené působení edukátora, jehož výsledkem jsou pozitivní změny v chování edukanta. Z pohledu formy rozlišujeme učení *záměrné* – cílem je primárně splnit stanovený výukový cíl a *bezděčné* – osvojení si vědomosti, jako vedlejší efekt procesu (Juřeníková, 2010, s. 13–15).

2.3.1 Druhy učení

Učení *podmiňováním* je nejprimitivnější formou učení tvořící základ pro vyšší formy učení, kterých bychom jinak nebyli schopni (Juřeníková, 2010, s. 13–15).

Senzomotorické učení vede k získání senzomotorické dovednosti, tj. předpokladu pro vykonání specifické činnosti – výměny a péče o TSK a peristomální kůži. Vzhledem k tomu, že osvojená dovednost je „trvalá“ a těžko vyhasíná, musí edukátor věnovat velkou pozornost tomu, aby nedošlo k chybnému osvojení senzomotorické dovednosti (Kuberová, 2010, s. 21-24). V případě osvojení si chybné senzomotorické dovednosti, lze jen velmi obtížně sjednat nápravu. Z tohoto důvodu by měla sestra edukátorka v rámci komplexní edukace volit rozfázování edukace do několika navazujících kroků či celků. Nejprve je posluchač teoreticky seznámen s účelem osvojovaných dovedností nutných k zvládnutí self-managementu péče po zavedení TSK před dimisí do domácího ošetřování. Pokud by edukant nebyl schopen adekvátní sebeděče, není možné jej propustit do domácího ošetřování bez zajištění náhradní alternativy sebeděče (ADP, rodinný příslušník aj.). Následujícím krokem je seznámení s pracovním postupem. Nejčastějšími chybami během managementu

sebepečce po zavedení TS kanyly, aby se jim edukant během druhé fáze senzomotorického učení dokázal účelně vyhnout. Na konci první fáze jsou zmíněny podstatné aspekty dovednosti self-managementu po zavedení TS kanyly. Druhou fází je praktická ukázka dovednosti s verbálním doprovodem. Edukátor za slovního doprovodu demonstruje práci s TSK, pokud bude pacient používat kovovou TSK s výměnným středem (demonstrujeme, jak vyjmout výměnný střed a vložit obturátor a jak opět výměnný střed vložit a zafixovat pomocí zámečku umístěného na přední desce vnější kanyly), u plastové TSK demonstrujeme pouze vyjmutí a opětovné zasunutí obturátoru. Pokud je plastová kanyla opatřena obturační manžetou edukátor doplní ukázkou nafouknutí a vyfouknutí manžety včetně práce s Cuffovým manometrem k měření tlaku v obturační manžetě (optimální tlak v rozmezí mezi 20-25 mmHg). Stejným způsobem edukátor demonstruje práci s obvazovým materiálem a péči o peristomální kůži na modelu včetně způsobu uchopení TSK a pohybu zavedení do tracheostomatu a následné bezpečné fixace ke krku. Poslední fáze senzomotorického učení je nácvik těchto demonstrovaných činností samotnými edukanty. V ideálním případě nejprve na modelu a až následně na sobě, aby byl odbourán aspekt strachu z nevládnutí výměny a následného dušení. Tato fáze vyžaduje od edukátora značnou míru pozornosti (Loerzel a kol., 2014, s. 522–527). Opakovaným nácvikem dochází k fixaci, zpřesňování a postupnému zrychlování motorické dovednosti sebepečce po zavedení TSK (Kuberová, 2010, s. 21-24).

Verbální učení slouží k osvojení určitých vědomostí. Při této formě učení musí edukátor stanovit optimální formu prezentace informací vzhledem k aktuální situaci, potřebám a schopnostem edukanta (Kuberová, 2010, s. 21-24). Prezentovaný balíček informací musí být srozumitelný, tj. přizpůsobený mentálním schopnostem edukovaného a jeho obsah musí odpovídat požadovaným vědomostem. Edukant musí mít teoretické know-how správného a bezpečného postupu výměny TS kanyly, adekvátní péče o peristomální kůži. Znat postup bezpečné výměny obvazového materiálu a fixace TSK, aniž by došlo k náhodné dekanylaci. V neposlední řadě musí vědět, jak správně pečovat o DC po implantaci TSK (zvlhčování vdechované směsi, používání HME filtrů, odsávání z TSK a DC); (Patton, 2019, s. 1060–1062). Vždy se sestra edukátorka snaží sdělit podstatné informace bez nichž si nelze adekvátní sebepečci osvojit a navázat na již získané vědomosti, které edukovaný o problematice self-managementu po zavedení TS kanyly získal z předchozích zkušeností s edukací, nebo vlastním zájmem o problematiku (Juřeníková, 2010, s. 13–15).

2.3.2 Faktory ovlivňující edukaci

Podstatnou roli v edukaci sehrává *motivace pacienta*, kterou lze rozdělit na vnitřní, která je podmíněna vlastním zájmem edukanta o edukaci a osvojení si self-managementu po zavedení TSK a vnější motivaci, která vychází od edukátora (chceme vyvolat zájem o prezentované „učivo“) (Juřeníková, 2010, s. 13–15). Schopnost učení ovlivňuje *osobnost* se všemi jejími bio – psycho – sociálními a spirituálními složkami (Kuberová, 2010, s. 21-24).

Podstatnou roli má i *zpětná vazba*, která poskytuje určitou představu o tom, jak se edukant přiblížil ke splnění vytyčeného cíle. Vždy upřednostňujeme pozitivní zpětnou vazbu, kterou se snažíme edukanta ocenit a motivovat k další spolupráci. Metoda *teach-back* je využívána poskytovateli zdravotní péče k ověření porozumění edukace edukantem. Pokud edukant chápe význam předávaných informací, dochází ke zvýšení jeho zdravotní gramotnosti a schopnosti si učivo přesně osvojit (Yen a Leasure, 2019, s. 284-289). Dalšími aspekty ovlivňujícími učení jsou *rozsah učiva* a jeho *opakování*. Rozsáhlé učivo je potřeba rozfázovat do několika logických celků, které na sebe navazují (Kuberová, 2010, s. 21–24).

2.4 Tracheostomie, pacient s dlouhodobě zavedenou tracheostomickou kanylou

Pod pojmem „pacient s tracheostomickou kanylou“ chápeme pro potřeby této diplomové práce jedince, jemuž bylo vytvořeno umělé vyústění trachey na kůži přední strany krku, který používá kompenzační pomůcku v podobě tracheostomické kanyly.

Tracheostomie spadá pod chirurgické metody zajištění průchodnosti DC. Pojmem tracheostomie označujeme stav po tracheotomii s následným vyšitím trachey ke kůži (Mazánek, 2007, s. 67–70). Tracheotomie je vytvoření otvoru v průdušnici ať již klasickou chirurgickou metodou, nebo v intenzivní medicíně stále hojněji využívanou metodou endoskopicky asistované PDT (punkční dilatační tracheostomie).

Endoskopicky asistovaná punkční dilatační tracheostomie (PDT) je metodou využívanou v rámci intenzivní péče. Zavedení TSK punkční metodou spočívá v opatrné punkci trachey za endoskopické kontroly, zavedení vodiče, po němž jsou zaváděny dilatátory a po dosažení dostatečného lumen je po vodiči implantována TSK.

Riziky punkční metody zavedení TSK je luxace prstence chrupavky trachey do jejího lumen, krvácení z velkých cév, poranění ŠŽ a poranění zadní stěny trachey, které vyžadují

okamžitou konverzi na klasickou chirurgickou metodu zavedení TSK s revizí oblasti krku. Značným limitem PDT je i obtížná výměna TSK a nestabilní tracheostomický kanál s vysokým rizikem rychlého stahování během výměny TSK. Tento efekt je zapříčiněn tím, že po zavedení TSK metodou PDT měkké tkáně krku kanylu pevně obklopují, což je výhodné z hlediska časných komplikací v podobě krvácení, podkožního emfyzému, infekce aj., ale vlivem tlaku okolních struktur při dekanylaci může dojít k rychlému a podstatnému zúžení tracheostomatu. Ke snížení tohoto rizika je první výměna TSK realizována až po 7 dnech od jejího zavedení. Metodu PDT nelze volit u pacientů s nepříznivými anatomickými poměry (VVV, krátký krk, silně obézní lidé, struma aj.) a u pacientů s nádory v této oblasti (Otáhal, 2012, s. 225-226).

Chirurgická metoda tracheostomie má stále své místo zejména v oboru otorinolaryngologie. Klasickými indikačními kritérii tohoto chirurgického zákroku jsou pooperační zajištění DC, řešení rozsáhlých nádorů, hlubokých krčních zánětů, rozsáhlých úrazů v oblasti obličeje a řešení parézy nervus glosopharyngeus. Rozšířenými indikacemi zavedení TSK jsou umělá plicní ventilace, poruchy vědomí a riziko aspirace, poruchy svalové tonu (např.: ALS aj.).

Tracheostomie může být zaváděna z vitálních indikací – asfyxie, selhání vitálních funkcí, nemožnost zajištění ETI (endotracheální intubace); nebo plánovaně – zavedení TSK v celkové anestezii, nebo lokální anestezii (pokud nelze provést ETI, nebo před plánovanou laryngektomií).

Chirurgická metoda TS spočívá v provedení drobného kožního řezu na přední straně krku, preparaci svalové vrstvy, istmu ŠŽ a protětí průdušnice v oblasti 2. až 5. prstence trachey a vytvoření otvoru ve tvaru okénka, či písmena „U“, „T“, „H“, viz příloha č. 3. Je důležité pamatovat na to, že mezi prstencovou chrupavkou a otvorem v trachee musí být ponechán minimálně jeden intaktní prstenec. Následně jsou vzniklé okraje trachey vyšity závěsnými stehy ke kůži, což tvoří předpoklad pro dlouhodobou UPV, dlouhodobější či trvalé vyřazení hrtanu a řešení nepříznivých anatomických poměrů. Následkem tohoto lékařského zákroku dochází ke změnám fyziologie dýchání a dýchacích cest, které mají pro klienta trvalé následky, například v podobě vyšší adherence k vzniku infekcí DDC (dolních cest dýchacích). Vlivem změny anatomických poměrů v horních dýchacích cestách a oslabením polykacího reflexu dochází k vzniku poruch polykání, které způsobují vznik

nechutenství až odmítání stravy a výrazně zvyšují riziko aspirace (Černý a kol., 2014, s. 108).

Výhodami volby klasické chirurgické metody je zejména bezpečná výměny TSK a snazší péče o TS, nižší procento výskytu časných komplikací po implantaci TSK (zánětlivé komplikace, granulace, rychlé zužování tracheostomatu během výměny), menší riziko paratracheální dislokace TSK. Nepopíratelnou nevýhodou chirurgické metody TS je častější výskyt tracheostomické fistuly a kosmetický efekt (Schwarz a kol., 2010, s. 30-34).

Zavedení tracheostomické kanyly má však pro pacienty také trvalé fyzické a zdravotní následky v důsledku nichž musí změnit svůj dosavadní životní styl. Implantace TSK sebou velmi často přináší i dopad na psychickou pohodu a sociální vztahy, což je způsobeno významnou poruchou až ztrátou hlasu a tím i možností verbální komunikace (Moravcová a kol., 2010, s. 62-64.).

3 SESTRA V ROLI EDUKÁTORKY PACIENTA S DLOUHODOBĚ ZAVEDENOU TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU

3.1 Kompetence všeobecné sestry přímo související s edukací a péčí o pacienty s tracheostomickou kanylou

Odbornou způsobilost k výkonu všeobecné sestry lze získat na základě vzdělání dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, v aktuálním znění zákona č. 284/2018 Sb. (zákon č. 284/2018 Sb.). Tento zákon všeobecnou sestru zkompetentňuje k výkonu povolání bez odborného dohledu a přímého vedení. Všeobecná sestra na základě indikace lékaře provádí výměnu TSK a odbornou ošetrovatelskou péči o stomii (vyhláška č 55/2011 Sb.). Vzdělání všeobecnou sestru, dle výše zmiňovaných zákonných ustanovení zároveň zkompetentňuje k realizaci edukace jednotlivce, rodiny, ale i komunity. A to v oblasti motivace a adherence ke zdravému životnímu stylu a sebepěči v rozsahu daném Vyhláškou č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která mění Vyhlášku č. 55/2011 Sb. ve znění Vyhlášky č. 2/2016 Sb. (vyhláška č. 391/2017 Sb.). Vzhledem ke zvolenému tématu DP níže v textu kapitoly zmíním pouze kompetence všeobecné sestry přímo související s edukací a péčí o pacienty se zavedenou tracheostomickou kanylou. Vyhláška č. 391/2017 Sb. upravuje **kompetence všeobecné sestry** následovně:

- § 4 písmeno f) bez indikace lékaře a odborného dohledu v souladu s diagnózou stanovenou lékařem v souvislosti s péčí o pacienty s TSK je sestra kompetentní k odsávání sekretů HCD a z permanentní TSK včetně udržování její adekvátní průchodnosti u jedinců starších 3 let. Všeobecná sestra v rámci vysoce specializované péče smí pečovat o průchodnost DC pouze pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializací v příslušném oboru.
- § 4 písmenem h) k) opravňuje všeobecné sestry k ošetřování a výměně TSK a k ošetrovatelské službě poskytované v přirozeném prostředí klienta bez odborného dohledu na základě indikace lékaře.

Vyhláška č. 391/2017 Sb. § 55 pak upravuje **činnost všeobecných sester se specializací v oboru „Sestra pro intenzivní péči“**. Na základě této specializace je všeobecná sestra se specializací kompetentní k edukaci a přípravě materiálů za tímto účelem u pacientů a rodinných příslušníků v oblasti vysoce specializované oš. péče bez odborného dohledu a indikace lékaře. Dále je kompetentní bez odborného dohledu a indikace lékaře k péči o průchodnost DC (odsávání DDC, tracheobronchiální laváž) u pacientů na UPV. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře je všeobecná sestra se specializací pro intenzivní péči oprávněna k výkonu přímo souvisejících úkonů s UPV. Dále je oprávněna edukovat o pomůckách a zdravotnických prostředcích včetně ošetřování pacientů na domácí UPV.

Sestra pro péči v interních oborech dle vyhlášky č. 391/2017 Sb. § 60 a **sestra pro péči v chirurgických oborech** dle § 61 uvedené vyhlášky na základě specializace nedosahuje změny v oblasti péče a edukace pacientů s TSK nad rámec kompetencí všeobecné sestry bez specializace, ale jejich specializovaná způsobilost je zkompetentňuje k preskripci kompenzačních pomůcek pro tuto skupinu pacientů. Dále jsou kompetentní k ošetřování chronických a akutních ran bez indikace a dohledu lékaře (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

3.2 Získání kompetencí k péči a edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou

Postgraduální studijní programy zajišťují způsobilost všeobecných sester v péči o vybrané skupiny pacientů, kteří vyžadují velmi specifickou péči. Postgraduální studijní programy, které mohou všeobecné sestry absolvovat ke zvýšení kompetencí v péči o pacienty s tracheostomickou kanylou a jejich edukaci jsou např. obory specializačního vzdělání „*Všeobecná sestra – Intenzivní péče*“ a „*Všeobecná sestra – Domácí a hospicová péče*“, které jsou zaneseny v nařízení vlády č. 164/2018 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí² (nařízení vlády č. 164/2018 Sb.)

²Náplň specializačních vzdělávacích programů vychází z věstníku MZČR č. 5/2020 Sb., kde je uveden celkový počet hodin praktické a teoretické výuky v rozsahu 624 hodin. Přitom poměr praktické výuky k výuce teoretické v rámci specializačních vzdělávacích programů musí dosahovat minimálně 50 % z celkové časové dotace. Absolvent si kromě vysoce specializované péče osvojí i edukaci pacientů a rodinných příslušníků vyžadujících specializovanou péči (Věstník č. 5/2020 Sb.).

Certifikovaný kurz zaměřený výhradně na péči o pacienty s TSK nabízí IPVZ (Institut postgraduální vzdělávání zdravotníků) v Praze s názvem „*Péče o tracheostomickou kanylu vč. výměny a zajištění dýchacích cest pro nelékařská povolání a praktické lékaře*“, který je určen NLZP, praktickým lékařům a lékařům gerontologie a následné péče. Pro všeobecné sestry je v současnosti v nabídce kurz „*Péče o pacienta s tracheostomií*“, který je pořádán výukovým centrem FN u sv. Anny v Brně. Nalézt lze i internetové kurzy pro NLZP pod záštitou organizace SestraIN, která nabízí kurz „*Tracheostomie a související péče*“ s pouze teoretickým zaměřením (Novotná, 2011).

3.3 Interakce a komunikace sestry edukátorky a pacienta s tracheostomickou kanylou

Všeobecnými předpoklady edukátora jsou odpovídající charakterové, intelektové, senzomotorické a sociální předpoklady, schopnost autoregulace, erudice a dovednosti nejen v oblasti poskytované péče, ale i znalosti z oblasti andragogiky a psychologie (Kuberová, 2010, s. 49). *Role sestry edukátorky* se vzhledem ke zvyšujícím se nárokům a očekávání společnosti na kvalitu poskytované zdravotní péče a edukace výrazně proměňuje. Edukátor má ve své roli postavení facilitátora a poradce, který předává edukovanému nejen vědomosti, ale i zkušenosti včetně psychosociální podpory.

Komunikační proces je vzájemnou komunikační interakcí mezi edukantem (pacientem) a edukátorem (sestrou). Komunikační dovednosti edukanta přímo odpovídají výsledné efektivitě edukačního procesu (Zacharová, 2016, s. 31–34). Edukátor volí rozsah a způsob komunikace v edukačním procesu adekvátně k počtu edukantů a zvolené formě, a tedy i metodě edukace s přihlédnutím k stanovenému edukačnímu cíli (Juřeníková, 2010, s. 16–20). Schématické zobrazení komunikačního procesu k podpoře self-managementu u pacienta s TSK viz příloha č. 4.

V edukačním procesu slouží komunikace zejména k navázání kontaktu mezi účastníky edukace, který je podstatný pro realizaci výměny informací, zkušeností a zejména postojů, na jejichž základě mění pacient své neadekvátní chování a motivy. Komunikace slouží také k výměně emocí, čímž ovlivňuje účastníky procesu edukace.

Aby byla komplexní edukace efektivní je důležité při jejím plánování, realizaci a evaluaci uplatnit zásady oborové didaktiky. Velmi podstatným aspektem ovlivňujícím výslednou efektivitu edukace je srozumitelnost předávaných informací a aktivní zapojení

edukanta do edukačních procesů včetně rodiny či osob o edukanta pečujících v případě, že s jejich přítomností a edukováním v komplexní péči o pacienta s tracheostomatem edukant souhlasí (Kuberová, 2010, s. 34–35).

3.3.1 Komunikace s pacientem po zavedení tracheostomické kanyly

Základem adekvátní verbální komunikace ve zdravotnictví je uvědomění si *s kým, proč, kdy a kde* komunikace probíhá a z toho plynoucí nutnost obsah konzultace vždy individualizovat. Předávané informace musí být jasné, logicky uspořádané, výstižné a jednoduché. Z těchto důvodů při edukaci edukátor dává vždy přednost běžně užívaným výrazům před odbornou terminologií, která je laikům neznámá. Pokud je užívána odborná terminologie je vždy nutné ji adekvátně vysvětlit, aby sestra edukátorka předešla chybnému výkladu užívaných termínů pacientem. Velký důraz je kladen i na vyloučení slovních „parazitů“ a dodržení spisovnosti jazyka (v případě verbální komunikace písmem i na gramatiku); (Juřeníková, 2010, s. 16–20). Vzhledem k tomu, že je verbální komunikace spojena s audiologickým prožitkem vyvolávajícím emoce, je navázána na aspekty jako je: hlasitost, výška tónu řeči, rychlost a délka projevu, pomlky (Zacharová, 2016, s. 31–34).

Vlivem založení tracheostomatu má pacient významným způsobem omezenou, nebo zcela znemožněnou možnost verbální komunikace pomocí mluveného slova, což u pacientů s tracheostomatem vyvolává obavy, že nebudou schopni sdělit a uspokojovat své potřeby (Škvrňáková a kol., 2011, s. 85-90). Z tohoto důvodu by měla sestra edukátorka věnovat oblasti komunikace s pacienty s tracheostomatem velkou pozornost, a to ještě před jeho zavedením. V ideálním případě (pokud je TS plánovaná) edukátor naučí pacienta používat komunikační karty se symboly. Pokud je pacient schopen vzhledem k věku, motorice, aktuálnímu zdravotnímu stavu a kognici komunikovat v písemné podobě, je možnost ze strany pacienta s TS kanylou komunikovat prostřednictvím psaného slova. Pacientům by měla sestra edukátorka ještě před operací připravit psací potřeby a blok s papíry k lůžku, aby snížila jejich obavy z pooperačních komunikací a zejména obavy z toho, že nebudou schopni vyjádřit své potřeby. Zdravotničtí pracovníci komunikují mluveným slovem a snaží se komunikaci pacientům s TS kanylou co nejvíce usnadnit (Slouka, 2016, s. 59–61) a to i využitím nonverbální komunikace, jež zahrnuje např. haptiku, proxemiku, gestiku, mimiku, posturologii, pohledy z očí do očí a úpravu zevnějšku (Juřeníková, 2010, s. 16–20). Empatie a psychická podpora ze strany nejen zdravotnických pracovníků, ale zejména rodiny je velmi důležitým aspektem podporujícím sebedůvěru pacienta při zvládnání jeho těžké životní situace (Kolaříková, 2012, s. 33).

4 EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTA SE ZAVEDENOU DLOUHODOBOU TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU

Strukturovaný edukační program má předem stanovené edukační cíle, kterých se sestra edukátorka snaží prostřednictvím naplánované formy realizace edukace dosáhnout (Kuberová, 2010, s. 25-30) a to v pěti logicky na sebe navazujících fázích, jimiž jsou: posouzení, diagnostika, plánování, realizace a evaluace (Šulistová a Trešlová, 2012, s. 41-45). Obecná didaktika prezentuje analogicky 5 fází výukového/edukačního procesu pěti slovesy – analyzuj, navrhní, vypracuj, uskutečni a ověř (Zormanová, 2014, s. 22-23).

4.1 1. fáze edukačního procesu – posuzování

Klíčovým aspektem úspěšné realizace edukačního procesu je důkladný sběr anamnestických dat a jejich následná syntéza a analýza. Anamnestická data získává edukátor prostřednictvím anamnestického rozhovoru, dotazníku, ale i prostřednictvím realizace fyzikálního vyšetření a pozorování nemocného. Při sběru dat rozlišujeme informace získané od primárního zdroje, kterým je samotný edukant. Za sekundární zdroj informací označujeme informace získané z dokumentace o pacientu vedené, ale i od příbuzných a osob o pacienta pečujících.

U pacienta s tracheostomatem se při sběru anamnestických dat zaměřujeme na to, zda (ne)má předchozí zkušenost s edukací v oblasti self-managementu o DC po zavedení TS kanyly. Pokud pacient nemá žádnou předchozí zkušenost s edukací v oblasti péče o TSK, je posuzována zejména jeho schopnost a adherence k edukaci a probíhající léčbě (Ozogonyová a kol., 2012, s. 46-47). Validita, komplexnost a pravdivost získaných informací je podstatná v procesu odhalení edukačních potřeb klienta (Juřeníková, 2010, s. 23-25).

4.2 2. fáze edukačního procesu – diagnostika

V této fázi je edukátorem stanovena „edukační diagnóza“, která plně koresponduje se zjištěnými deficitními oblastmi, jak ve vědomostech, tak dovednostech edukanta v oblasti self-managementu po zavedení TSK (Ozogonyová a kol., 2012, s. 46-47). Vzhledem k tomu, že je vždy objeveno více deficitních oblastí je potřeba edukačním diagnózám přidělit určitý stupeň priority (Kuberová, 2010, s. 25-30). Důležitým aspektem při stanovení edukační dg. je dovednost edukátora odhalit oblasti problematické implementace získaných poznatků v oblasti sebedpěče po zavedení TS kanyly do běžného života a na tyto problematické oblasti

se v edukaci zaměřit (Juřeníková, 2010, s. 21-22). V problematice stanovování relevantních edukačních diagnóz mohou sestry edukátorky využívat kapesního průvodce ošetrovatelskými diagnózami NANDA I taxonomie II. Stanovenými edukačními diagnózami mohou být například: *00161 ochota doplnit deficit vědomostí*, *00162 ochota ke zlepšení léčebného režimu* aj. (NANDA, 2020, s. 111 a 117).

4.3 3. fáze edukačního procesu – plánování

Třetí fáze edukačního procesu je charakteristická sestavením projektu a přípravou samotné realizace edukace na základě informací získaných z 1. fáze edukačního procesu, kdy si edukátor klade základní otázky, na které je třeba při projektování edukace znát odpověď viz příloha č. 5.

Edukátor při plánování a přípravě edukace vychází z celkové erudice, dovedností, postojů a zkušeností edukanta s problematikou edukace v oblasti self-managementu po zavedení TS kanyly před jejich dimisí do domácího ošetřování (Juřeníková, 2010, s. 25-26). Proces projektování edukace zahrnuje dlouhodobou přípravu, kdy edukátor promyslí obsah učiva, který rozvrhne do několika logicky navazujících „edukačních aktivit“ a vzhledem k obsahu učiva naplánuje co nejjednodušší formu realizace a vedení edukace. Bezprostřední příprava edukace spočívá v optimalizaci podmínek edukace – příprava prostředí, pomůcek aj. (Šulistová a Trešlová, 2012, s. 41-45). Výsledkem této činnosti je sestavení *edukačního plánu*, který obsahuje stanovené edukační cíle včetně frekvence a časové dotace edukačních aktivit. Základním pravidlem při sestavování edukačních cílů je, aby byl edukační plán sestaven s edukantem a měl podobu doporučení, které nabízí cestu ke „zlepšení“ zdraví a komfortu života po zavedení. Stejně podstatná je i realita stanovených cílů, jak po stránce časové, materiální, tak i bio-psycho-sociální. Správně formulovaný cíl je hodnotitelný a podněcuje v edukantovi sebedůvěru a sebeúctu (Kuberová, 2010, s. 25-30).

4.4 4. fáze edukačního procesu – realizace

V období realizace samotné edukace, která vychází z detekovaných edukačních diagnóz a stanoveného edukačního plánu z předchozích fází edukačního procesu, edukátor postupuje v několika logicky navazujících krocích, jejichž implementace v edukačním procesu do značné míry zvyšuje efektivitu edukace. Velmi podstatným aspektem je, aby se proces edukace odehrával v souhrě multidisciplinárního týmu lékařských i nelékařských profesí (Juřeníková, 2010, s. 53-57). Získané dovednosti a vědomosti je třeba

systematicky opakovat a procvičovat, aby došlo k jejich vštípení a sestra edukátorka na ně mohla v budoucnu navázat. Během realizace edukátor provádí *průběžnou evaluaci*, kterou se snaží detekovat případné nedostatky edukace. Posledním krokem je „naučit“ posluchače *implementovat* získané dovednosti a znalosti v péči o DC po zavedení TS kanyly do *běžného života* (Juřeníková, 2010, s. 21-22). Edukátor musí při realizaci edukace počítat i s možností, že se edukace vzhledem k aktuální situaci neuskuteční (zhoršení zdravotního stavu aj.). Ovšem realizaci edukace znesnadňují i *edukační bariery*, které mohou nastat u kohokoliv z účastníků edukace viz příloha č. 6 (Juřeníková, 2010, s. 53-57).

Úspěch realizace edukace spočívá také v adekvátní přípravě (edukanta, edukátora, prostředí a zajištění potřebného materiálního vybavení), která vychází z edukačního plánu sestaveného v předchozí fázi edukačního procesu (Kuberová, 2010, s. 25-30).

4.5 5. fáze edukačního procesu – evaluace

Evaluace se může týkat jakékoliv oblasti edukačního procesu a probíhat ve formě *verbálního* (ústního či písemného) a *nonverbálního hodnocení*. Základními evaluovanými oblastmi v ošetrovatelství jsou vědomosti, dovednosti, postoje a kompetence, které edukovaný nabyt, které souhrnně označujeme jako výsledky edukace (Zormanová, 2014, s. 204–206). Vzhledem k tomu, že edukant i edukátor jsou jedinci s individuálními postoji a potřebami, může dojít k tomu, že nebudou stanovené edukační cíle z mnoha důvodů naplněny. Pokud nebyly splněny edukační cíle či byly naplněny pouze částečně, je nutno evaluovat celý proces edukace, detekovat příčinu neúspěchu a provést reedukaci.

Druhou oblastí evaluace může být subjektivní hodnocení edukace edukanty, která probíhá zpravidla písemnou formou vyplňováním anonymních dotazníků, aby byl eliminován aspekt strachu z následků uvedeného hodnocení. Další oblastí je evaluace organizační stránky edukačního procesu, kdy předmětem hodnocení jsou názory účastníků edukace na organizační stránku edukace a vedená dokumentace k edukačnímu procesu (Juřeníková, 2010, s. 66-68).

Rozlišujeme evaluaci formativní a sumativní. *Formativní evaluace* označuje proces průběžného hodnocení edukace sloužící k detekci nedostatků a chyb již během probíhající edukace. Nejčastějšími chybami, se kterými se v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou sestra edukátorka setkává, jsou nedostatečné zvlhčování DC, nedostatečná péče o TSK, chybná technika odsávání, nedostatečná frekvence výměn TSK a náhodná dekanylace způsobená nedostatečnou fixací a kašlem. *Sumativní evaluace* je procesem

shrnujícího hodnocení, kdy na konci určité fáze (např. po absolvování kurzu aj.) sumárně edukátorka hodnotí pokrok edukanta (Juřeníková, 2010, s. 66-68), tj. jak efektivně si pacient absolvováním edukačního programu osvojil management péče o DC po zavedení tracheostomické kanyly před propuštěním do DO.

4.6 Dokumentace edukačního procesu

Povinnost vést a adekvátně zpracovávat zdravotnickou dokumentaci je legislativně ukotvena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon č. 372/2011 Sb.). Součástí zdravotnické dokumentace je „edukační záznam“, který musí být veden srozumitelně, stručně, pravdivě a obsahovat čitelné a úplné informace, které se tím stávají snadno dostupné pro členy multidisciplinárního týmu. Vlastní podoba edukačního záznamu je variabilní (Šulistová a Trešlová, 2012, s. 132-138).

Edukační dokumentace tvořící základní kámen efektivního edukačního procesu by měla obsahovat tři základní dokumenty, kterými jsou formulář k posouzení vstupních edukačních potřeb edukanta, edukační plán a evaluační dokument realizované edukace (Juřeníková, 2010, s. 62-66). Adekvátně vedený edukační záznam umožňuje kontinuitu, maximální efektivnost, detekovatelnost problematických oblastí edukace, usnadňuje evaluaci edukace, zajišťuje ochranu členů multidisciplinárního týmu před trestným stíháním a zejména slouží k adekvátní informovanosti členů týmu o progresi probíhající edukace. Aby mohl edukační záznam plnit všechny tyto funkce musí obsahovat záznam o počátečních znalostech edukanta a znalostech na konci edukace. Musí být uveden cíl edukace, použité formy, metody a výukové pomůcky užití k dosažení stanoveného cíle, záznam o zaznamenaných edukačních bariérách a edukantových reakcích na edukaci (tj. zhodnocení dosažení edukačních cílů). Důležité je provést záznam o osobě vedoucí edukaci. Dále kdy a kde byla edukace uskutečněna, kdo a jakým způsobem byl edukován (obsah edukace). Na edukačním záznamu nesmí chybět podpis všech účastníků edukace (Kolaříková a Horáková, 2014, s. 160).

Pokud by nastala situace, že pacient vyjádří nesouhlas s edukací, na což má právo, je třeba provést záznam do zdravotnické dokumentace. Pokud byl nesouhlas vysloven před některým z NLZP, je povinností tuto skutečnost ohlásit ošetřujícímu lékaři. K záznamu o nesouhlasu s edukací je nutné doplnit i identifikaci kdo informoval lékaře a jakému lékaři byla tato informace předána. Pacient má právo po celou dobu hospitalizace vzít svůj (ne)souhlas s poskytnutím edukace zpět (Juřeníková, 2010, s. 62-66).

4.6.1 Edukační standardy

Standard ustanovuje kontrolní kritéria profesionální edukace u pacienta s určitým onemocněním, jejichž (ne)plnění a vyhodnocení kvality edukace provádí auditor na základě auditu. Účelem edukačních standardů je zkvalitnění a zajištění objektivitu hodnocení edukačního procesu, stejně tak vydefinování mantinelů závazného standardu (normy) profesionální edukace, který jsou edukátoři během procesu edukace povinni naplnit. Edukační standard je složen z několika sekcí, které pro zopakování přikládám v příloze č. 7, společně se strukturálními, procesuálními a výsledkovými kritérii (Zormanová, 2014, s. 204–206).

5 PEDAGOGICKÉ / ANDRAGOGICKÉ ASPEKTY V EDUKACI PACIENTŮ SE ZAVEDENOU TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU

5.1 Edukační cíle

Správně stanovený výchovně-vzdělávací cíl vystihuje kompetence, tj. vědomosti a dovednosti edukantů, které u nich sestra edukátorka očekává po edukaci (Zormanová, 2014, s. 54-55).

Adekvátně stanovený edukační cíl splňuje několik následujících podmínek. Podmínka *přiměřenosti* charakterizuje to, že stanovený cíl musí korespondovat se schopnostmi daného edukanta. Příliš „snadný“, nebo „obtížný“ cíl vede k demotivaci edukanta k další edukaci. Nesmíme opomenout na podmínku stanovení cíle, který je *jednoznačný*, což zabraňuje jeho „nepřesné“ interpretaci. Takto stanovený cíl je možné adekvátně *evaluovat* v průběhu jeho plnění. Podmínka *konzistentnosti* cíle spočívá ve faktu, že etapové cíle musí být v souladu s finálním cílem celé edukace. Poslední podmínkou správně stanoveného edukačního cíle je jeho *komplexnost*, tj. jeho působení na všechny aspekty osobnosti (oblast kognitivní, psychomotorická a afektivní). Z hlediska času rozdělujeme edukační cíle na *krátkodobé* (velmi konkrétní, týkající se konkrétní edukační lekce) a *dlouhodobé* (obecně charakterizované, konečný cíl edukace); (Juřeníková, 2010, s. 27-30).

Z hlediska toho, která oblast osobnosti je u daného edukanta „rozvíjena“ dělíme edukační cíle na: *kognitivní, afektivní a psychomotorické* (Zormanová, 2014, s. 57-62).

Pojem taxonomie edukačních cílů lze charakterizovat jako určitý systém logického uspořádání cílů dle úrovně náročnosti jejich naplnění. Taxonomie cílů je charakteristická uspořádáním cílů ve vzestupné náročnosti, od cílů snadno dosažitelných až po cíle na jejichž splnění je třeba vynaložit značné úsilí (Zormanová, 2014, s. 57-62).

6 VYUŽITÍ DIDAKTICKÝCH METOD V EDUKACI PACIENTŮ SE ZAVEDENOU TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU

Didaktickou metodu využívanou v edukaci lze chápat jako způsob předávání informací, které jsou nezbytné pro dosažení edukačního cíle. Volba adekvátní didaktické metody a její efektivní aplikace pro účely edukace uzpůsobené potřebám klienta je zárukou zvyšování kvality a efektivity edukačního procesu (Kuberová, 2010, s. 163–176).

Klasifikace didaktických metod je značně variabilní, ale nejčastěji se setkáme s diferenciací didaktických metod na tři základní skupiny, kterými jsou *klasické výukové metody*, *aktivizující výukové metody* a *komplexní výukové metody*. Vzhledem k zvolenému tématu je přehled jednotlivých metod spadajících do uvedených skupin uveden v příloze č. 8 a v textu jsou dále uvedeny pouze didaktické metody, které lze přímo aplikovat na edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou před jejich dimisí do domácího ošetřování. U pacientů s TSK je převážně využíváno individuálních edukačních metod, vzhledem k tomu, že osvojení si dovednosti správné a bezpečné výměny TSK je pro pacienta životně důležité.

6.1 Slovní didaktické metody v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou

Slovní didaktické metody rozdělujeme na dvě základní formy, které v ošetrovatelství hojně využíváme. Metody pomocí mluveného slova (monolog i dialog) a tištěného ev. psaného slova (např. práce s tištěnými edukačními brožurami). Důvodem, proč je tato didaktická metoda nejběžněji využívána a považována za nejpřínosnější je fakt, že ji edukátor může využít prakticky kdykoliv během edukačního procesu (k motivaci, zvýšení sebedůvěry apod.). Ovšem i zde hraje značnou roli příprava edukátora na edukaci, pouze promyšlený přesvědčivý projev v souladu s EBP adekvátně splňuje účel edukace (Kuberová, 2010, s. 163–176).

6.1.1 Monologické metody edukace

Jedná se o didaktické metody charakteru výkladu, tj. monologu edukátora prezentujícího poznatky formou *přednášky*, *vysvětlování*, *popisu ev. vyprávění* (například kazuistiky). Délka souvislého monologu by neměla přesáhnout 15-20 minut.

6.1.2 Dialogické metody edukace

Ze skupiny dialogických didaktických metod, kam řadíme *rozhovor, diskusi* a interaktivní slovní metody, jako je *brainstorming, brainwriting, inscenační metody aj.*, které jsou považovány za vysoce efektivní, v edukaci pacientů s TSK využíváme pouze metodu rozhovoru či diskuse, a to ve značně omezeném měřítku. V některých případech se může stát, že pacient po zavedení TSK nebude schopen komunikovat prostřednictvím hlasu, ale i v takovém případě lze uskutečnit „edukační rozhovor“. Podstatou rozhovoru je položení otázky edukantovi s cílem jej aktivizovat, vzbudit jeho pozornost a zjistit co si edukant zapamatovat a zda rozumí předávaným informacím (Kuberová, 2010, s. 163-176).

6.1.3 Didaktické edukační metody využívající tištěného slova

Didaktickou metodu tištěného slova v edukaci edukátoři hojně využívají napříč všemi obory. Zdrojem informací se stávají tištěné dokumenty. V ošetrovatelské edukaci se nejčastěji jedná o edukační *brožury či letáky* poskytované pacientům s daným onemocněním. Mezi edukační metody formou tištěného slova řadíme *knihy, odborné články* a v dnešní značně digitalizované době i validní informace dostupné prostřednictvím internetu. Kvantitativní pilotní studie Swordse a kol. (2018, s. 1093–1096) poukazuje na fakt, že zavedení webináře je velmi přínosné z hlediska možnosti výměny zkušeností prostřednictvím IKT (informační a komunikační technologie).

6.2 Názorně-demonstrační didaktické metody v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou

Názornou ukázkou s demonstrací procesu péče o DC po zavedení TSK edukátor zařazuje do edukačního procesu u každého klienta s tracheostomatem, jako první krok v procesu osvojování si dovedností v této oblasti. Edukátor představuje jednotlivé pomůcky a demonstruje práci s nimi během péče o DC po zavedení TSK. Edukant edukátorovu činnost přímo v reálném čase pozoruje a učí se člověku nejpřirozenějším způsobem, tj. nápodobou, provádět tuto činnost.

Manipulace s pomůckami může být edukantem pozorována i nepřímo, tj. zprostředkovaně z videozáznamu či výukového filmu. Velmi podstatným aspektem je, aby názorně demonstrovaná činnost byla provedena bezchybně.

Práce s obrazem je v edukaci pacientů využívána hlavně v podobě ukázky a vysvětlení anatomických poměrů na ilustraci kde je tracheostomická kanyla zavedena, jak tracheostomická kanyla vypadá aj.

Instruktaž je nedílnou součástí edukace pacientů s TSK, kterou edukátor využívá při praktickém nácviku dovedností potřebných k adekvátní sebeděči. V počáteční fázi edukátor provede výměnu TSK na modelu ve velmi pomalém tempu s důrazem na detail. Následně ve stejném tempu provede opět výměnu TSK se slovním doprovodem a důrazem na možná úskalí a chyby. V třetí fázi provede výměnu se slovním doprovodem v reálném tempu. Poslední čtvrtou fází je předvedení výměny edukantem na modelu pod odborným dohledem edukátora (Kuberová, 2010, s. 163–176).

6.3 Dovednostně-praktické didaktické metody v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou

Dovednostně-praktické didaktické metody slouží ke zkompetentnění edukantů v oblasti psychomotorických a motorických dovedností potřebných k self-managementu po zavedení TS kanyly. *Vytváření dovednosti* je základním aspektem připravenosti edukanta provést jednotlivé úkony sebeděče, např.: výměnu TSK. *Napodobování*, které zmiňují již výše v textu je typické bezprostřední imitací činnosti edukátora během edukace. *Produkční metody* souhrnně označují veškeré postupy, procesy a úkony směřující k osvojení si motorické dovednosti výměny TSK (Kuberová, 2010, s. 163–176).

7 DIDAKTICKÉ POMŮCKY A PROSTŘEDKY VYUŽÍVANÉ V EDUKACI PACIENTŮ S TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU

I přes značnou modernizaci didaktických prostředků a rozsáhlou nabídku sortimentu didaktických pomůcek využitelných v ošetrovatelské edukaci je třeba mít na paměti, že osobní kontakt edukátora a edukanta je nepostradatelnou a nenahraditelnou součástí edukačního procesu. Didaktické prostředky a pomůcky jsou neoddelitelnými částmi edukačního procesu. Vhodné využití didaktických prostředků a pomůcek ve značné míře zefektivňuje edukační proces ve všech jeho částech.

Mezi základní didaktické pomůcky řadíme *odbornou literaturu*. V edukaci pacientů s TSK v podobě předávaných edukačních brožur, informačních letáků, ale lze sem zahrnout i ilustrační plakáty.

Neopomenutelnou součástí edukace pacienta s TSK je i vybavení edukanta a edukátora. Ze strany edukátora to mohou být speciální sady, balíčky pomůcek k péči o TS kanylu, ale např. notebook k přehrání ilustračních videí. Ze strany edukanta to nejčastěji bývá klientova TSK, molitanové fixační pásky aj. individualizované pomůcky k opakovanému či jednorázovému použití (Kuberová, 2010, s. 227–236).

7.1 Didaktické pomůcky

Mezi didaktické pomůcky řadíme *výukové modely*, jejichž využití v praxi je velmi přínosné. Edukant si může dovednost vyzkoušet bez vlivu a působení stresových faktorů, které reálná výměna TSK představuje. Výukové modely jsou velmi efektivní i v oblasti odbourání strachu z nezvládnutí výměny TS kanyly (Loerzel a kol., 2014, s. 522–527). V edukaci pacientů s TSK sestra edukátorka využívá i didaktické pomůcky v podobě *ilustrací, posterů, fotografií aj.* statických zobrazení. Například na fotografiích může edukátor ukázat, jak vypadá „zdravá“ peristomální kůže a jak vypadá peristomální kůže změněná patologickým procesem (zánět, intertrigo, dekubit). Během edukace pacientů s tracheostomatem edukátor může využívat i dynamická zobrazení, v podobě vlastní kresby nebo pomocí animace. Toho lze využít k ukázce změny proudění vzduchu do DDC při fyziologickém dýchání a dýchání prostřednictvím TSK, které obchází HCD. Svoje nepostradatelné místo mají i pomůcky běžně známé (sterilní tampóny, vatové tyčinky aj.) nebo i specifické (TSK, molitanové pásky, výměník tepla a vlhkosti aj.) k péči o dýchací

cesty po zavedení tracheostomické kanyly, kdy manipulací s těmito pomůckami získává edukant psychomotorickou dovednost potřebnou k self-managementu (Kuberová, 2010, s. 227–236).

7.2 Didaktické prostředky

Dnes lze v edukaci využívat i *vzdělávacích programů* a neodmyslitelně i *internet*. V edukaci pacientů s TS kanylou je převážně využíváno vizuálních pomůcek a prostředků, které umožňují edukátorům prezentovat probíranou problematiku na vizuálním zobrazení. Samozřejmě by mělo být zařazení AVT (audiovizuální techniky) do edukace pacientů s tracheostomickou kanylou před jejich dimisí do DO. AVT technika umožňuje edukantovi vnímat péči o DC po zavedení TS kanyly jako komplexní jev skrze bezprostředně zprostředkovanou audiovizuální zkušenost.

Edukační filmy lze s výhodou použít při úvodu edukanta do problematiky, ale také jako instruktážní prostředek. AVT lze využít i při motivaci a zpětné vazbě, kdy edukátor v případě souhlasu edukanta během procesu péče o své DC po zavedení TSK zhotoví AV (audiovizuální) záznam, na kterém si následně edukátor a edukant provedou zpětnou vazbu. Edukátor na záznamu edukantovi ukáže případné deficitní oblasti sebezpečí, na kterých je potřeba v rámci edukačního procesu dále pracovat.

Využití IKT (*informační a komunikační technologie*) v edukaci pacientů s TS kanylou zatím nenašlo své přímé uplatnění, ale vzhledem k nárůstu informační a zdravotní gramotnosti populace lze usuzovat, že jeho uplatnění k zefektivnění edukačního procesu nejen pacientů s TSK je jen otázkou času. IKT nabízejí pacientům možnost zvolit si své individuální tempo a prostředí ve kterém chtějí edukaci absolvovat, ale je to také prostředek umožňující distančním způsobem získat informace např.: on-line rozhovory či chatem, což v současné krizové době je velké plus tohoto didaktického prostředku (Kuberová, 2010, s. 227–236).

8 KOMPLEXNÍ EDUKAČNÍ PROGRAM PRO PACIENTY S DLOUHODOBĚ/TRVALE ZAVEDENOU TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU

Účelem komplexního edukačního programu u pacientů se zavedenou trvalou TSK před jejich propuštěním do DO je v maximální možné míře usnadnit propuštění klienta z nemocnice do domácího ošetřování a zabránit rehospitalizacím.

Podstatným aspektem úspěšné dimise je edukace pacienta či osob o něj pečujících, aby byli schopni zvládat komplexní péči, možné komplikace a nežádoucí události, které se během péče o TSK mohou objevit.

Edukátor musí během edukačního programu zjistit, jaká jsou očekávání pacienta a osob o něj pečujících a zajistit, aby očekávání byla reálná (Mehta a kol., 2016, s. 3–4). Podstatným aspektem je vytvořit plán edukace, aby edukátor byl v roli podporovatele a rádce edukovaných, kteří budou i nadále schopni udržet maximální kvalitu života pacienta s tracheostomatem.

Důležitým předpokladem efektivní edukace pacienta jsou komunikační dovednosti, vzájemná důvěra a kompetence sestry sestavit a vést erudovaně komplexní edukační program na konkrétní téma. V případě této diplomové práce je tím tématem „Komplexní edukační program pro pacienty s TSK a jejich rodinné příslušníky před dimisí do domácího ošetření“.

V rámci edukace pacientů s TSK se zdravotníci snaží předcházet vzniku komplikací plynoucích ze zavedení TSK, udržet a navrátit zdraví tak, aby byla zajištěna maximální možná kvalita života pacientů s tracheostomatem (Kolaříková, 2012, s. 33). Impulzem pro zahájení edukace je odhalení deficitu v self-managementu u jedince s TSK (Šulistová a Trešlová, 2012, s. 30-35).

Edukační lekce musí být vždy zaměřeny na individuální potřeby edukanta. Z tohoto důvodu je podoba edukace zaměřené na pacienta vždy maximálně přizpůsobena aktuálnímu zdravotnímu stavu a schopnostem pacienta učit se a osvojovat si nové dovednosti potřebné k sebezpečí (Pellant a kol., 2013, s. 145-148)

Komplexní strukturované edukační programy určené pacientům se zavedenou tracheostomickou kanylou by měly edukanta naučit v průběhu jednotlivých edukačních

lekci, specifickou péči o DC (dýchací cesty), výměnu TSK, péči o peristomální kůži, informovat o vhodných postupech a strategiích řešení akutní exacerbace chronického stavu aj. aspekty péče, které by měl pacient bezpodmínečně zvládnout, aby mohl být bezpečně propuštěn do domácího ošetřování (Loerzel a kol., 2014, s. 522–527).

V edukaci pacientů se zavedenou TSK před jejich propuštěním do domácího prostředí by se sestra edukátorka měla zaměřit v rámci komplexního strukturovaného edukačního programu³ na několik základních tematických oblastí, které jsou heslovitě autorkou práce navrženy níže v textu kapitoly. Jsou jimi:

- 1) Tracheostomie a důvody jejího zavedení
 - Změna fyziologie dýchacích cest zavedením tracheostomické kanyly
 - Tracheostomická kanyla
- 2) (Self)-management péče o TSK
 - Hygienicko-epidemiologický režim péče
 - Aseptické postupy v péči o TSK, hygienická dezinfekce rukou
- 3) Převaz a výměna tracheostomické kanyly
 - Výměna obvazového materiálu
 - Výměna tracheostomické kanyly
- 4) Péče o peristomální kůži
- 5) Komplikace spojené se zavedením tracheostomické kanyly
 - Akutní komplikace
 - Chronické komplikace
- 6) Mimořádné situace spojené se zavedením TSK – prevence, detekce a řešení
 - Přípravenost na krizové situace – nouzový balíček
 - Náhodná dekanylace
 - Kardiopulmonální resuscitace po zavedení tracheostomické kanyly
- 7) Péče o dýchací cesty po zavedení tracheostomické kanyly
 - Zvlhčování vdechované směsi
 - Odsávání
 - Lavážování dýchacích cest

³ Obsahově jsou témata podrobně zpracována jako PŘÍRUČKA PRO SESTRY EDUKÁTORKY: MANAGEMENT PÉČE O PACIENTA S DLOUHODOBĚ ZAVEDENOU TSK PŘED JEHO PROPUŠTĚNÍM DO DOMÁCÍ PÉČE

- Náhradní hlasové prostředky
 - Kompenzační pomůcky k tracheostomické kanyli
- 8) Dimise a dispenzární péče
- 9) Preskripce pomůcek
- 10) Psychosociální aspekty života s TSK a kvalita života
- Podpůrné organizace

Pacienti, kteří vyžadují dlouhodobé či trvalé zavedení tracheostomické kanyly si před svým propuštěním musí osvojit dovednosti self-managementu v této nové životní situaci. V ideálním případě je pacient v době dimise schopen sebezpěče v plném rozsahu. Pacient s TSK musí být schopen efektivně uspokojovat své potřeby, provádět bezpečné ošetřování tracheostomu, výměnu tracheostomické kanyly a pečovat o své dýchací cesty (Frace, 2010, s. 58–61).

Pacient s TSK či osoba o něj pečující musí převzít roli manažera péče o dýchací cesty, tracheostoma a TSK v plném rozsahu. Pokud edukant (pacient, osoba o pacienta pečující) se na novou roli adaptuje a zvládá ji, technická stránka péče o tracheostoma a dýchací cesty ustupuje do pozadí (Michálek a kol., 2011, s. 353-365). Ovšem problematika komunikace a kosmetického dopadu přetrvávají a z tohoto důvodu je vhodné volit i psychickou podporu k zvýšení sebevědomí K/P a předejít tak sociální izolaci (Nasswetter a kol., 2018, s. 206-209).

Úkolem multidisciplinárního týmu je posoudit, zda je dosažení sebezpěče v plném rozsahu pro pacienta dosažitelné. V situacích, kdy není pacient vzhledem k věku, poruchám kognice, motorické zručnosti, psychickému rozpoložení adekvátní sebezpěče schopen, je třeba volit náhradní alternativy péče (Pellant a kol., 2013, s. 145-148).

Náhradní alternativou může být péče poskytována rodinnými příslušníky, kteří zajišťují komplexní péči, nebo pouze pomoc v deficitní oblasti sebezpěče pacienta s TSK. V případě, že rodinný příslušník poskytuje komplexní péči a péče z jeho strany je nutná po dobu 24 hodin hrozí, že se osoba pečující o pacienta s TSK bude péčí natolik vytížena, že nebude schopna nadále docházet do svého zaměstnání. Tato situace má na rodinu finanční dopad a je třeba zvážit i jinou alternativu zajištění adekvátní péče o klienta s TSK, kterou může být ADP (agentura domácí péče), kdy je péče zajišťována profesionály, kteří docházejí ke klientům domů (Kisvetrová a Marková, 2007, s. 59–72).

8.1 Podpora sebepéče pacienta s tracheostomickou kanylou

Edukační proces nekončí dimisí pacienta do domácího ošetřování, ale je nutné v něm pokračovat a podporovat tak nadále nejen samotného pacienta, ale i osoby o něj pečující v managementu péče o DC po zavedení TSK. Podporovat pacienty v udržení adekvátní úrovně sebepéče o TSK je možné prostřednictvím dispenzární péče. Zvýšit míru sebepéče je možné realizovat též prostřednictvím poskytnutí kontaktů na specializovaná zdravotnická zařízení, která nabízejí poradenskou činnost pacientům a rodinným příslušníkům v oblasti self-managementu po zavedení TSK (Pellant a kol., 2013, s. 145-148).

9 PROPUŠTĚNÍ PACIENTA S TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU DO DOMÁCÍHO OŠETŘOVÁNÍ

Propuštění nemocného do domácího ošetřování znamená návrat pacienta do jeho přirozeného prostředí. Aby byl pacient s TS kanylou schopen návratu do domácího prostředí, je třeba, aby si osvojl management péče o DC po zavedení TSK. Z tohoto důvodu je pacient po celou dobu hospitalizace prostřednictvím realizace edukačního procesu připravován na dimisi tak, aby sebezpečí po propuštění adekvátně zvládl.

Ovšem i přes veškeré intervence edukátorů a snahu edukanta se můžeme setkat v klinické praxi se skutečností, že pacient s TSK není schopen dostatečné úrovně sebezpečí po zavedení tracheostomické kanyly a je potřeba volit náhradní alternativy zajištění péče o pacienta se zavedenou trvalou TSK. Pokud edukátor vyhodnotí, že pacient s tracheostomatem není schopen samostatně zvládnout management péče o DC po zavedení TSK, již během hospitalizace plánuje individuální podobu domácí péče (Nováková, 2013, s. 38-39).

Kontinuitu poskytované zdravotní péče popisuje např. SAK ČR prostřednictvím akreditačních standardů pro nemocnice. Účelem a náplní standardu č. 3.4 je povinnost zdravotnických pracovníků předat srozumitelně informace o způsobech a možnostech zajištění návazné péče, aby bylo možné pacienta bezpečně propustit s udržení maximálních výsledků zdravotní péče a byly uspokojovány jeho veškeré potřeby. Pacient musí být v době dimise také srozuměn s případnou dispenzární péčí a okolnostmi, kdy je nutné, aby vyhledal neodkladnou péči. Zdravotnické zařízení je povinno předávat tyto informace v srozumitelné písemné podobě, včetně kontaktů na příslušné organizace následné péče, ambulantní péče a případně specializované poradny pro případ nutnosti konzultace. (SAK, o. p. s., 2014, s. 44).

Standard č. 3.5. stanovuje povinnost zdravotnickým zařízením navázat spolupráci s poskytovateli ambulantní péče, následné lůžkové péče, lékaři primární péče a poskytovateli domácí péče, aby bylo možné zajistit propouštěným pacientům adekvátní včasnou zdravotní péči. Dimise pacienta a jeho následné předání do navazující péče musí být adekvátně pomyšleno. Následná péče je volena na základě druhu a formy poskytované péče danou zdravotnickou institucí, nejlépe ve spádové oblasti pacientova bydliště, tak aby uspokojovala individuální potřeby klienta (SAK, o. p. s., 2014, s. 45). Zmiňované standardy pro podrobnější popis přikládám v příloze práce č. 9.

9.1 Domácí péče

Domácí péče má za cíl poskytnout adekvátní zdravotní péči pacientům s porušeným self-managementem v jejich přirozeném prostředí. V podobě *neformální* či *formální*.

Neformální péče je poskytována rodinnými příslušníky či osobami, které mají k pacientovi sociální vazby. Pokud je pacient v péči o DC po zavedení TSK zcela odkázán na péči druhé osoby a vyžaduje od pečovatele 24hodinovou péči, je pečovatel vystaven velké psychické a fyzické zátěži vycházející z kontinuální zodpovědnosti za zdraví pacienta s TSK (Šromová, 2018, s. 57-65). Nová role v podobě pečovatele nese změny pro celou rodinu nejen po stránce změn rolí členů rodiny, ale i po stránce vztahů a vazeb mezi členy rodiny. Silně komplikujícím aspektem v péči o pacienta s TSK je míra sociálního a ekonomického zabezpečení rodiny, dosažitelnost sociálních služeb a náhradní zdroje zajištění péče (Michalík a kol., 2011, s. 24–31).

Formální péče je péče poskytována profesionály, tj. zdravotnickými pracovníky pracujícími v organizacích zajišťujících zdravotní péči v domácím prostředí. Do této skupiny spadají agentury domácí péče (ADP). Formální domácí péče je alternativou péče poskytované v domácím prostředí v situaci, kdy není možné vzhledem k časovým a fyzickým možnostem neformálních pečovatelů domácí péči zajistit (Michalík a kol., 2011, s. 24–31). Charakteristickým rysem formální péče je uzavření smlouvy mezi poskytovateli formální péče a klientem, jemuž je služba poskytována. Domácí péči je možné poskytovat pouze osobám na základě doporučení ošetřujícího či praktického lékaře, v jejichž kompetenci je také zajištění formální domácí péče.

Největším kladem poskytování domácí péče je samotný fakt, že je poskytována v pacientovi přirozeném prostředí, tj. v *domácím prostředí*. Pro pacienty s TSK je péče poskytovaná v domácím prostředí z hlediska psychiky a komfortu výhodnější. Klient se v tomto prostředí cítí bezpečně, je to pro něj známé prostředí (Michalík a kol., 2011, s. 24-31). Z faktu, že je péče poskytována v domácím prostředí plyne i další pozitivum domácí péče, kterým je *dostatek soukromí*. Pacient s TS kanylou nesdílí prostředí s žádnou další osobou, která by byla mimo vztah pacient a pečující. Je tedy možno zachovat maximální úroveň důstojnosti během péče o fyziologické potřeby (např. při odsávání DC). Neopomenutelnou výhodou domácí péče je fakt, že *sám pacient si rozhoduje o svém denním programu* a je managerem svých denních aktivit, které nepodléhají harmonogramu péče poskytované v institucionálních zařízeních (Šromová, 2018, s. 57-65).

Mezi nevýhody domácí péče řadíme *nepřítomnost odborných pracovníků*, kteří jsou v institucionálním zařízení nepřetržitě k dispozici. Právě proto by měl být pacient a rodinní příslušníci efektivně edukováni. Nevýhodou může být i omezené *materiální vybavení v domácím prostředí*, které nedosahuje tak rozsáhlé škály pomůcek, které jsou k péči o TSK potřeba. V institucionálních zařízeních jsou běžně dostupné různé velikosti TSK, ale v domácím prostředí je pacient s TS omezen pouze na velikost tracheostomické kanyly, kterou používá (Šromová, 2018, s. 57-65).

Domácí zdravotní péče je poskytována osobám bez rozdílu věku a je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Tento typ péče je indikován ošetřujícím či praktickým lékařem. Indikované zdravotní úkony jsou vykonávány v stanoveném rozsahu a frekvenci návštěv (maximálně 3x denně) kvalifikovanými zdravotními sestrami k výkonu povolání bez odborného dohledu. Tento typ péče je určen klientům, jejichž aktuální zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci na lůžkách akutní péče, ale jejich self-management nedosahuje potřebné úrovně, aby byli schopni propuštění do domácího ošetřování bez zajištění následné péče. Domácí zdravotní péče u pacientů s tracheostomatem zajišťuje zejména tyto odborné úkony zdravotní péče: odsávání DC, péči o tracheostomii, nácvik sebek péče u pacientů s tracheostomatem a reedukaci pacientů a rodinných příslušníků (či osob o klienta pečujících) v oblasti managementu péče po zavedení TSK. ADP (Agentura domácí péče) na základě poukazu a indikace lékaře plně přebírá péči o klienta na stanovenou dobu. Důležité je zmínit fakt, že odborný lékař může indikovat domácí zdravotní péči pouze na období 14 dnů po propuštění do domácího ošetřování. Prodloužení doby poskytování domácí zdravotní péče může pouze praktický lékař. V případě akutní exacerbace stavu klienta ADP změnu stavu hlásí lékaři, který provede změnu rozsahu a typu poskytované péče ADP (Kisvetrová a Marková., 2007, s. 59–72)

EMPIRICKÁ ČÁST

Předkládaná diplomová práce byla zpracována kvalitativní metodologií. Kvalitativní výzkumný přístup nabízí možnost podrobného rozboru postojů, zkušeností a subjektivních názorů sester na problematiku edukace pacientů se zavedenou tracheostomickou kanylou odcházejících do domácího ošetřování (Švaříček a kol., 2007, s. 12-25). Metoda sběru dat byla realizována polostrukturovanými rozhovory tak, aby bylo možné zmapovat problematiku plánování edukace i dílčích edukačních činností sestry, zvolené vyučovací strategie a metody edukace, umožňující smysluplnou edukaci pacienta, včetně vyhodnocení efektivity edukačních aktivit sester v kontextu celkového pokroku v učení pacienta a jeho rodinných příslušníků v klinické praxi.

Účelem výzkumného šetření bylo analyzovat roli sestry edukátorky v procesu edukace pacientů s TSK před jejich dimisí do domácího ošetřování na klinických pracovištích poskytujících péči této specifické skupině pacientů.

10 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

Pro realizaci výzkumu byl stanoven hlavní výzkumný cíl a hlavní výzkumná otázka. Hlavní výzkumný cíl byl rozpracován na dílčí výzkumné cíle, ke kterým byly stanoveny dílčí výzkumné otázky týkající se zkoumané problematiky edukace pacientů s TSK před jejich dimisí do domácího ošetřování.

10.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky realizovaného výzkumného šetření

Hlavní cíl výzkumného šetření byl: Analyzovat roli sestry v edukaci pacientů se zavedenou tracheostomickou kanylou, hospitalizovaných na oddělení před jejich dimisí do domácího ošetřování.

Hlavní výzkumná otázka diplomové práce byla: Jaká je role sestry v edukaci pacientů se zavedenou tracheostomickou kanylou, hospitalizovaných na oddělení před jejich dimisí do domácího ošetřování?

10.2 Dílčí výzkumné cíle a otázky realizovaného výzkumného šetření

Dílčí cíl č. 1 Zmapovat současný rozsah a obsah postgraduálního vzdělávání sester v oblasti péče a edukace pacientů s tracheostomickou kanylou.

Dílčí výzkumná otázka č. 1 Jaký je současný rozsah a obsah postgraduálního vzdělávání sester v oblasti péče a edukace pacientů s tracheostomickou kanylou?

Dílčí cíl č. 2 Identifikovat hlavní bariéry edukace pacientů na straně edukátora (sestry) v edukaci pacienta na téma péče o tracheostomickou kanylu.

Dílčí výzkumná otázka č. 2 Jaké jsou hlavní bariéry edukace pacientů na straně edukátora (sestry) v edukaci pacienta na téma péče o tracheostomickou kanylu?

Dílčí cíl č. 3 Identifikovat klíčová témata, související s edukací pacientů se zavedenou tracheostomickou kanylou před jejich propuštěním do domácí ošetrovatelské péče.

Dílčí výzkumná otázka č. 3 Jaká jsou klíčová témata, související s edukací pacientů se zavedenou tracheostomickou kanylou před jejich propuštěním do domácí ošetrovatelské péče?

Dílčí cíl č. 4 Zmapovat kritéria hodnocení používaná edukujícími sestrami za účelem vyhodnocení efektu edukace ve vztahu k edukaci pacientů s TSK před jejich propuštěním do domácího ošetřování.

Dílčí výzkumná otázka č. 4 Jaká jsou kritéria hodnocení používaná edukujícími sestrami za účelem vyhodnocení efektu edukace ve vztahu k edukaci pacientů s TSK před jejich propuštěním do domácího ošetřování?

Dílčí cíl č. 5 Identifikovat jaké výukové metody a postupy jsou sestrami v klinické praxi využívány v edukaci pacientů v péči o tracheostomickou kanylu.

Dílčí výzkumná otázka č. 5 Jaké jsou výukové metody a postupy sestrami v klinické praxi využívány v edukaci pacientů v péči o tracheostomickou kanylu?

Dílčí cíl č. 6 Zjistit jakou míru diskomfortu, vykazují sestry při péči o pacienty s tracheostomickou kanylou a jejich edukaci.

Dílčí výzkumná otázka č. 6 Jakou míru diskomfortu vykazují sestry při péči o pacienty s tracheostomickou kanylou a jejich edukaci?

Dílčí cíl č. 7 Zjistit, zda existuje na pracovišti informantů strukturovaný vzdělávací program pro pacienty s trvalou tracheostomickou kanylou před propuštěním do domácí péče.

Dílčí výzkumná otázka č. 7 Existuje na pracovišti informantů strukturovaný vzdělávací program pro pacienty s trvalou tracheostomickou kanylou před jejich propuštěním do domácí péče?

11 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr výzkumného vzorku byl záměrný za pomoci aplikace techniky snowball.

Kritérii pro zařazení informantů do výzkumného šetření byla: ochota informanta účastnit se na výzkumném šetření formou polostrukturovaných rozhovorů, informant aktivně pracuje na pozici všeobecné sestry/všeobecného ošetřovatele ve zdravotnickém zařízení s pracovním poměrem 1,0 úvazku, ukončený adaptační proces, informant v klinické praxi aktivně pracuje s dospělými pacienty se zavedenou tracheostomickou kanylou a aktivně se podílí na jejich edukaci před dimisí do domácího ošetřování.

Z celkového počtu 9 oslovených zdravotnických zařízení poskytujících péči u dospělých pacientů s tracheostomickou kanylou s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření svůj souhlas s realizovaným výzkumem potvrdila pouze 4 zdravotnická zařízení, ostatní zdravotnická zařízení na zaslanoou žádost nereagovala, nebo svoji účast ve výzkumu odmítla s odůvodněním personální krize a časové indispozice personálu vzhledem k probíhající pandemii COVID-19. Po schválení žádosti managementem oslovených ZZ byli osloveni vedoucí NLZP oddělení ev. klinik pečující o tuto specifickou skupinu pacientů s žádostí o umožnění výzkumu na zvoleném klinickém pracovišti.

Výzkumný vzorek byl tvořen 8 informantkami, které účast na výzkumném šetření nezávazně potvrdily vedoucímu NLZP oslovených klinických pracovišť a následně byly cíleně kontaktovány a byl jim zaslán informovaný souhlas s výzkumem k prostudování. Všechny informantky měly dlouholetou klinickou praxi v oblasti péče o pacienty s TSK. Pouze dvě respondentky pracují v ambulantním traktu otorinolaryngologie, ale docházejí pacienty edukovat na lůžková oddělení. Polovina respondentek měla nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské v oboru všeobecná sestra. Zbylé informantky měly vysokoškolské vzdělání bakalářského či magisterského stupně. Šest informantek absolvovalo specializační vzdělání – „Sestra pro péči v chirurgických oborech“, kterou shodně absolvovaly ve vzdělávacím středisku NCO NZO v Brně. Výše zmiňovaná demografická data byla zjištěna v úvodní části polostrukturovaného výzkumného rozhovoru, viz následující tabulka demografických dat.

Informant	Klinické pracoviště	Nejvyšší dosažené vzdělání	Specializační vzdělání	Délka klinické praxe celkem	Délka klinické praxe s pacienty s TSK	Pracovní pozice
I 1	ORL a CHHK – onkologie	SZŠ	ANO	15 let	15 let	VŠS
I 2	ORL a CHHK – onkologie	SZŠ	NE	12 let	10 let	VŠS
I 3	ORL a CHHK – lůžka pro dospělé	VŠ Bc.	ANO	26 let	26 let	VŠS
I 4	ORL a CHHK – lůžka pro dospělé	VŠ Bc.	ANO	17 let	11 let	VŠS
I 5	ORL a CHHK – lůžka pro dospělé	VŠ Mgr.	ANO	21 let	21 let	VŠS
I 6	ORL a CHHK – lůžka pro dospělé	VŠ Bc.	ANO	19 let	12 let	VŠS
I 7	ORL a CHHK – amb.	SZŠ	ANO	23 let	19 let	VŠS
I 8	ORL a CHHK – amb.	SZŠ	NE	28 let	12 let	VŠS

Tabulka č. 1 Demografická data (vlastní zpracování)

Vzhledem k anonymizaci získaných dat nejsou v práci uvedeny názvy ZZ ani jména informantů, kteří se na výzkumu podíleli. Účastníci výzkumu jsou označováni I 1 až I 8. Uvedeny jsou pouze názvy oddělení ev. klinik, kde informanti v době výzkumu pracovali.

12 METODIKA PRÁCE

Diplomová práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů s informanty. Tato metoda sběru dat byla zvolena, aby bylo možné problematiku role sestry v edukaci pacientů s TSK podrobněji analyzovat. Neopomenutelnou výhodou zvolené výzkumné metody je navázání úzkého vztahu výzkumníka a informanta, čímž je možné získat si vzájemnou důvěru a tím i vyšší otevřenost během rozhovoru (Švaříček a kol., 2007, s. 12-25).

12.1 Organizace výzkumu

Výzkumné rozhovory byly realizovány v období od listopadu 2020 do konce ledna 2021, kdy bylo výzkumné šetření z důvodu dosažení teoretické saturace vzorku ukončeno. V tomto období byli osloveni vedoucí NLZP zdravotnických zařízení, která udělila souhlasné stanovisko s realizací výzkumného šetření na základě „*Žádosti o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním diplomové práce*“ viz příloha č. 10, s prosbou o zprostředkování kontaktu s potencionálními informanty splňujícími mnou stanovená kritéria. Součástí žádosti o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním diplomové práce, byla žádost o poskytnutí metodických pokynů k edukaci pacientů s TSK, včetně řízené dokumentace vztahující se k procesu edukace této skupiny pacientů. Vedoucím NLZP bylo souhlasné stanovisko daného ZZ zasláno elektronicky společně s „*Informovaným souhlasem informanta na výzkumném šetření*“ viz příloha č. 11, formou polostrukturovaných rozhovorů na téma „*Role sestry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou*“. Strukturu polostrukturovaného rozhovoru přikládám v příloze č. 12. Prostřednictvím informovaného souhlasu byli informanti seznámeni se záměrem výzkumného šetření a s podmínkami zpracování identifikačních údajů respondentů získaných během výzkumu. Informovaný souhlas byl informantům poskytnut minimálně týden před sjednaným termínem realizace výzkumného rozhovoru. Podepsané informované souhlasy jsou součástí neveřejných příloh práce uložených u autorky práce, aby byla zachována anonymita informantů a ZZ.

12.2 Realizace výzkumného šetření polostrukturovanými rozhovory

Před realizací jednotlivých výzkumných šetření byl každý z informantů znovu informován o povaze, účelu a hlavním cíli šetření, včetně způsobu zaručení anonymity získaných dat. Souhlas s pořízením audiozáznamu byl od všech informantů získán v písemné podobě, jako součást informovaného souhlasu s výzkumným šetřením. Souhlasné

stanovisko s audiozáznamem rozhovoru bylo do nahrávky zaznamenáno v úvodu polostrukturovaného rozhovoru. Nejkratší výzkumný rozhovor s informantem trval 38 minut, naopak nejdelší individuální výzkumný rozhovor trval 52 minut.

Během rozhovoru jsem zaznamenala, že některé otázky vyvolávaly u informantů rozpaky či znejistění z důvodu neznalosti odpovědi. Stejně reakce u informantů jsem zpozorovala při dotazování se na oblast edukace, nad kterou se zatím edukátorky nezamýšlely. V závěrečné fázi každého rozhovoru byl informant vybídnut k zhodnocení obsahu řečeného a vyzván k doplnění problematiky dle jeho uvážení. Všichni účastníci výzkumu o problematice edukace pacientů s TSK mluvili velmi otevřeně a dělili se o své zážitky z praxe, které za dobu klinické praxe s těmito pacienty získali.

Vzhledem k vysokému pracovnímu vytížení informantek umocněnému probíhající pandemií COVID-19, byla nutná maximální možná flexibilita ze strany výzkumnice. Bylo nutné se maximálně přizpůsobit časovým možnostem jednotlivých informantů a vzhledem k neustále se měnícím podmínkám výzkumu i kooperativně měnit termíny realizace výzkumu.

12.3 Etika kvalitativního výzkumného šetření

Podstatným aspektem každého výzkumného šetření je dodržení etických zásad, kam patří zejména získání informovaného a zcela dobrovolného souhlasu s výzkumným šetřením od informanta. Informant musí být seznámen s možností svobodného ukončení účasti na výzkumném šetření z jeho strany v jakékoliv jeho části i bez udání důvodu. Samozřejmostí etických zásad je i zajištění bezpečí a naprosté anonymity informanta (Švaříček a kol., 2007, s. 43-50).

Etické aspekty výzkumu: všem účastníkům výzkumu byl minimálně týden před sjednaným termínem realizace výzkumného rozhovoru zaslán informovaný souhlas s výzkumným šetřením, který byl součástí zaslaných žádostí o umožnění výzkumu ve zdravotnických zařízeních poskytujících péči o dospělé pacienty s tracheostomickou kanylou. Před zahájením výzkumného rozhovoru, byl každý informant ústně seznámen s průběhem a okolnostmi výzkumného šetření a byl mu předložen informovaný souhlas k podpisu.

V žádném případě není účelem práce poškodit zdravotnická zařízení, kde výzkum probíhal. Přestože byly názvy ZZ, kde informanti pracovali, zjištěny v rámci demografických dat, byla ponechána pouze označení klinických pracovišť bez uvedení názvu konkrétního zdravotnického zařízení, aby byla zachována jeho anonymita.

12.4 Limity výzkumného šetření

Majoritním limitem výzkumného šetření je zvolená výzkumná metoda, která byla vybrána jako náhradní alternativa zúčastněného pozorování probíhající edukace na klinických pracovištích. Metoda zúčastněného pozorování nebyla managementem oslovených ZZ povolena vzhledem k probíhající pandemii COVID-19 a zvýšení rizika šíření nákazy. Z tohoto důvodu byla zvolena metoda realizace výzkumu polostrukturovanými rozhovory se sestrami edukátorkami.

Limitem výzkumné metody je relativně malý počet informantů, a tedy i získaných dat, která z tohoto důvodu nelze kvantifikovat a zkoumanou skutečnost zobecnit.

Vzhledem k získaným poznatkům výzkumného šetření lze za limit práce považovat i fakt, že se jej neúčastnil nikdo z vedoucích NLZP, jejichž konfrontace se skutečností neexistence metodického pokynu pro edukaci pacientů s TSK by mohla být pro klinickou praxi přínosem do budoucna a měla by tvořit cílovou oblast dalších výzkumů.

13 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Po proběhlé první etapě výzkumného šetření spočívající ve sběru dat navazovaly 2 etapy, kterými jsou transkripce výzkumných rozhovorů; kódování a kategorizace kódů na základě obsahové analýzy.

Audiologické záznamy realizovaných rozhovorů byly transkribovány za pomoci textového editoru Microsoft Word. Celková délka přepisu dosahuje 96 stran. Jednotlivé výzkumné rozhovory byly v tištěné podobě *analyzovány* a kódovány a následně na základě *obsahové analýzy* textového korpusu rozhovorů a poslechu audiologických nahrávek rozhovorů reanalyzovány. Během transkripce audiologických záznamů výzkumných rozhovorů byly provedeny úpravy prvního řádu, které umožnily provést plynulý přepis rozhovorů bez slovních parazitů a běžné užívaných hovorových obrátů (srov. Čermák a kol., 2013, s. 75–84).

Otevřené kódování probíhalo formou rozdělení na „jednotky“ (fragменты textu), kterými byl induktivně přidělen kód (slovo, slovní spojení vystihující obsah textového fragmentu). Fragmenty textu byly označovány „High liner“ barevnými fixami. Vzniklé kódy byly dle obsahové podobnosti zařazeny do kategorií, které seskupovaly kódy svědčící pro stejný jev. V této fázi byly kategorie hierarchicky seřazeny, tak aby utvořily pomyslný mentální model, který reprezentuje vazby mezi kategoriemi a usnadňuje orientaci v problematice, viz následující tabulka. Vzhledem k tomu, že byly rozhovory kódovány postupně, bylo nutné kategorie přidávat, či slučovat v případě, že jedna kategorie byla součástí druhé a podobně (srov. Čermák a kol., 2013, s. 75–84).

<p>EBE/EDUKACE PACIENTA ZALOŽENÁ NA EBN</p> <p>SUBKATEGORIE – jejich charakteristika, popis</p>	<p>KATEGORIE A SUBKATEGORIE</p>	<p>EDUKACE PACIENTA „ZAMRZLÁ V ČASE“</p> <p>SUBKATEGORIE – jejich charakteristika, popis</p>																																
<p>KATEGORIE: ROLE SESTRY EDUKÁTKY</p>																																		
<p>JE PRŮBĚŽNĚ DOPLŇOVÁNA A JE NA VYSOKÉ PROFESNÍ ÚROVNI</p>	<p>ERUDICE A KOMPETENCE SESTRY EDUKÁTKY</p>	<p>NENÍ PRŮBĚŽNĚ DOPLŇOVÁNA A NENÍ DLE EBP</p>																																
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>		I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	I	I							1	2						
I		I	I	I	I	I	I	I																										
1		2	3	4	5	6	7	8																										
I	I																																	
1	2																																	
<p>SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ DOSAHUJE PATŘIČNÝCH KVALIT (ROZSAH, OBSAH A ODBORNÁ ÚROVEŇ, OSOBNOST LEKTORA POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ)</p>	<p>SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ NEDOSAHUJE PATŘIČNÝCH KVALIT (ROZSAH, OBSAH A ODBORNÁ ÚROVEŇ, OSOBNOST LEKTORA POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ)</p>																																	
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td> </tr> </table>			I	I	I	I					3	4	5	6			<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td></td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td></td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td></td> </tr> </table>	I		I	I	I	I	I		1		3	4	5	6	7		
		I	I	I	I																													
		3	4	5	6																													
I		I	I	I	I	I																												
1		3	4	5	6	7																												
<p>EDUKÁTOR POCIŤUJE VNITŘNÍ USPOKOJENÍ Z EDUKACE</p>	<p>SEBEHODNOCE- NÍ: ÚROVEŇ SEBEJISTOTY A KOMPETENTN OSTI V ROLI</p>	<p>EDUKÁTOR NEPOCIŤUJE VNITŘNÍ USPOKOJENÍ Z EDUKACE</p>																																
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td></td><td></td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>		I	I			I	I	I	I	1	2			5	6	7	8	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td>I</td><td>I</td><td></td><td>I</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>3</td><td>4</td><td></td><td>6</td><td></td><td></td> </tr> </table>			I	I		I					3	4		6		
I	I			I	I	I	I																											
1	2			5	6	7	8																											
		I	I		I																													
		3	4		6																													

	SESTRY EDUKÁTKY								
EDUKÁTOR RESPEKTUJE ROLE ČLENŮ MULTIDISCIPLINÁRNÍ- HO TÝMU A AKTIVNĚ S NIMI SPOLUPRACUJE	KOOPERATIVNÍ ROLE EDUKÁTKY V PROCESU EDUKACE								EDUKÁTOR NERESPEKTUJE ROLE ČLENŮ MULTIDISCIPLINÁRNÍ- HO TÝMU A AKTIVNĚ S NIMI NESPOLUPRACUJE
I I I I I I I I 1 2 3 4 5 6 7 8									
DOSTUPNOST EDUKAČNÍCH ZÁZNAMŮ VŠEM ČLENŮM MULTIDISCIPLINÁRNÍ- HO TÝMU	NEDOSTUPNOST EDUKAČNÍCH ZÁZNAMŮ VŠEM ČLENŮM MULTIDISCIPLINÁRNÍ- HO TÝMU								
I I I I I I I I 1 2 3 4 5 6 7 8									
ADEKVÁTNÍ SPOLUPRÁCE SESTRY EDUKÁTKY A MULTIDISCIPLINÁR- NÍHO TÝMU S RODINOU	NEADEKVÁTNÍ SPOLUPRÁCE SESTRY EDUKÁTKY A MULTIDISCIPLINÁR- NÍHO TÝMU S RODINOU								
I I I I I I I I 1 2 3 4 5 6 7 8									

<p style="text-align: center;">EDUKÁTOR VNÍMÁ SVOJI AUTONOMNÍ ROLI V EDUKACI, JAKO VELMI PODSTATNOU</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<p style="text-align: center;">AUTONOMNÍ ROLE EDUKÁTORKY V PROCESU EDUKACE</p>	<p style="text-align: center;">EDUKÁTOR VNÍMÁ SVOJI AUTONOMNÍ ROLI V EDUKACI, JAKO NEPODSTATNOU</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
I	I	I	I	I	I	I	I																											
1	2	3	4	5	6	7	8																											
<p style="text-align: center;">SESTRY EDUKÁTORKY MAJÍ DOSTATEČNÉ KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<p style="text-align: center;">KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI EDUKÁTORKY</p>	<p style="text-align: center;">SESTRY EDUKÁTORKY NEMAJÍ DOSTATEČNÉ KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
I	I	I	I	I	I	I	I																											
1	2	3	4	5	6	7	8																											
<p style="text-align: center;">EDUKÁTORKA RESPEKTUJE OČEKÁVÁNÍ A EDUKAČNÍ POTŘEBY PACIENTA</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>			I	I	I	I	I	I			3	4	5	6	7	8	<p style="text-align: center;">ZVYŠOVÁNÍ PACIENTOVI ADHERENCE – MOTIVACE K EDUKACI A SEBEPÉČI O TSK</p>	<p style="text-align: center;">EDUKÁTORKA NERESPEKTUJE OČEKÁVÁNÍ A EDUKAČNÍ POTŘEBY PACIENTA</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	I	I							1	2						
		I	I	I	I	I	I																											
		3	4	5	6	7	8																											
I	I																																	
1	2																																	
<p>KATEGORIE: EDUKAČNÍ PROCES U KLIANTA S TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU</p>																																		
<p style="text-align: center;">EDUKAČNÍ BARIÉRY NA STRANĚ EDUKÁTORA NEJSOU V KLINICKÉ PRAXI PŘÍTOMNY</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>I</td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7</td><td></td> </tr> </table>	I	I					I		1	2					7		<p style="text-align: center;">1. FÁZE EDUKAČNÍ POSOUZENÍ</p>	<p style="text-align: center;">EDUKAČNÍ BARIÉRY NA STRANĚ EDUKÁTORA JSOU V KLINICKÉ PRAXI PŘÍTOMNY</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td></td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td></td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I		I	1	2	3	4	5	6		8
I	I					I																												
1	2					7																												
I	I	I	I	I	I		I																											
1	2	3	4	5	6		8																											

<p align="center">EDUKAČNÍ BARIÉRY NA STRANĚ EDUKANTA NEJSOU V KLINICKÉ PRAXI PŘÍTOMNY</p>		<p align="center">EDUKAČNÍ BARIÉRY NA STRANĚ EDUKANTA JSOU V KLINICKÉ PRAXI PŘÍTOMNY</p>																															
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8							
I		I	I	I	I	I	I	I																									
1		2	3	4	5	6	7	8																									
<p align="center">NEEXISTENCE BARIÉR EDUKACE ZE STRANY ZZ ČI CHODU ODDĚLENÍ</p>		<p align="center">EXISTENCE BARIÉR EDUKACE ZE STRANY ZZ ČI CHODU ODDĚLENÍ</p>																															
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>			I	I	I	I	I	I			3	4	5	6	7	8
I	I	I	I	I	I	I	I																										
1	2	3	4	5	6	7	8																										
		I	I	I	I	I	I																										
		3	4	5	6	7	8																										
<p align="center">MÍRA ADHERENCE K EDUKACI JE ADEKVÁTNÍ – EDUKANT ZAUJÍMÁ POZITIVNÍ POSTOJ K EDUKACI, SPOLUPRACUJE</p>	<p align="center">MÍRA ADHERENCE K EDUKACI JE NÍZKÁ – EDUKANT ZAUJÍMÁ NEGATIVNÍ POSTOJ K EDUKACI, NESPOLUPRACUJE</p>																																
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr> <td>I</td><td></td><td>I</td><td></td><td>I</td><td>I</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td></td><td>3</td><td></td><td>5</td><td>6</td><td></td><td></td> </tr> </table>	I		I		I	I			1		3		5	6		
I	I	I	I	I	I	I	I																										
1	2	3	4	5	6	7	8																										
I		I		I	I																												
1		3		5	6																												
<p align="center">EDUKAČNÍ DIAGNÓZA JE STANOVENA NA ZÁKLADĚ ZJIŠTĚNÝCH DEFICITNCH OBLASTÍ V SELF-MANAGEMENTU Z 1. FÁZE EDUKAČNÍHO PROCESU</p>	<p align="center">2. FÁZE STANOVENÍ EDUKAČNÍ DIAGNÓZY</p>	<p align="center">EDUKAČNÍ DIAGNÓZA JE STANOVENA BEZ OHLEDU NA ZJIŠTĚNÍ DEFICITNÍ OBLASTI V SELF- MANAGEMENTU Z 1. FÁZE EDUKAČNÍHO PROCESU</p>																															
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>				I	I	I	I	I	I			3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	I	I							1	2					
		I	I	I	I	I	I																										
		3	4	5	6	7	8																										
I	I																																
1	2																																

<p align="center">HARMONOGRAM EDUKACE A ČASOVÝ PLÁN JE PŘÍZPŮSOBEN POTŘEBÁM EDUKANTA</p>	<p align="center">3. FÁZE SESTAVENÍ EDUKAČNÍHO PLÁNU</p>	<p align="center">HARMONOGRAM EDUKACE A ČASOVÝ PLÁN NENÍ PŘÍZPŮSOBEN POTŘEBÁM EDUKÁTORA</p>																																
<table border="1"> <tr> <td></td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td></td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>			I	I	I	I	I	I	I		2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	I	I							1	2						
		I	I	I	I	I	I	I																										
		2	3	4	5	6	7	8																										
I	I																																	
1	2																																	
<p align="center">CÍLE V OBLASTI KOGNITIVNÍ, AFEKTIVNÍ A PSYCHOMOTORICKÉ – KRÁTKODOBÉ, DLOUHODOBÉ – JSOU STANOVENY</p>	<p align="center">CÍLE V OBLASTI KOGNITIVNÍ, AFEKTIVNÍ A PSYCHOMOTORICKÉ – KRÁTKODOBÉ, DLOUHODOBÉ – NEJSOU STANOVENY, JSOU STANOVENY ČÁSTEČNĚ</p>																																	
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8									
I	I	I	I	I	I	I	I																											
1	2	3	4	5	6	7	8																											
	<p align="center">4. FÁZE REALIZACE EDUKAČNÍHO PLÁNU</p>																																	
<p align="center">REALIZACE EDUKACE UZPŮSOBENÁ CÍLOVÉ UŽIVATELSKÉ SKUPINĚ</p>		<p align="center">REALIZACE EDUKACE NEUZPŮSOBENÁ CÍLOVÉ UŽIVATELSKÉ SKUPINĚ</p>																																
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>		I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	I	I							1	2						
I		I	I	I	I	I	I	I																										
1	2	3	4	5	6	7	8																											
I	I																																	
1	2																																	
<p align="center">REALIZACE EDUKAČNÍ LEKCE OBSAHUJE UCELENÉ INFORMACE NUTNÉ K OSVOJENÍ SI SELF-MANAGEMENTU</p>	<p align="center">REALIZACE EDUKAČNÍ LEKCE NEOBSAHUJE UCELENÉ INFORMACE NUTNÉ K OSVOJENÍ SI SELF-MANAGEMENTU</p>																																	
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td></td><td></td><td></td><td>I</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td></td><td></td> </tr> </table>	I	I				I			1	2				6			
I	I	I	I	I	I	I	I																											
1	2	3	4	5	6	7	8																											
I	I				I																													
1	2				6																													

<p>BĚHEM REALIZACE EDUKACE JSOU PŘEDÁVÁNY INFORMACE O NUTNOSTI DISPENZARIZACE A NÁVAZNOSTI PÉČE</p>		<p>BĚHEM REALIZACE EDUKACE NEJSOU PŘEDÁVÁNY INFORMACE O NUTNOSTI DISPENZARIZACE A NÁVAZNOSTI PÉČE</p>																															
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>		I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															
I		I	I	I	I	I	I	I																									
1		2	3	4	5	6	7	8																									
<p>ORGANIZAČNÍ FORMY EDUKACE JSOU PŘIZPŮSOBOVÁNY INDIVIDUÁLNÍM POTŘEBÁM EDUKANTA</p>		<p>ORGANIZAČNÍ FORMY EDUKACE NEJSOU PŘIZPŮSOBOVÁNY INDIVIDUÁLNÍM POTŘEBÁM EDUKANTA</p>																															
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		I								2								<table border="1"> <tr> <td>I</td><td></td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td></td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I		I	I	I	I	I	I	1		3	4	5	6	7
I																																	
2																																	
I		I	I	I	I	I	I																										
1		3	4	5	6	7	8																										
<p>TRADIČNÍ MONOLOGICKÉ EDUKAČNÍ METODY JSOU SESTRAMI EDUKÁTORŮ ADEKVÁTNĚ VYUŽÍVÁNY</p>	<p>TRADIČNÍ MONOLOGICKÉ EDUKAČNÍ METODY NEJSOU SESTRAMI EDUKÁTORŮ ADEKVÁTNĚ VYUŽÍVÁNY</p>																																
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td></td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	2	3	4	5	6	7	8		<table border="1"> <tr> <td>I</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	I								1							
I	I	I	I	I	I	I	I																										
2	3	4	5	6	7	8																											
I																																	
1																																	

<p style="text-align: center;">TRADIČNÍ EDUKAČNÍ METODY FORMOU DIALOGU JSOU SESTRAMI EDUKÁTORKAMI ADEKVÁTNĚ VYUŽÍVÁNY</p>		<p style="text-align: center;">TRADIČNÍ EDUKAČNÍ METODY FORMOU DIALOGU NEJSOU SESTRAMI EDUKÁTORKAMI ADEKVÁTNĚ VYUŽÍVÁNY</p>																								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>		I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
I		I	I	I	I	I	I	I																		
1		2	3	4	5	6	7	8																		
<p style="text-align: center;">TRADIČNÍ EDUKAČNÍ METODY FORMOU TIŠTĚNÉHO SLOVA JSOU SESTRAMI EDUKÁTORKAMI ADEKVÁTNĚ VYUŽÍVÁNY</p>		<p style="text-align: center;">TRADIČNÍ EDUKAČNÍ METODY FORMOU TIŠTĚNÉHO SLOVA NEJSOU SESTRAMI EDUKÁTORKAMI ADEKVÁTNĚ VYUŽÍVÁNY</p>																								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>		I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
I		I	I	I	I	I	I	I																		
1	2	3	4	5	6	7	8																			
<p style="text-align: center;">AKTIVIZAČNÍ EDUKAČNÍ METODY K ODSTRANĚNÍ DEFICITU VĚDOMOSTÍ JSOU SESTRAMI EDUKÁTORKAMI ADEKVÁTNĚ VYUŽÍVÁNY</p>	<p style="text-align: center;">AKTIVIZAČNÍ EDUKAČNÍ METODY K ODSTRANĚNÍ DEFICITU VĚDOMOSTÍ NEJSOU SESTRAMI EDUKÁTORKAMI ADEKVÁTNĚ VYUŽÍVÁNY</p>																									
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	
I	I	I	I	I	I	I	I																			
1	2	3	4	5	6	7	8																			

<p>AKTIVIZAČNÍ EDUKAČNÍ METODY K ODSTRANĚNÍ DEFICITU DOVEDNOSTÍ JSOU SESTRAMI EDUKÁTORKAMI ADEKVÁTNĚ VYUŽÍVÁNY</p>		<p>AKTIVIZAČNÍ EDUKAČNÍ METODY K ODSTRANĚNÍ DEFICITU DOVEDNOSTÍ NEJSOU SESTRAMI EDUKÁTORKAMI ADEKVÁTNĚ VYUŽÍVÁNY</p>																								
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>		I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
I		I	I	I	I	I	I	I																		
1		2	3	4	5	6	7	8																		
<p>EDUKÁTOR VYUŽÍVÁ VEŠKĚRÉ DOSTUPNÉ EDUKAČNÍ POMŮCKY A PROSTŘEDKY VYUŽÍVANÉ V EDUKACI PACIENTŮ S TSK VE SHODĚ S EBP</p>		<p>EDUKÁTOR VYUŽÍVÁ POUZE ÚZKÉ SPEKTRUM EDUKAČNÍCH POMŮCEK A PROSTŘEDKŮ VYUŽÍVANÝCH V EDUKACI PACIENTŮ S TSK</p>																								
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>		I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>								
I	I	I	I	I	I	I	I																			
1	2	3	4	5	6	7	8																			
<p>V RÁMCE REALIZACE EDUKAČNÍHO PLÁNU JSOU ZAJIŠTĚNY V PŘÍPADĚ POTŘEBY NÁHRADNÍ ALTERNATIVY SELF – MANAGEMENTU</p>	<p>V RÁMCE REALIZACE EDUKAČNÍHO PLÁNU NEJSOU ZAJIŠTĚNY V PŘÍPADĚ POTŘEBY NÁHRADNÍ ALTERNATIVY SELF – MANAGEMENTU</p>																									
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									
I	I	I	I	I	I	I	I																			
1	2	3	4	5	6	7	8																			

<p>HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ EDUKAČNÍHO PROCESU JE V SOULADU S EBE (TJ. HODNOCENÍ DOSAŽENÍ CÍLŮ V OBLASTI KOGNITIVNÍ, PSYCHOMOTORICKÉ A AFEKTIVNÍ)</p>	<p>5. FÁZE EVALUACE EDUKACE</p>	<p>HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ EDUKAČNÍHO PROCESU JE V NESOULADU S EBE (TJ. HODNOCENÍ DOSAZENÍ CÍLŮ V OBLASTI KOGNITIVNÍ, PSYCHOMOTORICKÉ A AFEKTIVNÍ NENÍ HODNOCENO, NEBO JE HODNOCENO POUZE ČÁSTEČNĚ)</p>																								
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8
I		I	I	I	I	I	I	I																		
1		2	3	4	5	6	7	8																		
<p>EXISTENCE METODICKÉHO POKYNU PRO EDUKACI A PÉČI O PACIENTY S TSK</p>		<p>NEEXISTENCE METODICKÉHO POKYNU PRO EDUKACI A PÉČI O PACIENTY S TSK</p>																								
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8
I	I	I	I	I	I	I	I																			
1	2	3	4	5	6	7	8																			
<p>ZÁZNAM EDUKAČNÍHO PROCESU PROBÍHÁ V SOULADU S EBP</p>	<p>ZÁZNAM EDUKAČNÍHO PROCESU NEPROBÍHÁ V SOULADU S EBP</p>																									
<table border="1"> <tr> <td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td><td>I</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>	I	I	I	I	I	I	I	I	1	2	3	4	5	6	7	8	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									
I	I	I	I	I	I	I	I																			
1	2	3	4	5	6	7	8																			

KATEGORIE: KONTINUITA EDUKACE A NÁSLEDNÉ PÉČE													
DISPENZARICE A NÁVAZNOST EDUKACE – JE ZAJIŠTĚNA								DISPENZARIZA- CE A NÁVAZNOST EDUKACE		DISPENZARIZACE A NÁVAZNOST EDUKACE – NENÍ ZAJIŠTĚNA			
I	I	I	I	I	I	I	I						
1	2	3	4	5	6	7	8						

Tabulka č. 2 Model edukace pacienta s TSK v klinické praxi (vytvořen autorkou)

13.1 Kategorie: Role sestry edukátorky

Tématem diplomové práce je „Role sestry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou“ z tohoto důvodu byla samotná kategorie role sestry edukátorky zařazena na začátek kapitoly věnované analýze a interpretaci dat získaných během realizace výzkumného šetření. Edukační činnost je jednou z hlavních rolí sester v klinické praxi, která určuje kvalitu poskytované péče. Aby byla sestra kompetentní k realizaci edukace musí mít patřičné vzdělání, které je legislativně ukotveno vyhláškou č. 55/2011 Sb. v pozdějších zněních.

K první kategorii byly na základě analýzy dat definovány tyto subkategorie: *erudice a kompetence sestry edukátorky, sebehodnocení: úroveň sebejistoty a kompetentnosti v roli sestry edukátorky, kooperativní role edukátorky v procesu edukace, autonomní role edukátorky v procesu edukace, komunikační dovednosti edukátorky a zvyšování pacientovy adherence – motivace k edukaci a sebepéči o TSK*, které charakterizují aspekty ovlivňující roli sestry edukátorky a výslednou kvalitu proběhlé edukace.

13.1.1 Subkategorie: Erudice a kompetence sestry edukátorky

Jedním z hlavních aspektů udávající míru plnění role edukátorky je dostatečná erudice sester, která by měla být na vysoké profesní úrovni, čehož lze dosáhnout pouze tím, že bude průběžně doplňována. Ve většině případů analyzovaná data svědčí pro aktivní zájem sester edukátorek o odbornou literaturu a nové trendy v oblasti péče a edukace pacientů s tracheostomickou kanylou. Pouze v jednom případě data ukazovala opačný trend. Sestry edukátorky se ve své roli opírají zejména o zkušenosti získané klinickou praxí, která je pro ně stěžejním bodem jejich erudice a kompetencí k edukaci. Informantka (I 2) uvádí, že: „*Nic speciálního [vzdělání] jsem neabsolvovala. Vše jsem se učila zde na pracovišti.*“. Nejen z této výpovědi lze na základě analýzy dat usuzovat, že edukátorky vnímají klinické zkušenosti, jako neocenitelný zdroj vědomostí, ale i z výpovědi informantky (I 2), která

řekla: „*Nevím, nezajímala jsem se o to [zda existuje certifikovaný kurz péče a edukace pacientů s TSK]. Nemyslím si, že by mi něco nového přinesl...*“. Sestry na základě klinických zkušeností získaných léty praxe s edukací pacientů s tracheostomickou kanylou před jejich dimisí vytvářejí edukační materiály určené této skupině pacientů. Informantka (I 1) uvedla: „*Autorem edukačních materiálů je naše bývalá kolegyně, která je vytvořila jako výstup své DP.*“. Avšak nebylo možné kvalitu edukačních materiálů vyhodnotit, neboť pro výzkumnici nebyly k dispozici.

Edukátorky, které měly specializační vzdělání shodně absolvované v NCO NZO v Brně, hodnotily jeho přínos pro zvýšení jejich kompetentnosti v oblasti edukace pacientů s TSK jako zanedbatelný. Například informantka (I 4) to dokládá svým komentářem: „*...edukaci v rámci specializace nevěnovali pozornost, učili nás převážně lékaři...*“, dokonce jedna z informantek (I 1) uvedla, že: „*Vzdělání [specializační, vloženo autorkou práce] mě v žádném směru ničím neobohatilo. Prakticky jsem se nic nového nenaučila, nedozvěděla nad rámec toho, co jsem získala za léta praxe na svém pracovišti.*“. Tento trend výpovědí je patrně dán tím, že do specializačního vzdělání jsou zařazeny pouze sestry s klinickou praxí na chirurgických odděleních různého zaměření, tedy je od nich očekávána jistá míra erudice a kompetence k ošetřování pacientů v rámci chirurgických oborů již ve chvíli kdy do programu specializačního vzdělávání vstupují. Tuto tézi lze opřít i o výpověď informantky (I 7), která uvedla: „*...kolik hodin jsme se věnovali ORL nevím, měli jsme tam různé obory, například kardiochirurgii, neurochirurgii, hrudní chirurgii...*“, což potvrzuje tento výklad trendu výpovědí. Ovšem informantky, které absolvovaly certifikovaný kurz péče o pacienty s TSK, hodnotily jeho přínos velice kladně. Kurz byl však pouze jednodenní a obsahoval teoretický úvod zprostředkovaný lékaři a praktickou část, kdy proběhl praktický nácvik komplexní péče o tracheostoma včetně výměny TSK na modelu pod odborným vedením sester s dlouholetou klinickou praxí v péči o pacienty s dlouhodobým či trvalým zavedením tracheostomické kanyly. Sestry si zde předávaly zkušenosti o péči a edukaci této skupiny pacientů, což bylo informantkami z hlediska zvyšování jejich kompetencí hodnoceno velice kladně. Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že certifikované kurzy, které jsou cíleně zaměřeny pouze na specifickou oblast jsou pro sestry edukátorky přínosnější, a tedy i ochota k jejich absolvování je vyšší. Teoretické poznatky a dovednosti získané v rámci certifikovaného kurzu denně využívají v klinické praxi během edukace pacientů s TSK před jejich dimisí do domácího ošetřování. Analyzovaná data vypovídají o skutečnosti, že sestry edukátorky o další vzdělávací aktivity

zaměřené na péči a edukaci pacientů s TSK nemají zájem. Jejich význam spatřují zejména pro sestry absolventky a sestry, které nemají každodenní zkušenost péče o pacienty s TSK. Zmiňovaný certifikovaný kurz byl patrně informantkami považován za kvalitní zejména z důvodu možnosti se seznámit a prakticky si vyzkoušet práci s různými pomůckami využívanými v managementu péče o DC po zavedení TSK, ale i možnosti pozorovat ostatní sestry při manipulaci s těmito pomůckami a prostřednictvím pozorování získat i nové zkušenosti bez tíže stresu, který výměna a péče o klienta s tracheostomatem v reálné situaci představuje.

13.1.2 Subkategorie: Sebehodnocení: úroveň sebejistoty a kompetentnosti v roli sestry edukátorky

Aspekty udávající míru uspokojení edukátora z edukace jsou oblastí, která je přímo závislá na míře adherence pacienta k edukaci. Všechny oslovené edukátorky uvedly, že pokud pacient spolupracuje, dělá pokroky, cítí během edukace uspokojení z edukace. Ovšem pokud edukant nespolupracuje, nepodílí se proaktivně na edukaci a zaujímá k ní dokonce i negativní postoj, edukátorky pocítují zklamání.

Do této subkategorie jsem dále zařadila oblast *orientace edukátorky v možnostech preskripce spotřebního materiálu a kompenzačních pomůcek v rámci veřejného zdravotního pojištění*. V oblasti orientace edukátorek v možnostech preskripce byly výpovědi informantek značně variabilní. Informantky pracující v lůžkovém provozu na základě analýzy dat uváděly, že v rámci zdravotního pojištění mají pacienti nárok na spotřební materiál v podobě sterilních čtverců a buničité vaty a dvou kovových tracheostomických kanyl. Pouze dvě informantky z lůžkového provozu zmínily, že kovové tracheostomické kanyly jsou hrazeny pouze částečně a na jejich úhradě se pacient spolupodílí. Tuto oblast na základě analýzy textového korpusu výpovědí zmiňovaly i informantky pracující v ambulantním provozu, které dále uvedly, že klient má nárok na poukaz na pomůcky k tracheostomické kanyle a krytí tracheostomatu po laryngektomii, pokud ji podstoupil. V rámci těchto poukazů má pacient nárok na kartáčky k čištění TSK, tracheostomický fix, pásky k fixaci TSK a sprchový štít zakrývající vstup do tracheostomatu. Skutečnost vyšší orientace edukátorek z ambulantního provozu v problematice preskripce poukazů na kompenzační pomůcky a finanční spoluúčasti pacienta je zřejmě dána tím, že tyto edukátorky se spolupodílejí na dispenzarizaci a následné péči o pacienty s TSK. Lze předpokládat, že tyto informantky mají více zkušeností s preskripcí poukazů a edukací se zaměřením na kompenzační pomůcky pro pacienty s TSK než sestry z lůžkového

provozu. V oblasti speciálních kompenzačních pomůcek všechny edukátorky na základě analýzy dat uvedly, že na ně pacient nárok v rámci pojištění má, ale míru jeho finanční spoluúčasti na konkrétních pomůčkách neznají a z toho důvodu odkazují pacienty na firmy, které dané pomůcky nabízejí a následně také na lékaře. Omezená orientace edukátorek v oblasti možnosti preskripce vysoce specializovaných pomůcek je zřejmě dána značnou variabilitou jejich použití u konkrétního pacienta. Oslovené informantky uvedly, že oblast preskripce zvlhčovačů vzduchu, nebulizátorů a případně odsávaček podléhá schválení revizním lékařem. Většina analyzovaných dat vypovídala o skutečnosti, že poukazy na kompenzační pomůcky ani spotřební materiál nelze vystavit za hospitalizace pacienta. Z tohoto důvodu je pacientům při propuštění poskytnut spotřební materiál na období, než si poukazy vyzvednou ve zdravotních potřebách. Pacient dostává při propuštění dvě plastové TSK s výměnným středem, pokud si kovové nepřinesl již k hospitalizaci. Vzhledem k tomu, že není kovová TSK plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, není pacientům v rámci hospitalizace poskytována jako kompenzační pomůcka, ale je nahrazena plastovými TSK, které jsou pojišťovnou propláceny.

13.1.3 Subkategorie: Kooperativní role edukátorky v procesu edukace

Edukační činnost sester je o kooperaci jak mezi členy multidisciplinárního týmu, tak i mezi pacientem a jeho rodinou či osobami, které o pacienta pečují. Analyzovaná data dokládají, že sestry edukátorky akceptují roli členů multidisciplinárního týmu a specifické oblasti edukace přenechávají odborníkům, se kterými aktivně spolupracují na komplexní edukaci pacientů s TSK. Na edukačním procesu pacientů s tracheostomickou kanylou se podílí nejen sestra edukátorka, ale i logoped a foniatr zejména při reedukaci polykání a hlasu, ale i lékaři a odborníci z firem, kteří se zaměřují na oblast edukace v oblasti využití hlasových protéz. Na edukaci se v rámci poskytování komplexní péče podílejí i fyzioterapeuté, kteří se sestrami edukátorkami spolupracují v oblasti dechové rehabilitace a účinné expektorace. Tyto skutečnosti vypovídají o komplexním pojetí edukace a multidisciplinaritě tohoto procesu. Analyzovaná data svědčí o dostupnosti edukačních záznamů všem členům multidisciplinárního týmu. Informantka (**I 5**) říká, že: „...**edukační dokumentace je přístupná zde na sesterně [všem členům multidisciplinárního týmu], provádějí záznamy do dokumentace, jsou to naši kolegové...**“. Avšak dostupnost řízené zdravotnické dokumentace a edukačních záznamů všem členům multidisciplinárního týmu nemusí znamenat, že na edukaci všichni výše zmínění spolupracují a skutečně se jí v klinické praxi účastní. Míru multidisciplinární spolupráce by bylo možné výzkumníci adekvátně

posoudit pouze pozorováním anebo na základě studia řízené zdravotnické dokumentace edukačního procesu. Analýza dat přinesla skutečnost, že sestry edukátorky s domácí péčí ani s jinými institucemi nabízejícími následnou péči nespolupracují. Data dokládají, že oblast návaznosti primární péče na péči následnou zajišťuje sociální pracovníce ve spolupráci s pacientovým praktickým lékařem. Z analyzovaných dat jsme vyvodili, že přestože sestry se subjekty následné péče přímo nespolupracují mají o možnostech zajištění jejich služeb přehled zprostředkovaný sociálními pracovníky, kteří mají tuto oblast v kompetenci a jsou tak neopomenutelnými členy multidisciplinárního týmu.

Pro adekvátní spolupráci multidisciplinárního týmu s rodinou svědčí také výpověď informantky (**I 3**), která uvádí: „...*snažíme se vždy edukovat i někoho z rodiny [pokud pacient souhlasí], aby to uměl ještě někdo další a mohl doma pacientovi pomáhat...*“. Rozbor dat svědčí o tom, že za běžných okolností, pokud není pacient proti, sestry edukátorky edukují i rodinné příslušníky, ale bohužel vzhledem k současné epidemiologické situaci a zákazu návštěv není tato edukace možná. Tato skutečnost nemožnosti edukátorek úzce spolupracovat s rodinou během edukace vede, dle mého názoru, k horší úrovni self-managementu pacientů s tracheostomatem po jejich dimisi. Jelikož postrádají poučeného, pro ně blízkého v podobě rodinného příslušníka či osoby o pacienta pečující. Analýza dat dokládá, že svoji roli samozřejmě rodina sehrává i v případě, kdy není pacient schopen sebezpečí o TSK na patřičné úrovni, či potřebuje během managementu sebezpečí dopomoc. Například informantka (**I 6**) komentuje roli rodiny během edukace takto: „... [edukátorka volí přítomnost rodiny u edukace] *když pacient není schopen se sám o sebe postarat úplně, potřebuje pomoc při výměně, třeba držet kanylu a podobně. Nebo tu výměnu sám nezvládá vůbec...*“.

13.1.4 Subkategorie: Autonomní role sestry edukátorky v procesu edukace

Pro skutečnost, že edukátorky vnímají svoji autonomní roli v edukaci, jako velmi podstatnou, svědčí shodná tvrzení všech informantek, které uvedly, že edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou před jejich dimisí přikládají maximální prioritu. Stejně tak i tvrzení oslovených edukátorek, že edukaci maximální prioritu přikládají i jejich kolegyně. Informantka (**I 5**) říká, že: „... *myslím, že to vnímáme všechny stejně co jsme tu, jsme stejně naladěni...*“.

13.1.6 Subkategorie: Komunikační dovednosti edukátorky

Komunikační dovednosti oslovených informantek vyplynuly z analyzovaných dat převážně implicitně. Edukátorky se v souvislosti se specifičností edukace pacientů s TSK zmiňovaly o faktu velmi omezené hlasové komunikace způsobené změnou fyziologie HCD. Tuto skutečnost edukátorky řeší náhradními alternativami komunikace v podobě kombinace mluveného slova z jejich strany a nonverbální komunikace či komunikace psaného slova ze strany pacientů. Informantky uvedly, že v komunikaci s těmito pacienty upřednostňují rozhovor prostřednictvím otázek, na které lze odpovědět přikývnutím či jiným signálem (ne)souhlasu. Pouze jedna z informantek uvedla, že se snaží komunikovat i odezíráním. Tyto skutečnosti poukazují na fakt, že komunikační dovednosti sester edukátorek jsou velmi podstatné a edukátorky by je měly neustále rozvíjet.

13.1.7 Subkategorie: Zvyšování pacientovy adherence – motivace k edukaci a sebeděči o TSK

Tato subkategorie v sobě skrývá veškeré výpovědi, které charakterizují schopnost edukátorek respektovat očekávání a edukační potřeby edukanta. Analyzovaná data dokládají, že žádné ze ZZ, kde informantky pracují, nemají vytvořený strukturovaný edukační program určený pacientům s TSK. Výsledek analýzy dat vnímám jako slabinu klinické praxe a značný prostor pro zlepšení kvality poskytované péče. Ve většině případů data svědčila o snaze sester edukátorek realizovat edukaci dle individuálních vzdělávacích potřeb edukanta. Avšak na základě analyzovaných dat jsme dospěli ke skutečnosti, že edukátorky individuální vzdělávací potřeby systematicky nehodnotí. Nabízí se tedy otázka, jak pak mohou sestry edukátorky realizaci edukace efektivně přizpůsobovat potřebám edukanta. S největší pravděpodobností individuální vzdělávací potřeby stanovují na základě intuice a klinických zkušeností s edukací pacientů s TSK. Pouze ve dvou případech data nasvědčovala opačnému trendu. Jako známku edukace „zamrzlé v čase“ a tedy její realizaci proti zásadám EBE vnímám výpověď informantky (I 2), která říká: *„...edukace je shodná s informovaným souhlasem, pacient si jej přečte a následně pokud má nějaké dotazy, tak je s lékařem probere...“*, ale i výpověď informantky (I 1), která uvádí: *„Edukujeme každé ráno při převazu...“*. Edukovat vždy v dopoledních hodinách nemusí být nutně proti zásadám EBE, pokud je na to vyhrazený časový úsek v dopoledních hodinách, kdy je edukace provedena „v klidu“ a je možné pacientovi věnovat čas dle jeho individuální potřeby. Ale realizace v rámci převazu, je dle mého názoru nepřijatelná. Edukace by neměla být součástí jiného ošetrovatelského výkonu, ale čas a prostor by jí měl být vymezen jako zcela samostatný a specifický. Jedná se o specifickou ošetrovatelskou

intervenci. Cestou ke zvyšování adherence a motivace edukanta k edukaci a spoluúčasti na edukaci je individualizovaný přístup ke každému edukantovi a akceptace jeho individuálních vzdělávacích potřeb.

13.2 Kategorie: Edukační proces u klienta s tracheostomickou kanylou

Tato kategorie je koncipována do pěti fází edukačního procesu, tvořících subkategorie. Každá z fází je rozpracována do oblastí vypovídajících o specifičnosti edukačního procesu v dané fázi edukace pacienta s tracheostomickou kanylou před jeho dimisí.

13.2.1 Subkategorie: 1.fáze – edukační posouzení

Posouzení edukanta a rozsahu jeho informovanosti o problematice sebekpěče po zavedení TSK je sestrami opomíjeno, což je patrně dáno tím, že sestry edukátorky předpokládají, že byl pacient informován již v době, kdy mu byla tracheostomie indikována a má tedy základní informace zprostředkované indikujícím lékařem. Ani oblasti mapování předchozích zkušeností s péčí o TSK se žádná informantka na základě analýzy dat nevěnovala. Tento fakt přikládám tomu, že dříve, než je pacient přijat k plánovanému výkonu tracheostomie musí dát informovaný souhlas, a tedy je sestrou předpokládáno, že pacient k hospitalizaci přichází již informován.

Edukační bariéry na straně edukátorky by měly být posuzovány hned v úvodu první fáze edukačního procesu. Informantky shodně na základě analýzy dat uváděly, že za bariéru z jejich strany považují pouze nedostatek času, vznikající přemírou práce v jeden okamžik zabraňující realizaci edukace. Nedostatek času je patrně dán chirurgickou povahou oddělení, kde informantky pracují, kdy je nutno koordinovat transport pacientů na sál a ze sálu společně s akutní pooperační péčí. Ve většině případů analyzovaná data svědčí o tom, že tuto bariéru edukátorky odstraňují tím, že se s pacientem individuálně domlouvají na realizaci edukace mimo tuto „hektickou dobu“. Informantky pracující v ambulantním provozu, tuto bariéru neuváděly, mají vyhrazený čas, který věnují edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou hospitalizovaných v rámci SLF (sdílený lůžkový fond). Ovšem z analýzy dat a výpovědí informantek vzešla bariéra na straně edukátorek spočívající v: *nedostatečné erudici edukátorek v nových trendech a jejich nezájmu o nové trendy*. Edukátorky samy tuto bariéru nevnímají, jelikož se jedná o nevědomou nekompetentnost – edukátorka „neví co neví“. Přestože edukátorky z ambulantního provozu mají vyhrazený čas na edukaci pacientů s TSK, vnímám jako bariéru z jejich strany omezenou možnost zpětné vazby, která

je dána tím, že edukátorka není na oddělení neustále přítomna a edukant tak nemá možnost se v případě potřeby zeptat. Tato bariéra je patrně odstraňována kontaktováním sestry edukátorky sestrami z oddělení, aby byla zajištěna zpětná vazba v případě edukantovy potřeby.

Edukační bariéry na straně edukanta byly informantkami spojovány zejména s oblastí socio-ekonomického statusu pacientů. Analyzovaná data dokládají, že hlavní překážkou edukace je fakt, že pacienti končící s trvalou tracheostomickou kanylou mají abúzus alkoholu, trpí nikotinismem a jsou často bez rodinného zázemí. Tyto aspekty jsou patrně příčinou, proč edukátorky označovaly edukaci pacientů jako obtížnou v oblasti kognitivních edukačních cílů, ale i cílů afektivních, tedy postojů samotných pacientů. Alkoholismus způsobuje snížení kognitivních funkcí mozku, z čehož plyne fakt, že se tito lidé hůře učí novým vědomostem a dovednostem. Samotná závislost může být příčinou zhoršené adherence pacientů k edukaci. Tuto tézi opírám o výpověď informantky (**I 3**), která komentuje oblast snížené adherence pacienta k edukaci takto: „...**vidíte, že neposlouchá, nevnímá. Mnohdy vidíte, že k tomu přistupují tak, že Vás to nechají říct, aby si to odkroutili, Vy jste si to odškrtla a dala jim pokoj...**“. Analýzou dat jsme zjistili, že překážku v edukaci představuje i skutečnost, že edukant není schopen vůbec, nebo velmi omezeně komunikovat prostřednictvím hlasu. Omezená hlasová komunikace se analýzou dat ukázala, jako velmi problematická oblast, která je edukanty velmi špatně psychicky snášena. Edukátorka by měla umět tuto bariéru eliminovat prostřednictvím svých komunikačních dovedností. Bariéru komunikace odstraňujeme náhradními metodami, kterými může být komunikace prostřednictvím piktogramů, mazací tabulky a fixu či papíru a tužky. Dále analýza dat odhalila, že bariéru tvoří i strach pacienta z manipulace s tracheostomickou kanylou. Edukant se obává dušení během výměny a bolestivosti během manipulace s TSK. Tuto bariéru je nutno odstranit řádnou edukací o tom, že tracheostoma se po vyndání TSK neuzavře a vložení nalubrikované TSK do vyhojeného tracheostomatu není bolestivé. Dále uváděnými bariérami na základě analýzy dat byly: věk, třes rukou, porucha motoriky, které jsou přítomny i u edukace pacientů edukovaných napříč obory. Analyzovaná data dokládají, že se některé informantky setkaly s tím, že edukant odmítl pečovat o TSK, jelikož jim to přišlo „nechutné“. Odmítnutí edukanta pečovat o své DC s TSK může být dáno tím, že tracheostoma neustále produkuje sekret. Mnoho pacientů tuto skutečnost vnímá jako překážku a nedokáže se přesto přenést a pečovat o své DC s tracheostomickou kanylou.

Edukační bariéry na straně ZZ či chodu oddělení, kde oslovené informantky pracují, vyplynuly z analýzy dat převážně implicitně. Analyzovaná data dokládají, že sestry edukátorky nevnímají žádné závažnější edukační bariéry na straně ZZ ani z pohledu chodu oddělení kde pracují. Ve většině případů data svědčí pouze o jediné bariéře, kterou je nedostatek času, který jak jsem se zmiňovala již výše v textu je dán chirurgickou povahou oddělení, kde informantky pracují. Při analýze dat bylo zjištěno, že organizace nedisponují žádným metodickým pokynem pro realizaci edukace, což vnímám jako významnou edukační bariéru ze strany ZZ. Tento výsledek analýzy je překvapivý, protože některá ZZ, z nichž se respondentky rekrutovaly, získaly národní akreditaci SAKu, který klade na problematiku edukace pacientů značný důraz. Edukační standard je normou a zárukou kvalitní realizace edukačního procesu. Takže fakt, že jím zdravotnická zařízení nedisponují vede k tomu, že nelze zcela řídit a posuzovat kvalitu realizované edukace pacientů s TSK.

Míra adherence edukanta k edukaci je posuzována na základě toho, zda edukant jeví aktivní zájem o edukaci a chce se na edukaci spolupodílet. Na základě analyzovaných dat jsme vyvodili, že pokud edukant zaujímá pozitivní postoj k edukaci, má zájem o to, aby se jeho stav zlepšil, je podporován rodinou a má dobré sociální zázemí je jeho adherence k edukaci a osvojení si potřebných vědomostí, dovedností nutných k zvládnutí adekvátní sebezpečí dobrá. Na druhé straně, pokud se pacient staví k léčbě negativně, bere ji na lehkou váhu, jeho adherence k edukaci není adekvátní. U těchto pacientů je obzvláště důležité, aby se edukátorky snažily podněcovat v edukantovi aktivní zájem k edukaci a pacient se měl chuť rozvíjet. Analyzovaná data dokládají, že se žádná z informantek během své klinické praxe nesetkala s tím, že by edukant edukaci odmítl, ale připouštějí, že jejich adherence k edukaci není vždy zcela adekvátní. Domnívám se, že je to zapříčiněno tím, že pacient má výměnu TS kanyly spojenou s tím, že se mu následně lépe dýchá a je si vědom toho, že bez edukace a prokázání dovednosti sebezpečí nebude propuštěn. Hypotetický nesouhlas by informantky shodně řešily zápisem do zdravotnické dokumentace a informováním ošetřujícího lékaře.

13.2.2 Subkategorie: 2. fáze – stanovení edukační diagnózy

Oblasti stanovení edukačních diagnóz na základě zjištění deficitních oblastí v self-managementu je informantkami věnována minimální pozornost. Na problematiku stanovování edukačních diagnóz dle NANDA (North American for Nursing Diagnosis Assotiation – Severoamerické sdružení pro sesternské diagnózy) taxonomie II bylo potřeba se cíleně doptat. Na základě analýzy dat jsme vyvodili, že edukátorky stanovují edukační

diagnózy nejčastěji charakteru deficitních vědomostí a dovedností potřebných k self-managementu. Naopak oblast edukačních diagnóz týkajících se změny postojů a motivace edukantů je edukátorkami zcela opomíjena. Na základě analýzy dat usuzujeme, že s největší pravděpodobností důvodem, proč se edukátorky při stanovování edukačních diagnóz zaměřují zejména na dovednosti a vědomosti je fakt, že se snáz vyhodnocují než edukační cíle týkající se afektivní oblasti. Stanovení edukační diagnózy týkající se změny postojů je však neméně důležité, i když vyhodnocení změny postojů je velmi komplikované.

Dále z analyzovaných dat vyplynuly i ošetřovatelské diagnózy: *00148 strach, 00118 porušený obraz těla*, které řadíme do psychosociální oblasti. I tyto diagnózy by měly být oblastí zájmu a ošetřovatelských intervencí sester edukátorek. Výsledky analýzy s největší pravděpodobností poukazují na to, že i když sestry edukátorky výzkumníci ve výpovědích ujišťovaly, že poskytují individualizovanou komplexní péči zaměřenou na potřeby každého jednoho pacienta, s největší pravděpodobností však nepracují ve skutečnosti v klinické praxi formou edukačního procesu.

13.2.3 Subkategorie: 3. fáze – sestavení edukačního plánu

Tato subkategorie je saturována daty, týkajícími se harmonogramu a časového plánu edukace, cíli v oblasti kognitivní, afektivní a psychomotorické a přehledem konkrétních edukačních intervencí a očekávaných výsledků edukace. Harmonogram i edukační cíle, by měly být vždy sestavovány spolu s edukantem a v maximální míře přizpůsobeny jeho potřebám. Informantka (*I 6*) svou výpovědí přináší tento postřeh: „...**edukujeme prakticky kdykoliv během dne, vždy se domlouváme s pacientem, například když víme, že přijde manželka v 10:00 snažíme si to naplánovat, abychom mohly v tuto dobu edukovat...**“. Na základě analyzovaných dat jsme vyvodili, že edukátorky nesestavují edukační plán s časovými dotacemi jednotlivých edukačních lekcí. Skutečnost absence časových dotací přikládám vysoké individualitě v učení edukantů novým dovednostem. Například informantka (*I 3*) přinesla postřeh: „...**doba edukace je různá. Nespěcháme na ně, necháváme je v klidu si vše vyzkoušet, osahat ...**“. Ve většině případů analyzovaná data svědčí o skutečnosti, že edukátorky začínají s realizací edukace při prvním kontaktu s edukantem, ještě před operačním výkonem, během kterého je zavedena TSK. Pouze ve dvou případech analyzovaná data nasvědčovala opak. Skutečnost realizace edukace v předoperačním období je velice důležitá pro navázání vztahu edukanta a edukátora a snížení obav z pooperačního průběhu a nácviku sebeděče. Analyzovaná data dokládají, že edukátorky mají edukaci rozvrženou na celou dobu hospitalizace, tak, aby edukant, pokud

má zájem o osvojení si dovedností a vědomostí, měl dostatek času potřebné dovednosti a vědomosti získat. Délka hospitalizace se pohybuje v průměru mezi 7 až 10 dny. Většina analyzovaných dat svědčí proto, že edukátorky plánují realizaci edukace tak, aby si edukant osvojoval nové poznatky postupně, jelikož zahlcení informacemi by vedlo pouze k zbytečné psychické zátěži. Pouze ve dvou případech analyzovaná data poukázala na skutečnost realizace celé edukace v jeden den, což není v souladu s EBP a didaktickými zásadami edukace. Edukátorky také na základě analýzy dat uvedly, že je edukace tvořena 3 „moduly“. První „modul“ je tvořen seznámením edukanta s pomůckami, je mu vysvětlen význam péče o DC a dechová RHB pro účinné odstraňování sekretu z DC a je edukován o pooperačním režimu v předoperační době. Druhý „modul“ je tvořen oblastí edukace v péči o okolí tracheostomatu a péči o vnitřní tracheostomickou kanylu, včetně zvlhčování vzduchu. Posledním „modulem“ je samotná výměna celé tracheostomické kanyly, správná fixace TSK ke krku a komplexní péče o peristomální kůži a dýchací cesty s tracheostomickou kanylou. Toto rozdělení edukace do tří „modulů“ odpovídá didaktické zásadě posloupnosti učení.

Z analýzy dat vyplynulo, že nejsou stanovovány dílčí edukační cíle, které by byly vyhodnocovány na konci jednotlivých edukačních lekcí a pomocí nich by bylo možné motivovat edukanta k další edukaci. Všechny edukátorky stanovují dlouhodobé edukační cíle v oblasti psychomotorické, kognitivní i afektivní. Důvodem proč se edukátorky zaměřují zejména na stanovování výsledných edukačních cílů je fakt, že pokud pacient neumí adekvátně pečovat o své DC s TSK, nezná pomůcky a postup péče či není ochotný o tracheostoma a své dýchací cesty adekvátně pečovat, není možné jej bez zajištění navazující péče bezpečně propustit.

13.2.4 Subkategorie: 4. fáze – realizace edukačního plánu

Analyzovaná data dokládají, že se edukátorky během realizace edukace věnují velmi specifickým oblastem edukace. Na základě dat jsme vyvodili, že **informantky realizují edukaci uzpůsobenou cílové uživatelské skupině**. Ale vzhledem k výsledkům analýzy dat, kdy data dokládala, že edukátorky nestanovují ošetrovatelské diagnózy u konkrétních pacientů, nejsou průběžně stanovovány edukační cíle a není ani vyhodnocováno jejich dosažení, jsme vyvodili, že realizovaná edukace je značně intuitivní. Edukátorky s největší pravděpodobností realizují edukaci intuitivně na základě svých klinických zkušeností, které jak píše výše považují za stěžejní aspekt své kompetentnosti k edukaci. Ve většině případů analyzovaná data svědčila o realizaci první edukační lekce při prvním kontaktu s pacientem. Pouze ve dvou případech tomu tak nebylo. Na základě analyzovaných dat jsme vyvodili,

že první edukační lekce slouží k seznámení pacienta s předoperačním režimem a pooperačním režimem nácvičku sebezpečí. Dále edukátorky na základě analýzy dat uváděly, že během prvního edukačního sezení seznamují edukanty s pomůckami, které bude v pooperačním období používat a vysvětlují jim důležitost správné a účinné expektorace. V rámci tohoto setkání, jsou pacienti edukováni o tom, že po operaci budou mít omezenou možnost hlasové komunikace a domlouvají si s klienty náhradní alternativy komunikace od užití psaného slova po piktogramy, které jsou na oddělení k dispozici. První kontakt s pacientem je velmi důležitý pro navázání důvěry a celkové seznámení s pomůckami v předoperačním období. Pacient má možnost se s pomůckami seznámit již v době, kdy je v dobré kondici a neovlivňuje ho pooperační bolest, únava a další aspekty bránící účinné edukaci v brzkém pooperačním období. Teoretické seznámení klientů s pooperačním režimem a managementem péče o DC po zavedení TSK včetně způsobů a nutnosti zvlhčování vzduchu je v souladu s EBP. Analyzovaná data dokládají, že během prvního edukačního sezení edukátorky realizují praktický nácviček manipulace s kompenzačními pomůckami, které bude edukant v pooperačním období využívat. Ve spolupráci s fyzioterapeuty edukátorky realizují praktický nácviček dechové RHB a účinné expektorace. Skutečnost realizace praktického nácvičku v předoperačním období je v souladu s EBP. Fakt, že edukant si udělá představu o tom, co může očekávat a co je či není reálné je pro navázání spolupráce edukanta a edukátora podstatným krokem. Dále analyzovaná data vypovídají o rozdílnosti realizace edukace v pooperačním období dle náročnosti a rozsahu operačního zákroku. V případné nutnosti pooperační monitorace v režimu intenzivní péče je edukační činnost sester omezena pouze na minimum, a to zejména oblast účinné expektorace a ventilace. V režimu klasického lůžkového chirurgického oddělení první edukace probíhá bezprostředně po operaci, ale pouze v oblasti účinné expektorace. Tento trend výpovědí je dán tím, že pacient v operační den není schopen efektivně zpracovávat informace, jelikož je ovlivněn pooperační bolestí, medikamenty a vyčerpáním operační zátěží. Realizace edukace v bezprostředním pooperačním období pouze v rozsahu nezbytně nutném je v souladu se zásadami EBP. Ve většině případů analyzovaná data vypovídají o tom, že edukátorky první pooperační den navazují na edukaci, která proběhla před operačním výkonem. Pouze ve dvou případech, kdy analyzovaná data svědčila o skutečnosti, že první edukační lekce není realizována před operačním výkonem, neměly edukátorky na co „navázat“. Na základě analyzovaných dat vypovídajících o realizaci edukace již v předoperačním období, jsme vyvodili, že pokud je edukant schopen spolupráce, edukátorky začínají s edukací vyjmutí středu TSK před zrcadlem, jeho čištěním a bezpečným vložením zpět. Sestry edukátorky

s edukanty nacvičují i výměnu čtverců pod přední deskou TSK a učí je zásadám správné péče o peristomální kůži. Až v okamžiku, kdy edukant zvládá péči o střed tracheostomické kanyly a tracheostomický kanál je zhojený edukátorky začínají edukovat výměnu celé tracheostomické kanyly a její správnou fixaci, aby nedošlo k náhodné dekanylaci při kašli či neopatrném pohybu. O výše interpretované logické návaznosti edukace v souladu s EBP svědčila většina analyzovaných dat. Pouze ve dvou případech analyzovaná data nasvědčovala realizaci celé edukace v jeden den v pooperačním období, což je v rozporu se zásadami EBP. Na základě dat jsme vyvodili, že i tyto edukátorky vše edukantům podrobně vysvětlují a ukazují, ale celá edukace probíhá v jeden den. Jak sami připustily jsou si vědomé, že edukanta informacemi zahlcují. Tento způsob edukace zahlcující edukanta velkým množstvím informací vnímám jako edukaci „zamrzlou v čase“ a tedy i proti zásadám EBE.

Realizace edukačních lekcí obsahuje ucelené informace nutné k osvojení si self-managementu. Analyzovaná data ve většině případů svědčí o tom, že edukátorky během realizace edukace věnují pozornost následujícím tématům: změně fyziologie DC zavedením TSK, typům tracheostomických kanyl a specifikům jejich použití a zavedení, péči o peristomální okolí, problematice převazu a výměny TSK, komplikacím spojených se zavedením tracheostomické kanyly, mimořádným situacím a specifické péči o DC s TSK (zvlhčování DC, náhradní hlasové prostředky a kompenzační pomůcky k TSK). Jako opomíjená oblast se na základě analyzovaných dat ukázalo lavážování a odsávání sekretu z DC, což je patrně dáno skutečností, že většina pacientů s trvalým či dlouhodobým zavedením TSK z indikace z oboru otorinolaryngologie lavážování ani odsávání z DDC nevyžaduje. Pacienty, kteří spontánně ventilují a dokáží účinně odkašlávat a tracheostomickou kanylu udržovat průchodnou péčí o její střed, není tedy nezbytně nutné edukovat v oblasti lavážování a odsávání z DDC. Analyzovaná data přinesla zjištění, že se edukátorky v rámci realizace edukace nevěnují hygienicko-epidemiologickému režimu péče a už vůbec ne jeho změně vzhledem k probíhající pandemii COVID-19. Data svědčila pouze o tom, že edukátorky vedou pacienty k dodržování aseptického postupu péče o DC a hygienické dezinfekci rukou před o po manipulaci v okolí tracheostomatu. Analyzovaná data ukazují, že se edukátorky během realizace edukace věnují prevenci infekcí, prevenci vzniku hlenových zátek a problematice poskytování první pomoci, jak při náhlé obturaci TSK, tak její náhodné dekanylaci. Například informantka (I 7) uvedla: „...říkáme jim **co mají dělat, když se jim kanyla ucpe hleny, aby tedy vytáhli střed nebo**

celou kanylu. Když by jim kanyla omylem vypadla, aby si zavedly druhou kanylu, kterou mají mít vždy připravenou k okamžitému použití...“. Ve většině případů data dokládají, že edukátorky vedou pacienty k vytvoření tzv. „*pohotovostního balíčku*“, který obsahuje kompletní pomůcky k okamžité výměně TSK. Využití tzv. „*pohotovostního balíčku*“ umožňuje edukantům rychle a účinně řešit krizové momenty v podobě obturace TSK hleny a náhodné dekanylace.

Během realizace edukace jsou předávány informace o nutnosti dispenzarizace a návaznosti péče. Na základě analyzovaných dat jsme vyvodili, že edukátorky v rámci realizace edukace na téma dispenzarizace a kontinuity zdravotní péče předávají edukantům a rodinám kontakty na oddělení, ambulantní trakt, kde je neustále někdo ze zdravotnického personálu přítomen, ale i na specializované poradny, které mohou v případě potřeby edukant nebo jeho rodina kontaktovat. Předávání kontaktů na pracoviště, kde byl pacient operován, je velmi výhodné. Jelikož je zde dostupná nejen dokumentace o pacientovi, ale také tým lékařů a zdravotníků kliniky/zařízení se kterými byl v rámci léčby a ošetření v osobním kontaktu. Předávání instrukcí, jak má pacient po propuštění postupovat a kam se může v případě obtíží obrátit, je pro pacienty velice důležité. Samotné vědomí, že mají určenou konkrétní osobu, kterou mohou kontaktovat v případě potřeby či obtíží, snižuje strach z nezvládnutí péče po propuštění. Analýza dat přinesla výsledek, že sociální pracovnice předává kontakt na domácí péči pacientům, kteří nemají osvojenou adekvátní úroveň sebepéče, což dle mého názoru také vede ke snížení obav z propuštění do domácího ošetřování.

Většina analyzovaných dat prokázala, že ***organizační forma realizované edukace*** je vždy individuální. Pouze v jednom případě tomu tak nebylo. Informantka (I 2) svojí výpovědí přinesla tento postřeh: „... [*edukátorka se snaží*] ***edukovat individuálně, protože ačkoli tady máme hodně pacientů s tracheostomií, tak každý je na jiné úrovni. Ne každý se s tím úplně sžil. Klidně si ale vezmu dva, ukážu jim to, oni se zasmějí, jak jim to jde nebo nejde, ale většinou je to individuální.***“. S největší pravděpodobností důvodem, proč většina analyzovaných dat svědčila o individuální formě realizace edukace, je skutečnost, že ne každý pacient se smířil se změnou obrazu svého těla. Tento fakt velmi pravděpodobně vede i k „dobrovolné“ sociální izolaci pacientů s TSK, z čehož usuzujeme, že přítomnost cizích osob u edukace by nebyla edukantům příjemná. Na základě analyzovaných dat jsme vyvodili, že dalším důvodem volby individuální edukace je skutečnost, že každý člověk vyžaduje rozdílný čas pro osvojení si potřebných dovedností. Individuální forma edukace

pacientů s tracheostomatem je ideální, jelikož tuto edukaci vnímám jako velmi intimní už jen z toho důvodu, že každý pacient na otvor v krku neustále produkující sekret reaguje jinak. Některý z pacientů přijme řešení svého zdravotního stavu a diagnózy ve formě trvale zavedené TSK bez obtíží, jiný potřebuje na psychické rovině čas a podporu zdravotníků či psychologa, protože TSK vnímá jako společensky nepřipustnou a odpornou záležitost.

Na základě analýzy dat byly do „subkategorie: 4. fáze – realizace edukačního plánu“ zahrnuty i edukátorkami zmiňované edukační metody, které byly rozděleny na: *tradiční edukační metody* a *aktivizační edukační metody*.

Analyzovaná data svědčící o tradičních edukačních metodách využívaných v klinické praxi sestrami edukátorkami výzkumnice rozdělila do 3 skupin.

Monologické metody během edukace využívají téměř všechny oslovené informantky, a to zejména k předání ucelených teoretických poznatků o edukované problematice. Toto své tvrzení podkládám výpovědí informantky (**I 2**), která říká: „...[edukujeme]ústně vlastně celou péči o tracheostomickou kanylu...“ a výpovědí informantky (**I 4**), která uvedla, že: „...používáme přednášku, kdy jim to vše vysvětlujeme...“. Pouze v jednom případě analyzovaná data dokládala, že monologické edukační metody nejsou edukátorkou v klinické praxi využívány.

Z dialogických didaktických metod oslovené edukátorky na základě analyzovaných dat využívají rozhovor s pacienty a jejich rodinnými příslušníky či pečovateli. Ovšem žádná z informantek nevyužívá diskusi, mind-mapping či jiné metody zefektivňující edukaci.

Metody tištěného slova jsou edukátorkami využívány v podobě tištěných edukačních brožur a propagačních materiálů firem, nabízejících kompenzační pomůcky pacientům s tracheostomickou kanylou. Bohužel edukační brožury bývají většinou úzce zaměřené a neobsahují ucelený informační balíček, který by edukanta provedl komplexní péčí.

Na základě analyzovaných dat jsme zjistili, že **aktivizační edukační metody sloužící k odstranění deficitu vědomostí** jsou edukátorkami zcela opomíjeny. Do této skupiny řadíme brainstorming, tvoření mentálních map aj.

Aktivizační edukační metody sloužící k odstranění deficitu dovedností sestry edukátorky hojně využívají, a to v podobě instruktáže, názorné ukázky s demonstrací a metod dovednostně praktických. Instruktáž využívají zejména v okamžiku praktického

nácviku dovedností potřebných k sebeděči. Informantka (**I 8**) přináší postřeh: „...*ukazuje, vysvětlujeme, jak mají s pomůckami pracovat, následně si to zkouší sami...*“. Na základě analýzy dat jsme vyvodili, že demonstraci sestry edukátorky využívají při ukázce práce s pomůckami či pohybu, kterým se kanyla zavádí. Stejně tak názornou ukázkou s demonstrací, využívají sestry edukátorky při popisu funkce jednotlivých pomůcek a efektivní manipulaci s nimi. Edukátorky dovednostně praktické didaktické metody využívají zejména z toho důvodu, že je považují za vysoce efektivní a praktický nácvik vnímají jako nenahraditelnou složku edukace sebeděče pacienta po zavedení TSK.

Do této kategorie byly dále zařazeny i výpovědi informantek týkající se využívání *edukačních prostředků a pomůcek v klinické praxi*. Analýzou textového korpusu výpovědí bylo zjištěno, že všechny oslovené informantky využívají v edukaci pomůcky v podobě TSK, které bude následně pacient používat i v domácím prostředí. Dále jsou edukátorkami shodně využívány obvazové materiály, tkalouny k fixaci TSK ke krku a kartáčky k čištění tracheostomické kanyly. Ve většině případů analyzovaná data svědčila o používání edukačních pomůcek v podobě filtrů a speciálního lepení tracheostomatu u edukantů s hlasovými protézami.

Žádná z oslovených edukátorek nevyužívá edukační modely ani moderní technologie v podobě AVT a IKT. Využití AVT techniky v klinické praxi si žádná z informantek na základě analýzy dat z výpovědí nedovede představit. Například jedna z informantek (**I 8**) vypověděla, že: „...*nedovedu si představit, že si tady pustíme video, ono tedy není ani kde, ale pochybuji, že se to z videa naučí. Pokud by to chtěl vidět myslím si, že si to sám může najít na internetu, tam je videí hodně...*“, nebo informantka (**I 6**) uvedla: „...*videa jim tady vůbec nepouštíme...*“. Edukační modely nejsou v praxi oslovených edukátorek využívány vůbec, pravděpodobně z důvodu jejich vysoké pořizovací ceny.

Posledním tématem zahrnutým do „subkategorie: 4. fáze – realizace edukačního plánu“ byly *náhradní alternativy self-managementu u pacientů s deficitem sebeděče*. Všechna zařízení, kde oslovené informantky pracují mají zajištěnou náhradní alternativu sebeděče pro pacienty, kteří si nedokáží osvojit během edukace adekvátní self-management. Tato skutečnost je velmi pozitivním zjištěním a ukázkou toho, že spolupráce mezi akutní a následnou péčí existuje. Na základě analýzy dat jsme zjistili, že „*problematiku zajištění následné péče řeší sociální pracovnice na „Poukaz k realizaci sociálního šetření u pacienta s poruchou sebeděče“, který ještě před propuštěním vystaví ošetřující lékař*“. Analýzou

textového korpusu výpovědí edukátorek jsme zjistili, že první volenou alternativou náhradní péče je rodina za předpokladu, že má pacient dostatečné sociální zázemí. Pokud není možné zajistit adekvátní péči rodinou je volena ADP a jako krajní možnost lůžka následné péče.

13.2.5 Subkategorie: 5. fáze – evaluace edukace

Na základě analýzy dat jsme vyvodili, že *evaluace realizované edukace* probíhá značně intuitivně. Edukátorky věnují stanovování edukačních diagnóz minimální pozornost a v afektivní oblasti je nestanovují vůbec. Je tedy otázkou, jak mohou edukátorky systematicky probíhající edukační proces hodnotit. Dále analyzovaná data dokládají skutečnost neexistence metodického pokynu k edukaci obecně. Neexistence metodického pokynu k edukaci může naznačovat určitou míru nesystematičnosti v evaluaci edukace, jelikož edukátorky nemají daný jednotný postup realizace evaluace edukace. Checklist či jiný dokument například v podobě písemného testu k ověření znalostí určený k hodnocení edukantova self-managementu před jeho propuštěním do domácího ošetřování by sestřám edukátorkám evaluaci edukace usnadnil. Každopádně by dokument určený k evaluaci vedl ke sjednocení hodnocení cílů edukace a zvýšila by se tím transparentnost edukačního procesu. Analyzovaná data dokládají, že edukátorky oblast dovedností a postojů hodnotí pouze na základě pozorování edukanta během hospitalizace a realizované edukace. Vzhledem k neexistenci metodického pokynu k zhodnocení edukantových dovedností je otázkou, zda jsou edukátorky schopné poskytnou adekvátní zpětnou vazbu. Zpětnou vazbu v oblasti dovedností lze realizovat například pomocí checklistu či AV záznamu, na kterém je zachycen edukant během self-managementu o své DC s TSK. Ve většině případů analyzovaná data svědčila o evaluaci vědomostí na základě dotazování, či cíleného získání teach – beku ke konkrétním tématům edukace. Pouze v několika případech se ukázalo, že i oblast vědomostí je edukátorkami hodnocena na základě pozorování edukanta během hospitalizace a edukace.

Do této kategorie byly dále zařazeny i výpovědi informantek týkající *existence metodického pokynu pro edukaci a péči o pacienty s TSK*. Na základě analyzovaných dat jsme zjistili, že žádné z pracovišť, kde oslovené informantky pracují, nemá k dispozici žádnou formu metodického pokynu k uskutečnění edukace pacientů s TSK před jejich dimisí do domácího ošetřování. Neexistenci metodického pokynu či edukačního standardu vnímám jako nesoulad s EBE, jelikož neexistence metodického pokynu znamená v konečném důsledku značnou variabilitu a odchylky ve kvalitě realizované edukace.

Dále jsme do této kategorie zařadili data, která vypovídala o *způsobu vedení řízené dokumentace k edukačnímu procesu*. Samotný záznam realizace edukace ve všech ZZ probíhá na základě analyzovaných sdělení informantek v písemné podobě v souladu s EBP do „edukačních karet“ v podobě předtištěných formulářů, které jsou nedílnou součástí řízené zdravotnické dokumentace. Míru spolupráce edukanta, edukátorky shodně zaznamenávají do denního záznamu realizace ošetrovatelského plánu včetně skutečnosti, co konkrétně edukovaly a do jaké míry pacient (ne)spolupracuje. Řízená zdravotnická dokumentace je ve všech zařízeních vedena v kombinaci (tj. část elektronicky i písemně). Avšak edukační záznamy jsou vedeny pouze v podobě písemné, což vypovídá o jejich omezeném vzdáleném přístupu členům multidisciplinárního týmu.

13.3 Kategorie: Kontinuita edukace a následné péče

Kategorii kontinuity edukace a následné péče tvoří subkategorie *dispenzarizace a návaznost péče*.

13.3.1 Subkategorie: Dispenzarizace a návaznost péče

Oslovené informantky na základě analýzy dat uvedly, že všichni edukanti jsou následně dispenzarizováni v ambulanci u svého operátora. Další následná péče a dispenzarizace se odvíjí od zdravotního stavu a potřeb pacienta. Někteří pacienti jsou dispenzarizováni ve specializovaných poradnách, jako jsou například: foniatrická poradna, poradna poruch polykání, onkologická poradna a mnohé další. Jiní jsou dispenzarizováni pouze u operátora ve ZZ, kde byli operováni. Analyzovaná data nasvědčují skutečnosti, že v mezidobí dispenzárních kontrol, jak v poradnách, tak u operátora jsou pacienti v péči praktického lékaře a spádového ORL pracoviště, které zajišťuje návaznost odborné péče v období mezi kontrolami na vyšším pracovišti. Tato strategie předání pacientů do péče spádových pracovišť mezi dispenzárními kontrolami je volena hlavně z důvodu velké spádovosti vyšších pracovišť provádějících onkologickou chirurgickou léčbu. Pacient není tak zatěžován častými pooperačními kontrolami na vyšším pracovišti, které je mnohdy vzdáleno několik desítek kilometrů, což komentuje informantka (I 5): „...*pacienti, kteří se o sebe umí postarat jsou propuštěni a následně sledováni tady u nás na ambulanci u lékaře, který je operoval, mezi tím pokud je třeba docházejí na ORL v místě bydliště...*“ a informantka (I 7): „...*po propuštění jsou někteří pacienti sledováni v poradně pro tracheostomované, nebo onkologické poradně či u foniatra, to už záleží na tom, co pacient potřebuje...*“.

Analyzovaný datový korpus byl značně rozsáhlý a tvořil podklad pro podrobnější popis. Vzhledem k rozsahu analyzovaných dat byly v diplomové práci prezentovány jen nejdůležitější závěry a podklady pro zlepšení kvality, bezpečí poskytované péče a edukace pacientů s TSK v klinické praxi.

DISKUZE

Celkově si realizovaný výzkum kladl za cíl zmapovat a popsat roli sestry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou před jejich dimisí do domácího ošetřování. Na základě realizovaného výzkumného šetření, s respektem k jeho omezením a limitům, lze konstatovat, že proces edukace pacientů s dlouhodobě zavedenou TSK je realizován značně nesystematicky a nesystémově. Této skutečnosti analogicky odpovídá i role sestry edukátorky, její motivace k edukaci a úroveň znalostí a dovedností, tedy kompetencí pro edukaci, volba metodických postupů v rámci edukačního procesu, volba obsahu i tematického zaměření jimi realizované edukace v klinické praxi.

Na základě analýzy dat můžeme v souhrnu předložit následující závěry výzkumného šetření, k nimž se v rámci diskuse vyjádříme konkrétněji a podrobně.

Za klíčovou determinantu ovlivňující efektivitu edukace považujeme osobnost samotné sestry edukátorky, zejména její erudici, dosažené vzdělání, rozsah a úroveň kompetencí sester v oblasti péče a edukace pacientů s tracheostomickou kanylou, které jsou ve značné míře dány postojem edukátorky k dalšímu sebevzdělávání v této problematice. Na základě realizovaného výzkumného šetření bylo zjištěno, že většina informantek, které se výzkumu účastnily, průběžně svoji erudici zvyšují a sledují nové trendy v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s TSK. Nové poznatky následně efektivně uplatňují v klinické praxi při plnění své role edukátorky, kterou vnímají jako velmi podstatnou. Velmi podstatným faktorem udávajícím míru efektivitu edukace jsou komunikační dovednosti edukátora, které jsou velmi specifické vzhledem k omezené hlasové komunikaci pacienta.

Na problematiku edukace pacientů s dlouhodobě zavedenou TSK je možné nahlédnout jako na soubor relativně komplexních intervencí a aktivit sestry edukátorky, avšak na základě realizovaného výzkumu bylo zjištěno, že v žádné organizaci oslovených informantek není edukace realizována jako ucelený a strukturovaný edukační program pro pacienty s TSK, byť mnohé zahraniční studie efektivitu těchto vzdělávacích programů prokazují (srov. např.: Loerzel a kol., 2014, s. 522–527; Mc Donough a kol., 2016, s. 212-216 a další).

Edukační proces u pacientů s tracheostomickou kanylou probíhá v klinické praxi převážně intuitivně, na základě zkušeností edukátorek. Výzkumným šetřením bylo zjištěno,

že edukátorky neposuzují vědomosti, zkušenosti ani dovednosti, se kterými edukant do procesu edukace vstupuje. Edukátorky nevěnují stanovování edukačních diagnóz náležitou pozornost. Z výzkumného šetření jsme vyvodili, že stanovují edukační diagnózy pouze v oblasti deficitu dovedností a vědomostí, ale bez ohledu na skutečné vzdělávací potřeby konkrétního pacienta. Oblast afektivních edukačních diagnóz zcela opomíjejí. Edukátorky nesestavují edukační plán v podobě, jak jej známe z odborné literatury s edukačními cíli, intervencemi, časovými dotacemi a očekávanými výsledky. Na základě většiny analyzovaných dat jsme dospěli k závěru, že edukátorky mají edukaci naplánovanou ve 3 „modulech“, které na sebe navazují. První modul je realizován již v předoperačním období a slouží k úvodu edukanta do problematiky. Další dva moduly spolu úzce souvisí a jejich funkcí je vést edukanta k adekvátní míře self-managementu o DC s TSK po dimisi do domácího ošetřování. Domnívám se, že postupné rozvržení edukační činnosti do doby hospitalizace je správné. Ovšem vzhledem k absenci stanovování dílčích edukačních cílů je pak otázkou, jak mohou edukátorky udržet kontinuitu a efektivitu průběžně realizované edukace.

Na proces realizace edukace můžeme nahlížet jako na propracovaný systém intervencí edukátorek, které se zaměřují na velmi specifické oblasti, jež by si měl pacient osvojit za účelem propuštění do domácího ošetřování. Vzhledem k tomu, že edukátorky nemapují vzdělávací potřeby edukantů, lze jen těžko hovořit o realizaci edukace „šité na míru“. Edukátorky sice realizují po obsahové stránce velmi specifickou edukaci, která je úzce zaměřená na problematiku managementu péče o DC s TSK a kontinuitu péče, ale podoba realizace a volba edukačních metod není uzpůsobena individuálním vzdělávacím potřebám pacienta. Z výzkumného šetření vyplynulo, že realizace edukace je intuitivní a podložená klinickými zkušenostmi edukátorek.

Evaluace edukace by měla být propracovaná, aby bylo možné pomocí hodnocení edukanta motivovat, poskytnout zpětnou vazbu a odhalit deficitní oblasti a případně provést reedukaci. Z výzkumného šetření však vzešel výsledek, který prokazuje, že edukátorky systematicky nehodnotí výsledky edukace. Evaluují pouze na základě vlastní intuice. Je tedy otázkou, jaká je výsledná kvalita realizované edukace v klinické praxi.

Edukace může být organizována různými způsoby počínaje skupinovou edukací po edukaci individuální. Na základě výzkumného šetření jsme zjistili, že edukátorky převážně volí individuální organizační formu edukace, aby bylo možné pacientovi zachovat

maximální míru intimity během osvojování si potřebných znalostí a dovedností k self-managementu o DC s TSK. Vzhledem k probíhající pandemii COVID–19 je individuální organizační forma jedinou možnou formou edukace pacientů s TSK. Pacient během procesu osvojování si managementu péče o DC s TSK manipuluje s otevřenými DC, kde je vysoké riziko přenosu kapénkové infekce.

Výsledky výzkumného šetření také odhalily zajímavé pohledy na problematiku zajištění kontinuity edukace a následné péče, které dokládají, že edukátorky vnímají proces edukace a péče o pacienta jako multidisciplinární. Lze tedy konstatovat, že edukátorky akceptují kompetence a role členů multidisciplinárního týmu, které zajišťují vysokou míru profesionality realizované edukace.

Prvním cílem výzkumu bylo zmapovat současný rozsah a obsah postgraduálního vzdělávání sester v oblasti péče a edukace pacientů s tracheostomickou kanylou. Oblasti postgraduálního vzdělávání sester je věnována subkategorie „erudice a kompetence sestry edukátorky“, která je součástí kategorie „role sestry edukátorky“. Výsledky výzkumného šetření naznačují, že většina informantek má absolvovaný specializační vzdělávací program „Všeobecná sestra – Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech.“ v akreditovaném vzdělávacím středisku. Dle Věstníku MZ ČR č. 5/2020 Sb., mohou být do programu specializačního vzdělání v chirurgických oborech zařazeny pouze všeobecné sestry s osvědčením k výkonu povolání bez odborného dohledu dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. v platném znění. V rámci specializace jsou sestry vzdělávány napříč chirurgickými obory v rozsahu 624 hodin teoretické a praktické výuky v poměru 50:50 po dobu 18–24 měsíců (Věstník č. 5/2020 Sb.). Skutečnost vzdělávání v rámci specializace napříč chirurgickými obory informantky v rámci rozhovorů zmiňovaly a z tohoto důvodu pravděpodobně i hodnotily specializační vzdělání jako nepřínosné pro oblast péče a edukace pacientů s TSK. Na základě analýzy dat jsme dospěli k závěru, že informantky, které absolvovaly vzdělávací kurz „péče o pacienty s TSK“ konaný na klinice ORL a CHHK (chirurgie hlavy a krku), kde oslovené informantky pracují, byl z jejich strany hodnocen velice kladně. Certifikovaný kurz byl jednodenní a zaměřoval se pouze na oblast péče o tuto specifickou skupinu pacientů. V rámci kurzu proběhl teoretický úvod do problematiky zprostředkovaný lékaři z oboru otorinolaryngologie a praktická část pod vedením sestry s dlouholetou klinickou praxí v otorinolaryngologii. Stejně koncipovaný kurz s názvem: „Péče o pacienta s tracheostomií“ proběhl ve výukovém centru FN u sv. Anny v Brně, který byl nabízen personálním úsekem – odborem vzdělávání (Nováková a kol., 2020, s. 3). Například

kvantitativní výzkumná studie (N = 338) realizovaná v USA Mc Donough a kolektivem (2016, s. 212-216) se zaměřovala na přínos vzdělávacího programu pro všeobecné sestry pečující o pacienty s TSK. Program v úvodu zahrnoval písemný test, kterým autoři mapovali oblast vstupních znalostí a zkušeností s ošetrovatelskou péčí o pacienty s TSK. Následně proběhl 30minutový nácvik praktických dovedností na modelu. Účastníkům byl rozeslán e-mailem teoretický on-line výukový program správné péče o pacienta s TSK a po laryngektomii přístupný po dobu 4 týdnů. Účastníci výzkumu, kteří dokončili praktickou i on-line část výukového programu byli opět vyzváni k vyplnění stejného písemného testu, který obdrželi v úvodu vzdělávacího programu. Autoři na základě kvantitativního zpracování dat dospěli k závěru, že všeobecné sestry, které dokončily vzdělávací program, mají statisticky významně vyšší znalosti v oblasti péče o pacienty s TSK než všeobecné sestry, které vzdělávací program neabsolvovaly (Mc Donough a kol., 2016, s. 212–216). Velký přínos těchto úzce profilovaných certifikovaných kurzů vnímá i autorka Everitt (2016), která uvádí, že zaměstnance je nutné v základní dovednosti managementu péče o pacienty s TSK komplexně vzdělávat. Autorka považuje za podstatné zvýšit celkovou erudici NLZP v této oblasti prostřednictvím povinných vzdělávacích programů uskutečněných v nemocnicích, kde je poskytována péče pacientům s TSK, kteří představují velmi specifickou skupinu pacientů (Everitt, 2016, s. 16-20). Na základě výsledků našeho výzkumného šetření a výsledků výše zmiňovaných výzkumů usuzujeme, že pravidelné pořádání vzdělávacích kurzů pro všeobecné sestry dle požadavků klinické praxe vede ke zlepšení kvality poskytované péče pacientům.

Druhým cílem výzkumného šetření bylo identifikovat hlavní bariéry edukace pacientů na straně edukátora (sestry) v edukaci pacienta na téma péče o tracheostomickou kanylu. Oblast edukačních bariér je popsána v rámci kategorie „edukační proces u klienta s tracheostomickou kanylou“ v subkategorii „1. fáze – edukační posouzení“. Na základě analyzovaných dat se jako jediná bariéra vnímaná sestrami edukátorkami ukázalo časové vytížení edukátorek dané typem poskytované péče na oddělení, kde oslovené informantky pracují. Bariérou na straně edukátora, která vyplynula z menšiny analyzovaných dat je nedostatečná erudice a nezájem edukátora o nové trendy, kompenzační pomůcky a prostředky výrazně komfortizující péči o DC s TSK. Dalšími edukačními bariérami na straně sestry edukátorky, které vyplynuly z analyzovaných dat jsou neochota edukátorek využívat moderní technologie v edukačním procesu, ale i značná míra intuitivnosti realizace edukace bez ohledu na vzdělávací potřeby edukanta. Výsledky výzkumného šetření

s největší pravděpodobností svědčí o tom, že edukátorky nerealizují edukaci dle edukačního procesu a celkově tak jimi poskytovaná edukace působí chaoticky. Vzhledem k výsledným zjištěním edukačních bariér na straně edukátorky je otázkou, zda by do budoucna nebylo vhodné etablovat pozici sestry edukátorky, jejíž pracovní náplň by byla zaměřená výhradně na edukační činnost a aktivity s edukací pacientů a jejich rodinných příslušníků souvisejících. Z důvodu kontinuálního zvyšování bezpečí a kvality zdravotní péče byl v roce 2012 ve FN Olomouc spuštěn projekt „Edukační sestra“. V rámci projektu byl sestaven tým edukačních sester z různých oborů, které poskytují velmi specifickou edukační činnost na základě hodnocení individuálních edukačních potřeb konkrétního pacienta. V rámci projektu byly ve spolupráci s lékaři, nutričními terapeuty a dalšími odborníky vytvořeny edukační materiály určené specifickým skupinám pacientů. V současné době se tým edukačních sester spolupodílí na preventivních programech, jejichž úkolem je zvyšování erudice laické veřejnosti v oblasti civilizačních chorob. Projekt „Edukační sestra“ plní nepostradatelnou roli v oblasti zprostředkování komplexních informací u hospitalizovaných pacientů a u pacientů ambulantně ošetřených zejména v oblasti prevence (Drobiličová, 2015, s. 236–237).

Třetím cílem výzkumného šetření bylo identifikovat klíčová témata, související s edukací pacientů se zavedenou tracheostomickou kanylou před jejich propuštěním do domácí ošetrovatelské péče. Klíčová témata edukována sestrami edukátorkami v rámci edukačního procesu pacientů s TSK před jejich dimisí je věnována kategorie „edukační proces u klienta s tracheostomickou kanylou“ v subkategorii „4. fáze – realizace edukačního plánu“. Na základě výzkumného šetření jsme dospěli k závěru, že se sestry edukátorky v rámci 1. „modulu“ edukace, který probíhá v předoperačním období u pacientů indikovaných k dlouhodobému či trvalému zavedení TSK, věnují tématu krátkodobé a bezprostřední předoperační přípravy, tak jak ji známe i z jiných chirurgických oborů. Edukátorky realizují edukaci o kompenzačních pomůckách (různé typy TSK, filtry, lepení, fixační pásky aj.), které bude pacient v pooperačním období používat. V předoperačním období edukují i o základech manipulace s těmito pomůckami a nutnosti správné a účinné expektorace v pooperačním období. Vzhledem ke změně fyziologie dýchacích cest zavedením tracheostomické kanyly se edukátorky v rámci realizované edukace dále věnují nutnosti neustálého zvlhčování vzduchu a problematice poruch hlasové komunikace. Pacient, který podstupuje pouze tracheostomii je i nadále po obturaci TSK prstem schopen hlasově komunikovat. Ovšem pacient podstupující laryngektomii není schopen hlasově

komunikace vůbec a u těchto pacientů se edukátorky v této době věnují i možnostem náhradních alternativ hlasové komunikace (jícnový hlas, hlasová protéza a elektrolarynx). Jak uvádí Škvrňáková a kolektiv (2011) ve své kvantitativní studii (N=60), právě ztráta či porucha hlasu je pro pacienty s TSK velmi obtěžující a psychicky náročnou situací. Výzkum prokázal, že právě edukace a následné osvojení si náhradních hlasových mechanismů udává subjektivně vnímaný životní komfort pacienta s dlouhodobým či trvalým zavedením TSK (Škvrňáková a kol., 2011, s. 85-90).

Analýza dat přinesla výsledek, že v 2. „modulu“ edukace, který probíhá v pooperačním období se edukátorky věnují nejprve reedukaci v oblasti zvlhčování vzduchu a účinné expektorace. Za příznivého zdravotního stavu pacienta, se edukátorky věnují v rámci realizace edukace tématu péče o peristomální okolí, výměně obvazového materiálu a fixačního mechanismu TSK bez provedení dekanylace. Edukátorky realizují edukaci i na téma péče o střed tracheostomické kanyly, s čímž úzce souvisí problematika aseptického postupu v péči o TSK, hygienická dezinfekce rukou a hygienicko-epidemiologický režim péče. Následkem probíhající pandemie COVID–19 je problematika hygienicko-epidemiologického režimu péče věnována o to větší pozornost. Vzhledem k tomu, že se jedná o manipulaci s otevřenými DC, tedy činnost, během které je produkováno značné množství aerosolu není přípustné realizovat edukaci bez OOPP (osobní ochranné pracovní pomůcky), kterými jsou respirátor FFP 3, rukavice, ochranný štít, ochranný plášť, popřípadě ochranný oblek Tyvek. Jen tímto postupem je možné ochránit zdravotnický personál, a hlavně pacienty před případnou nákazou COVID–19 (Mucha a kolektiv, 2020, s. 9–11; WHO, 2020). Vzhledem k tomu, že se zatím žádná studie nevěnuje problematice pacientů s TSK v souvislosti s probíhající pandemií považují za velmi podstatné se zmínit o tom, že je nutné tyto pacienty edukovat o skutečnosti, že by měli mít před vstupem do tracheostomatu vždy nějakou bariéru. Ať již v podobě tracheostomického fixu, filtru či speciálního lepení. O této skutečnosti se edukátorky v rámci realizované výzkumu nezmiňovaly. Výsledkem většiny analyzovaných dat je i skutečnost, že se edukátorky věnují tématu odsávání z DC, ale pouze u edukantů, kteří odsávání z DC vyžadují. Standardně se edukace na téma odsávání z DC nerealizuje. V pooperačním období edukátorky edukují i problematiku nutnosti zvýšené opatrnosti při manipulaci v okolí TSK, aby nedošlo k náhodné dekanylaci, ale i problematice hygienické péče. Edukant je seznámen s tím, že při sprchování musí používat ochranný štít proti vodě, nesmí na vstup do tracheostomatu obrátit proud vody a samozřejmě s tím souvisí i problematika koupelí.

Za žádných okolností nesmí dojít k potopení vstupu do tracheostomatu pod vodní hladinu – došlo by k utonutí.

Na základě dat jsme zjistili, že edukátorky se v posledním „modulu“ edukace věnují zejména tématu výměny celé TSK, s čímž přímo souvisí téma správné a dostatečně pevné fixace TSK ke krku, čímž je předcházeno náhodné dekanylaci. V tomto období se edukátorky dále věnují celkové péči o TSK, tedy jejímu správnému čištění a sterilizaci v domácím prostředí. Edukátorky se věnují v edukaci i život ohrožujícím situacím a prevenci těchto situací, které mohou u pacienta s TSK nastat, například vzniku hlenové zátky, náhodné dekanylaci aj. Například Herda (2013, s. 438) ve svém odborném článku popisuje nejčastější život ohrožující komplikace, které u pacientů s TSK mohou nastat. Tyto život ohrožující situace by měly být erudované sestry schopny adekvátně řešit. O problematice hlenových zátek se zmiňuje i Russel ve svém odborném článku, kde uvedl, že účinnou prevencí vzniku hlenových zátek je dostatečné zvlhčování vdechovaného vzduchu, lavážování DC a případné odsávání (Russel, 2013, s. 428-433). Bohužel na základě analyzovaných dat jsme dospěli k výsledku, že edukátorky problematiku lavážování DC needukují. V souvislosti s těmito život ohrožujícími situacemi je realizována i edukace o vhodnosti zřízení pohotovostního balíčku k okamžité výměně TSK v případě potřeby. Dále edukovanými tématy v souvislosti se zavedením tracheostomické kanyly je omezení vodních sportovních aktivit pacientů s tracheostomatem včetně zákazu pobytu v saunových centrech. U pacientů podstupujících aktinoterapii je edukováno i téma nutnosti výměny kovové kanyly za plastovou před aktinoterapií, aby nedošlo k poškození pacienta sekundárním zářením. Edukovaným tématem je i výživa těchto pacientů. Sestry edukátorky se věnují před dimisí a předáním pacienta do péče PL a spádového ORL pracoviště i tématům souvisejícím s nutností dispenzarizace. A to, jak u operátora na vyšším pracovišti, tak v případě potřeby i specializovaných poradnách, s čímž přímo souvisí i předání užitečných kontaktů, kam se edukant může v případě potíží obrátit.

V rámci multidisciplinárního týmu jsou edukována i témata hlasové reedukace, ať u pacientů s hlasovou protézou či bez ní. Dále jsou pacienti edukováni v problematice preskripce kompenzačních pomůcek a spotřebního materiálu. Zejména podobu kompenzačních pomůcek pacient řeší s lékařem či dealery firem nabízejících kompenzační pomůcky k TSK. Například Škvrňáková a Slaninová (2010, s. 76-77) se ve svém odborném článku věnují problematice vhodných kompenzačních pomůcek po pacienty s dlouhodobým

či trvalým zavedením TSK, které jsou vhodné pro usnadnění pacientova self-managementu (srov. Matejová a kol., 2019, s. 4-8).

Edukovanými tématy v rámci multidisciplinární spolupráce je i oblast polykání, případné následné péče u pacientů s deficitem self-managementu a samozřejmě oblast mobilizace a dechové rehabilitace, na které sestry edukátorky aktivně participují s fyzioterapeuty.

Stejnou edukační strategii a volbu edukačních témat popisuje i autorka Ozoganyová a kolektiv (2012, s. 46-47) ve svém článku „Edukační proces u pacienta s tracheostomií“. Ovšem autorka ve svém odborném článku postupuje dle edukačního procesu a v každé fázi popisuje stěžejní témata, kterým by měl edukátor věnovat pozornost. Tuto systematickosti realizace edukace jsme ve výsledcích výzkumného šetření postrádali. Stejně jako v odborném článku autorky Ozoganyové a kolektivu se ani v analyzovaných datech neobjevilo téma změny KPR (kardiopulmonální resuscitace) u pacientů s TSK. Změnu KPR u pacientů s TSK popisuje například Frace (2010, s. 58–61) ve své případové studii.

Management péče o DC s TSK, tedy i přehled témat, kterým by měla být v problematice edukace věnována pozornost je zpracována například v publikaci „Tracheostomy Care at Home“, která představuje jednu z možných edukačních pomůcek sester edukátorek v klinické praxi v zahraničí (Nova Scotia Health, 2016).

Čtvrtým cílem výzkumného šetření bylo zmapovat kritéria hodnocení používaná edukujícími sestrami za účelem vyhodnocení efektu edukace ve vztahu k edukaci pacientů s TSK před jejich propuštěním do domácího ošetřování. Oblast evaluace realizované edukace a evaluačních kritérií je popsána v kategorii „edukační proces u klienta s tracheostomickou kanylou“ v subkategorii „5. fáze – evaluace edukace“. Ve které bylo zjištěno, že edukátorky nemají k dispozici žádný metodický pokyn k evaluaci a nevyužívají žádná hodnotící kritéria na vyhodnocení efektu realizované edukace. Vzhledem ke skutečnosti, že edukační činnost pravděpodobně neprobíhá dle edukačního procesu a lze ji tedy považovat za intuitivní, tak i hodnocení efektu realizované edukace je značně chaotické a variabilní. Probíhá prakticky pouze na základě pozorování edukanta během edukace. Pouze malá část dat svědčila o tom, že edukátorky hodnotí kognitivní cíle na základě cíleného dotazování. Jak prokázala K. Kopová ve své kvalifikační práci, edukátorky nepracují s edukační dokumentací systematicky, ba naopak ji vedou sporadicky a jen z toho důvodu, že jsou po nich edukační záznamy vyžadovány managementem ZZ.

Kopová během analýzy edukační dokumentace zjistila, že edukátorky nezakládají edukační plány a ani nezjišťují výslednou efektivitu například evaluačními dotazníky (Kopová, 2018). Je velmi zarážejícím zjištěním, že jsme obě dospěly ke stejnému výsledku, kterým je, že edukátorky nemají zájem o zpětnou vazbu edukanta na proběhlou edukaci. Nabízí se tedy opět otázka, zda by adekvátním řešením nebylo vyčlenit a adekvátně vzdělat jednu sestru na pozici „sestry edukátorky“, která by za realizaci edukačního procesu v patřičné kvalitě zodpovídala. Například Yen a Leasure ve svém článku shrnujícím výsledky realizovaných studií na efektivitu teach-backu uvedli, že metoda teach-back je velmi efektivním nástrojem při posilování výsledného efektu edukace pacientů (Yen a Leasure, 2019, s. 284-289).

Pátým cílem výzkumného šetření bylo identifikovat, jaké výukové metody a postupy jsou sestrami v klinické praxi využívány v edukaci pacientů v péči o tracheostomickou kanylu. Sestry edukátorky v klinické praxi využívají vzájemně se propojující tradiční i aktivizační edukační metody. Bohužel nebylo nalezeno výzkumné šetření, které by se zaměřovalo na srovnání efektivit tradičních a inovačních didaktických metod na poli ošetrovatelství. Ale můžeme využít závěry diplomové práce K. Tobolkové, která dospěla k závěru, že samotné využití inovačních metod bez systematického propojení s klasickými didaktickými metodami je neefektivní (Tobolková, 2010). Paul (2010) při zpracování literárního review za období (1998–2009) zjistil, že většina výzkumných prací se zaměřuje na problematiku ošetrování pacientů s TSK v režimu intenzivní péče. Ze zpracovaného literárního přehledu je patrné, že i přes snahu zavedení EBP do klinické praxe, pořádání kurzů k zvyšování erudice všeobecných sester a snaze vytvořit multidisciplinární tým komplexně pečující o pacienta je zapotřebí věnovat edukaci daleko intenzivnější pozornost a najít nejefektivnější edukační metody využitelné v edukaci této specifické skupiny pacientů (Paul, 2010, s. 76–85)

Z tradičních edukačních metod edukátorky na základě analyzovaných dat využívají hlavně monologické metody v podobě přednášky či vysvětlování. Domnívám se, že volba monologických edukačních metod k zprostředkování teoretického úvodu a vysvětlení souvislostí v rámci problematiky self-managementu o DC s TSK je adekvátní volbou.

Z dialogických tradičních edukačních metod je sestrami edukátorkami využíván pouze rozhovor s pacienty, popřípadě jejich pečovateli (rodina, osoba o pacienta pečující). Ovšem K. Štěpánová během realizace výzkumného šetření ke své kvalifikační práci dospěla k závěru, že edukátorky nejčastěji využívají k edukaci rozhovor (Štěpánová, 2017).

Rozdílné výsledky přikládám skutečnosti, že pacienti s TSK mají značně omezenou možnost hlasové komunikace, z toho důvodu tedy edukátorky převážně volí monologické metody edukace. Osobně postrádám diskusi či vysoce efektivní didaktické metody v podobě inscenací či brainwritingu. Stejně tak bylo velmi zarážející výsledné zjištění, že edukátorky nevyužívají metodu tvorby očekávání edukanta od edukace. Právě tento zcela typický způsob vedení rozhovoru je pro realizaci edukace „šité na míru“ velmi důležitým krokem. Edukátor tak získává povědomí o tom, co edukant očekává a mohou tak kooperovat na stanovení edukačních cílů, které by měly být pro edukanta reálné, motivující a akceptovatelné.

Tradiční metody tištěného slova edukátorky využívají v podobě edukačních brožur, které bývají velmi úzce zaměřené a nepopisují komplexně management péče o DC s TSK. Drobiličová (2015, s. 236–237) ve svém článku o projektu „Edukační sestra“ uvedla, že pokud jsou edukační materiály dobře sestaveny a obsahují veškeré potřebné informace a případné kontakty kam se pacient může v případě potřeby obrátit jsou efektivní edukační pomůckou.

Na podkladě analyzovaných dat jsme zjistili, že edukátorky edukantům nepředávají užitečné kontakty na spolky, sdružení a ani internetové odkazy na webináře, kde by edukant či jeho rodina mohli čerpat užitečné informace a zkušenosti. Pilotní studie Swordse a kolektivu (2018, s. 1093–1096) prokázala, že webináře jsou velice přínosné, jelikož umožňují pacientům výměnu zkušeností prostřednictvím IKT, tedy naprosto distančně. Jenž v současné době probíhající pandemie COVID–19 je jejich velkým plusem.

Aktivizační edukační metody, které sestry edukátorky v praxi využívají jsou instruktáž, názorná ukázka s demonstrací a metody dovednostně praktické, které shodně slouží k odstranění deficitu dovedností edukanta v self-managementu. Štěpánová ve své kvalifikační práci dospěla, k závěru, že edukátorky z oblasti aktivizačních edukačních metod nejčastěji využívají instruktáž (Štěpánová, 2017). Toto zjištění je v hypotetické shodě s výsledky mého výzkumného šetření. Výzkumným šetřením jsme dospěli k výsledku, že edukátorky opomíjejí aktivizační metody k odstranění deficitu vědomostí, kam řadíme například mind-mapping aj. Na oblast efektivity využívání těchto metod se zatím žádná studie nerealizovala. Vnímám to tedy jako podmět pro příští studie či rozšíření tématu této práce.

Osobně jsem postrádala zmínku o simulační výuce, která patrně není na základě analyzovaných dat v klinické praxi realizována. Například Weiss a kolektiv, kteří zkoumali efektivitu používání simulace v kombinaci s online výukovým přístupem k rozvoji dovedností „absolventa“ edukace dospěli k závěru, že tento výukový přístup je velmi efektivní. A v konečném důsledku vede k subjektivně vnímané vyšší připravenosti pacientů na sebekéči v domácím prostředí po jejich propuštění do domácího ošetřování (Weiss a kol., 2021).

V klinické praxi jsou využívány k edukaci pomůcky a prostředky, které bude pacient po dimisi v domácím prostředí běžně využívat. Jedná se zejména o typ TSK, obvazové materiály, dezinfekční prostředky, speciální filtry a lepení tracheostomatu, ochranný štít proti vodě a jiné pomůcky které jmenuji výše v textu v kategorii „edukační prostředky a pomůcky využívané v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou“. Například pilotní studie Loerzela a kolektivu (N=11), která prokázala že jedinci primárně edukovaní programem T-CARES v péči o pacienta s TSK se dopouštějí menšího počtu chyb během realizace péče, což v konečném důsledku vede ke snížení počtu rehospitalizací. V rámci programu byly využívány výhradně pomůcky dostupné v domácím prostředí, aby bylo možné v maximální míře navodit atmosféru realizace ošetrovatelské péče o pacienta s TSK v domácím prostředí (Loerzel a kol., 2014, s. 522–527). Lze tedy konstatovat, že využití reálně dostupných pomůcek v domácím prostředí během edukace je vysoce efektivní.

Během analýzy získaných dat bylo zjištěno, že v žádném ze zdravotnických zařízeních nejsou využívány k edukaci AV záznamy v žádné podobě. AV záznam lze využít jak k zprostředkování názorné ukázky s demonstrací prostřednictvím výukových videí či filmů, kdy edukant pozoruje činnost nepřímou, ale i k evaluaci, kdy je proveden záznam edukantovi sebekéče a následně je provedena evaluace AV záznamu. Osobně vnímám využívání AVT v rámci edukačního procesu za přínosné. Hanzlíček (2013) například ve své diplomové práci uvedl, že film je efektivním edukačním prostředkem, jak prezentovat svět a rozšiřovat obzory studentům. Tedy přeneseno na náš výzkum edukační videa představují efektivní způsob prezentace reality pacientům, kdy jim umožňujeme vnímat obraz reality vlastníma očima, ne pouze na základě jejich představivosti.

Na základě analyzovaných dat jsme zjistili, že edukátorky vnímají jako cestu efektivní edukace individualizovanou instruktáž, při které má edukant i edukátor možnost okamžité zpětné vazby zajišťující vyšší adherentnost k probíhající edukaci. Edukant

má tak možnost si manipulaci s pomůckami sám vyzkoušet, což u videa nelze. Své přičinění na této neochotě edukátorek využívat AVT během edukace má dle mého názoru i vyšší časová zátěž této formy edukace.

Edukace se v klinické praxi odehrává bez využití edukačních modelů, což dle získaného názoru během tvorby diplomové práce není ideální. Ztotožňuji se závěry pilotní studie (N= 11) Loerzela a kolektivu (2014), kteří prokázali, že využití edukačních modelů vede ke snížení obav z nezvládnutí ošetrovatelských úkonů v péči o DC s TSK po dimisi do domácího ošetřování. Z tohoto důvodu si myslím, že by měly být edukační modely do edukačního procesu u těchto pacientů zařazeny. Edukant ať je jím sám pacient či osoba o pacienta pečující, by měl mít možnost vyzkoušet si péči o DC s TSK bez psychické zátěže, kterou reálná péče a výměna TSK představuje.

Předposledním cílem realizovaného výzkumu bylo zjistit, jakou míru diskomfortu vykazují sestry při péči o pacienty s tracheostomickou kanylou a jejich edukací. Výpovědi týkající se míry uspokojení edukátora z edukace jsou zařazené v kategorii „vědomí nekompetentnosti“. Samy edukátorky udávaly, že prožitek negativních emocí během edukace pociťují pouze u neadherentních pacientů, kteří celý proces edukace záměrně devalvují. Na základě analyzovaných dat jsme došli k závěru, že pokud pacient bere svůj celkový zdravotní stav na lehkou váhu, edukátorky pociťují zklamání, jelikož i přes veškerou jejich snahu nejsou schopny dosáhnout adekvátní změny v pacientově chování, jednání, dovednostech a ani vědomostech. Pokud je pacient adherentní, spolupracuje a aktivně se na edukaci i léčbě podílí, edukátorky negativní emoce nevnímají. Edukátorky nepociťují diskomfort při rozhovorech na téma tracheostomie ani s pacienty a jejich rodinnými příslušníky či osobami o pacienta pečujícími, tak ani s multidisciplinárním týmem a operátéry. Například studie Mehty a kolektivu (2016), zkoumala míru subjektivně vnímaného diskomfortu všeobecných sester při managementu péče o pacienta s TSK. Kolektiv autorů mapoval subjektivně vnímaný diskomfort všeobecných sester v oblasti péče, ale i multidisciplinární spolupráce v rámci poskytované zdravotní péče pacientům s tracheostomickou kanylou. Autoři dospěli k závěru, že sestry, které mají klinické zkušenosti a neustále svoji erudici v oblasti managementu péče o pacienta s TSK zvyšují, nevnímají diskomfort v žádné ze zkoumaných oblastí managementu péče (Mehta a kol., 2016, s. 3–4).

Posledním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda existuje na pracovišti informantů strukturovaný vzdělávací program pro pacienty s trvalou tracheostomickou kanylou před propuštěním do domácí péče. Žádné ze ZZ, kde oslovené informantky pracují, nemá komplexní, strukturovaný edukační program určený pacientům s dlouhodobým či trvalým zavedením TSK, který by měli možnost absolvovat. Pilotní studie Loerzela a kolektivu (2014) realizovaná na 11 respondentech zabývající se implantací programu T – CARES prokázala, že jedinci, kteří byli primárně edukováni prostřednictvím strukturovaného edukačního programu v oblasti managementu péče o DC s TSK se dopouštějí nižšího počtu chyb v péči, které by vedly k nutnosti rehospitalizace z důvodu vzniklých komplikací. Studie prokázala, že tito pacienti pocítují nižší úzkost z nezvládnutí managementu péče o DC s TSK. Program byl založen na skupinové edukaci kombinující audiovizuální záznam péče o TSK na modelu, diskusi a praktický nácvik na modelu za použití pomůcek, které jsou k dispozici v domácím prostředí. Účastníci výzkumu se cítili lépe připraveni na management péči o DC s TSK a verbalizovali snížení obav z případných komplikací, jejichž řešení si vyzkoušeli v rámci programu.

14 VÝSTUP DO KLINICKÉ PRAXE

Na základě zjištění neexistence jakéhokoliv podkladu pro realizaci a evaluaci edukace pacientů s TSK před jejich dimisí do DO sestrami edukátorkami v klinické praxi, jsem se rozhodla vytvořit „*PŘÍRUČKU PRO SESTRY EDUKÁTORKY: Management péče o pacienta s dlouhodobě zavedenou TSK před jeho propuštěním do domácí péče*“. Tato příručka, která je vzhledem k jejímu rozsahu umístěna v sekci příloh (příloha č. 13) diplomové práce, by mohla být sestrami edukátorkami efektivně využívána v klinické praxi nejen jako podklad pro realizaci edukace, ale také jako jedna z edukačních pomůcek pro pacienta. Vytvořená příručka pro sestry edukátorky je doplněna o následující „*CHECKLIST*“, který je možné využít v klinické praxi při evaluaci self-managementu edukanta během nekomplikované výměny TSK a převazu tracheostomatu.

CHECKLIST URČENÝ VŠEOBECNÝM SESTRÁM PRO EVALUACI NEKOMPLIKOVANÉ VÝMĚNY TSK A PŘEVAZU TRACHEOSTOMATU	
Pacient připraví kompletní seznam pomůcek nutných k výměně a převazu TSK k ruce před zrcadlo (TSK, fixační tkalouny ev. fixační pásky, lubrikant – např. Mesocain gel, sterilní čtverce ev. tracheostomický fix, buničitá vata, elitní miska, ochranný krém, dezinfekční roztok – Prontosan, ActiMaris aj., nůžky, sterilní tampóny nebo čtverce k očištění peristomálního okolí, igelitový sáček na znečištěný spotřební materiál)	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient provede hygienickou dezinfekci rukou	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	

Pacient připraví TSK k zavedení (vyjme střed TSK a nahradí jej zavaděčem)	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient provede mírný záklon hlavy před zrcadlem	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient fixuje jednou rukou TSK v tracheostomatu a odstraní fixaci vložené TSK (přestřihne tkaloun či vyhákne háček fixačního pásku z přední desky TSK)	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient vyjme plynulým tahem směrem ven a dolů TSK ze stomatu a odloží ji do připravené emitní misky	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient si odkašle do připravené buničité vaty a odloží ji do připraveného igelitového sáčku na znečištěný spotřební materiál	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	

Pacient šetrně očistí peristomální okolí od sekretu sterilními čtverci s dezinfekcí	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient provede vizuální kontrolu peristomální kůže v zrcadle	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient ošetří peristomální kůži indiferentní mastí	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient připravenu TSK k zavedení potře lubrikantem	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient provede mírný záklon a během hlubokého nádechu zavede TSK obloukovitým pohybem směrem dozadu a dolů do stomatu	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	

Pacient okamžitě po zavedení odstraní zavaděč TSK	ANO
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient provede správnou fixaci TSK ke krku a ověří její správnost (za fixační tkaloun je možné vložit 1 prst – tím je zajištěna dostatečně pevná fixace předcházející náhodně dekanylaci s minimalizovaným rizikem vzniku dekubitu pod přední deskou TSK od příliš těsné fixace)	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient pod přední desku TSK vloží nastřížený sterilní čtverec či tracheostomický fix (čtverec nesmí být pod přední deskou zpřehýbaný – riziko vzniku dekubitů)	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient vloží do zevního pláště TSK vnitřní TSK a zajistí zámkem na přední desce	ANO
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient kryje vstup do tracheostomatu např. mulovou zástěrkou	ANO
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient odstraní z použité TSK fixační tkaloun, TSK kanylu rozloží (vyjme vnitřní plášť TSK) a naloží ji do připraveného dezinfekčního roztoku k dekontaminaci	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	

Pacient zaváže igelitový sáček se znečištěným spotřebním materiálem a vyhodí jej do „nebezpečného odpadu“	ANO
	ČÁSTEČNĚ
	NE
POZNÁMKY:	
Pacient provede hygienickou dezinfekci rukou	ANO
	NE
POZNÁMKY:	

Zdroj: Patton (2019, s. 1060-1062), volně upraveno autorkou práce pro potřeby evaluačního checklistu

ZÁVĚR

Záměrem předkládané diplomové práce bylo na základě provedeného výzkumného šetření získat relevantní informace o roli sestry edukátorky v klinické praxi během realizace edukace pacientů s tracheostomickou kanylou před jejich dimisí do domácího ošetřování. Dále bylo záměrem výzkumného šetření na základě výsledků stanovit konkrétní doporučení pro zvýšení kvality realizované edukace v klinické praxi.

Edukační činnost a s ní spojená role sestry edukátorky, kterou samotné všeobecné sestry z klinické praxe vnímají jako velmi podstatnou, je neopomenutelným aspektem udávajícím míru komfortu pacienta po propuštění do domácího ošetřování. Vzhledem ke stále se zdokonalujícím diagnostickým metodám a časnějšímu prvozáchytu maligních onemocnění, které tvoří nejčtetnější indikaci k provedení dočasné či trvalé tracheostomie z oboru otorinolaryngologie, je edukace pacientů s TSK před jejich dimisí do domácího ošetřování velmi aktuálním tématem. I vzhledem k těmto skutečnostem by měly být všeobecné sestry dobrými edukátorkami, které adekvátně reagují na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby edukantů. Předpokladem kompetentnosti všeobecné sestry k plnění role sestry edukátorky je kontinuální zvyšování erudice a aktivní sledování nových trendů nejen v problematice ošetrovatelských postupů, ale také v oblasti nových kompenzačních pomůcek, spotřebního materiálu a trendů v hojení ran, který výrazně usnadňuje péči o TSK.

V současné době neexistuje v oslovených ZZ metodický pokyn edukace a péče o pacienty s TSK před jejich dimisí do domácího ošetřování. Tato skutečnost vypovídá o možné variabilitě kvality realizované edukace nejen v rámci jednoho ZZ, ale komplexně napříč zdravotnickými zařízeními, které poskytují péči pacientům s TSK. Standard edukace a péče o pacienty s TSK lze považovat za jediný efektivní nástroj realizace kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče a edukace. Vzhledem k současnému trendu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované péče je zjištění neexistence standardu pro tuto specifickou oblast alarmujícím poznatkem.

Spojená akreditační komise klade na oblast edukace značný důraz. Mělo by být tedy nemožné získat akreditaci od SAK i JCAHO bez toho, aniž by byla edukace pacientů řádně zavedena a metodicky zpracována.

SEZNAM LITERATURY

1. ČERMÁK, Ivo, Lenka CHALUPNÍČKOVÁ, Vladimír CHRZ, Veronika PLACHÁ et al. Narativní analýza. In: ČERMÁK, Ivo, Tomáš ŘIHÁČEK, Roman HYTYCH, et al. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, s. 75–84. ISBN 978-80-210-6382-2.
2. ČERNÝ, Michal, Jana ŠATANKOVÁ, Viktor CHROBOK, Denisa STRÁNSKÁ a Jarmila HOFMANOVÁ. Tracheostomie a polykání: Instruktažní kurzy. *Otorinolaryngologie a foniatrie* [online]. 2014, **63**(2), s. 108 [cit. 2020-12-10]. ISSN 1210-7867. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatrie-clanek/instruktazni-kurzy-ic-48838>
3. DROBILIČOVÁ, Andrea. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*. Olomouc, 2015, **16**(5), s. 236–237. ISSN 1803-5299.
4. EVERITT, Erica. Caring for patients with a tracheostomy [online]. *Nurs Times*. 2016 May 11-17; **112**(19): s. 16-20 [cit. 2020-12-28]. PMID: 27328597.
5. FRACE, Michael A. Tracheostomy Care on The Medical-Surgical Unit. *MEDSURG Nursing* [online]. 2010, **19**(1), s. 58–61 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1092-0811. Dostupné z: doi:20336989
6. GURKOVÁ, Elena. Možnosti zlepšení adherence k léčbě chronických onemocnění. In: GURKOVÁ, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017, s. 17-22. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0461-1.
7. HANZLÍČEK, Jakub, 2013. Využití audiovizuálních prostředků v dějepisu na příkladu výuky moderních dějin. Plzeň. diplomová práce (Mgr.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta pedagogická. [online]. [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7978ob/>
8. HERDA, Pavel. Život ohrožující situace u pacienta s tracheostomií. *Anesteziologie a intenzivní medicína. Abstrakta přednášek přednesených na 21. Hoderově dni* [online]. 2013, **24**(6), s. 438 [cit. 2021-01-

- 10]. ISSN 1214-2158. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek/abstrakta-prednasek-prednesenych-na-21-hoderove-dni-46931>
9. JCAHO – Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, 2014. *Educating Patients*. [online]. [cit. 2020-10-25]. Dostupné z: www.jointcommissioninternational.org
10. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
11. KISVETROVÁ, Helena a Eva MARKOVÁ. Domácí péče. In: KISVETROVÁ, Helena a Eva MARKOVÁ. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, s. 59–72. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.
12. KOLAŘÍKOVÁ, Zdena. Edukace pacienta po laryngektomii. *Sestra* [online]. 2012, **22**(6), s. 33 [cit. 2021-12-10]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
13. KOLAŘÍKOVÁ, Zdena a A. HORÁKOVÁ. Edukace pacienta s tracheostomií: Nelékařská sekce. *Otorinolaryngologie a foniatrie* [online]. 2014, **63**(2), s. 160 [cit. 2021-01-2]. ISSN 1210-7867. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatrie-clanek/nelekarska-sekce-nls-48842>
14. KOPOVÁ, Klára. *Edukační dokumentace v chirurgických oborech*. České Budějovice, 2018. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.
15. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7367-684-1.
16. LOERZEL, Victoria Wochna, William Woodfin CROSBY, Ellen REISING a Mary Lou SOLE. Developing the Tracheostomy Care Anxiety Relief Through Education and Support (T-CARES) Program. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 2014, říjen 2014, **18**(5), s. 522–527 [cit. 2020-12-10]. ISSN 1092-1095. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.1188/14.CJON.522-527>

17. MANDYSOVÁ, Petra. Úvod do problematiky edukace. In: MANDYSOVÁ, Petra. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016, s. 7-11. ISBN 978-80-7395-971-5.
18. MATEJOVÁ, Ivana, P. MLATECOVÁ a Irina ŠEBOVÁ. Tracheotómia a zdravotnícke pomôcky pri starostlivosti o pacientov s tracheostómiou. *Nové vademecum sterilizace* [online]. 2019, **219**(1), s. 4-8 [cit. 2020-10-14]. ISSN 1802-0542. Dostupné z: <http://www.steril.cz/casopis/>
19. MAZÁNEK, Jiří. Tracheostomie. In: MAZÁNEK, Jiří. *Traumatologie orofaciální oblasti*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 67–70. ISBN 978-80-247-1444-8
20. MC DONOUGH, Katie, Janet CRIMLISK, Patrice NICHOLAS, Howard CABRAL, Emily K. QUINN a Scharukh JALISI. Standardizing nurse training strategies to improve knowledge and self-efficacy with tracheostomy and laryngectomy care. *Applied Nursing Research* [online]. 2016, **32**(1), s. 212–216 [cit. 2021-01-10]. ISSN 0897-1897. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.08.003>
21. MEHTA, Anuj B., Sohera N. SYEDA, Allan J. WALKEY a Renda S. WIENER. Tracheostomy in Adults. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine* [online]. 2016, 15. 7. 2016, **194**(2), s. 3–4 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1073-449X. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.1942P3>
22. MICHÁLEK, Roman, ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, Arnošt PELLANT a Jana ŠKVRŇÁKOVÁ. Trvalá tracheostomie ovlivňuje pacienta v psychické, sociální a ekonomické oblasti. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve* [online]. 2011, s. 353-365 [cit. 2020-12-10]. ISBN 9788089544004. Dostupné také z: <https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Pracoviska/ustav-osevovatelstva/Konferencia-zbornik-program/2011-konferencia-fulltext-web.pdf>
23. MICHALÍK, Jan, Milan VALENTA, Miroslav CHRÁSKA, Jan SLAVÍK, Alena PETROVÁ, Jiří POSPÍŠIL, Martin LEČBYCH a Pavel KUČERA. Rodina pečující o svého člena s těžkým zdravotním postižením. In: MICHALÍK, Jan, Milan VALENTA, Miroslav CHRÁSKA, Jan SLAVÍK, Alena PETROVÁ, Jiří

POSPÍŠIL, Martin LEČBYCH a Pavel KUČERA. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, s. 24–31. ISBN 978-80-244-2957-1.

24. MORAVCOVÁ, Libuše, Eva RYBOŘOVÁ a Simona BATKOVÁ. Totální laryngektomie z pohledu klienta i zdravotníka. *Sestra* [online]. 2010, **20**(10), s. 62-64. [cit. 2020-12-10]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>
25. MUCHA, Cyril, Ludmila BEZDÍČKOVÁ, Bohumil SEIFERT, Boris ŠŤASTNÝ a Svatopluk BÝMA. Hygienické podmínky poskytování péče v ordinacích praktických lékařů. In: MUCHA, Cyril, Ludmila BEZDÍČKOVÁ, Bohumil SEIFERT, Boris ŠŤASTNÝ a Svatopluk BÝMA. *Pandemie infekce COVID-19 a primární péče: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2020* [online]. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2020, s. 9–11 [cit. 2021-03-17]. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-21-7. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy/2020/DP-Pandemie-2020-12-02.pdf>
26. *NANDA International, Inc.: Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2018-2020*. 11. vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-0710-0.
27. Nařízení vlády č. 164/2018 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 156. Roč. 2018. s. 9126-9132. ISSN 1211-1244.
28. NASSWETTER, Jaromír, Ondřej TRČKA, Jiří KRČÁL, Monika VOHLÍDKOVÁ, Petr HRABAČKA, Tomáš SVOBODA a David SLOUKA. Péče o pacienta po totální laryngektomii. In: BANĚČKOVÁ, Martina, Břetislav GÁL, Jana HANÁKOVÁ, et al. *Otorinolaryngologie*. Praha: Galén, 2018, s. 206–209. ISBN 978-80-7492-391-3.
29. NOVA SCOTIA HEALTH. Tracheostomy Care at Home: Patient & Family Guide. *Nova Scotia Health* [online]. Kanada: Nova Scotia Health Authority, ©

- 2020, srpen, 2016 [cit. 2021-02-18]. Dostupné z: <http://www.nshealth.ca/sites/nshealth.ca/files/patientinformation/0244.pdf>
30. NOVÁKOVÁ, Kateřina. Péče o pacienta s tracheostomií. *Sestra* [online]. 2013, **23**(6), s. 38-39 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
31. NOVÁKOVÁ, Veronika, Zuzana KOUKALOVÁ a Dagmar KLIMENTOVÁ. Kurz péče o pacienta s tracheostomií. *Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně* [online]. FN u sv. Anny v Brně: Personální úsek – Odbor vzdělávání, 2020 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: https://www.fnusa.cz/wp-content/uploads/NABIDKA_kurzu_2020-verejnost.pdf
32. NOVOTNÁ, Šárka. Tracheostomie a související péče. In: *Sestra.IN: ... sestry vzdělávají sestry* [online]. Praha: ORL ambulance ÚVN Praha, 2011, 24. 1. 2011 [cit. 2021-01-19]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=423>
33. OTÁHAL, Michal. Perkutánní dilatační tracheostomie (PDTs) – benefit pro pacienta na JIP. *Anesteziologie & intenzivní medicína* [online]. 2012, **23**(4), s. 225-226 [cit. 2021-01-09]. ISSN 1214-2158. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek/20-hoderuv-den-8-12-2012-airway-management-souhrny-prednasek-38804>
34. OZOGANYOVÁ, Magda, Ľudmila KUBICOVÁ a Viera TEREKOVÁ. Edukační proces u pacienta s tracheostomií. *Sestra. Tematický sešit 344 - Stomie* [online]. 2012, **22**(6), s. 46-47 [cit. 2021-01-12]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>
35. PATTON, Julie. Tracheostomy care. *British Journal of Nursing* [online]. 2019, **16**(28), s. 1060–1062 [cit. 2021-01-10]. ISSN 0966-0461. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2019.28.16.1060>
36. PAUL, Fiona. Tracheostomy care and management in general wards and community settings: literature review. *Nursing in Critical Care* [online]. 2010, **15**(2), s. 76–85 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1362-1017. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00386.x>

37. PELLANT, Arnošt, Jana ŠKVRŇÁKOVÁ, Roman MICHÁLEK, Jan MEJZLÍK a Jiří ŠILLER. Všeobecná sestra a tracheostomie. *Otorinolaryngologie a foniatrie* [online]. 2013, **62**(3), s. 145-148 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1210-7867. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatrie-clanek/vseobecna-sestra-a-tracheostomie-41651>
38. RUSSEL, Claudia. High-Dependenci Nursing: Providing the nurse with a guide to tracheostomy care and management. *British Journal of Nursing* [PDF] [online]. 2013, **14**(8), s. 428-433 [cit. 2020-12-29]. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.8.17934>
39. SCHWARZ, Pavel, Petr MATOUŠEK a Petr SŮVA. Tracheostomie - indikace a technika provedení. *Lékařské listy* [online]. 2010, **2010**(15), s. 30-34 [cit. 2021-01-12]. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/priloha-lekarske-listy/?id=3679>
40. SLOUKA, David. Příprava pacienta k totální laryngektomii. In: SLOUKA, David a Tomáš SVOBODA. *Hrtan. Rakovina hrtanu. Ošetřování po totální laryngektomii*. Plzeň: Euroverlag, 2016, s. 59–61. ISBN 978-80-7177-952-0.
41. Spojená akreditační komise, o.p.s. Dostupnost a kontinuita péče. In: MARX, David a František VLČEK. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. Praha: TIGIS, spol. s r. o., 2014, s. 41-49. ISBN 978-80-87323-04-05.
42. SWORDS, C., A. MANJI, E. WARD a A. ARORA. A pilot study on the provision of tracheostomy healthcare and patient engagement in quality improvement measures: a global perspective. *Journal of Laryngology & Otology* [online]. 2018, **132**(12), s. 1093–1096 [cit. 2020-11-10]. ISSN 0022-2151. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebsco&url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=134255850&lang=cs&site=ehostlive&scope=site>
A pilot study on the provision of tracheostomy healthcare and patient engagement in quality improvement measures: a global perspective.
43. ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, Arnošt PELLANT a Petra MANDYSOVÁ. Změna komunikace je u pacientů s trvalou tracheostomií největším

hendikepem. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2011, **60**(2), s. 85-90. ISSN 1210-7867.

44. ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana a Miroslava SLANINÁKOVÁ. Kompenzační pomůcky pro nemocné s dlouhodobou tracheostomií. *Sestra* [online]. 2010, **20**(11), s. 76-77 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>
45. ŠROMOVÁ, Lenka. Pacient s tracheostomií na domácí umělé plicní ventilaci. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. 2018, **65**(3), s. 57-65 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1212-3048. Dostupné také z: <https://nlk.cz/zdroje/publikace-nlk/anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-medicina/>
46. ŠTĚPÁNOVÁ, Kateřina. *Využití didaktických metod při edukaci pacientů*. Praha, 2017. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA 2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Šárka Tomová, Ph.D.
47. ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-7394-246-5.
48. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pro studium a praxi*. Praha: Portál, 2007. *Pedagogika* (Grada). ISBN 978-80-7367-313-0.
49. TOBOLKOVÁ, Kateřina. *Srovnání efektivnosti výuky pomocí inovativních a klasických metod*. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PaedDr. Lucie Špatná Zormanová, Ph.D.
50. VČELÁK, Petr. Šablona pro diplomové práce studentů Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni. *Petr Včelák - Materiály pro studenty*. [online] Petr Včelák, 28. leden 2020. [cit. 2020-08-28] <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.
51. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č. 5/2020 Sb. Částka 5. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru: Všeobecná sestra – Ošetrovatelské péče v interních oborech, Všeobecná sestra – Ošetrovatelská péče v*

chirurgických oborech, Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Všeobecná sestra – Intenzivní péče. Praha: MZČR, 2020

52. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244.
53. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244
54. WEISS, Marianne E., PIACENTINE Linda B., CANDELA Lori, Kathleen L. BOBAY. *Effectiveness of using a simulation combined with online learning approach to develop discharge teaching skills* [online]. 10. Nurse Education in Practice, 2021 [cit. 2021-03-17]. ISSN 1471-5953. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103024>.
55. WHO. Advice on the use of masks in the community, during home care and in health care settings in the context of COVID-19, Interim guidance, 19 March 2020, WHO, [online]. [cit. 2021-01-25]. Dostupné z: [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)
56. YEN Peggy H., Leasure Renee A. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. *Federal practitioner: for the health care professionals of the VA*, Červen 2019; **36**(6): s. 284-289. PMID: 31258322; PMCID: PMC6590951.
57. ZACHAROVÁ, Eva. Verbální komunikace ve zdravotnictví. In: ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016, s. 31–34. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.
58. Zákon č. 284/2018 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o

změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonů činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2018. Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o. In. *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452-1480. ISSN 1211-1244.

59. ZORMANOVÁ, Lucie. *Obecná didaktika: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4590-9.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Přehled odborných publikací využitých v diplomové práci na základě rešerše
- Příloha č. 2 Formy realizace edukace
- Příloha č. 3 Schéma chirurgického provedení tracheostomie
- Příloha č. 4 Schématické zobrazení komunikačního procesu k podpoře self-managementu pacienta s TSK
- Příloha č. 5 Základní otázky kladené při projektová ní edukace
- Příloha č. 6 Edukační bariéry
- Příloha č. 7 Struktura edukačního standardu
- Příloha č. 8 Přehled základních didaktických metod
- Příloha č. 9 Akreditační standardy pro nemocnice zajišťující kontinuity poskytované péče
- Příloha č. 10 Žádosti o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním diplomové práce
- Příloha č. 11 Informovaný souhlas informanta na výzkumném šetření
- Příloha č. 12 Struktura polostrukturovaného rozhovoru
- Příloha č. 13 Příručka pro sestry edukátorky: management péče o pacienta s dlouhodobě zavedenou tracheostomickou kanylou před jeho propuštěním do domácí péče

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Přehled odborných publikací využitých v diplomové práci na základě rešerše

Název článku Autor	Rok vydání Stát	Metodika zpracování (počet respondentů)	Výsledky výzkumu
1. Caring for patients with a tracheostomy Erica Everitt	2016 Velká Británie	Kvantitativní národní šetření týkající se výsledků péče, morbiditů a mortality pacientů s TSK za rok 2014. N=?	Výzkumné šetření dospělo k závěru, že péče o pacienty s TSK klesla pod úroveň, kterou lze globálně považovat za bezpečnou a adekvátní. Šetřením bylo zjištěno, že až 50% úmrtí bylo způsobeno dislokací TSK. Dále bylo zjištěno, že 28 % nemocnic neprovedlo edukaci zaměstnanců v situaci, kdy dojde k dislokaci kanyly, a jak tento kritický incident identifikovat a adekvátně řešit. Autorka ve své práci uvádí, že je třeba zaměstnance v této základní dovednosti říadně edukovat a zvýšit celkovou erudici NLZP v této oblasti prostřednictvím povinných vzdělávacích programů uskutečňovaných v nemocnicích, kde je poskytována péče této specifické skupině nemocných.
2. Developing the Tracheostomy Care Anxiety Relief Through Education and Support (T-CARES) Program Loerzel, Victoria Wochina, Crosby, William Woodfin, Reising, Ellen, Sole, Mary Lou	2014 USA	Pilotní studie hodnotící efekt implantace T-CARES programu do praxe za účelem snížení počtu rehospitalizací pacientů s nově zavedenou TSK a minimalizace úzkosti osob o tyto nemocné pečující. N = 11	Výsledky pilotáže prokazují, že i u jedinců primárně edukovaných v péči o nemocného se zavedenou TSK lze prostřednictvím implantace T-CARES programu snížit úzkost pečujících a předejít tak vyšší chybivosti v péči a nutnosti rehospitalizací pro komplikace v souvislosti s TSK. Program je založen na skupinové edukaci kombinující audiovizuální záznam péče o TSK na modelu, diskusi a praktickém nácviku na modelu za použití pomůcek, které mají pečující k dispozici v domácím prostředí. Jako nejvíce přínosná byla účastníky studie hodnocena možnost opakování praktického nácviku na modelech do té doby, dokud si nebyli jisti jeho správným provedením bez stresu, který by způsobil nácvik na osobě, kterou budou ošetrňovat. Snížení chybivosti a úzkosti při péči bylo hodnoceno odborníky během simulovaného odsávání pacienta skrz TSK. Odborníci hodnotili dodržování správného postupu (sterilita, hloubka odsávání aj.). Sami účastníci výzkumu se cítili lépe připraveni na péči o své příbuzné a verbalizovali snížení obav z případných komplikací, jejichž řešení si vyzkoušeli v rámci programu.

Zdroj: vlastní

Název článku Autor	Rok vydání Stát	Metodika zpracování (počet respondentů)	Výsledky výzkumu
3. Tracheostomy Care on The Medical-Surgical Unit Michael A. Frace	2010 USA	Případová studie	Případová studie popisuje péči o pacienta po operaci malignity v oblasti hlavy a krku se zavedením dlouhodobé TSK. Článek definuje, jaké otázky by si měla sestra před péčí o takového pacienta zodpovědět, aby mohla poskytnout adekvátní odbornou péči. Jaké je potřeba mít připravené pomůcky u lůžka pacienta nutné k akutní výměně TSK. Článek popisuje problematiku zvlhčování vzduchu, převazů a edukace pacienta se zavedenou TSK. Případová studie popisuje řešení neodkladné obturace TSK a klade důraz na nutnost neustále připravených pomůcek nutných k řešení této situace. Závěrem případové studie je konstatováno, že zodpovězením si základních otázek před zahájením péče o tyto nemocné a kontrolou připravenosti pomůcek k řešení neodkladné situace, lze předejít nadměrnému stresu u ošetrujícího personálu.
4. Tracheostomy in adults Melita, Anuj B; Syeda, Sohera N; Walkley, Allan J; Wiener, Renda S	2016 USA	Teoretický přehled	Tento článek je určen pacientům, u nichž je indikováno zavedení dlouhodobé či trvalé tracheostomie, a dále osobám o pacienta pečujícím, jako reakce na zodpovězení nejčastěji kladených otázek v souvislosti se zavedením TSK. Text popisuje tracheostomii, její indikační kritéria a kritéria, která rozhodují o tom, zda bude indikována trvalá či dočasná TS. V článku je diskutováno období po zavedení tracheostomie, kde autoři specifikují, co lze očekávat v tomto období. Nalezáme zde i uvedené výhody tracheostomické kanyly (zejména v souvislosti s dlouhodobou ventilační podporou), ale i její úskalí plynoucí z obejití přirozené bariéry tvořené HCD včetně komplikací plynoucích ze samotného vytvoření tracheostomu.

Zdroj: vlastní

Název článku Autor	Rok vydání Stát	Metodika zpracování (počet respondentů)	Výsledky výzkumu
5. Tracheostomy care Patton, Julie	2019 Velká Británie	Teoretický odborný článek	Článek specifikuje péči o tracheostomii v oblastech péče o stonm, kterými je třeba pacienta před dimisi provést cestou edukačního procesu. V samotném úvodu článku je uvedena anatomie k přiblížení oblasti, kde je tracheostomie vytvořena. Autor specifikuje oblast péče o tracheostomii, ve kterých musí být pacient před dimisi edukován. Popisovanými oblastmi je čištění tracheostomické kanyly, péče o peristomální kůži, převazy tracheostomie, zvlhčování vzduchu. Text je dále věnován i možným komplikacím a příznakům jejich rozpoznání a kritického zhodnocení jejich závažnosti a zvládnutelnosti v domácím prostředí. Článek popisuje, koho kontaktovat v případě komplikací a jak lze nezávažné komplikace řešit v domácím prostředí. Článek klade velký důraz zejména na zvlhčování vzduchu a nutnost mít stále u sebe náhradní kanylu pro případ obturace vložené kanyly či pro případ její náhodné dekanylace a zhodnocení.
6. Tracheostomy care and management in general wards and community settings: literature review Fiona Paul	2010 Velká Británie	Literární review za období 1998–2009 Počet relevantních zdrojů byl 76	Literární review se zaměřilo na literaturu týkající se managementu péče o pacienty s tracheostomickou kanylou k identifikaci současné perspektivy výzkumu v této oblasti. Přesto, že počet literatury byl relativně rozsáhlý, byl výzkum omezen díky úzkému zaměření výzkumu ve vymezeném období. Literatura se zaměřuje zejména na péči realizovanou v rámci intenzivní péče, metody zavedení tracheostomu. Pouze malý počet výzkumných prací se věnoval péči o pacienty s tracheostomickou kanylou na standardním oddělení. Z hodnocené literatury je patrná snaha vytvoření multidisciplinárních týmů věnujících se managementu péče o pacienty s tracheostomickou kanylou. Závěrem literárního review je konstatování, že i přes implantaci EBN do klinické praxe a vzdělávání personálu a pacientů je zřejmé, že oblasti edukace a vzdělávání je potřeba věnovat intenzivnější pozornost a vydefinovat nejefektivnější výukové metody, které lze využít.

Zdroj: vlastní

Název článku Autor	Rok vydání Stát	Metodika zpracování (počet respondentů)	Výsledky výzkumu
7. A pilot study on the provision of tracheostomy healthcare and patient engagement in quality improvement measures: a global perspective Swords, C; Marji, A; Ward, E; Arora, A	2018 Velká Británie	Kvantitativní pilotní studie N=65	Výsledky pilotáže poukazují na fakt, že pouze 23 % poskytovatelů zdravotních služeb standardně umožňuje pacientům se setkat s problematikou ošetření TSK ještě před jejím zavedením. Výzkumem bylo zjištěno, že pouze 31 % ZZ má zavedený standardní postup edukace, dimise a vybavení pomocí „tracheostomických balíčků“ při propuštění pacientů do domácího ošetřování. Z výše zmiňovaných 31 % respondentů uvedlo 71 % z nich, že došlo k prodloužení hospitalizace z důvodu „čekání na balíček péče o TSK“, který je nemocným při dimisi poskytován. 57 % oslovených respondentů uvedlo, že v ZZ, kde pracují, mají zavedený standardizovaný program edukace pacientů a osob o něj pečujících před jejich dimisí. Ukázalo se, že 46 % účastníků se účastnilo vzdělávání a jiných iniciativ ke zlepšení kvality péče o pacienty s tracheostomickou kanylou, ovšem pouze 26 % tvořili pacienti či osoby o ně pečující. Výzkum prokázal, že 68 % respondentů před zavedením webináře sloužícího k předávání zkušenosti a zvyšování kvality péče o pacienty s tracheostomickou kanylou a 92 % po jeho zavedení sledalo webinář jako velmi užitečný nástroj k zvyšování kvality péče, na kterém se mohou podílet.
8. Standardizing nurse training strategies to improve knowledge and self-efficacy with tracheostomy and laryngectomy care Mc Donough, Katie; Crumlisk, Janet; Ni cholas, Patrice; Cabral, Howard; Quinn, Emily K.; Jalisi, Scharukh	2016 USA	Kvantitativní výzkumná studie N = 338	Výzkum se věnuje posouzení dostatečnosti vzdělání sester pečující o pacienty s tracheostomickou kanylou. Výzkumné šetření bylo založeno na absolvování vzdělávacího programu, na jehož konci byl distribuován dotazník zaměřující se na zhodnocení úrovně znalostí a zkušenosti v péči o TSK. Program zahrnoval základní anatomii, rozdíl mezi prostým zavedením tracheostomie a jejím zavedením po laryngektomii, kdy je management poskytované péče diametrálně odlišný už jen z toho důvodu, že se jedná o trvalé zavedení TSK. Vzdělávací program sloužil nejen k zvýšení erudice v oblasti samotného ošetrovatelského procesu u pacientů s TSK, ale i k přípravě sester na řešení možných komplikací. Šetření prokázalo, že sestry, které absolvovaly vzdělávací program, byly ve vědomostních otázkách úspěšnější než sestry, které tento program neabsolvovaly. V otázkách týkajících se zkušenosti a komfortu při péči o tyto nemocné uváděly sestry, které absolvovaly program, menší míru obav a úzkosti z řešení možných komplikací v souvislosti s TSK.

Zdroj: vlastní

	Název článku Autor	Rok vydání Stát	Metodika zpracování (počet respondentů)	Výsledky výzkumu
9.	Edukační proces u pacienta s tracheostomií Magda Ozoganyová, Ludmila Kubicová, Viera Tereková	2012 Slovensko	Odborný teoretický článek shrnující edukační proces	Článek charakterizuje edukační proces, jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu. V článku nalezneme charakteristiku tracheostomie, základní indikační kritéria a vysvětlení podstaty a důležitosti edukačního procesu v ošetrovatelství. Článek popisuje všech pět fází edukačního procesu, kdy v každé fázi je popsáno, jakými oblastmi oblastí bychom se měli zabývat a jaké informace od klienta/pacienta zjišťovat. Autorka v závěru svého článku uvádí, že edukace je dynamickým procesem mezi pacientem a sestrou sloužícím ke zvýšení kvality self-managementu.
10.	Péče o pacienta s tracheostomií Katerína Nováková	2013 ČR	Případová studie	Případová studie popisuje ošetrovatelský proces poskytovaný sestrami agentury domácí péče (ADP) u ženy propuštěné do domácího ošetrování s TSK. Žena byla propuštěna po základní edukaci a předána do následné péče ADP, jejímž cílem byl nácvik soběstačnosti v péči o tracheostomii včetně výměny TSK. Žena dospěla k zvládnutí inhalace, zkompletování pomůcek nutných k výměně, ale i přes opakované edukace a praktické nácviky bohužel vzhledem k úzkosti a strachu z udušení nebylo dosaženo zvoleného cíle: pacientka zvládá samostatně výměnu TSK. Edukace se přeorientovala na životosprávu a zvýšení pohyblivosti pacientky.

Zdroj: vlastní

Název článku Autor	Rok vydání Stát	Metodika zpracování (počet respondentů)	Výsledky výzkumu
11. Změna komunikace je u pacientů s trvalou tracheostomií největším hendikepem Škvrňáková, Jana; Pellant, Arnošt; Mandysová Petra	2011 Česká republika	Kvantitativní výzkum formou strukturovaných rozhovorů N = 60	Výzkumné šetření se zaměřilo na dopad ztráty či poškození hlasu po zavedení TSK a na pacientův komfort. Oslovenými respondenty byli pacienti po totální laryngektomii a nemocní s TSK při zachování laryngu. Výzkum prokázal, že pacienti se více než samotného zavedení TSK obávají ztráty poruchy hlasu. Výzkumné šetření prokázalo, že pro pacienty je více obtěžující ztráta ev. porucha hlasu než samotné zavedení tracheostomické kanyly, což uvedlo 82,7 % dotazovaných respondentů. Předoperačně vyjádřilo pouze 16,7 % oslovených obav, že péči o tracheostomii si dostatečně neosvojí. 85,7 % respondentů uvedlo, že se na novou situaci v souvislosti s dlouhodobým zavedením TSK dobře adaptovali. Výzkumné šetření prokázalo na zjištění, že pacienti, kteří si osvojili náhradní hlasové mechanismy a jsou schopni komunikace, nepocítí ani úzkost ze stávající situace. Pouze 29,9 % respondentů uvedlo, že pocítí skleslost, tito respondenti volici tuto možnost byli pacienti, kteří komunikovali pouze pomocí retního šepotu. Článek je věnován sestrám pečujícím o tracheostomované pacienty. Přesto, že označení stomie je univerzální pro vytvoření vyústění dutého orgánu na povrch, ovšem označení stomická sestra se využívá zpravidla pro sestry pečující o pacienty s kolostomií. Dle vyhlášky č. 55/2011 všeobecná sestra na základě indikace lékaře provádí výměnu TSK a odbornou ošetrovatelskou péči o stomii. Za předpokladu, že bychom si „odmysleli“ specifika daná druhem stomie, je péče poskytována stomickou sestrou a sestrou pečující o pacienty s tracheostomickou kanylou identická. Článek upozorňuje na společnou charakteristiku péče o tracheostoma a stomii jiného druhu, a především na to, že práce těchto sester je nedocenená zvláště díky tomu, že péče o TSK je vysoce specifická a není tak známá jako péče o stomie vyvedené zejména na GIT, které jsou mnohem častější. Právě tato skutečnost menšího počtu a zejména nižších nákladů na kompenzační pomůcky a spotřební materiál je patrně důvodem nižšího zájmu zdravotních firem pro pořádání seminářů aj. akci týkajících péče o pacienty s tracheostomickou kanylou. Přestože, pro tyto sestry nejsou pořádány kurzy specializačního vzdělávání je úroveň erudice těchto sester v oblasti péče o TSK velmi vysoká.
12. Všeobecná sestra a tracheostomie Pellant, Arnošt; Škvrňáková, Jana; Michálek, Roman; Mejzlík, Jan; Šiller, Jiří	2013 Česká republika	Odborný teoretický článek	Článek je věnován sestrám pečujícím o tracheostomované pacienty. Přesto, že označení stomie je univerzální pro vytvoření vyústění dutého orgánu na povrch, ovšem označení stomická sestra se využívá zpravidla pro sestry pečující o pacienty s kolostomií. Dle vyhlášky č. 55/2011 všeobecná sestra na základě indikace lékaře provádí výměnu TSK a odbornou ošetrovatelskou péči o stomii. Za předpokladu, že bychom si „odmysleli“ specifika daná druhem stomie, je péče poskytována stomickou sestrou a sestrou pečující o pacienty s tracheostomickou kanylou identická. Článek upozorňuje na společnou charakteristiku péče o tracheostoma a stomii jiného druhu, a především na to, že práce těchto sester je nedocenená zvláště díky tomu, že péče o TSK je vysoce specifická a není tak známá jako péče o stomie vyvedené zejména na GIT, které jsou mnohem častější. Právě tato skutečnost menšího počtu a zejména nižších nákladů na kompenzační pomůcky a spotřební materiál je patrně důvodem nižšího zájmu zdravotních firem pro pořádání seminářů aj. akci týkajících péče o pacienty s tracheostomickou kanylou. Přestože, pro tyto sestry nejsou pořádány kurzy specializačního vzdělávání je úroveň erudice těchto sester v oblasti péče o TSK velmi vysoká.

Zdroj: vlastní

	Název článku Autor	Rok vydání Stát	Metodika zpracování	Výsledky výzkumu
13.	Trvalá tracheostomie ovlivňuje pacienta v psychologické, sociální a ekonomické oblasti Jana Škvrňáková Arnošt Pellant Roman Michálek	2011 Česká republika	Kvantitativní výzkum formou strukturovaného rozhovoru, doplněný o pozorování a rozbor zdravotní dokumentace N=60	Rozhovory bylo zjištěno, že pacienti s tracheostomií nepociťují smutek a necítí se osaměli. Naopak většina z respondentů uvedla, že mají dobrý pocit ze života i přes velkou změnu života, kterou jim tracheostomie přinesla. Výsledky poukazují dobrou adaptaci na novou situaci včetně přijetí omezení, která z tracheostomie plynou. Pouze 14,6 % respondentů uvedlo, že jim onemocnění přineslo změnu v sociálních kontaktech, zvýšený pocit osamělosti mělo pouze 3,6 % respondentů. Výzkum prokázal, že s nemocí se zvýšila finanční zátěž pro nemocného a jeho rodinu v souvislosti s nákupem spotřebního materiálu, dispenzárním sledováním a případnou ztrátou zaměstnání, a tedy i příjmů. Přesto, že se zvýšila finanční zátěž pro pacienta a jeho rodinu, většina pacientů nevyužila dalších sociálních dávek.
14.	Život ohrožující situace u pacienta s tracheostomií Pavel Herda	2013 Česká republika	Odborný teoretický článek	Článek popisuje nejčastější život ohrožující komplikace, které mohou vzniknout u pacientů s TSK. Nejčastější komplikace byly vytipovány na základě výzkumů, které se četnosti a závažnosti komplikací v minulosti zabývaly. Popisovány jsou komplikace je krvácení do dýchacích cest, obturace a dislokace tracheostomické kanyly, čemuž se snažíme předejít fixací stedy. Tyto elementární postupy při chirurgickém zavedení TSK výrazně snižují incidenci komplikací.

Zdroj: vlastní

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2 Formy realizace edukace

Individualizovaná forma edukace

- individualizace výuky – zdůrazňuje didaktický princip individuálního přístupu k edukantům

Skupinová forma edukace

- různě velké skupiny, optimální počet edukantů je 3-5
- v ošetrovatelství nejčastěji využívána v rámci – svépomocných skupin, lázeňské rehabilitační péče, léčebné péče v léčebnách nebo ozdravovnách

Distanční forma edukace

- umožňuje vzdělávání edukantů bez nutnosti osobního kontaktu edukanta a edukátora
- v ošetrovatelství se může jednat například o online rozhovory či chat v rámci webinářů specializovaných poraden

Prezenční forma edukace

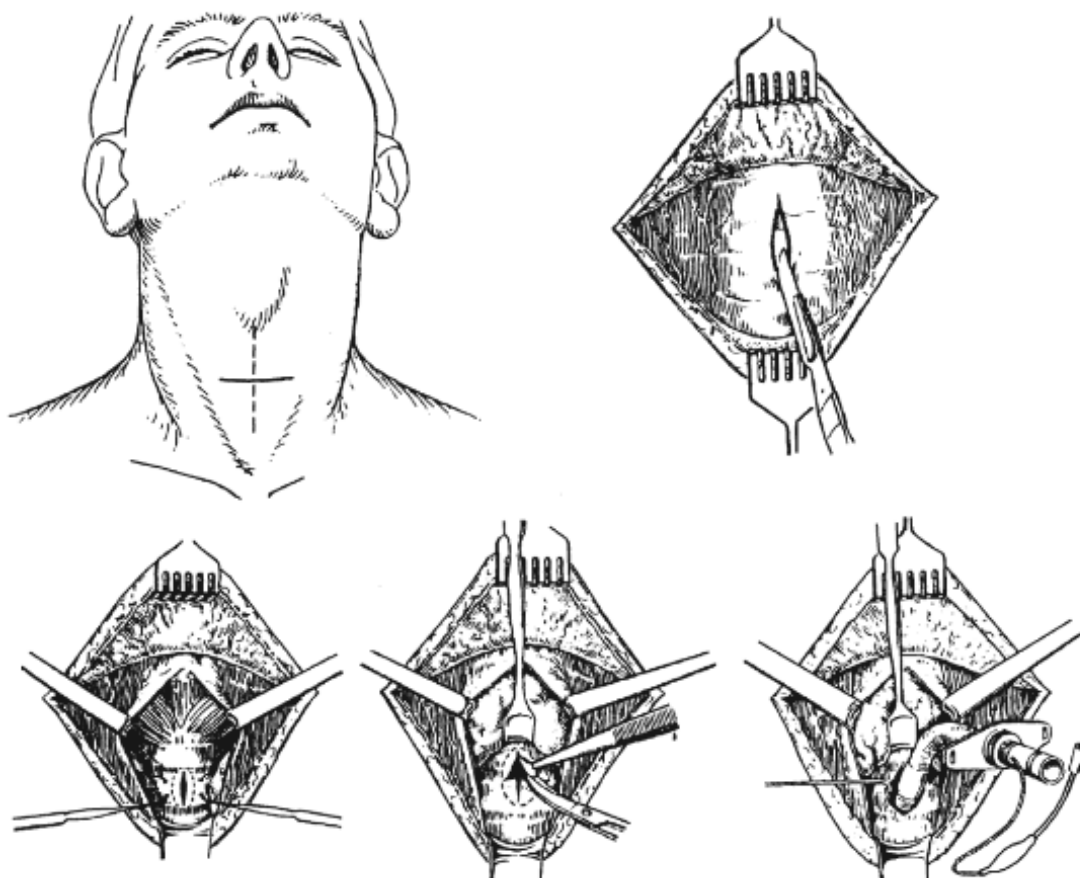
- jedná se o klasický edukační přístup, kde je fyzicky přítomen edukant i edukátor

Edukace formou samostudia

- v ošetrovatelství se využívá v podobě předání edukačních letáků či brožur, předání internetových odkazů na validní zdroje, či zapůjčení odborné literatury k problematice
- edukant má možnost získat vlastní pohled na problematiku a připravit si dotazy k problematice
- edukace formou samostudia musí být vždy doplněna o edukaci prezenční, edukant musí mít možnost zpětné vazby

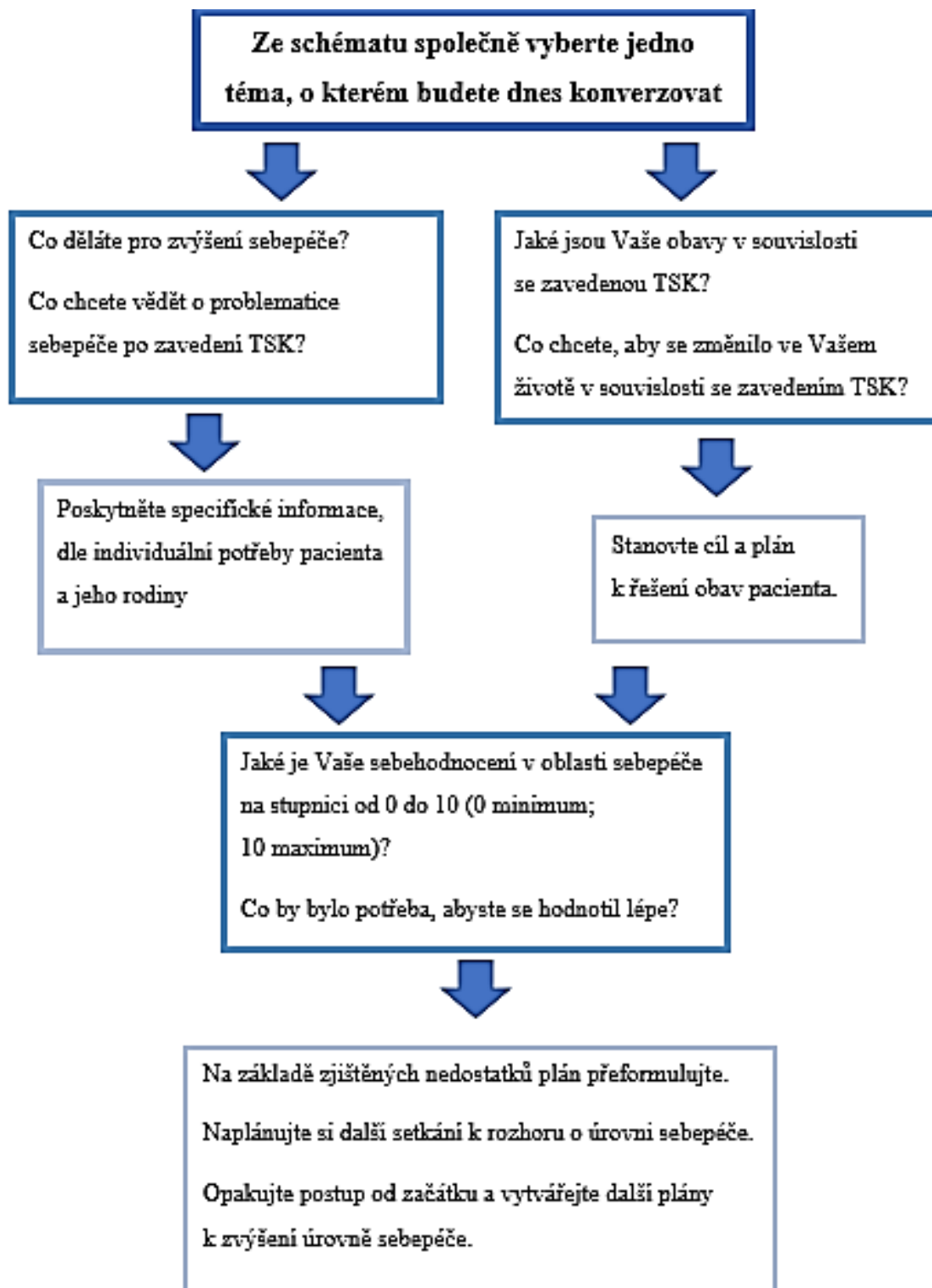
Zdroj: Mandysová (2016, s. 7-11), volně upraveno autorkou pro potřeby DP

Příloha č. 3 Schéma chirurgického provedení tracheostomie



Zdroj: Mazánek (2007, s. 67–70)

Příloha č. 4 Schématické zobrazení komunikačního procesu k podpoře self-managementu pacienta s TSK



Zdroj: Zacharová (2016, s. 31–34), volně upraveno autorkou práce

Příloha č. 5 Základní otázky kladené při projektové edukaci

Kdo bude edukován?	Věk, pohlaví, intelekt, výše vzdělání, individuální zvláštnosti, multikulturní aspekty, handicap aj.
Jaký je důvod edukace?	Zvýšení erudice, zlepšení self-managementu, změna životního stylu aj.
Co bude výsledkem edukace	Návrat zdraví, zlepšení kvality života aj.
Kdy bude edukace probíhat a v jakém rozsahu?	V jakou denní dobu, jak bude dlouhá jednotlivá edukační lekce aj.
Jaký bude způsob edukace?	Postupy, metody a formy edukace (výuková videa, diskuse, demonstrace aj.)
Jaké budou edukační podmínky?	Příprava potřebných pomůcek a prostředí
Jaké jsou očekávané výsledky edukace?	Pacient vyjmenuje kompletní sadu pomůcek potřebných k výměně TSK, provede bezchybnou výměnu TSK aj.

Zdroj: Juřeníková (2010, s. 25-26), upraveno autorkou

Příloha č. 6 Edukační bariéry

Všeobecné edukační bariéry	
Intelektuální	Příčinou je nižší inteligence jedince, tato bariéra může být umocněna chybným postupem edukátora. Vhodné je komunikovat verbálně i neverbálně jednoduše a srozumitelně, používat příklady a názorné ukázky.
Percepční	Brání edukantovi pochopit podstatu předávané problematiky, tato bariéra vzniká, pokud edukátor zabíhá příliš do detailů či je problematika předávána obecně. Z tohoto důvodu je potřeba podněcovat edukanta k vlastní interpretaci problematiky – ověření, zda problematice porozuměl.
Emoční	Tyto bariéry představuje naše jednání, postoj, myšlení aj. Příkladem lze uvést obavy ze selhání či nezvládnutí sebezpečí, ale i neochotu přijmout nový postoj. Emoční bariéry mohou být způsobeny rigiditou účastníků edukace a jejich nízkou představivostí.
Kulturní	Vznikají uzpůsobováním našeho chování normám společnosti, tj referenčním rámcům. Ovšem tato skutečnost vede k přijímání „neutrální pravdy“ bez kritického myšlení.
Edukační bariéry z pohledu účastníka edukace	
Edukační bariéry ze strany edukanta	Věk, jazyková bariéra, stádium a charakter onemocnění, emocionální rozpoložení, individuální zvláštnosti jedince, smyslový či mentální handicap, sociální a kulturní prostředí, ve kterém jedinec žije aj.
Edukační bariéry ze strany edukátora	Nedostatečná erudice v oblasti oborové didaktiky, nízká multidisciplinární spolupráce, nevhodně vedená edukační dokumentace, chaotická edukace, nevhodně volené edukační pomůcky a metody edukace, nedostatečná znalost zásad komunikace, neznalost používání evaluačních nástrojů v edukaci aj.

Zdroj: Juřeníková (2010, s. 53-57), upraveno autorkou práce

Příloha č. 7 Struktura edukačního standardu

Edukační standard vždy musí obsahovat:

- *Téma edukace*, tj. na co je konkrétní edukační standard zaměřen
- *Charakteristiku standardu*
 - Strukturální
 - Procesuální, tj. zaměření na ošetrovatelské postupy a činnosti
 - Evaluace výsledků péče
- *Cíl edukace*
 - Musí být stanoveno, co je výsledkem edukace, tj. jaké vědomosti, dovednosti a postoje si má pacient edukací osvojit
 - Cíl edukace musí splňovat zásadu reálnosti, srozumitelnosti, dosažitelnosti a jeho stanovení musí být jasné (tj. nelze vyložit dvěma způsoby)
- *Míru závaznosti standardu*
 - Musí být stanoveno pro koho je edukační standard závazný, tj. komu je určen a kdo jej musí dodržovat
- *Doba platnosti standardu*
- *Kontrola standardu*
 - Jak často proběhne audit, kdo je oprávněn provést audit a podpis zodpovědné osoby za audit
- *Místo realizace*

Edukační standard vždy musí splňovat tato kritéria:

- *Strukturální kritéria*
 - Materiální zabezpečení (pomůcky a prostředky, dokumentace aj.), organizační předpoklady (kdy, kde, a kdo všechno se bude edukace účastnit, možnost přítomnosti blízkých osob) a personální zabezpečení (erudovaní edukátoři)
- *Procesuální kritéria*
 - Logicky rozpracovaný harmonogram edukačních aktivit, zajišťující kontinuitu procesu edukace

- *Výsledková kritéria*
 - Jaké změny v edukantových postojích, vědomostech, dovednostech a hodnotách mají nastat po absolvování edukace

Zdroj: Zormanová (2014, s. 204–206)

Příloha č. 8 Přehled základních didaktických metod

Název skupiny didaktických metod	Didaktické metody
Klasické výukové metody	<p><i>Slovní metody</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Přednáška, práce s tištěnými dokumenty, vysvětlování, vyprávění a rozhovor <p><i>Názorně-demonstrační metody</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruktaž, práce s obrazem, demonstrace <p><i>Dovednostně-praktické metody</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Napodobování, experiment, manipulace, vytváření dovednosti a produkční metody
Aktivizující výukové metody	Diskuse, inscenace, řešení problémů, situační metody a didaktické hry
Komplexní výukové metody	Skupinová výuka, frontální výuka, kooperativní výuka, projektová výuka braistorming aj.

Zdroj: Kuberová (2010, s. 163–176), upraveno autorkou práce

Příloha č. 9 Akreditační standardy pro nemocnice zajišťující kontinuitu poskytované péče

Standard 3.4.:	Při propouštění či při zajišťování další péče jsou pacienti, případně jejich blízcí, srozumitelným způsobem informováni.
Účel a naplnění standardu:	Podání jasných pokynů o tom, jak si zajistit návaznou péči, je zásadní pro zabezpečení optimálních výsledků zdravotní péče a pro uspokojení všech potřeb pacienta. Informace (propouštěcí zpráva) zahrnují název a sídlo zařízení, které bude poskytovat další péči, pokyny pro případné ambulantní sledování v nemocnici, odkud je pacient propouštěn, a informace o tom, za jakých okolností je třeba vyhledat péči neodkladně. Pokyny rovněž obsahují informace o režimových opatřeních pacienta po propuštění (strava, pohybový režim, převazy, stanovení zátěže a podobně). Nemocnice tyto informace poskytne jednoduchým a srozumitelným způsobem. Informace se podávají písemně, a to způsobem, který je pro pacienta nejsnáze srozumitelný.
Indikátory standardu:	<ol style="list-style-type: none">1. Informace o další péči se podávají pacientovi srozumitelnou formou a srozumitelným způsobem.¹⁶2. Součástí informací jsou pokyny pro případné ambulantní sledování v nemocnici.3. Součástí informací jsou pokyny pro režimová opatření.4. Součástí informací jsou pokyny, za jakých okolností a kde je třeba neodkladně vyhledat péči.5. Součástí informací jsou pokyny o rehabilitačních postupech, případně o předepsaných či doporučených kompenzačních pomůckách.6. Součástí informací o dietních a nutričních opatřeních je kontakt pro případné konzultace.

Zdroj: SAK, o. p. s. (2014, s. 44)

Standard 3.5.:	<p>Nemocnice spolupracuje s poskytovateli ambulantních zdravotnických služeb, se zařízeními následné a dlouhodobé péče, s lékaři primární péče, agenturami domácí péče s cílem zajistit svým pacientům včas a správně další péči.</p>
Účel a naplnění standardu:	<p>Odeslání pacienta do péče poskytovatele ambulantní či lůžkové zdravotní péče nebo jiné instituce musí být plánováno. Nemocnice se seznámí se spektrem poskytovatelů zdravotní péče ve své přírodní spádové oblasti a s tím, jaké druhy a formy zdravotní péče tato zařízení poskytují a o jaké skupiny pacientů pečují. S těmito poskytovateli nemocnice naváže formální nebo neformální vztahy. Pokud do nemocnice přichází pacient z jiného spádového území, při propuštění se nemocnice pokusí zajistit mu další potřebnou péči v území, odkud přišel.</p> <p>Při propuštění může u některých pacientů trvat potřeba další lékařské či jiné péče. Dostupnost takové péče v terénu a její reálné využití může do značné míry ovlivnit potřebu další hospitalizace. Při plánování propuštění se zvažuje potřeba podpůrné péče a její dostupnost.</p>
Indikátory standardu:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Při propuštění pacienta se posuzuje jeho potřeba další lékařské péče a podpůrné péče. 2. Nemocnice se seznámí se spektrem poskytovatelů zdravotních služeb ve spádovém území. 3. Při doporučování další péče se využívá služeb zařízení v okolí pacientova bydliště, pokud je to možné. 4. Pokud je to možné, zajišťuje se pro pacienty podpůrná péče.

Zdroj: SAK, o. p. s. (2014, s. 45)

Příloha č. 10 Žádosti o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním diplomové práce

Vážená paní
XXX
Adresa pracoviště:
Telefon:
E-mail:

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMU

Dobrý den.

Vážená paní magistro, vrchní sestro,

jmenuji se Kateřina Haisová a prostřednictvím tohoto e-mailu si Vás dovoluji oslovit s žádostí o Vaše souhlasné stanovisko k realizaci výzkumných rozhovorů v rámci mé diplomové práce na téma „*Role sestry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou*“, kterou zpracovávám na KOS ZČU v Plzni. Vedoucí mé závěrečné práce je paní Mgr. Milena Vaňková, Ph.D.

Cílem mé diplomové práce je analyzovat roli sestry v edukaci pacientů se zavedenou tracheostomickou kanylou, hospitalizovaných na lůžkovém oddělení, před jejich propuštěním do domácího prostředí.

Jako metodu sběru dat jsem v rámci kvalitativního výzkumu zvolila formu polostrukturovaných rozhovorů a studium relevantních dokumentů.

V rámci analýzy dokumentů se na Vás obracím s žádostí o laskavé poskytnutí standardu: „Edukace pacientů s tracheostomickou kanylou“ a standardu „Ošetrovatelské péče o pacienty s tracheostomickou kanylou“.

Rozhovory by se uskutečnily se všeobecnými sestrami/ošetrovateli, kteří v praxi ošetřují pacienty s tracheostomickou kanylou a zejména realizují edukaci pacientů s (trvalou) tracheostomickou kanylou před jejich propuštěním do domácího ošetření. Rozhovory proběhnou v předpokládané délce cca 30 minut na jeden rozhovor v klidné, nerušené místnosti. Struktura rozhovoru bude obsahovat předem definované otázky (tematické okruhy uvádím níže). Rozhovory budou se souhlasem informantů nahrávány na záznamové zařízení a následně přepsány do elektronické podoby. Identita informantů zůstane skryta, uvedená data budou uchováвана v anonymitě, a budou zpracováváвана jako celkový pohled na uvedenou problematiku, *v žádném případě nebudou použita ke srovnávání výsledků jednotlivých pracovišť*.

Pokud byste se vyjádřil/a kladně, prosím Vás o sdělení kontaktu na kontaktní osobu/ů, se kterou/kterými bych se mohla domluvit na konkrétním datu a místě provedení rozhovorů.

SOUHLAS S REALIZACÍ VÝZKUMU – POTVRZENÍ ze strany instituce

Datum Souhlas s výzkumem Razítko – Podpis

.....,

SOUHLAS s poskytnutím dokumentů k výzkumným účelům – POTVRZENÍ ze strany instituce

Datum Souhlas Razítko – Podpis

.....,

V případě Vašeho zájmu Vás ráda seznámím s výsledky výzkumu či zašlu diplomovou práci po jejím obhájení k Vaším rukám.

Předem děkuji za spolupráci a Váš čas.

S pozdravem,
Kateřina Haisová

Kontaktní adresa:
Bc. Kateřina Haisová
Studentka Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni
Kontakt: kacka.hais@seznam.cz
Mobilní telefon: 732 403 022

V Plzni, dne 2020-10-20

Zdroj: vlastní

Příloha č. 11 Informovaný souhlas informanta na výzkumném šetření

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného polostrukturovaného rozhovoru k diplomové práci s názvem: „Role všeobecné sestry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou“

Byl/a jste osloven/a s žádostí o poskytnutí rozhovoru k diplomové práci na téma: Role sestry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou“, kterou píše já Bc. Kateřina Haisová ve spolupráci s vedoucí práce Mgr. Milenou Vaňkovou, PhD. v rámci magisterského navazujícího studijního programu *Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech*, který studuji na FZS při ZČU v Plzni. Rozhovor poslouží jako zdroj dat a zkušeností (informací) k empirické části práce, která bude zpracována formou kvalitativního designu. Cílem naší práce je analyzovat roli sestry v edukaci pacientů se zavedenou tracheostomickou kanylou, hospitalizovaných na lůžkovém oddělení, před jejich dimisí do domácího ošetřování. Výzkumné šetření formou kvalitativního designu proběhne v souladu s etickými zásadami výzkumu.

Vaše účast a spolupráce na výzkumné části práce je zcela dobrovolná a z projektu můžete kdykoliv během jeho realizace odstoupit. Vaše účast na projektu spočívá v poskytnutí interview individuální délky, které bude nahráváno na dva diktafony pro případ ztráty dat či nefunkčnosti jednoho z nich. Vaše identita zůstane v plné anonymitě dle platných právních předpisů ČR o nakládání s osobními a citlivými údaji. Anonymita bude zajištěna formou označení vaší osoby *číslem respondenta*, které bude známo pouze Vám a mé osobě. Vámi poskytnuté informace a sdělené zkušenosti jsou důvěrné a poslouží výhradně ke zpracování empirické části diplomové práce. Zpracovávaná data poskytnou celkový pohled na problematiku edukace pacientů s TSK, *v žádném případě neslouží k rovnávání výsledků jednotlivých pracovišť*. Pořízená nahrávka interview bude po úspěšném obhájení práce společně s jejím textovým přepisem zničena. Během rozhovoru můžete odmítnout odpověď na jakoukoliv z kladených otázek, rozhovor s okamžitou platností ukončit, včetně práva na odstoupení z výzkumného šetření, které pro Vaši osobu nemá žádné negativní důsledky. Účast na projektu Vás k ničemu nezavazuje a nenese pro Vaši osobu žádné následky.

V případě doplňujících dotazů k realizaci výzkumného šetření můžete kontaktovat přímo moji osobu na uvedených kontaktech. Nebo můžete kontaktovat přímo moji vedoucí práce Mgr. Milenu Vaňkovou PhD. (Pokud budete souhlasit uvedu sem Vaši e-mailovou adresu).

Svým podpisem níže vyjadřujete souhlas s účastí na výzkumném šetření. Tento dokument bude vystaven duplicitně, jedna kopie zůstane Vám a druhá bude uschována v anonymitě u mé osoby (nebude součástí příloh DP).

Kontaktní adres:
Bc. Kateřina Haisová
Studentka Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni
Kontakt: kacka.hais@seznam.cz
Mobilní telefon: 732 403 022

Dne

Jméno a příjmení informanta (prosím vyplňte hůlkovým písmem)

Podpis informanta

Dne

Jméno a příjmení výzkumníka (hůlkovým písmem)

Podpis výzkumníka

Zdroj: vlastní

Příloha č. 12 Struktura polostrukturovaného rozhovoru

Dobrý den,

jmenuji se Haisová Kateřina a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií při Západočeské univerzitě v Plzni, kde studuji obor „Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech“. Ráda bych Vás požádala o rozhovor na téma role sestry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou, který poslouží jako podklad pro zpracování mé diplomové práce. Tento rozhovor je anonymní a Vámi sdělené informace jsou důvěrné.

Na úvod našeho rozhovoru mi dovoluje, abych se Vás zeptala na pár identifikačních údajů.

Pracoviště, na kterém pracujete	Vzdělání	Specializační vzdělání	Délka klinické praxe	Délka praxe v péči o pacienty s TSK

- Kde jste absolvoval/a postgraduální studium či certifikovaný kurz věnující se péči o pacienty s tracheostomickou kanylou?
 - Pokud ano, co bylo náplní vzdělání?
 - Bylo součástí vzdělání i praktický nácvik výměny TSK?
 - Vzpomínáte si, kolik hodin bylo věnováno teoretické výuce?
 - Kolik hodin jste se věnovali praktickému nácviku?
 - Čemu jste se konkrétně při praktickém nácviku věnovali?
 - Jak jste se věnovali v rámci postgraduálního studia problematice edukace pacientů s tracheostomickou kanylou?
- Jak se vzděláváte v oblasti péče o tracheostomickou kanylu?
- Jak se vzděláváte v oblasti edukace pacientů v péči o TSK?
 - Kdo Vám zajišťuje vzdělávání v oblasti nových trendů v péči TSK (prezentace firem nabízející TSK a pomůcky pro stomiky)?
- Jaké zdroje pro rozšíření povědomí o nových trendech v péči o tracheostoma využíváte?
- Uvítala byste postgraduální vzdělání v oblasti péče a edukace pacientů s tracheostomickou kanylou?
 - Pokud ano, co by dle Vašeho názoru mělo být náplní vzdělání?
- Kdo na Vašem oddělení realizuje edukaci pacientů s TSK před propuštěním do domácího ošetřování?
- Kdo Vás školil v edukaci (staniční sestra, vrchní sestra, sestra specializující se na ošetřování pacientů s TSK aj.)?
- Kolik času celkem máte na uskutečnění edukace u pacienta s TSK před propuštěním do domácího ošetřování?
 - Jaký názor máte na časovou dotaci věnovanou edukaci pacientů před jejich dimisi do domácího ošetřování? A proč?
- V jakých aspektech je dle Vašeho názoru edukace pacientů s tracheostomickou kanylou specifická?
- Jaké problematické oblasti jste během edukace pacientů s TSK zaznamenala (komunikační bariéra, strach pacientů, porušený obraz těla aj.)?
- Co dle Vašeho názoru nejčastěji brání (ev. brzdí) v edukaci těchto pacientů ze strany edukanta (pacienta)?
- Jaké hlavní bariéry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou ze strany edukátora (sestry) vnímáte?
- Uveďte prosím alespoň 3 oblasti, s čím mají dle Vašeho názoru při edukaci pacienti největší potíž?

- Uvedené oblasti prosím zdůvodněte.
- Jak realizují edukaci Vaši kolegové/ kolegyně?
- Uveďte alespoň 4 oblasti, kterým se v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou před propuštěním do domácího ošetřování věnujete?
 - Můžete mi prosím říci, čemu se v jednotlivých oblastech edukace věnujete (péče o kanylu, péče o stomii aj.)?
- Jaké kontakty pacientům s TSK před jejich dimisí poskytujete? (domácí péče/ sdružení pacientů s TSK/ spolek laryngektomovaných)
- Jakou formu dispenzární péče pacientům s TSK poskytujete?
- Jakým způsobem zajišťujete pacientům vhodné kompenzační pomůcky? (kontakty na firmy, vydáváte v poradně/ambulanci, preskripce pomůcek a spotřebního materiálu)
- Jaké metody (formy) k edukaci pacientů s TSK používáte?
- Jaké pomůcky máte k edukaci pacientů s TSK vytvořené před jejich dimisí do domácího ošetřování? (edukační brožury, video-návody -> odkazy aj.)
 - Můžete mi tyto pomůcky blíže specifikovat?
- Jak se v praxi poskytovaná péče liší od teorie popsané ve standardu?
 - Proč?
- Kdy zahajujete nácvik sebedpěče o tracheostomickou kanylu pacientem?
- Jak realizujete edukaci pacientů s TSK o nutnosti dispenzárního sledování?
- Jakým způsobem poskytujete pacientům podporu v oblasti psychické, sociální a ekonomické?
- Jaké znalosti edukanta jsou pro vás při jeho edukaci rozhodující?
- Dle jakých dovedností edukantů se orientujete při hodnocení schopnosti nácviku sebedpěče?
- Kdo všechno se standardně edukace pacientů s TSK účastní? (pouze P, standardně osoba o P pečující, lékař, sestra aj.)
 - Kdy volíte dodatečnou edukaci rodinného příslušníka či osoby o pacienta pečující?
- Jaká kritéria jsou dle Vašeho názoru univerzální a lze se dle nich orientovat při hodnocení schopnosti pacienta se edukovat?
- Jaké postoje by si měl dle Vašeho názoru pacient osvojit v péči o TSK před propuštěním do domácího ošetřování a proč?
- Jaké dovednosti by si měl dle Vašeho názoru pacient osvojit v péči o TSK před propuštěním do domácího ošetřování a proč?
- Jaké výukové metody v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou využíváte?
 - Můžete mi prosím říci, v jakých konkrétních fázích provádíte edukaci?
 - Byl/a byste ochotný/á mi říci co je náplní jednotlivých Vašich kroků v jednotlivých fázích během realizace edukace pacientů s TSK?
- Jak realizujete 1. fázi edukačního procesu?
- Jaké pomůcky k praktickému nácviku sebedpěče pacienta s TSK používáte?
- Jaký typ edukace pacientů s TSK provádíte a proč?
- Jakým způsobem ověřujete úroveň self-managementu u pacientů propuštěných do domácího ošetřování?
- Provádíte edukaci pacientů za pomoci videa?
 - Pokud ano, jedná se o videa volně dostupná na internetu (např.: YouTube), nebo využíváte videa vlastní konstrukce (vytvořená vaší nemocnicí)?
 - Domníváte se, že je využití edukačních videí při edukaci s výhodou?
- S jakou situací jste se setkal/a během péče a edukace pacientů s tracheostomickou kanylou, která ve Vás vyvolala negativní emoce (diskomfort/stres)?
 - Můžete mi tuto situaci blíže popsat?
- Existuje oblast edukace pacientů s TSK, která ve Vás vyvolává rozpaky či nejistotu?
 - Můžete mi jednotlivé „problematické“ oblasti přiblížit?

- Existuje ve vašem zařízení vzdělávací program pro pacienty s tracheostomickou kanylou, který by měli možnost absolvovat před propuštěním do domácího ošetřování?
 - Pokud ano, můžete mi říci co je náplní tohoto kurzu?
- Máte povědomí o existenci vzdělávacího programu ev. portálu určeného pacientů s TSK?
 - Pokud ano, kým je tento program zřizován?
 - Jedná se o program přístupný všem pacientům s TSK?
- Co byste Vy osobně potřebovala, abyste dokázala edukaci pacientů s TSK před dimisí do domácího ošetřování zefektivnit?
- Napadá Vás nějaký aspekt problematiky edukace pacientů s TSK, kterou jsem opomněla?

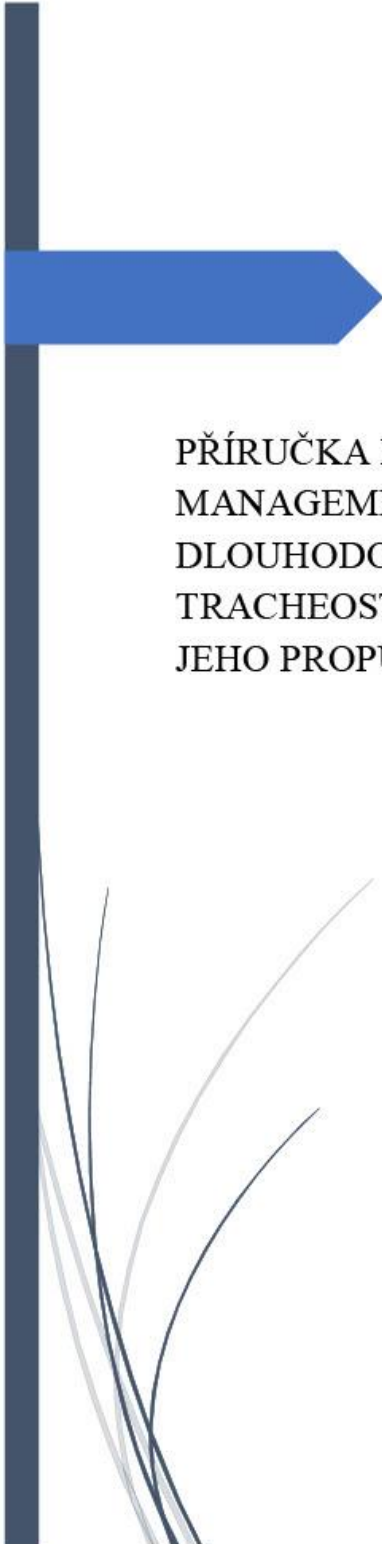
Chtěl/a byste k této problematice ještě něco říci?

Pokud ne, můžeme náš rozhovor ukončit?

Pokud by Vás s odstupem času přece jen něco napadlo, co byste chtěl/a k problematice doplnit, budu velmi ráda, pokud mě kontaktujete.

Zdroj: vlastní

**Příloha č. 13 Příručka pro sestry edukátorky: management péče
o pacienta s dlouhodobě zavedenou tracheostomickou kanylou před
jeho propuštěním do domácí péče**



PŘÍRUČKA PRO SESTRY EDUKÁTORKY:
MANAGEMENT PÉČE O PACIENTA S
DLOUHODOBĚ ZAVEDENOU
TRACHEOSTOMICKOU KANYLOU PŘED
JEHO PROPUŠTĚNÍM DO DOMÁCÍ PÉČE

Bc. Kateřina Haisová
ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

OBSAH

Úvod	4
1. Změna fyziologie dýchacích cest zavedením tracheostomické kanyly	5
1.1 Tracheostomická kanyla	5
1.1.1 Péče o tracheostomickou kanylu	9
2. Péče o peristomální kůži	11
3. Převaz a výměna tracheostomické kanyly	12
2.1 Výměna obvazového materiálu a fixace tracheostomické kanyly	12
3.1 Postup výměny obvazového materiálu	13
4.1 Výměna tracheostomické kanyly	15
5.1 Hygienicko-epidemiologický režim péče	16
4. Přípravenost na krizové situace – „nouzový balíček“	18
6.1 Kardiopulmonální resuscitace u pacienta s tracheostomatem	19
5. Náhodná dekanylace	20
6. Komplikace spojené se zavedením tracheostomické kanyly	21
7. Péče o dýchací cesty po zavedení tracheostomické kanyly	23
7.1 Zvlhčování vdechované směsi	23
8.1 Odsávání pacienta s tracheostomickou kanylou	25
2.1.1 Otevřený systém odsávání pacientů s tracheostomickou kanylou	26
3.1.1 Uzavřený systém odsávání pacienta s tracheostomickou kanylou	27
9.1 Lavážování dýchacích cest	27
8. Náhradní hlasové prostředky	28
9. Kompenzační pomůcky k tracheostomické kanyle	29
Seznam obrázků	32
Seznam příloh	33

Přílohy.....	34
Příloha č. 1 Mobilní aplikace „ZÁCHRANKA“	34
Příloha č. 2 Algoritmus KPR u dospělého	35
Zdroje.....	36

ÚVOD

Edukační program pacientů s tracheostomatem je vhodné zahájit během prvního shledání, kdy je pacientům vysvětlována problematika péče a výměny TSK a samozřejmě změna v oblasti dýchání následkem implantace tracheostomatu v předoperačním období (Loerzel a kol., 2014, s. 522–527). V této době všeobecné sestry ve spolupráci s fyzioterapeuty nacvičují s pacienty techniku hlubokého dýchání a správný způsob expektorace, který je velmi důležitý zejména v prvních měsících po zavedení TSK.

Před vytvořením tracheostomatu je nutné pacienty seznámit i s používanými kompenzačními pomůckami (TSK, molitanové pásky ev. tkalouny, sprchový štít aj.), které bude pacient po operaci používat. Sestra edukátorka seznámí pacienty i se způsobem nácvičení sebeké po operaci (Slouka, 2016, s. 59–61). Podstatný aspekt předoperační edukace spočívá v seznámení pacienta s velmi omezenou či naprostou ztrátou verbální komunikace prostřednictvím hlasu, jenž představuje největší handicap pro pacienty s tracheostomatem, který v pacientech vyvolává velké obavy, že nebudou mít možnost sdělit své potřeby. Z tohoto důvodu sestra edukátorka edukuje pacienty s TSK i o možných náhradních alternativách hlasové komunikace (jícnová řeč, elektrolarynx a tracheoesophageální píštěl se zavedením hlasové protézy); (Škvrňáková a kol., 2011, s. 85-90).

1 ZMĚNA FYZIOLOGIE DÝCHACÍCH CEST ZAVEDENÍM TRACHEOSTOMICKÉ KANYLY

Za fyziologických okolností prochází vdechovaná směs vzduchu skrze horní dýchací cesty do dolních dýchacích cest, kde dochází k výměně plynů. Kromě vlastní respirační funkce DC založené na resorpci O₂ a exkreci CO₂ plní i funkci nerespirační, kam řadíme regulaci ABR, termoregulační, metabolickou a obrannou funkci, ale zajišťují nám i čichové vjemy a schopnost fonace.

Pomyslnou hranici dolních a horních dýchacích cest je epiglottis, která se nachází na orálním okraji hrtanu a chrání dolní cesty dýchací před aspirací cizích těles při polykání. Horní dýchací cesty, které jsou tvořeny nosní dutinou a VDN (vedlejší dutiny nosní), nasopharyngem ústní dutinou, oropharyngem a pharyngem za fyziologických okolností tvoří primární ochranou bariéru před vniknutím noxy do organismu lidského těla skrze dýchací cesty. Zároveň jejich funkcí je i čichový vjem, ohřev, očištění a zvlhčování vdechované směsi – všechny tyto funkce jsou zavedením TSK vyřazeny. Dolní cesty dýchací jsou tvořeny laryngem, kde se mezi hlasivkovou chrupavkou (výběžek prstencové chrupavky) a chrupavkou štítnou upínají hlasivkové vazy, jejichž funkcí je tvorba hlasu. Dále jsou tvořeny tracheou, bronchy a bronchioly, které jsou zakončeny aveolami zajišťujícími výměnu plynů (Nova Scotia Health, 2016).

Implantací TSK dochází k patologickému transportu vdechované směsi do dolních dýchacích cest. Vdechovaná směs obchází horní cesty dýchací a proudí tak nezvlhčená, neohřátá a neočištěná rovnou do trachey. Právě tyto aspekty tvoří hlavní příčinu velmi častých nežádoucích událostí plynoucích ze zavedení TSK (Mehta a kol., 2016, s. 3-4). Vdechování studeného nezvlhčeného vzduchu vede ke zvýšení viskozity produkovaného hlenu DC, čímž dochází k tvorbě hlenových zátek, které částečně či zcela obturují TSK. Vzhledem k tomu, že vzduch neprochází imunitní bariérou horních cest dýchacích, dochází často ke vzniku infekcí DDC (Smiths Medical, 2017).

1.1 Tracheostomická kanyla

Tracheostomická kanyla je základní kompenzační pomůckou určenou pacientům s tracheostomatem. Samotná TSK může mít několik podob, které se liší jak z hlediska použitého materiálu (kovové, plastové, teflonové, silikonové), profilu zahnutí, šíře lumen, délky a (ne)přítomnosti obturační manžety, tak i z hlediska „doby“ kdy je daný typ TSK využíván.

V prvních pooperačních dnech je pacientům zavedena umělohmotná tracheostomická kanyla s obturační velkoobjemovou nízkotlakovou manžetou, která je v následujících dnech s přihlédnutím k celkovému stavu pacienta nahrazena kovovou s výměnným středem (Nova Scotia Health, 2016).

Umělohmotná tracheostomická kanyla má dvě základní podoby (viz obrázek č. 1). Existuje s obturační velkoobjemovou nízkotlakovou manžetou, která se využívá v časné pooperační péči u pacientů s vyšším tracheostomatem. Důvodem jejího využití je právě obturační manžeta zabráňující případné aspiraci a zatékání sekretů do DDC. Tlak v obturační manžetě musí být v rozmezí 20–25 mmHg, aby nepřevyšoval perfúzní tlak stěny trachey a nedošlo tak k jejímu poškození. Využívají se také u komplikovaně hojících secernujících tracheostomatů, ale i v případě vzniku tracheoezofageální píštěle.



Obrázek č. 1 Plastová TSK bez obturační velkoobjemové nízkotlakové manžety

Zdroj: vlastní

Naproti tomu umělohmotnou tracheostomickou kanylu bez obturační manžety využívají zejména pacienti podstupující aktinoterapii, jelikož u ní nehrozí sekundární záření, jako u kanyly kovové s výměnným středem. Umělohmotné tracheostomické kanyly jsou jednorázovou pomůckou či pomůckou k opakovanému použití, která se standardně dodává v balíčcích obsahujících TSK, obturátor (tj. zavaděč) a fixační tkaloun. Tyto tracheostomické kanyly se vyrábějí ve dvou variantách s výměnným středem, nebo bez něj. Pokud nemají výměnný střed, což je z hlediska ošetřování jejich velkou nevýhodou, v případě její obstrukce hlenem či krustami je nutná výměna celé kanyly – mnohdy neodkladně (Smiths Medical, 2017).

Kovová tracheostomická kanyla s výměnným středem (viz obrázek č. 2), je určena pacientům, u kterých nehrozí riziko aspirace a z hlediska času jsou indikováni k dlouhodobé nebo trvale zavedené tracheostomické kanyle. Pokud má pacient kovovou TSK a podstupuje radioterapii je třeba jej edukovat, že v době podstupování radioterapie ji musí dočasně vyměnit za plastovou TSK bez obturační manžety, aby nedošlo k sekundárnímu popálení tkáně od sekundárního záření.

Kovové tracheostomické kanyly jsou kompenzační pomůckou k opakovanému použití. Pacient je vybaven dvěma kanylami, které se skládají z vnější kanyly s límcem, obturátoru (tj. zavaděče) a výměnného středu. Výměnný střed lze vyjmout, vyčistit a vložit zpět, což umožňuje evakuaci hlenu z TSK bez použití odsávačky nebo nutnosti výměny celé TSK – velmi výhodné z hlediska ošetřování a případně vzniklé náhlé obstrukce TSK krustami či hlenem (Herda, 2013, s. 438).



Obrázek č. 2 Kovová TSK

Zdroj: vlastní

Mezi speciální druhy tracheostomických kanyl řadíme tracheostomické kanyly s variabilní hloubkou jejich zanoření, které jsou vyráběny ve dvou základních modelech, a to s velkoobjemovou obturační manžetou a bez ní (viz obrázek č. 3). Mezi speciální druhy kanyl lze zařadit plastové TSK s výměnným středem s otočným límcem či integrovaným katetrem na odsávání bez nutnosti napojení na UPV (viz obrázky č. 4 a 5); (Frace, 2010, s. 58-61).



Obrázek č. 3 TSK s variabilní hloubkou zanoření s a bez obturační nízkotlakové velkoobjemové manžety

Zdroj: Tracoe (2020, s. 22)



Obrázek č. 4 Plastová TSK s výměnným středem, otočným límcem a obturační nízkotlakovou velkoobjemovou manžetou

Zdroj: Tracoe (2020, s. 34)



Obrázek č. 5 Plastová TSK s výměnným středem, otočným límcem, obturační nízkotlakovou manžetou a integrovaným odsávacím katetrem

Zdroj: Tracoe (2020, s. 33)

1.1.1 Péče o tracheostomickou kanylu

Vzhledem k tomu, že všechny druhy TSK kromě kovové či plastové tracheostomické kanyly (např. Shiely) s výměnným středem jsou jednorázové, budeme se věnovat specifické péči právě o kovovou tracheostomickou kanylu, která je vzhledem k její ekonomické výhodnosti nejčastěji využívána pacienty s dlouhodobým či trvalým zavedení TSK.

Kovovou tracheostomickou kanylu po její dekanylaci zbavíme fixačního pásku či tkalounu a rozložíme na vnější kanylu a vnitřní kanylu. Kanylu naložíme do roztoku určeného k čištění tracheostomických kanyl na dobu určenou výrobcem koncentrátu. Lze využít komerčně vyráběných koncentrátů dostupných v zdravotnických potřebách, nebo solného či peroxidového roztoku, který si doma pacient sám vytvoří dle návodu poskytnutého sestrou edukátorkou během edukace péče o TSK. Při rozkládání TSK je třeba dávat pozor na mechanismus zámečku, který fixuje vnitřní kanylu uvnitř vnější kanyly. Pokud nelze zámeček snadno pootočit lze kanylu naložit do roztoku vcelku a po uvolnění zaschlého hlenu blokujiícího zámeček ji rozložit a znovu naložit (Russel, 2013, s. 428-433). Jednou za měsíc nebo i dříve dle potřeby je vhodné zámeček umístěný na vnější kanyle zakápnout kapkou oleje, aby se mechanismus promazal. Po naložení kanylu mechanicky očistíme jemným kartáčkem na tracheostomické kanyly a zvenku lze použít i jemně abrazivní pastu a TSK vyleštit. Po mechanickém očištění kanylu umyjeme od čistících přípravků a vysterilizujeme ji (v domácím prostředí, pokud není k dispozici domácí sterilizátor, lze kanylu vyvařit ve vroucí

vodě, či sterilizovat horkým vzduchem ev. parou). Kanylu po jejím vyvaření osušíme, zkontrolujeme její funkčnost a to, že není poškozená a připravíme ji na další použití. S výhodou je mít kanylu zkompletovanou pro případ nutnosti jejího vložení. Z tohoto důvodu vedeme pacienty k tomu, aby měli založený stabilní box, v němž budou uloženy kompletní pomůcky k okamžité výměně TSK, tj. kompletní tracheostomickou kanylu i se zavaděčem, glycerinový olej, Mesocain gel a fixačními tkalouny. V ideálním případě má pacient kanylu nachystanou k okamžitému použití, tj. zevní kanylu s provlečeným fixačním tkalounem a vloženým obturátorem (zavaděčem); (Frace, 2010, s. 58-61).

2 PÉČE O PERISTOMÁLNÍ KŮŽI

Péče o peristomální kůži je velmi důležitá. Okolí tracheostomatu je vystavováno vysoké vlhkosti a sekretům z dýchacích cest, které velmi snadno způsobí maceraci a zánětlivé změny na peristomální kůži. Základním předpokladem pro zachování celistvosti peristomální kůže je její správné ošetření během převazu a výměny TSK. Okolí tracheostomatu jemně očistíme zvlhčenými čtverci Prontosanem, ActiMaris roztokem, Betadinovým roztokem (pozor na alergii na jód !!!) či sterilní vodou abychom předešli poranění kůže. Kůži si prohlédneme, zda nejeví známky zánětu (zarudnutí, bolest, otok), pokud by jevila známky zánětu je vhodné navštívit spádové ORL či tracheostomickou poradnu kam pacient dochází, aby mu lékař ve spolupráci se sestrou edukátorkou poskytl zpětnou vazbu, jak pečovat o peristomální kůži v této nové situaci. Peristomální kůži je potřeba osušit (neotírat) a promazat indifferenční mastí (např. Infadolanem, Zinkovou mastí aj.), kterou během edukace zdravotničtí pracovníci doporučí, jako prevenci její macerace. V péči o kůži je důležitým aspektem i výměna čtverců podkládající TSK dle potřeby, a to vždy, když jsou znečištěné a vlhké, aby se pod kanylou nevytvořilo intertrigo (Russel, 2013, s. 428-433).

V období, kdy pacient podstupuje radioterapii lze k ošetření a prevenci „poškození“ peristomální kůže využívat i speciální přípravky, kterými je například Cavilon sprej aj.

3 PŘEVAZ A VÝMĚNA TRACHEOSTOMICKÉ KANYLY

Nácvik výměny tracheostomické kanyly a převazu tracheostomatu musí být zahájen s dostatečnou časovou rezervou před plánovanou dimisí do domácího ošetřování. Doba, za kterou je možné pacienta adekvátně připravit na sebepéči v této oblasti není v odborné literatuře definována, délka edukačního programu a frekvence nácviků sebepěče se odvíjí od individuality edukanta.

Dle praxe založené na důkazech je frekvence výměn tracheostomické kanyly a převazů dána aktuálním klinickým stavem pacienta s tracheostomatem a typem použité TSK. Zásadním aspektem případné volby ADP či výměn prováděných v ORL ambulancích či tracheostomických poradnách je zhodnocení self-managementu a náročnosti výměny TSK u konkrétního pacienta během hospitalizace (Russel, 2013, s. 428-433).

3.1 Výměna obvazového materiálu a fixace tracheostomické kanyly

Pod pojmem výměny obvazového materiálu se skrývá výměna sterilních čtverců, kterými je vypodložena TSK, výměna fixace tracheostomické kanyly, eventuelně výměna filtrů k zvlhčování, ohřevu a očištění vdechované směsi skrz TSK (HME filtru – výměník tepla a vlhkosti), pokud je pacient používá. Výměnu obvazového materiálu provádíme vždy, když je obvazový materiál znečištěn nebo poškozen. Pokud jsou měněny pouze sterilní čtverce umístěné pod TSK, není třeba povolovat či úplně rušit fixaci tracheostomické kanyly pomocí tkalounů či molitanových pásek ke krku, významně tím omezeno riziko náhodné dekanylace. Při výměně HME filtrů je důležité si před nasazením nového filtru odkašlat, aby se nový filtr hned nezanesl hleny z DC.

Výměna fixačního mechanismu TSK ke krku vyžaduje alespoň ze začátku asistenci druhé osoby, která zajišťuje fixaci tracheostomické kanyly v tracheostomatu po dobu odstranění fixace až do chvíle jejího znovu nasazení. Fixaci TSK zajišťujeme tkalouny, či molitanovými pratelnými pásky, které usnadňují manipulaci během převazu (Nova Scotia Health, 2016).

3.2 Postup výměny obvazového materiálu

Při výměně jakékoliv části obvazového materiálu TSK je nutné si vždy umýt ruce a připravit si nový obvazový materiál. HME filtr rozbálíme, sterilní čtverec na vypodložení TSK je nutné nastříhnout čistými nůžkami do ½, odstranit obal z molitanových pásek, nebo si odstříhnout tkaloun potřebné délky. Dále je zapotřebí nachystat buničitou vatu, sáček na znečištěné pomůcky (ev. box či emitní misku na odložení pomůcek k opakovanému použití), navlhčené a suché nesterilní čtverce (ev. vatové tyčinky), mast k ošetření peristomální kůže. Pokud máte takto nachystané pomůcky k převazu je vhodné použití čistých rukavic. V případě výměny HME filtru nejprve odstraňujeme znečištěný filtr a následně je třeba odkašlat skrze TSK do připravené buničité vaty, pokud pacient nepociťuje již žádnou překážku v DC vložíme filtr nový. Znečištěný materiál zavážeme do připraveného sáčku a vyhodíme. Výměna sterilních čtverců pod kanylou probíhá obdobným způsobem. Vhodné je si před výměnou nejprve odkašlat do buničité vaty, následně odstranit znečištěné čtverce a opatrně pomocí Prontosanem navlhčených sterilních čtverců kůži očistit a osušit. Následně vizuálně zkontrolujeme kůži, zda nejví známky infektu nebo poškození a ošetříme ji indiferentní mastí i za přední deskou (límeč) zevní TSK kanyly k čemuž můžeme využít nanesení masti na čtverec či vatové tyčinky. Nakonec je kanyla vypodložena nastříženým sterilním čtvercem, který je zastrčen pod přední desku zevní kanyly a fixační mechanismus TSK. Sterilní čtverec nesmí být pod přední deskou zpřehýbaný – záhyby by mohly způsobit vznik dekubitů.

Postup výměny fixačního mechanismu TSK ke krku se liší podle toho, zda ji provádíte samostatně či za asistence druhé osoby.

Pokud je prováděna za asistence druhé osoby, osoba, která asistuje kanylu po celou dobu výměny fixačního mechanismu TSK fixuje tlakem prstů jedné ruky na okraje přední desky proti krku tracheostomickou kanylu bezpečně uvnitř tracheostomatu (Nova Scotia Health, 2016). Pokud jsou používány jednorázové tkalouny, tkaloun přestříhneme a odstraníme z jedné strany a provlečeme na tuto stranu tkaloun nový a ten vedeme za krkem na druhou stranu, kde postupujeme obdobně. Nakonec poprosíme osobu, která asistuje, ať prostrčí jeden až dva prsty druhé ruky pod tkaloun a kanylu zafixujeme. Takto je zajištěna dostatečně pevná fixace TSK v tracheostomatu, aniž by hrozilo riziko vzniku otlaků. Pod vzniklý uzel na tkalounu lze vložit čtverec, který toto riziko ještě snižuje.

Pokud je výměna fixačního tkalounu prováděna samostatně, nejprve provlečeme tkaloun přední deskou po obou stranách TSK tkalounem vedeným za krkem a upravíme délku

obvodu abychom prostrčili 1 až 2 prsty. Následně zavážeme a odstraníme starou fixaci. Starý tkaloun nahrazuje fixaci asistující osoby. Pokud jsou používány molitanové pásky je manipulace jednodušší. Molitanové pásky jsou opatřeny háčky a regulační sponou na upravování délky pásku (viz obrázek č. 6). Molitanový pásek prodloužíme tak, aby vznikla rezerva pro pohodlné zaháknutí do přední desky TSK. Kanylu uchopíme za přední desku dvěma prsty a odhákne starý molitanový pásek a následně zahákneme nový. Za stále fixace TSK jednou rukou je molitanový pásek veden za krkem na stranu druhou, kde opět vyhákneme starý molitanový pásek a zahákneme nový. Nakonec je nutné molitanový pásek přitáhnout ke krku a TSK nemusíme již rukou fixovat. Nakonec upravíme délku pásku, aby se za něj daly vložit 1 až 2 prsty. Molitanové pásky jsou výhodné nejen po stránce snazší manipulace, ale i komfortu při jejich nošení. Molitanové pásky lze opakovaně použít, vyprat je v mýdlové vodě a nechat uschnout (Russel, 2013, s. 428-433).



Obrázek č. 6 Molitanový fixační pásek

Zdroj: vlastní

3.3 Výměna tracheostomické kanyly

Při výměně celé TSK je provedena výměna veškerého obvazového materiálu včetně ošetření peristomální kůže. Kompletní seznam pomůcek viz příloha č.

Umyjeme si ruce a připravíme si veškeré pomůcky, které jsou popsány v předchozí podkapitole „výměna obvazového materiálu“ a novou tracheostomickou kanylu. Pokud jsou používány jednorázové plastové kanyly bez obturační manžety, je součástí balíčku s TSK i tkaloun k fixaci a v tracheostomické kanyle je již zaveden obturátor (zavaděč). Pokud jsou používány plastové TSK s velkoobjemovou nízkotlakovou manžetou, připravíme si injekční stříkačku k nafouknutí obturační manžety a Cuffův manometr k měření tlaku v manžetě. V případě zavedení kovové či plastové TSK s výměnným středem k opakovatelnému použití je potřeba, abychom si TSK sami zkompletovali. Do zevní TSK zavedeme obturátor, zkontrolujeme funkčnost zámečku umístěného na přední desce TSK ze zevní strany a připravíme si k ruce vnitřní kanylu. Pro snazší fixaci pomocí fixačních tkalounů, lze jej v této fázi výměny navázat na přední desku (límeč) zevní TSK (viz obrázek č. 7). Nejprve rozvážeme fixaci staré TSK a plynulým pohybem směrem ven a dolů ji z tracheostomatu odstraníme, což vede k rozkašlání pacienta s TSK vlivem podráždění DC, ale to je v pořádku. Je nutné si v klidu odkašlat do buničité vaty a zhluboka pomalu dýchat (tracheostoma se samovolně neuzavře). Následně očistíme peristomální kůži Prontosanem navlhčenými sterilními čtverci, osušíme ji a vizuálně zkontrolujeme nejeví-li známky infekce či poškození. Peristomální kůži ošetříme dle zvyklosti indierentní mastí. Následně TSK potřeme lubrikantem, aby se komfortněji zaváděla a během nádechu ji zavedeme zpět do tracheostomatu plynulým obloukovitým pohybem směrem dozadu a dolů. Důležité je jistit obturátor uvnitř kanyly, aby během zavádění nevyklouzl ven. Po jejím zavedení obturátor odstraníme, pokud bychom jej ponechali vložený uvnitř TSK, nemůže přes ni proudit vzduch. Funkcí obturátoru během zavádění je zaoblit hrany TSK, aby bylo minimalizováno riziko poranění trachey během jejího zavádění. Nakonec do zavedené vnější kanyly, pokud používáme kanylu s výměnným středem, vložíme glycerinovým olejem potřenou vnitřní kanylu a zajistíme zámečkem. Následně TSK zafixujeme tkalounem či molitanovým páskem a vypoďložíme nastříženým čtvercem dle instrukcí v předchozí podkapitole (Russel, 2013, s. 428-433).



Obrázek č. 7 Způsob navázání tkalounu na TSK

Zdroj: vlastní

3.4 Hygienicko-epidemiologický režim péče

V nemocničním zařízení je přísné dodržování hygienicko-epidemiologického režimu velmi důležitým ukazatelem kvality péče, pokud je tento režim chránící pacienta, ale i zdravotnický personál porušován, dochází ke zvýšenému výskytu infekcí spojených s pobytem ve ZZ. Vzhledem k aktuálnímu stavu pandemie COVID – 19 v celosvětovém měřítku se jako nejlépe osvědčený postup zabraňující potencionálnímu přenosu infekce na zdravotnické pracovníky během ošetrovatelských úkonu, při nichž je DC pozitivního jedince produkován aerosol, čímž ošetřování pacientů s TSK bezpochyby je, osvědčilo používání těsnících respirátorů N 95, FFP 3 a vyšších tříd místo dříve běžně užívaných chirurgických roušek. Dále je během ošetřování pacientů s otevřenými DC doporučeno použití celotělového těsnícího obleku, rukavic ve dvou vrstvách, použití ochranného obličejového štítu či ochranných brýlí. K zvýšení efektivity ochrany je vhodné veškeré přechodové části (např. rukáv – rukavice) spojit například překrytím pásky (WHO, 2020).

I v domácím prostředí by měl pacient s TSK dodržovat několik základních zásad hygienicko-epidemiologického režimu péče o dýchací cesty po zavedení TSK, i tato problematika by měla být součástí edukace před jeho propuštěním do domácího ošetřování. Mezi tyto „základní“ zásady řadíme:

- dostatečnou hygienu a dezinfekci rukou před manipulací s DC;
- používání OOPP zvláště u pečovatелů (rukavice, ústenka);
- maximální využívání jednorázových pomůcek;
- pravidelná výměna tracheostomické kanyly a čištění vnitřní kanyly vždy, když je třeba, včetně výměny obvazového materiálu a fixačního systému TSK ke krku vždy když je materiál znehodnocen;
- každodenní kontrola známek infekce a případné okamžité kontaktování lékaře
- a v neposlední řadě adekvátní dekontaminace pomůcek a zacházení s jednorázovými pomůckami (vždy hned vyhodit v uzavřeném např. mikrotenovém sáčku); (Smiths Medical, 2017).

4 PŘIPRAVENOST NA KRIZOVÉ SITUACE – „NOUZOVÝ BALÍČEK“

Velmi podstatnou sekcí edukace pacientů s tracheostomatem je příprava na řešení neodkladných situací, které mohou během péče o tracheostoma v domácím prostředí nastat (Herda, 2013, s. 438). Sestra edukátorka pacienty vede k tomu, aby si zřídili a stále udržovali „pohotovostní balíček“ s pomůckami k nouzové výměně tracheostomické kanyly s dvěma kanylami (jedna stejné velikosti, jako pacient nosí a jedna velikosti o číslo menší pro případ, že by se původní velikost nedařilo zavést), kompletním obvazovým materiálem a nůžkami k okamžitému přestřížení fixace TSK. Pokud má pacient domácí odsávačku, která mu byla doporučena a předepsána lékařem jsou součástí „pohotovostního balíčku“ i odsávací cévky (Frace, 2010, s. 58-61). Další velmi užitečnou pomůckou je mobilní aplikace „ZÁCHRANKA“, kterou lze prostřednictvím nouzového tlačítka přivolat RZP (popis aplikace přikládám v příloze č. 1).

Pacienty sestra edukátorka edukuje, že v případě náhle vzniklé obstrukce TSK hleny či krustami odstraní vnitřní TSK, pokud používají tracheostomickou kanylu s výměnným středem, nebo pokud nelze střed rychle odstranit či pacient používá TSK bez výměnného středu odstraní TSK celou. Následně se snaží efektivně odkašlat a v klidu zhluboka dýchat. Po překonání pocitu dušnosti vloží nový střed TSK nebo celou TSK (Patton, 2019, s. 1060-1062).

Důležitá je edukace v oblasti prevence vzniku těchto nežádoucích událostí. Pacienty sestra edukuje o nutnosti neustálého zvlhčování vzduchu v domácím prostředí pomocí zvlhčovačů vzduchu, nebo pokud jej pacient nemá a nemůže si jej finančně dovolit je možnou alternativou umístění odpařovače na topení.

Pokud pacient odchází kamkoli mimo domácí prostředí, je možné vstup do tracheostomatu krýt nasazením HME filtrů („umělý nos“), nebo navlhčeným sterilním čtvercem, pokud Vám HME filtr nevyhovuje.

Podstatným aspektem prevence vzniku hlenových zátek a krust je dodržování zvýšeného pitného režimu, který zabraňuje tvorbě nadměrně vazkého hlenu. Některé pacienty lze naučiti techniku lavážování DC, kterou popisují v podkapitole „péče o dýchací cesty po zavedení tracheostomické kanyly“ (Russel, 2013, s. 428-433).

4.1 Kardiopulmonální resuscitace u pacienta s tracheostomatem

Základní změnou v oblasti KPR je technika vpravení vzduchu do DC. Pokud je pacient po výkonu totální laryngektomie, používá kanylu s obturační manžetou, která je toho času nafouknuta, nebo má obturované DC nad tracheostomatem, např.: nádorem, otokem aj. patologiemi, je jedinou možností vpravení vzduchu do plic TSK.

Algoritmus KPR u pacientů s tracheostomatem je shodný se standardním postupem, pro připomenutí jej příkládám v příloze č. 2.

Pacientovi vypoďložíme ramena a provedeme co největší záklon hlavy, abychom dobře viděli na tracheostoma. Pokud by bylo viditelné, že je tracheostomická kanyla obturována hlenem pokusíme se ji odsát, nebo vyměnit či vyjmout výměnný střed či odstranit TSK celou – přes obturovanou TSK hlenem či krustami nelze vpravit vzduch do plic. Současná doporučení pro laickou KPR nepožadují provedení ventilace, ale pouze masáž srdce. Pacienta s TSK přesto lze ventilovat po přiložení gázy na TSK či tracheostoma, pokud byla kanyla odstraněna, standardně dvěma vdechy „z úst do TSK/tracheostomatu“ dle algoritmu KPR. Pokud je v domácím prostředí k dispozici samorozpínací vak (Ambuvak) a ventilátor, TSK kanylu odsajeme, připojíme samorozpínací vak na kyslík o průtoku 15 litru za minutu a nasadíme jej na TSK. Samorozpínací vak stlačujeme zhruba do poloviny jeho objemu a každých 4-5 sekund tlak povolíme. Pokud pacient obturované horní dýchací cesty patologickým procesem či následkem chirurgického výkonu nemá, je možné TSK kanylu vyjmout a tracheostoma obturovat prstem či páskou a provést vdechy standardním způsobem dýcháním z „úst do úst“ či pomocí obličejové masky a samorozpínacího vaku (Nova Scotia Health, 2016).

5 NÁHODNÁ DEKANYLACE

Náhodná dekanylace je situací, která se během péče o tracheostoma s největší pravděpodobností někdy stane ať už zcela nečekaně, nebo náhodně při výměně fixačního mechanismu TSK. Pokud je to možné vyčistíme tracheostomickou kanylu pod proudem tekoucí vody a neosušenou ji vrátíme do tracheostomatu. Takto malé množství vody neublíží, ale usnadní zavedení TSK. Pokud nelze tracheostomickou kanylu rychle a účinně vyčistit, použijeme druhou TS kanylu z „pohotovostního balíčku“. Novou kanylu je třeba potřít lubrikantem (Mesocain gel aj.), aby jí bylo možné snadno netraumaticky zavést. Je nutné vyjmout vnitřní kanylu (pokud používáte TSK s výměnným středem) a vložit obturátor. TSK po nalubrikování šetrným plynulým obloukovitým pohybem směrem dozadu a dolů vložíme do tracheostomatu. Po jejím zavedení je potřeba hned odstranit obturátor – způsobuje zneprůchodnění TSK a hrozí dušení. Kanylu zajistíme uvnitř tracheostomatu tkalounem či molitanovými pásky a vložíme vnitřní kanylu, kterou zajistíme zámečkem proti jejímu vyklouznutí. Pokud by se nedařilo vložit náhradní TSK běžně používané velikosti, volíme tracheostomickou kanylu o velikost menší. Pokud nelze TSK do tracheostomatu zpět vložit, je zapotřebí kontaktovat operační středisko ZZS (zdravotnické záchranné služby) a zachovat klid – tracheostoma se neuzavře, než dorazí pomoc (Nova Scotia Health, 2016).

V případě, že nelze vrátit TSK zpět do tracheostomatu, nebo se objeví neustupující dušnost i přes efektivní expektoraci či sání, vykašlávání či odsávání velkého množství krve nebo krvácení ze stomatu či bolest na hrudi, je nezbytné ihned kontaktovat operační středisko zdravotnické záchranné služby (Russel, 2013, s. 428-433).

6 KOMPLIKACE SPOJENÉ SE ZAVEDENÍM TRACHEOSTOMICKÉ KANYLY

Pacienti s tracheostomatem jsou mnohem více ohroženi problémy s dýcháním, infekcemi DDC, dehydratací a dušením vyúsťujícím v zástavu oběhu než lidé bez tracheostomatu. Tyto komplikace plynou z faktu, že vdechovaný vzduch vstupuje do DDC neočištěný, nezvlhčený a neohřátý což způsobuje osychání sliznice dýchacích cest, nadměrnou tvorbu vazkého hleny a vyšší riziko vzniku infekce v DDC. Z tohoto důvodu je třeba provést adekvátní edukaci jak pacientů, tak rodinných příslušníků v oblasti známek vzniku komplikací (Russel, 2013, s. 428-433).

Problémy s dýcháním u pacientů s TS nejčastěji vznikají následkem usazení hleny v TSK. Produkce hleny je pro lidské tělo fyziologická, ale u pacientů s tracheostomatem může vlivem naschnutí hleny dojít k vytvoření hlenové zátky (Herda, 2013, s. 438). Jako prevenci jejího vzniku je nutné adekvátní zvlhčování vzduchu, odsávání a čištění vnitřní TSK vždy, když klient pociťuje zhoršení průchodnosti TSK. *Všeobecné známky dechových obtíží* – zrychlené dýchání, vtahování nadklíčku a mezižeberních svalů, neklid až podrážděnost, bledost, opocení, známky cyanózy, nápadný pohyb nosního chřípí dovnitř a ven. Pokud by problémy s dechem vyplývaly ze vzniku hlenové zátky, příznaky se rozšiřují o sípavý až pískavý dýchací fenomén, slyšitelné a v některých případech i viditelné bublání hleny v TSK, subjektivně vnímaný pocit váznutí hleny.

První pomoc spočívá v odsátí tracheostomické kanyly, pokud odsávačka není k dispozici odstraníme střed TSK (pokud je používána TSK s výměnným středem), pokud ho nelze rychle vyjmout či je používána kanyla bez výměnného středu odstraníme TSK celou. Je nutné efektivně odkašlat a zhluboka v klidu dýchat. Pokud je potřeba, zahájíme KPR a kontaktujeme operační středisko ZZS (Nova Scotia Health, 2016).

Zápal plic (pneumonie) je častou zánětlivou komplikací vznikající u pacientů s TS, která brání efektivnímu dýchání. V tomto ohledu je velmi podstatná prevence vzniku infekce, která spočívá v zodpovědném přístupu k péči o dýchací cesty. *Příznaky pneumonie* - febris, zvýšení množství sekretu produkovaného dýchacími cestami, dechové obtíže, tussis a expektorace hleny žlutavé až hnědé barvy někdy i zapáchající. *Pokud se objeví tyto příznaky*, je nutné kontaktovat svého obvodního lékaře, zvýšit příjem tekutin, spát ve zvýšené poloze a častěji odsávat či čistit vnitřní TSK (Smiths Medical 2017).

Dehydratace či riziko jejího vzniku je dáno změnou dýchání po zavedení tracheostomatu. *Známky dehydratace* – snížená tvorba moče, moč je tmavá někdy silně páchnoucí, oschlé rty, jazyk a sliznice DÚ, snížený kožní turgor a tvorba hustého vazkého hlenu. *Pokud se u objeví známky dehydratace* zvýšíme příjem tekutin a vlhkost vdechovaného vzduchu a kontaktovat obvodního lékaře (Nova Scotia Health, 2016).

7 PÉČE O DÝCHACÍ CESTY PO ZAVEDENÍ TRACHEOSTOMICKÉ KANYLY

Adekvátní péče o dýchací cesty u pacientů s tracheostomatem je velmi důležitou složkou prevence vzniku nežádoucích událostí a komplikací. Pacient musí o své dýchací cesty pravidelně pečovat. Dostatečná toaleta DC je velmi důležitá k prevenci vzniku infekčních komplikací. Pacienty, kteří mají zvýšenou produkci hlenu z dýchacích cest edukujeme o vhodnosti užívání mukolitik, které rozpouštějí hlen a usnadňují efektivní expektoraci. Toaletu DC lze provádět i za pomoci odsávání či laváží DC (Nova Scotia Health, 2016).

7.1 Zvlhčování vdechované směsi

U pacientů s tracheostomatem vdechovaný vzduch obchází horní cesty dýchací, které vdechovanou směs očistí, zvlhčí a ohřejí, čímž u této skupiny pacientů dochází k osychání sliznice dýchacích cest. Dnešní moderní medicína nabízí dvě základní metody zvlhčování vdechované směsi – pasivní a aktivní. Možnosti zvlhčování vdechované směsi jsou do značné míry limitovány tím, zda je pacient spontánně ventilující či vyžaduje trvalé napojení na DUPV (domácí umělá plicní ventilace), ale i od toho, jaký typ TSK používá.

Pokud je **pacient trvale ventilovaný**, je součástí ventilačního okruhu nebulizátor zajišťující zvlhčování vdechované směsi, což řadíme mezi aktivní metody zvlhčování. Dále lze mezi DC pacienta a ventilační okruh vkládat HME filtr (výměník tepla a vlhkosti), který je pasivní metodou zvlhčování a ohřevu vdechované směsi, ale jeho neopomenutelnou výhodou je schopnost vychytávat patogeny (bakterie, viry).

U **spontánně ventilujícího pacienta nevyžadujícího UPV** (umělou plicní ventilaci) řešíme zvlhčování vdechované směsi pomocí pasivních metod zvlhčování HME filtry (filtrace, zvlhčení a ohřev vdechované směsi), které lze na plastové tracheostomické kanyly nasadit, viz obrázek č. 8. Nevýhodou užití HME filtrů u spontánně ventilujících pacientů je subjektivně vnímaný vyšší odpor během dýchání. Výměník tepla a vlhkosti musí být odstraněn při kašli a na noc, kvůli nutnosti zvýšené dechové práce. Pokud pacient používá kovovou tracheostomickou kanylu k zvlhčení vdechovaného vzduchu je využíváno vytvoření „vlhké“ bariery v podobě umístění navlhčeného sterilního čtverce či zvlhčeného ochranného roláku na suchý zip kryjící vstup do TSK, viz obrázek č. 9. Pokud pacient odmítá užití HME filtrů (zvýšený odpor – pocit dušnosti), či je nositelem kovové TS kanyly, lze v domácím prostředí využívat aktivní zvlhčovače vzduchu (např. ultrazvukové), které mohou být v indikovaných

případech po schválení revizním lékařem hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, nebo je lze zakoupit v zdravotnických potřebách či obchodech s elektrospotřebiči (Herda, 2013, s. 438).



Obrázek č. 8 Různé typy HME filtrů k Protexové kanyle

Zdroj: Tracoe (2020, s. 76)



Obrázek č. 9 Ochranný čtverec na suchý zip

Zdroj: Tracoe (2020, s.107)

7.2 Odsávání pacienta s tracheostomickou kanylou

Odsávání je metou, při níž je pomocí odsávačky a speciálních odsávacích katetrů odstraňován hlen z dýchacích cest u pacientů, kteří vzhledem k jeho množství, viskozitě či celkovému zdravotnímu stavu nejsou schopni jej účinně vykašlat. Nahromadění hlenu v dýchacích cestách způsobuje nejen ztížené dýchání, ale tvoří i živnou půdu pro noxy způsobující infekci DDC. Přestože se jedná o technicky nenáročný proces může být doprovázen řadou komplikací (srdeční arytmie, hypoxémie, poranění DC a krvácení, náhodná dekanylace), kterým předcházíme dodržováním několika zásad správného postupu (Nova Scotia Health, 2016).

Zásadami odsávání je v první řadě upozornit pacienta s tracheostomatem na diskomfort této techniky a vysvětlit mu nutnost jejího provedení. Pokud pacient nebude edukován o diskomfortu během odsávání stane se pro něj odsávání stresujícím nepříjemným výkonem, který bude odmítat. Během odsávání dojde k podráždění nervových zakončení, které zde probíhají, proto pacient může pociťovat bolest, nauzeu někdy může dojít až ke zvracení, ale vždy odsávání dráždí pacienta ke kašli.

Velmi podstatnou zásadou odsávání je adekvátní příprava pomůcek, abychom během samotného procesu nezjistili, že nám nějaká pomůcka chybí, nebo není funkční. Odsávací katetry jsou k dostání od 6 do 18 Fr a vhodná velikost je stanovena na základě vzorce $(\frac{\text{průměr TSK}}{2} \times 3 = \text{velikost odsávacího katetru})$.

Všeobecně platí, že volíme co nejmenší průměr, kterým lze adekvátně odsát sekret z DC. Pro snazší orientaci pacientů a rychlejší orientaci zdravotnických pracovníků jsou velikosti odsávacích katetrů označeny barevně. Hloubka zavedení katetru je do oblasti cariny, což je hloubka zhruba 10-12 cm. Pokud během zavádění katetr klade odpor, povytáhněte jej od 1-2 cm a začněte odsávat, předejete tím riziku poškození endotracheální sliznice.

Další zásadou je preoxygenace pacienta před odsáváním. Pacient trvale napojený na UPV se po dobu 1 minuty před a po odsávání preoxygenuje 100 % O₂, což snižuje riziko hypoxie až o 48 %. Pokud je pacient spontánně ventilující, je vhodné 15 minut před odsáváním inhalovat (např. Vincentku). Tyto pacienty není potřeba před odsáváním preoxygenovat.

Důležitým aspektem předcházení poškození sliznice trachey je volba adekvátního sacího tlaku v rozmezí mezi 80–150 mmHg (Russel, 2013, s. 428-433). Posledními zásadami správného postupu odsávání je jeho délka v rozmezí mezi 10-15 sekundami a maximální frekvence 3 po sobě jdoucích sání během jednoho cyklu odsávání z DDC.

7.2.1 Otevřený systém odsávání pacientů s tracheostomickou kanylou

Otevřený systém odsávání volíme k jednorázovému odsávání pacientů s nízkou až střední produkcí hlenu DC. Odsávání probíhá za pomoci sterilních odsávacích katetrů na jedno použití. Tento typ odsávání je po stránce realizace provedení náročnější. K odsávání otevřeným systémem jsou zapotřebí sterilní katétr k odsávačce, funkční odsávačka, sterilní pinzeta (ev. čtverce), nádoba se sterilní vodou či fyziologickým roztokem, rukavice a ústenka.

Po přípravě pomůcek edukujeme pacienta o výkonu a jeho diskomfortu pro jeho osobu, následně provedeme hygienu rukou a jejich dezinfekci a použijeme OOPP (osobní ochranné pracovní pomůcky).

Pacienta poprosíme, aby se pokusil o účinnou expektoraci, která napomůže uvolnění sekretu z DC. Pokud je odsáván pacient napojený na ventilační okruh, je třeba po preoxygenaci okruh rozpojit, což je z hlediska rizika pro pečovatele krizový moment. Po rozpojení okruhu komunikují dýchací cesty pacienta s TSK s okolním prostředím bez jakékoliv bariéry. Při zachování sterility sterilní odsávací katétr namočíme do fyziologického roztoku a jemně zavedeme skrz tracheostomickou kanylu katétr 10-12 cm (patrný odpor katetru) do DDC. V této fázi neodsávat! Následně zhruba o 1 cm katétr povytáhneme a spustíme odsávání a pomalu plynulým tahem katétr za krátkodobě přerušovaného sání vytahujeme ven. Odsávání nesmí trvat déle než 10-15 sekund.

Po celou dobu odsávání pacienta sledujeme a v případě vniku neočekávaných situací sání okamžitě ukončujeme. Hodnotíme také odsávaný sekret. Pokud je třeba opakovat odsávání použijeme VŽDY nový katétr k minimalizaci zavlečení infekce do DDC.

Spojovací hadici k odsávačce propláchneme. Po ukončení odsávání katétr vyhodíme (infekční materiál).

Nešetrnost při zavádění a sání může způsobit poranění sliznice DDC a následné krvácení (Šromová, 2018, s. 57-65).

7.2.2 Uzavřený systém odsávání pacienta s tracheostomickou kanylou

Uzavřený systém odsávání pomocí systému Trach – care je v dnešní době preferovaným způsobem odsávání u pacientů vyžadující opakované odsávání. Tento způsob je výhodný, jak z důvodu snazší manipulace během práce s odsávacím katetrem, aby nebyl kontaminován, tak i skutečností, že při odsávání nemusí být pacient odpojován od ventilace a ventilační okruh zůstává nerozpojen, čímž je minimalizováno riziko vzniku infekce, jak pro pacienta, tak pečovatele. V nemocničních zařízeních vzhledem k aktuálně probíhající pandemii C-19 se jiný způsob odsávání z TSK nepoužívá – výrazně se tak snižuje riziko nákazy zdravotnických pracovníků během odsávání.

Katétr je trvale připojen k TSK a stává se trvalou součástí ventilačního okruhu. Katétr je dlouhý pouze 30 cm a je uložen v nesnímatelném sterilním průhledném obalu. Dále obsahuje přerušovač sání a vstup pro vpravení roztoků (průplach katetru, laváž DC).

Během zavádění do DC neodsáváme. Po zavedení katetru spustíme odsávání a plynulým tahem za přerušovaného sání katétr vytahujeme ven. Je podstatné, aby byl katétr vytažen a neobturoval DC. Katétr nakonec propláchneme pomocí fyziologického roztoku, který aplikujeme za stálého odsávání do bočního vstupu na Trach-caru.

Výměna celého systému Trach-care probíhá po uplynutí doby jeho použití dané výrobcem, nebo i dříve v případě, že je systém znehodnocen (Sýkorová, 2010, s. 12).

7.3 Lavážování dýchacích cest

Lavážování dýchacích cest spočívá v aplikaci malého množství lavážovací tekutiny dle ordinace lékaře skrz tracheostomickou kanylu do tracheobronchiálního kmene. Množství čistého fyziologického roztoku či roztoku mukolitika se pohybuje mezi 1-5 ml, které aplikujeme po stěně TSK.

Pacienty na UPV necháme pomocí ventilátoru prodýchnout a až následně odsáváme.

Pokud je pacient spontánně ventilující je důležité, aby se snažil několikrát zhluboka nadechnout a následně si odkašlal nebo jej odsajeme.

8 NÁHRADNÍ HLASOVÉ PROSTŘEDKY

Kvalitu pacientova života do značné míry určuje schopnost edukovaného osvojit si náhradní možnosti tvorby hlasu při rehabilitaci komunikace. Moderní medicína nabízí tři základní alternativy náhradní hlasové komunikace – *jícnový hlas*, *elektrolarynx*, *tracheozofageální píštěl s hlasovou protézou* (Škvrňáková a kol., 2011, s. 85-90).

Jícnový hlas je technika tvorby hlasu a slov řízeným ruktem. Barva jícnového hlasu je velmi podobná hlasu, který měl pacient před vytvořením tracheostomatu. Návlek jícnové řeči začíná co nejdříve s přihlédnutím k aktuálnímu stavu pacienta (již několik týdnů po operaci) a je v kompetencích foniatra. Foniatr učí techniku aktivního nasátí vzduchu do jícnu předsunutím dolní čelisti ventrálním směrem během inspiria, kdy je v jícnu podtlak. Následným zvýšením intraabdominálního tlaku dojde k „chtěnému“ ruktu (Dršata a kol., 2008, s. 91-93).

Elektrolarynx je elektromechanická kompenzační pomůcka v podobě generátoru zvuku s dobíjecí baterií. Hlas tvořený generátorem je strojový a ani zdánlivě nepřipomíná lidský hlas, což je mnoha pacienty vnímáno jako velký handicap této techniky. Osvojení si řeči s elektrolaryngem je velmi jednoduché, pacient přiloží membránu elektrolaryngu na kůži pod dolní čelist a pomocí spínače generuje zvuk, který následně pomocí artikulace upravuje v jednotlivá slova (Škvrňáková a kol., 2011, s. 85-90).

Tracheozofageální píštěl s hlasovou protézou je chirurgická metoda, při které chirurg zakládá shunt mezi tracheou a jícnem fungující, jako jednocestný ventil, který se otevírá pouze při výdechu s uzavřeným tracheostomatem. K uzavření tracheostomatu používá pacient tlak prstu na tracheostoma. Hlas je stejně jako u jícnového hlasu podobný hlasu, který měl pacient před výkonem. Nevýhodou této alternativy je hypotetické riziko aspirace, které je minimalizováno používáním jednocestných ventilů (Dršata a kol., 2008, s. 91-93).

Základními pravidly komunikace s tracheostomatem jsou komunikace tváří v tvář v tichém prostředí, upozornění dotyčného, že k němu mluvíte, signál, že předáváte slovo a samozřejmě oboustranná trpělivost (Nasswetter a kolektiv, 2018, s. 206-209).

9 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY K TRACHEOSTOMICKÉ KANYLE

Obturační zátka slouží k dočasnému uzavření tracheostomatu. Obturační zátka nesmí nasazovat pacienti s obstrukcí dýchacích cest nad tracheostomatem, například u pacientů po totální laryngektomii by nasazení obturační zátky na tracheostoma způsobilo udušení, tito pacienti mají chirurgicky ireverzibilně oddělené dýchací a polykací cesty. Typickou skupinou pacientů využívajících obturační zátku na tracheostomii jsou pacienti s OSAS (syndrom spánkové obstrukční apnoe), kteří přes den dechové potíže nemají. Uzávěr tracheostomatu jim umožňuje fyziologické dýchání a tvorbu hlasu přes den. Indikace tracheostomie u pacientů s OSAS je ojedinělá a týká se pouze morbidně obézních pacientů s kardiopulmonální dekompenzací.

HME filtr (výměník tepla a vlhkosti) přebírá funkci horních cest dýchacích stran ohřevu, mechanického očištění a zvlhčení vdechovaného vzduchu. Právě pro tuto jeho funkci jej známe i pod pojmem „umělý nos“. Používání HME filtrů výrazně snižuje riziko vzniku infekčních komplikací a zvýšené tvorbě krust v DDC.

Ochranný rolák je kompenzační pomůckou univerzální velikosti sloužící k zakrytí vstupu do tracheostomické kanyly či tracheostomatu, který je upevňován ke krku prostřednictvím suchého zipu. Z veřejného zdravotního pojištění na základě preskripce ORL lékaře či foniatra má pacient s tracheostomatem nárok jedenkrát v roce na 1 balíček obsahující 3 ochranné roláky. Náhradní alternativou jsou *ochranný šátek* či *bílý ochranný ubrousek*, které plní stejnou funkci.

Sprchový chránič je kompenzační pomůckou sloužící jako ochrana před průnikem vody do DDC skrze tracheostoma, viz obrázek č. 10. Důležité je zmínit, že ochrana není 100 %, štít má v sobě integrované otvory, které musí být umístěny pod vchodem do TSK – nechrání před přímým zásahem vodním proudem. Po použití je třeba jej umýt mýdlem a nechat přirozeně oschnout. Hrazen 1x ročně v rámci poukazu „Příslušenství k tracheostomické kanyle“ předepsaným ORL lékařem či foniatrem bez nutnosti schválení revizním lékařem.



Obrázek 10 Sprchový chránič

Zdroj: Tracoe (2020, s. 103)

Mluvicí chlopeň Phon assist I pro kryt s ochrannou mřížkou s nebo bez kyslíkového portu využíváme pouze u spontánně ventilujících klientů s intaktním laryngem, nelze využívat po laryngektomii. Případný kyslíkový port je opatřen víčkem. Otáčením horní části chlopně o 90° vpravo a vlevo umožňuje individuální regulaci odporu dýchacích cest uzavřením či otevřením 2 laterálních otvorů, což umožňuje naprosté otevření chlopně při pocitu dušnosti, aniž by bylo nutné chlopeň zcela odstranit. *Mluvicí chlopeň Phon assist II* lze využívat v kombinaci s HME filtrem i u pacientů po laryngektomii v případě, že mají hlasovou protézu. Tyto kompenzační pomůcky jsou kompatibilní například se silikonovými TSK, stomickými knoflíky s i bez mřížky aj. Vhodnost jejich užití a preskripce daného typu mluvicí chlopně vzhledem k široké škále nabídek je v kompetenci ORL lékaře či foniatra. Z edukačního hlediska je třeba edukanta upozornit, že aby byla „mluvící chlopeň“ funkční nesmí být nafouknuta velkoobjemová nízkotlaková manžeta TSK, pokud pacient tracheostomickou kanylu s obturační manžetou používá.

Tracheální komprese slouží k absorpci sekrece DC vytékající mezi TSK a tracheostomatem. Vkládá se stejně jako nastřížený sterilní čtverec, pod přední desku kanyly, který nahrazuje. Ovšem jeho cik-cak tovární prostřížení brání jeho dislokaci a lze jej při znečištění vyměnit bez výměny TSK. Existuje mnoho podob, mohou být potažené (např. AI), jedno či dvouvrstvé, (ne)sterilní, pěnové sterilní komprese aj, viz obrázek č. 11.



Obrázek 11 Tracheostomická komprese

Zdroj: Tracoe (2020, s. 106)

Krční pásky jsou stejně jako sprchový štít hrazeny v rámci poukazu bez schválení revizním lékařem 1x v roce. Existuje mnoho podob ať po materiální stránce (molitanové, bavlněné, elastické aj.) či šířce pásku. Významným způsobem komfortizují péči o TSK a její nošení.

Tracheostomický fix je jednorázová pěnová rouška opatřená v horní části samolepícím proužkem dodávaná po 10 kusech ve dvou velikostech na předpis lékaře. Preskripci může provést pouze ORL lékař či foniatr, ale plná úhrada závisí na schválení revizním lékařem. Klient má nárok 1x měsíčně na poukaz „*Příslušenství po totální laryngektomii, krytí stomatu*“. Nebo 1x v roce je vždy předepisován poukaz „*Příslušenství k tracheostomické kanyli*“ bez nutnosti schválení revizním lékařem, jehož součástí kromě tracheostomického fixu jsou 3 fixační pásky, sprchový chránič, sada na čištění kanyly.

Na závěr této příručky bych ráda zmínila, že produkty přímo související s péčí o TSK jsou: *čisticí vatové tyčinky, čisticí kartáčky s vlněnou špičkou, čisticí kit či prášek, koncentrovaný čisticí roztok*, které jsou součástí *sady na čištění TSK*. Ta je 1x v roce v rámci poukazu na příslušenství k TSK hrazena pacientům z veřejného zdravotního pojištění (Matejová a kol., 2019, s. 4-8)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 Plastová TSK bez obturační velkoobjemové nízkotlakové manžety.....	6
Obrázek č. 2 Kovová TSK.....	7
Obrázek č. 3 TSK s variabilní hloubkou zanoření s a bez obturační nízkotlakové velkoobjemové manžety.....	8
Obrázek č. 4 Plastová TSK s výměnným středem, otočným límcem a obturační nízkotlakovou velkoobjemovou manžetou.....	8
Obrázek č. 5 Plastová TSK s výměnným středem, otočným límcem, obturační nízkotlakovou manžetou a integrovaným odsávacím katetrem.....	9
Obrázek č. 6 Molitanový fixační pásek.....	14
Obrázek č. 7 Způsob navázání tkalounu na TSK.....	16
Obrázek č. 8 Různé typy HME filtrů k Protexové kanyle.....	24
Obrázek č. 9 Ochranný čtverec na suchý zip.....	24
Obrázek 10 Sprchový chránič.....	30
Obrázek 11 Tracheostomická komprese.....	31

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Mobilní aplikace „ZÁCHRANKA“

Příloha č. 2 Algoritmus KPR u dospělého

PŘÍLOHY

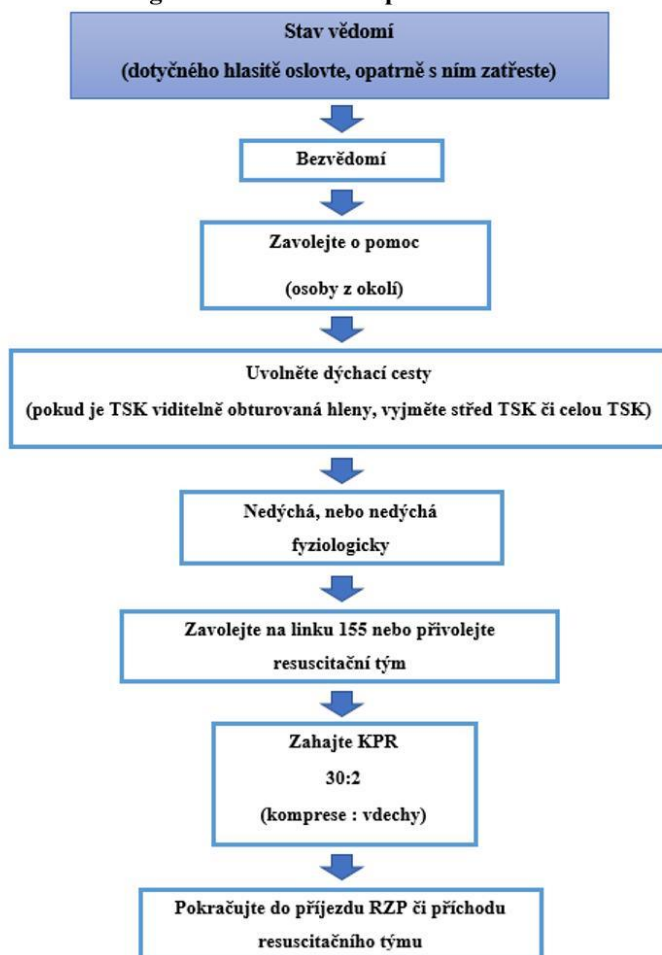
Příloha č. 1 Mobilní aplikace „ZÁCHRANKA“

Představuje způsob tísňového volání nové generace prostřednictvím smartphone či chytrých hodinek s nainstalovanou aplikací „záchranka“, která umožňuje rychlé a efektivní spojení se zdravotnickou záchrannou službou stiskem jediného tlačítka. *Nouzové* tlačítko v podobě velkého červeného tlačítka se objeví po zapnutí aplikace, symbol červeného tlačítka stisknete na dobu 3 vteřin čímž aktivujete záchrannou akci. Aplikace prostřednictvím mobilních dat či v podobě SMS zprávy odešle přesnou polohu telefonu s aktivovaným nouzovým tlačítkem. Aplikace umožňuje v profilu uživatele nastavit kontaktní osoby, osobní údaje, ale i zdravotní stav, kam lze zanést, že uživatel je trvalým nosičem TSK a není schopen hlasové komunikace. Během aktivace nouzového tlačítka dojde kromě odeslání přesné polohy smartphone i k automatickému vytočení operačního střediska zdravotnické záchranné služby. Pokud uživatel není schopen hlasové komunikace zvolí v levém dolním rohu obrazovky ikonu „nemohu mluvit“. Po jejím stisknutí se objeví 9 ikon se základními nouzovými situacemi a uživatel následně komunikuje s operátorem prostřednictvím volby ikon aplikace. Pokud uživatel vyplnil v profilu aplikace, že není trvale schopen hlasové komunikace s operátory tísňové linky, nabídka 9 nouzových ikon se objeví automaticky po aktivaci nouzového tlačítka. Vždy i přes odeslání informace „nemohu mluvit“ aplikace vytočí tísňovou linku 155 a spojí uživatele s operátorem. Aplikace je plně podporována na území ČR, zároveň i na území okolních států, jako například Slovensko, Rakousko a Maďarsko. Ve zbylých členských státech EU aplikace vytáčí linku 112, ale bez udání pacientovy polohy.

Odkaz na aplikaci: <https://www.zachrankaapp.cz/cs/jak-aplikaci-pouzivat>

Zdroj: Aplikace Záchranka (2016)

Příloha č. 2 Algoritmus KPR u dospělého



Zdroj: Klementa (2015, s. 7), volně upraveno autorkou

ZDROJE

1. Aplikace Záchranka, z.ú. *ZÁCHRANKA: Tísňové volání nové generace* [online]. Brno: Záchranka, 2016 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <https://www.zachrankaapp.cz/cs/jak-aplikaci-pouzivat>
2. DRŠATA, Jakub, Jan VOKURKA, Petr ČELAKOVSKÝ, Markéta HUDÍKOVÁ, Jaroslav RŮŽIČKA a Petr KORDAČ. Přehled foniatrických možností úpravy hlasu po onkologické léčbě nádorů oblasti hlavy a krku. *Onkologie*. Praha: Fakultní nemocnice Hradec Králové a LF UK Praha, 2008, **2**(2), s. 91-93. ISSN 1803-5345.
3. FRACE, Michael A. Tracheostomy Care on The Medical-Surgical Unit. *MEDSURG Nursing* [online]. 2010, **19**(1), s. 58–61 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1092-0811. Dostupné z: doi:20336989
4. HERDA, Pavel. Život ohrožující situace u pacienta s tracheostomií. *Anesteziologie a intenzivní medicína. Abstrakta přednášek přednesených na 21. Hoderově dni* [online]. 2013, **24**(6), s. 438 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1214-2158. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/anesteziologie-intenzivni-medicina-clanek/abstrakta-prednasek-prednesenych-na-21-hoderove-dni-46931>
5. KLEMENTA, Bronislav. Základní kardiopulmonální resuscitace dospělého a dítěte: Edukační materiál pro pacienty. *Fakultní nemocnice Olomouc* [online]. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc, neuvedeno, 2015 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: https://www.fnol.cz/pdf/karim/FNOL_letak_Algoritmus_KPR_BLS.pdf
6. LOERZEL, Victoria Wochna, William Woodfin CROSBY, Ellen REISING a Mary Lou SOLE. Developing the Tracheostomy Care Anxiety Relief Through Education and Support (T-CARES) Program. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 2014, říjen 2014, **18**(5), s. 522–527 [cit. 2020-12-10]. ISSN 1092-1095. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.1188/14.CJON.522-527>
7. MATEJOVÁ, Ivana, P. MLATECOVÁ a Irina ŠEBOVÁ. Tracheotómia a zdravotnícke pomôcky pri starostlivosti o pacientov s tracheostómiou. *Nové vademecum sterilizace* [online]. 2019, **219**(1), s. 4-8 [cit. 2020-10-14]. ISSN 1802-0542. Dostupné z: <http://www.steril.cz/casopis/>

8. MEHTA, Anuj B., Sohera N. SYEDA, Allan J. WALKLEY a Renda S. WIENER. Tracheostomy in Adults. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine* [online]. 2016, 15. 7. 2016, **194**(2), s. 3–4 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1073-449X. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.1942P3>
9. NASSWETTER, Jaromír, Ondřej TRČKA, Jiří KRČÁL, Monika VOHLÍDKOVÁ, Petr HRABAČKA, Tomáš SVOBODA a David SLOUKA. Péče o pacienta po totální laryngektomii. In: BANĚČKOVÁ, Martina, Břetislav GÁL, Jana HANÁKOVÁ, et al. *Otorinolaryngologie*. Praha: Galén, 2018, s. 206–209. ISBN 978-80-7492-391-3.
10. NOVA SCOTIA HEALTH. Tracheostomy Care at Home: Patient & Family Guide. *Nova Scotia Health* [online]. Kanada: Nova Scotia Health Authority, © 2020, srpen, 2016 [cit. 2021-02-18]. Dostupné z: <http://www.nshealth.ca/sites/nshealth.ca/files/patientinformation/0244.pdf>
11. PATTON, Julie. Tracheostomy care. *British Journal of Nursing* [online]. 2019, **16**(28), s. 1060–1062 [cit. 2021-01-10]. ISSN 0966-0461. Dostupné z: doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2019.28.16.1060>
12. RUSSEL, Claudia. High-Dependenci Nursing: Providing the nurse with a guide to tracheostomy care and management. *British Journal of Nursing* [PDF] [online]. 2013, **14**(8), s. 428-433 [cit. 2020-12-29]. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.8.17934>
13. SLOUKA, David. Příprava pacienta k totální laryngektomii. In: SLOUKA, David a Tomáš SVOBODA. *Hrtan. Rakovina hrtanu. Ošetřování po totální laryngektomii*. Plzeň: Euroverlag, 2016, s. 59–61. ISBN 978-80-7177-952-0.
14. SMITHS MEDICAL. A Handbook for the Home Care of an Adult with a Tracheostomy. *Smiths Medical* [online]. Rockland: Smiths Medical family of companies, © 2007, 2017 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: https://www.smiths-medical.com/~media/M/Smiths-medical_com/Files/Import%20Files/TR194416EN_LR.pdf
15. SÝKOROVÁ, Věra. Využití uzavřeného odsávacího systému – TRACHCARE. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2010, **6**(3), s. 12. ISSN 1801-1349.

16. ŠKVRŇÁKOVÁ, Jana, Arnošt PELLANT a Petra MANDYSOVÁ. Změna komunikace je u pacientů s trvalou tracheostomií největším hendikepem. *Otorinolaryngologie a foniatrie*. 2011, **60**(2), s. 85-90. ISSN 1210-7867.
17. ŠROMOVÁ, Lenka. Pacient s tracheostomií na domácí umělé plicní ventilaci. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. 2018, **65**(3), s. 57-65 [cit. 2021-01-10]. ISSN 1212-3048. Dostupné také z: <https://nlk.cz/zdroje/publikace-nlk/anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-medicina/>
18. TRACOE. Das TRACOE Produktportfolio. In: *MEDIAL: Lékařská technika speciální zdravotnický materiál* [online]. Nieder-Olm: Medial. All rights reserved., © 2017–2021, 2020 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: https://www.medial.cz/content/files/medial/download/katalogy/tracoe/Tracoe-produktkatalog_de-2020-web.pdf
19. WHO. Advice on the use of masks in the community, during home care and in health care settings in the context of COVID-19, Interim guidance, 19 March 2020, WHO, [online]. [cit. 2021-01-25]. Dostupné z: [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)

Tato příručka vznikla jako výstup do praxe k diplomové práci s názvem „Role sestry v edukaci pacientů s tracheostomickou kanylou“. Příručka je určena všeobecným sestřám, jako jedna z edukačních pomůcek, která může být využita v klinické praxi při plánování a realizaci edukace. Avšak nelze ji považovat, jako „neutrální“ podklad k edukaci. Edukace musí být vždy přizpůsobena individuálním vzdělávacím potřebám edukanta.

Vlastní zpracování