

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník k výzkumnému šetření diplomové práce

Příloha č. 2 Farmaka používaná při tracheostomii

Příloha č. 1

Dotazník k výzkumnému šetření diplomové práce

Vážená kolegyně a kolegové,

jmenuji se Bronislava Chvějová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia na 1.lékařské fakultě UK v Praze, studijní program Specializace ve zdravotnictví, obor Intenzivní péče. K dokončení studia vypracovávám diplomovou práci na téma “Role sestry při tracheostomii u dospělých v intenzivní péči – punkční versus chirurgická tracheostomie”. Práce je zaměřena na zmapování použití jednotlivých metod tracheostomie – chirurgická versus punkční, role sestry při těchto metodách, jejich zkušenosti a znalosti. Chtěla bych Vás požádat o pomoc při vyplnění krátkého anonymního dotazníku. Jeho výsledky budou publikovány pouze pro tuto diplomovou práci.

Velice Vám děkuji za ochotu a Váš drahocenný čas, který vyplnění dotazníku věnujete.

S přáním pěkného dne Bc. Bronislava Chvějová.

A Demografické údaje

1. Vaše pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské vzdělání
- b) vyšší odborné vzdělání ukončeno titulem DiS.
- c) vysokoškolské vzdělání ukončeno titulem Bc.
- d) vysokoškolské vzdělání ukončeno titulem Mgr.
- e) jiná odpověď:.....

3. Máte specializaci ARIP?

- a) ano
- b) ne
- c) právě specializaci studuji

4. Kolik let pracujete na oddělení intenzivní péče?

- a) 1 – 5let
- b) 5 a více – 10let
- c) 10 a více – 15let
- d) 15 – více let

Časné:.....
Pozdní:.....

10. Myslíte si, že četnost komplikací (časné i pozdní) je více u:

- a) PDTS
- b) Chirurgická TS
- c) nevím

11. Z osobních zkušeností se samotným výkonem tracheostomie bych se více přikláněl(a) k:

- a) PDTS
- b) chirurgické TS

Proč? (náročnost výkonu, následná péče, komplikace, časový faktor,.....)uved'te:

.....
.....
.....

12. Informace o jednotlivých metodách TS jsem získal(a):

(možné uvést více možností)

- a) osobní zkušenosti
- b) PC
- c) odborná literatura
- d) semináře
- e) školní výuka
- f) jiné.....

13. Myslíte si, že role sestry je při samotném výkonu TS nezastupitelná?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud ano, v čem spočívá její nezastupitelnost?

.....

C Ošetrovatelská péče

14. Na Vašem oddělení pracujete dle standardu ošetrovatelské péče o TSK?

- a) ano
- b) ne

15. Přispělo by ke zlepšení ošetrovatelské péče o dýchací cesty pokud by sestry pracovaly dle jednotného standardu?

- a) ano
- b) ne

16.Máte osobní zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o tracheostomie u jednotlivých tracheostomických (dále jen TS) metod?

PDTS a) ano
b) ne

Chirurgická TS a) ano
b) ne

Pokud ano, v čem spočívá rozdílnost ošetrovatelské péče u jednotlivých metod?

Napište.....
.....
.....

17. Jaký je doporučený interval pro kontrolu tlaku v obturační manžetě u tracheostomické kanyly pomocí manometru:

- a) každých 6–12 hodin
- b) každých 24 hodin
- c) každých 48 hodin
- d) pouze jednou, při zavedení kanyly
- e) ke kontrole tlaku využívám pouze palpační kontrol u balónku
- f) tlak vůbec nekontroluji
- g) nevím
- h) jiná odpověď:.....

18. Jaký je doporučený optimální tlak, který bychom měli v obturační manžetě tracheostomické kanyly udržovat:

- a) 15–19 mmHg
- b) 20–25 mmHg
- c) 26–30 mmHg
- d) 31–35 mmHg
- e) nevím
- f) jiná odpověď:.....

19. Jaký typ odsávacího systému pro toaletu DC u pacientů na UPV NEJČASTĚJI na Vašem pracovišti používáte:

- a) otevřený odsávací systém
- b) uzavřený odsávací systém
- c) kombinaci obou odsávacích systémů
- d) nevím

20. Jak často by se měl pacient odsávat z dýchacích cest?

- a) pouze dle ordinace lékaře
- b) dle potřeb pacienta, při slyšitelném zahlenění,....
- c) pouze před a po inhalaci
- d) nevím

21. Na základě jakých klinických projevů usuzujete, že je potřeba pacienta odsát z DC:
(LZE OZNAČIT VÍCE SPRÁVNÝCH ODPOVĚDÍ)

- a) bradykardie
- b) desaturace
- c) zvýšená dechová práce
- d) bolesti na hrudníku
- e) viditelné nebo slyšitelné sekrety v kanyle
- f) vzestup tělesné teploty
- g) změny dechového objemu
- h) změny minutové ventilace
- i) elevace zánětlivých markerů
- j) nevím
- k) jiná odpověď:.....

22. Jaké komplikace mohou vzniknout u tracheálního odsávání? (možno označit více možností)

- a) poranění tracheální sliznice
- b) hypoxémie
- c) zanesení infekce do dýchacích cest
- d) možnost vyvolání arytmií
- e) jiné.....

23. Jak často by se mělo převazovat okolí TSK?

- a) nepřevazuje se
- b) 1x týdně
- c) 2xdenně a dle potřeby
- d) nevím

24. Konají se ve Vašem zdravotnickém zařízení pravidelně semináře týkající se problematiky ošetřování TSK?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

25. Měl(a) byste o tyto vzdělávací semináře zájem?

- a) ano
- b) ne
- c) nemám zájem

26. Ohodnotte na škále 1 až 10 úroveň svých znalostí v dané problematice:
(příčemž 1 je nejnižší ohodnocení a 10 nejvyšší)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ještě jednou Vám děkuji za Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku a přeji hezký

Příloha č. 2

Farmaka používaná při tracheostomii

Při tracheostomii používáme tyto farmaka a to např. sufentanil (Sufenta forte), midazolam (Dormicum), ketamin (Calypsol, Narkamon, Ketanest), propofol (Propofol), pipecuronium (Arduan) či rocuronium (Esmeron). Vybraná farmaka budou níže blíže popsána.

Sufentanil řadíme mezi opioidní analgetika se sedativními účinky. Při intarvenózní aplikaci zajišťuje kardiovaskulární stabilitu, jen při vysokých dávkách může dojít díky vazodilatačnímu působení ke snížení krevního tlaku a bradykardii. Jeho dávkování je 0,5–1ug/kg/hod.i.v., doba nástupu účinku je do 3 min., celková doba účinku je 1–2 hod., odbourává se v játrech a vylučuje močí (Zemanová, 2009).

Midazolam patří do skupiny benzodiazepinů. Má krátký poločas rozpadu v rozmezí 1,5 až 2,5 hodiny. Jeho nástup účinku je rychlý, po intravenózním aplikaci přichází do 3–5 minut sedace. K sedaci je potřeba dávka 2,5 mg intravenózně, kterou lze postupně zvyšovat až do maximální celkové dávky 10 mg. Při dlouhodobé sedaci se podává úvodní dávka 0,03 až 0,3 mg/kg při pomalém podání a udržovací dávka 0,03 až 0,2 mg/kg/hod. Po dávce 0,15 mg/kg intravenózně trvá plné psychické zotavení zhruba tři hodiny. Je zde patrná výrazná amnézie (Lukáš, 2005).

Propofol řadíme mezi nebarbiturátová anestetika. Pro bezproblémový nástup účinku, jednoduché vedení anestezie a rychlé probuzení včetně návratu kognitivních funkcí je vhodný pro ambulantní anestezii. Po úvodní bolusové dávce může dojít k poklesu krevního tlaku a bradykardii. Přechodně bývá po úvodní dávce také zaznamenána hypoventilace až apnoe, nežádoucí účinky na ventilaci jsou zvýrazněny je-li propofol kombinován s opioidy. Úvodní bolus je dávkován 1,5–2,5 mg/kg intravenózně, pokud chceme sedovat kontinuálně, tak dávkujeme 0,3–4 mg/kg/hod. a pro anesteziologickou dávku je třeba podávat 4–12 mg/kg/hod. Doba nástupu účinku je během 30–40 sekund a jeho doba trvání 3–5 minut (Zemanová, 2009).

Ketamin patří též mezi nebarbiturátová anestetika. Patří do skupiny halucinogenů a navozuje disociativní anestezii s dobrou analgézií akutní somatické bolesti. Dávkování k navození anestezie je 0,5–1,5mg/kg intravenózně a doba trvání účinku je 15–20 min. K navození účinku analgetického je dávka 0,25 mg/kg intravenózně a účinek přetrvává 30–45 minut (Zemanová, 2009).

Pipekuronium patří mezi nedepolarizující myorelaxancia. Jeho dávkování je 0,05–0,1 mg/kg intravenózně, doba nástupu účinku je za 2,5–5 minut a přetrvává 30–60 minut (Zemanová, 2009).

Rokuronium též patří mezi nedepolarizující myorelaxancia. Jeho dávkování je 0,6–0,8 mg/kg intravenózně, doba nástupu účinku je do 1 minuty a doba účinku přetrvává 25–40 minut (Zemanová, 2009).