

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Kateřina Salomonová

**innosti sestry u lzka
na anesteziologicko-resuscitačním oddělení**

*Activities of a registered nurse
at intensive care unit*

Bakalřsk práce

Praha, kveten 2019

Autorka práce: **Kateřina Salomonová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalrsk studijní obor: **Všeobecn sestra**

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvonckov**

Pracoviště vedoucího práce: **stav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokldan termín obhajoby: 21. 6. 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze ve Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 3. 5. 2019

Kateřina Salomonová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové za vedení mé bakalářské práce a její přístup během celého studia. Také děkuji zdravotnickému personálu KAR FNKV za možnost provádět na jejich pracovišti výzkum a za jejich ochotu a pomoc během sběru dat. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za velkou podporu.

Obsah

Úvod	6
Abstrakt	7
Abstract	8
Teoretická část	9
1. Anesteziologicko-resuscitační oddělení	9
1.1 Nároky na ošetrovatelskou péči	9
1.2 Vzdělání sester na resuscitačním oddělení (dále jen RES)	10
1.2.1 Odborná způsobilost k vykonávání oboru všeobecná sestra	10
1.2.2 Specializační vzdělání v oboru intenzivní péče	11
1.2.3 Navazující magisterský obor intenzivní péče	12
2. KAR FNKV	13
2.1 Úsek intenzivní péče	13
2.2 Anesteziologický úsek	14
2.3 Úsek léčby chronické bolesti	14
2.4 Výuková činnost na klinice	14
2.5 Vědecká a výzkumná činnost	15
3. Organizace pracoviště – Resuscitační oddělení II	16
Výzkumná část	18
1. Cíl	18
2. Metodika sběru dat	18
3. Výzkumná metoda pozorování	20
4. Analýza dat	21
Dokumentace	22
Komunikace	24
Monitorace	26
Medikace	28
Převaz ran a invazivních vstupů	29
Doplnění materiálu	30
Doplnění léků	31
Pomoc kolegyni	32

Odsávání	33
Multidisciplinární spolupráce	34
Hygiena	35
Předání pacienta	36
Polohování	37
Nepřítomnost sestry	38
5. Údaje o sledovaných pacientech	40
Pacient č. 1	40
Pacient č. 2	40
Pacient č. 3	41
Pacient č. 4	42
Pacient č. 5	43
Diskuze	44
Závěr	49
Seznam použité literatury	50
Seznam tabulek	52
Seznam grafů	53
Seznam obrázků	53
Seznam použitých odborných zkratk	54
Přílohy	56

Úvod

Téma své bakalářské práce „Činnosti sestry u lůžka na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO)“ jsem si vybrala na základě svého zájmu o intenzivní péči a především o péči na resuscitačním oddělení, který jsem získala po své praxi na oddělení tohoto typu.

Cílem výzkumné práce bylo zmapování všech činností, které vykonává sestra u lůžka na ARO a případné zjištění, zda by se některé činnosti daly přesunout na jiný čas.

Teoretická část je zaměřena na význam anesteziologicko-resuscitačního oddělení, jeho fungování a vzdělání sester v tomto oboru. V další kapitole se zaměřím na organizaci pracoviště Kliniky anesteziologie a resuscitace Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (KAR FNKV), kde probíhal sběr dat pro tuto práci. Poslední kapitola popíše úseky kliniky a její výzkumnou a vědeckou činnost.

V empirické části se zaměřím na samotný popis průběhu zúčastněného pozorování na Resuscitačním oddělení II. KAR FNKV. Dále poskytnu popis jednotlivých skupin činností sester, které byly na základě výzkumu vybrány, a samotnou analýzu zjištěných dat. V neposlední řadě uvedu definici výzkumné metody pozorování.

Nedílná součást povolání sestry je psychohygiena, na kterou je třeba zvláště při práci na anesteziologicko-resuscitačním oddělení klást velký důraz. Tomuto tématu se budu v práci také věnovat.

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na činnosti sestry u lůžka na anesteziologicko–resuscitačním oddělení, které sestra provede během odpoledních hodin.

Teoretická část práce je rozdělena na několik kapitol a zabývá se především významem anesteziologicko–resuscitačního oddělení, vzděláním sester pracujících v tomto oboru a jejich pracovní náplní. Mimoto je v této části popsáno pracoviště KAR FNKV a organizace práce konkrétně na Resuscitačním oddělení II, kde byl výzkum prováděn.

V empirické části jsem se věnovala samotnému rozboru činností, které sestra na ARO provádí. Mimo výčtu těchto činností a jejich podrobného popisu se práce zabývá především jejich časovou náročností. V samostatné kapitole je definována výzkumná metoda pozorování a dále je zdůrazněn význam psychohygieny sester a způsoby, jak může být prováděna.

Z provedené studie vyplývá, že nejvíce času zabere sestřím komunikace mezi sebou, s lékařem, jinými zdravotnickými pracovníky, s rodinou nebo v situacích, kde to jeho stav umožňoval, se samotným pacientem. Dalšími časově nejnáročnějšími intervencemi byly monitorace pacienta a medikace.

Abstract

This bachelor thesis is focused on the nurse's activities by the bedside at the intensive care unit, which she performs during the afternoon hours.

The theoretical part is divided into several chapters and deals mainly with the importance of intensive care unit, education of nurses working in this field and their job description. In addition, this section describes the KAR FNKV workplace and the work organization specifically at the Resuscitation Department II where the research was conducted.

In the empirical part I devoted to the analysis of the activities that the nurse performs on the ICU. Apart from the list of these activities and their detailed description, the thesis deals with their time demands. In a separate chapter, the research method of observation is defined, and the importance of nursing psychohygiene and ways in which it can be performed are emphasized.

The study shows that most of the time it takes nurses to communicate with each other, with a doctor, other health care workers, with a family or with patient when his condition allows it. Another time consuming interventions was monitoring of the patient and medication.

Teoretická část

1. Anesteziologicko-resuscitační oddělení

„Na ARO jsou přijímáni pacienti, u nichž bezprostředně hrozí selhání základních životních funkcí, nebo pacienti, u nichž k tomuto selhání již došlo.“

(1, s. 19)

Tento obor podporuje kontinuitu přednemocniční a nemocniční neodkladné péče. Všechna anesteziologicko–resuscitační oddělení úzce kolaborují s rychlými záchrannými službami a lékaři se specializací v tomto oboru jsou odborně způsobilí zajišťovat přednemocniční neodkladnou péči právě na úrovni zdravotnických záchranných služeb. (2)

U pacientů na tomto oddělení je nutná podpora nebo dočasná náhrada životních funkcí (dýchání, krevní oběh vědomí, vnitřní prostředí). (2) Musí být neustále sledováni sestrou, která veškeré informace o nich zapisuje do zdravotnické dokumentace. Sestra pozoruje především vitální funkce a adekvátně reaguje na jejich změnu. Dále se stará o výživu a vyprazdňování pacienta a podporuje v rámci možností jeho soběstačnost a psychickou vyrovnanost. Na oddělení je pacientům poskytována resuscitační péče a léčba v závislosti na diagnóze. (1)

Pacienti se na oddělení dostávají po zhoršení stavu z ostatních oddělení nemocnice nebo z jiného zdravotnického zařízení, ze záchranné služby či ambulance. (1)

1.1 Nároky na ošetrovatelskou péči

Sestra musí neustále pacienta kontrolovat a reagovat na jeho potřeby. V závislosti na pacientově stavu pečuje o dýchání, výživu a vyprazdňování, hygienu, podává předepsanou medikaci, provádí potřebné měření a jiné intervence, pečuje o invazivní i neinvazivní vstupy, odebírá potřebný biologický

materiál k vyšetření, zajišťuje polohování pacienta. Měla by se v rámci možností snažit podporovat soběstačnost pacienta a jeho psychickou vyrovnanost především eliminací bolesti, zajištěním dostatečného odpočinku a spánku, ale také komunikací. Sestra musí být vnímavá, schopna vyhodnotit správně situaci a včas reagovat. (1)

Musí být schopna pracovat v týmu, komunikovat a spolupracovat s ostatními členy zdravotnického týmu a předávat jim odpovídající informace.

1.2 Vzdělání sester na resuscitačním oddělení (dále jen RES)

Minimální vzdělání sestry pracující na oddělení RES je kvalifikace všeobecné sestry nebo zdravotnického záchranáře.

U sestry pracující na tomto typu oddělení je výhodou absolvování magisterského vysokoškolského vzdělání v oboru intenzivní péče nebo specializačního vzdělání ve stejném oboru. Proto, aby mohla být zařazena do specializačního vzdělání, je povinna se nejdříve stát všeobecnou sestrou. (3)

1.2.1 Odborná způsobilost k vykonávání oboru všeobecná sestra

Dle zákona č. 96/2004 Sb. se lze stát všeobecnou sestrou absolvováním:

- studia zahájeného po akademickém roce 2003/2004
 - tříletého bakalářského studijního oboru na univerzitě
 - tříletého oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole
 - ročního studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole, pokud se jedná o osobu, která již získala způsobilost k povolání praktická sestra, zdravotnický záchranář, porodní asistentka nebo dětská sestra
- studia zahájeného nejpozději v akademickém roce 2003/2004:
 - vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie – péče o nemocné, pedagogika – péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické

školy, pedagogika – ošetrovatelství

- vyšší zdravotnické školy v oboru diplomovaná dětská sestra, diplomovaná sestra pro psychiatrii a diplomovaná porodní asistentka
- studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole
- studia zahájeného nejpozději v akademickém roce 1996/1997
- studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra, sestra pro psychiatrii nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole (4).

Po studiu na vysoké škole bakalářského oboru všeobecná sestra si sestra může doplnit magisterské dvouleté vzdělání v oboru intenzivní péče nebo ve stejném oboru absolvovat specializační vzdělání.

1.2.2 Specializační vzdělání v oboru intenzivní péče

„Cílem specializačního vzdělávání v oboru Intenzivní péče je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Sestra pro intenzivní péči osvojením si potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností, návyků týmové spolupráce i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou.“ (3)

Podmínkou k přijetí ke studiu je získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry dle Zákona č. 96/2004 Sb. Není nutné, aby uchazeč při studiu vykonával práci na specializovaném oddělení, musí mít však před atestační zkouškou splněnou dobu výkonu povolání danou zákonem 96/2004 Sb.

Optimální doba studia je 18–24 měsíců, ale pokud bude zachován počet hodin vzdělávacího programu, je možné studium prodloužit nebo zkrátit. Dohromady vzdělávací program obsahuje 560 hodin výuky, což zahrnuje polovinu hodin výuky praktické. Studijní plán se skládá z několika modulů – modulu základního a z pěti modulů odborných. Každému studentovi je přiřazen školitel, který mu vypracuje studijní plán a plán plnění praktických výkonů.

Během studia účastníka vzdělávání hodnotí. (5)

„Absolvent/ka specializačního vzdělávání v oboru Intenzivní péče je připraven/a provádět, zajišťovat a koordinovat základní, specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči v intenzivní medicíně. Je oprávněn/a na základě vlastního posouzení a rozhodnutí, v souladu s platnou legislativou zabezpečovat intenzivní péči v rozsahu své specializované způsobilosti stanovenou činnostmi, ke kterým je připraven/a na základě tohoto vzdělávacího programu a platné legislativy.“ (5)

1.2.3 Navazující magisterský obor intenzivní péče

Všeobecné sestry po bakalářském vysokoškolském vzdělání mají také možnost studovat dva roky v navazujícím magisterském oboru intenzivní péče.

V současné době tento obor nabízí Masarykova univerzita v Brně, a to jak prezenčně, tak kombinovaně. Dále tento obor v prezenční formě otevírá

3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a lékařská fakulta Ostravské univerzity v kombinované formě. Mimo školní rok 2019/2020 je také možné studovat v kombinované formě na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. (6)

2. KAR FNKV

Klinika anesteziologie a resuscitace Fakultní nemocnice Královské Vinohrady byla založena již po druhé světové válce Dr. Susatem. V roce 1963 vzniká samostatné anesteziologické oddělení, v roce 1972 Anesteziologicko-resuscitační oddělení a v roce 1983 pak Klinika anesteziologie a resuscitace (KAR). Přednostou kliniky je momentálně doc. MUDr. František Duška, Ph.D., AFICM, EDIC.

Na klinice působí v současnosti 45 lékařů, 112 všeobecných sester, 1 nelékařský vědecký pracovník, klinický farmaceut, 10 sanitářů a 3 pracovnice administrativy.

Klinika je rozdělena na tři části – úsek anesteziologický, úsek resuscitační péče a úsek léčby chronické bolesti. (7)

2.1 Úsek intenzivní péče

Intenzivní péče je poskytována v rámci dvou oddělení v pavilonu H FNKV, kde se nacházejí ve dvou patrech pracoviště RES I a RES II.

Resuscitační oddělení I je rozděleno na příjmovou část kliniky a část lůžkovou, kde se nachází 10 resuscitačních lůžek. Svým prostorovým uspořádáním je vhodné zejména pro příjem pacientů z přednemocniční složky.

Resuscitační oddělení II nabízí 11 lůžek, které jsou rozděleny do šesti boxů (3 jednolůžkové, 1 dvoulůžkový a 2 třílůžkové). Na oddělení jsou přijímány zejména pacienti z oborových pracovišť FNKV a jiných zdravotnických zařízení. Především jde o pacienty, u kterých je výhodou boxový systém péče.

KAR FNKV funguje jako nejvyšší resuscitační pracoviště pro Prahu 3, Prahu 10 a pro pacienty Traumacentra FNKV. Na lůžkovou část kliniky je ročně přijato kolem 800 pacientů v ohrožení života. Polovinu z nich tvoří již hospitalizovaní pacienti na jiných odděleních FNKV a druhá polovina je přijata

v rámci přednemocniční péče s pomocí rychlé záchranné služby.

Na klinice funguje jeden z nejmodernějších systémů dokumentací, který eliminuje používání papírové dokumentace. Jedná se o klinicky informační systém Metavision, který je synchronizován se záznamy sester, lékařů a používaných lineárních dávkovačů, infuzních pump a jiných zdravotnických přístrojů. V minutových intervalech zaznamenává navolené parametry sledování životních funkcí pacienta. Tento systém poskytuje sestře více času, který může věnovat pacientovi.

Nové trendy se snaží prosazovat i v rámci časné mobilizace a rehabilitace pacientů, antibiotické surveillance, prevence nozokomiálních infekcí a multidisciplinarity. Každodenních vizit u lůžka se mimo lékaře účastní i mikrobiolog a klinický farmaceut. (7)

2.2 Anesteziologický úsek

Ročně se na klinice v 23 operačních sálech vykoná cca 16 000 anestezií pacientům ve všech zdravotních oborech kromě kardiochirurgie. Anestezie je zaměřena na modernizaci metod, které zahrnují např. pacientem řízenou analgezii, regionální anestezii a katetrové techniky pooperační analgezie. (7)

2.3 Úsek léčby chronické bolesti

Do ambulance léčby bolesti docházejí pacienti s chronickou neztížitelnou bolestí nenádorového i nádorového typu. Akutní bolest je řešena v rámci anesteziologické péče týmem Acute Pain Service. (7)

2.4 Výuková činnost na klinice

V rámci pregraduální výuky studentů klinika působí ve vzdělávání magisterských i bakalářských oborů na 3. lékařské fakultě. Vyučují se předměty první pomoc pro 1. ročníky, pro 4. ročníky magisterského studia anesteziologie a pro 5. ročníky intenzivní a resuscitační péče. Studentům 6. ročníku dále pak

klinika zajišťuje výuku v rámci předstátnicové praxe v oboru chirurgie. Kromě zmíněných předmětů klinika nabízí několik volitelných kurzů. Pro postgraduální výuku má klinika akreditaci nejvyššího stupně pro přípravu lékařů k atestaci v oboru anesteziologie a intenzivní medicína a pořádá v jarních i zimních termínech kurzy předatestační a kurzy před složením testu základního anesteziologického kmene. Na klinice probíhá i praktická výuka studentů nelékařských oborů všeobecná sestra a zdravotnický záchranář. (7)

2.5 Vědecká a výzkumná činnost

Na KAR FNKV je snaha o podporu inovací a zlepšování metod léčby, a proto jsou součástí několika vysokoobjemových grantových projektů. Na klinice působí dvě studijní sestry a samostatný nelékařský výzkumný pracovník. Klinika je součástí programu Progres 37 a přímo na klinice se nachází OXYLAB – Laboratoř pro výzkum bioenergetiky. Jedno z výzkumných témat je například „Vliv časně rehabilitace za pomoci elektrické neuromuskulární stimulace asistované bicyklové ergometrie na funkční výsledek u kriticky nemocných“. (7)

3. Organizace pracoviště – Resuscitační oddělení II

Součástí pracoviště resuscitačního oddělení II, na kterém probíhal výzkum, je centrála oddělení, pracovny lékařů, denní místnost a hygienické zařízení pro personál, čajová kuchyň pro pacienty, skladové prostory pro zásobní zdravotnický materiál, zdravotnické přístroje, léčivé přípravky a čisté prádlo, místnosti pro dekontaminaci a čištění, čistící místnost, šatna pro personál a místnost pro zemřelé. (8)

Pracoviště kooperuje s Resuscitačním oddělením I v oblasti přístrojů, personálu a tvoří funkčně propojený celek.

Hlavní osobou, která je zodpovědná za vedení, je přednosta kliniky. Jeho zástupcem je primář KAR, který má na starosti především organizaci práce, odpovídá za léčebně preventivní péči kliniky a její ekonomické výsledky. Jejich nadřízeným je ředitel FNKV a děkan 3. lékařské fakulty UK.

Úroveň ošetrovatelské péče na klinice zajišťuje vrchní sestra KAR, která má mimoto na starosti organizace nelékařského zdravotnického personálu, materiální vybavení kliniky a spolu s přednostou a primářem kliniky ekonomické výsledky pracoviště.

Staniční sestra kontroluje provedení ošetrovatelských činností, dodržování hygienicko-epidemiologických předpisů a kvalitu ošetrovatelské péče.

Oddělení je řízeno vedoucím lékařem, který je podřízen přednostovi a primáři a v oblasti ošetrovatelské staniční sestrou a v jednotlivých týmech vedoucím směny, který je podřízen staniční sestře. Nadřízeným vedoucího směny a staniční sestry je vrchní sestra. (8)

Léčebnou péči na oddělení zajišťuje ošetřující lékař určený rozpisem pohotovostních služeb KAR FNKV. Spolu s lékařem zajišťuje komplexní péči ošetřující sestra pacienta, která lékaře také informuje o závažných změnách ve stavu pacienta či jiných událostech.

Na oddělení se provádí minimálně 2x denně vizita, na které se hodnotí celkový stav pacienta a klinické změny. Případné změny v léčebném postupu navrhuje ošetřující lékař a konzultuje je s vedením kliniky. Každý pracovní den provádí vizitu mezi 8 hod a 9 hod přednosta kliniky nebo jím pověřený zástupce. Při vizitě je přítomna ošetřující sestra.

Ordinace lékaře jsou každý den aktualizovány v 10 hod. V době, kdy má být ordinace provedena, upozorní klinický informační systém sestru na její uskutečnění. Po realizaci ordinace sestra v systému potvrdí její splnění.

Návštěvy pacienta na oddělení jsou obvykle v čase mezi 15 hod a 17 hod. Doba ale může být po konzultaci s personálem oddělení individuálně upravena s ohledem na stav pacienta a provoz oddělení.

Pokud pacientův stav dovoluje přijímat stravu per os, je strava podávána v těchto časech: snídaně v 7.35 hod, oběd v 11 hod a večeře v 16.45 hod.

Sestry se střídají v denních a nočních směnách po dvanácti hodinách. Denní směna je od 7 hod do 19 hod a noční od 19 hod do 7 hod s tím, že sestra přichází vždy s cca s půl hodinovým předstihem pro možnost předání informací o pacientovi sestře, která péči o něj přebírá. (8)

Výzkumná část

Ve výzkumné části této práce jsem se zaměřila na monitoraci všech činností, které sestra pro intenzivní péči vykonává.

Práce byla koncipována jako studie s kombinací kvalitativní a kvantitativní metodologie s použitím etnografického přístupu. Probíhala především nezúčastněným pozorováním.

Před započítím výzkumu jsem téma mé práce předložila prostřednictvím vrchní sestry oddělení KAR FNKV Mgr. Ivany Trnkové náměstkyni pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče FNKV PhDr. Libuši Gavlasové, MBA. Práce byla paní náměstkyní i vrchní sestrou schválena. Vrchní sestra Mgr. Trnková se zároveň stala mou konzultantkou.

1. Cíl

Cílem práce bylo zmapovat činnosti, které během daného časového úseku vykoná sestra na resuscitačním oddělení a zjištění jejich časové náročnosti. Důraz byl kladen především na proces hygieny pacienta. Účelem práce bylo zjistit, zda by se dala tato činnost přesunout z dopoledne na jinou část dne. V dopoledních hodinách bývá totiž personál velmi vytížený a přesunutí hygieny by mohlo práci ulehčit.

2. Metodika sběru dat

Sběr dat probíhal v pěti všedních dnech v období 27. – 31. srpna 2018 na Klinice anesteziologie a resuscitace ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady na Resuscitačním oddělení II každý den v čase od 12 do 17 hod.

Před započítím tohoto výzkumu jsem již měla v rámci prázdninové praxe

za sebou 120 hodin na resuscitačním oddělení, takže jsem měla představu, jak to na oddělení tohoto typu funguje a s jakými intervencemi a výkony se mohu setkat, což mi později při sběru dat pomohlo.

Na termínu sběru dat jsme se domluvili s vrchní sestrou Mgr. Trnkovou, která informovala personál oddělení o naší přítomnosti.

Do záznamových archů byly po minutě zaznamenávány činnosti probíhající od 12 do 17 hod. Na každý den byl vybrán jeden pacient a sestra o něj pečující. Pro každý den byl zvolen jiný pacient i sestra. Pacienta vždy ráno určil po konzultaci s vrchní sestrou můj spolužák, který mapoval činnosti sestry v časovém úseku od 7 do 12. Já jsem ho vždy ve 12 hod střídala a převzala si od něj základní informace o pacientovi a sestře, které jsem si ještě později doplnila z dokumentace a rozhovorem se sestrou. Kromě nás dvou oddělení mapovala v intervalu 17 až 22 hod další studentka, abychom pokryli celý den a výzkum tak byl proveden uceleně.

Byl připraven záznamový arch pro záznam všech činností, které vykonává sestra. Záznamový arch obsahoval tabulku, kde byly po minutě uvedeny časy v pozorované době.

Při pozorování jsem byla vždy u sestry v boxu u pacienta a pokud se od něj vzdálila, zaujala jsem takové místo, abych viděla na pacienta i sestru.

Po sběru dat na pracovišti jsem vždy každý den přepisovala sesbírané informace do počítačové formy pro budoucí analýzu. Touto transkripcí jsem získala 55 normostran dat.

Obrázek číslo 1 – Část vyplněného záznamového archu

Záznamový arch PACIENT 12:00-17:00

12:01	zavádění dialyzačního katetru
12:02	zavádění dialyzačního katetru
12:03	zavádění dialyzačního katetru
12:04	zavádění dialyzačního katetru
12:05	zavádění dialyzačního katetru
12:06	zavádění dialyzačního katetru
12:07	zavádění dialyzačního katetru
12:08	úprava CPA masky
12:09	kontrola lékařem
12:10	kontrola lékařem
12:11	kontrola lékařem
12:12	vyšetření lékařem per rectum
12:13	vyšetření lékařem per rectum
12:14	vyšetření lékařem per rectum
12:15	vyšetření lékařem per rectum
12:16	úprava CPA masky
12:17	kontrola lékařem, komunikace s lékařem
12:18	poslech břicha lékařem
12:19	pacientka v klidu leží

Pro přesnější výpovědní hodnotu pozorovaných dat byly zjištěny informace o sestřích, které jsme během výzkumu pozorovali. Konkrétně jde o data týkající se věku, vzdělání, dosavadní praxi a počtu let odpracovaných na oddělení KAR FNKV. Zjištěné údaje jsou shrnuty v následující tabulce.

Tabulka číslo 1 - Údaje o sestřích

	Věk	Vzdělání	Praxe	počet let na KAR FNKV
sestra č. 1	43 let	Zdravotnický záchranář Dis	kardiologické odd. KJ	2 roky
sestra č. 2	40 let	Všeobecná sestra Bc.		15 let
sestra č. 3	37 let	Všeobecná sestra Dis.	JIP, RES, DIP	3 let
sestra č. 4	39 let	Všeobecná sestra, ARIP	oborové JIP, DIP	5 let
sestra č. 5	32 let	Všeobecná sestra, ARIP		10 let

Z tabulky je zřejmé, že z pěti sester, které jsem pozorovala, měly dvě ukončené specializační vzdělání v oboru. Jedna sestra měla bakalářské vysokoškolské vzdělání a dvě byly diplomované specialistky. Tři z nich mají praxi i na jiném oddělení než na KAR FNKV a doba, po kterou na tomto oddělení pracují, je od dvou do patnácti let.

3. Výzkumná metoda pozorování

Pozorování je metoda sběru dat, při které se pozorovatel neúčastní aktivit observovaného a snaží se svou přítomností nijak nenarušit prováděné činnosti, i když si je pozorovaný subjekt vědom jeho přítomnosti.

Pozorování lze použít pro zaznamenávání údajů o událostech a činnostech a o povaze nebo stavu objektů, jako jsou budovy nebo artefakty.

Zmíněný typ výzkumu se často označuje jako průzkum nebo šetření a může být využíván jako předběžná vizuální metoda sběru dat nebo jako detailní průzkum pomocí řady přístrojů pro měření. (9)

Jedná se o základní metodu sběru dat pro mnoho odvětví výzkumu, zejména přírodních a technických věd; například pozorování výsledků pokusů, chování modelů, vzhled materiálů, rostlin, zvířat apod. Je používána také v sociálních vědách, kde jsou pozorováni lidé a jejich aktivity. Pomocí pozorování můžeme zaznamenávat, jak lidé reagují na otázky a zda se chovají odlišně od toho, co říkají nebo plánují. V některých případech mohou dokázat své chápání procesu lépe svým jednáním než verbálním vysvětlením jejich znalostí.

Pozorování lze použít k zaznamenávání jak kvantitativních, tak i kvalitativních údajů. Není omezeno na vizuální vjem, ale mohou být zapojeny i ostatní smysly a ani ty nemusejí být omezeny na rozsah vnímatelný lidskými smysly. Hranice vnímání může být pomocí určitých přístrojů posunuta.

Pozorování objektů může být rychlou a účinnou metodou získání předběžných znalostí nebo předběžným hodnocením jejich stavu. Na druhé straně, když pozorovaná aktivita není konstantní, může být pozorování velmi časově náročné. Je důležité využít vhodného načasování, aby byl zajištěn úplný vhled do dění kolem observovaného. (9)

4. Analýza dat

Sesbíraná data jsme rozdělili do několika skupin podle charakteru činnosti, která se na oddělení odehrávala (segmentace a kategorizace). Takto jsme vytvořili 14 kategorií. Jedná se o kategorie: dokumentace, komunikace, monitorace, medikace, převaz ran a invazivních vstupů, doplnění materiálu, doplnění léků, pomoc kolegyni, odsávání, multidisciplinární spolupráce, hygiena, předání pacienta, polohování a nepřítomnost sestry. Každé jsme určili jednu barvu a podle toho jsme vizuálně rozlišili data zaznamenaná do archů během výzkumu. Následně jsme sečetli minuty, které daná skupina činností časově zabrala,

a hodnoty převedli do tabulky. Ke každé činnosti jsme vytvořili samostatnou tabulku a vypočítali průměrný čas, kterým sestra danou činností strávila pozorovanou dobu, v mém případě tedy 5 hodin od 12 do 17.

V následujících řádcích bude podrobně popsáno, co vše do daných kategorií činností spadá.

1. Dokumentace

Veškeré zapisování informací o pacientovi, kontrola splněných činností a jiná práce s dokumentací. Jde především o práci s počítačem.

Zapíše se, v kolik hodin se daná činnost provedla. Jde o následující záznamy: péče o dutinu ústní, oči; odsávání z dýchacích cest; náběry dle ordinace lékaře; hygiena; ošetrovatelská péče – ostatní; převaz invazí, mikrobiologické odběry. U každého ze zmíněných bodů lze vypsát bližší komentář. Například u převazu invazí uvedení místa převazu a postup, jakým sestra převaz prováděla, nebo u náběru konkretizování, pro jaký účel a co je nabíráno.

Kromě zapisování činností s časovým údajem musí každá sestra na konci své směny shrnout informace o pacientovi v „Záznamu ošetrovatelské péče“, kde se stav pacienta hodnotí v daných kategoriích: alergie, dýchání, vědomí/psychický stav, krevní oběh, bolest, výživa, vyprazdňování, operační rány/rány – jiné/rány chronické/dekubity, stav kůže, mobilita/polohování, hygiena, drény/invazivní vstupy a krve/poznámky/důležitá upozornění. Některé z kategorií pak ještě obsahují další podkategorie, které údaje upřesňují.

Sestra pracuje s elektronickým dekurzem, kde potvrzuje podání dané medikace.

Do kategorie „Dokumentace“ řadím i odepisování opiátů v opiátové knize a založení výsledků z vyšetření do dokumentace.

Tabulka č. 2 – Čas strávený dokumentací.

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
dokumentace	49,0	47,0	51,0	40,0	42,0	45,8
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
dokumentace	16,3	15,7	17,0	13,3	14,0	15,3

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Z tabulky je zřejmé, že dokumentace sestře zabírala poměrně hodně času – od 42 do 51 minut, což je asi šestina pozorovaného času. Odlišnosti v čase jsou malé – 11 minut. To znamená, že sestry této činnosti věnují každý den přibližně stejné množství času.

2. Komunikace

Do této skupiny byla řazena veškerá verbální komunikace sestry. Komunikace s pacientem, který byl při vědomí. Nebyla zde zařazena mluva sestry na tlumeného pacienta, kdy nebyla očekávána žádná odpověď. Jedná se o situace při provádění výkonů, které se bezprostředně týkají pacienta. Komunikace je zde použita za účelem informovanosti pacienta o tom, co se s ním děje, ať už je jeho vnímání na jakékoliv úrovni.

Dále je zde zařazena komunikace s rodinnými příslušníky pacienta. Podávání informací o pacientově stavu z ošetrovatelského hlediska, psychosociální podpora apod.

Pod tento bod patří také komunikace s lékařem, kdy sestra nevykonává žádnou další činnost jako např. asistence lékaři při nějakém invazivním výkonu. Zmíněný výkon je řazen pod skupinou činností „multidisciplinární spolupráce“. Jde o sdělování stavu pacienta a výsledků vyšetření pomocí analyzátoru krevních plynů, které sestra provádí z arteriální krve, konzultace dalšího postupu při péči o pacienta a zprostředkovávání osobního setkání lékaře s rodinou pacienta. Dalším bodem je telefonická komunikace, kdy sestra hovoří například s lékařem, objednáva vyšetření nebo řeší provozní záležitosti. Jako poslední je zde zahrnuta komunikace sestry s jinými sestrami při domlouvání provozních záležitostí, žádání o pomoc či radu, konzultace stavu pacientů i komunikace netýkající se pracovních záležitostí.

Tabulka č. 3 – Čas strávený komunikací

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
komunikace	57,0	82,0	177,0	9,0	146,0	94,2
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
komunikace	19,0	27,3	59,0	3,0	48,7	31,4

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Z tabulky je jasné, že komunikace zabírá sestrám hodně času, a to průměrně 94,2 minut, což je skoro třetina z celkové pozorované doby. Odlišnosti v rámci pozorovaných dnů jsou ale značné, a to dokonce i o 137 minut. Nejmenší časová odchylka byla 25 minut, z čehož vyplývá, že každý den je komunikaci věnována odlišná doba.

3. Monitorace

Pod tento bod patří hodnocení pacienta a s tím spojené intervence jako pozorování a náběr biologického materiálu, jeho následná kontrola, popřípadě posouzení výsledků a intervence, které s nimi souvisí.

Z konkrétních činností je zde zařazen odběr arteriální krve pro měření glykémie a samotné měření. Odběr arteriální krve pro vyšetření ASTRUP a rozbor v analyzárotu – měření acidobazické rovnováhy, množství glukózy, laktátu, hemoglobinu a iontů Na^+ , K^+ a Cl^- . Pro práci s analyzátozem jsou sestry speciálně vyškolené a provádějí pravidelnou výměnu a kontrolu jednotlivých částí analyzátoru a kalibraci.

Z odběrů biologických materiálů se jedná také o odběr sputa a moči. Patří sem pravidelná kontrola diurézy a slévání močového sáčku, kontrola močového katetru, drenážního systému, tracheostomie a obturační manžety a případné přidání či odpuštění vzduchu. Odstranění invazí, zejména drénů a s tím spojená dezinfekce, očištění a nalepení příslušného krytí či sběrného sáčku a výměna tamponády v nose. Kontrola arteriálního katetru, měření intrakraniálního tlaku a intraabdominálního tlaku včetně přípravy setů a ostatních pomůcek na tyto výkony a práce s proplachem arteriálního katetru. Nastavení a kontrola monitoru pro sledování fyziologických funkcí pacienta a monitoru umělé plicní ventilace a řešení problému v situacích, kdy monitory alarmují či neměří. Přelepení hrudních svodů nebo nalepení upadlých, úprava CVP nebo CPAP masky pacienta. Kontrola a hodnocení zorniček a sledování celkového stavu pacienta pohledem. Příprava dialyzačního systému a samotné zapojení dialýzy. Řešení problémů spojených s pacientem jako například nestabilita tlaku či saturace, neklid a případné použití kurtů.

Tabulka č. 4 – Čas strávený monitorací

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
monitorace	29,0	27,0	29,0	137	30,0	50,4
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
monitorace	9,7	9,0	9,7	45,7	10,0	16,8

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Z tabulky je zřejmé, že monitorace zabere sestře v době mezi 12. a 17. hodinou průměrně 50,4 minut, tzn. asi šestinu času. Většinu dní trvá monitorace v odpoledních hodinách zhruba stejnou dobu, jen v případě akutního příjmu je číslo výrazně vyšší (viz 4. den).

4. Medikace

Činnosti, které souvisí s přípravou a podáním medikace všemi způsoby.

Z podání medikace intravenózní cestou je to příprava ampulek, lahviček s léky, infuzních vaků a infuzních setů. Ředění infuzí, označení, nasetování, proplach setu a napojení infuzí. Nastavení rychlosti podávání na infuzní pumpě či lineárním dávkovači, kontrola průběhu podávání a případné intervence s ní spojené jako proplach setu či změna rychlosti v podávání. Dále sem patří výměna infuzních ramp, setů a vaků s medikací při dokapání léku.

Při bolusovém podávání natažení léků do stříkačky, dezinfekce vstupu a podání léku pacientovi a následný proplach. Příprava a výměna enterální výživy. Příprava inhalačního roztoku, aplikace do nebulizátoru a zapnutí inhalace. Při subcutánním podání natažení medikace do stříkačky, dezinfekce místa vpichu a aplikace do pacientova podkoží. Podání léku pacientovi do oka. Především aplikace tekutých slz.

Tabulka č. 5 – Čas strávený medikací

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
medikace	40,0	37,0	34,0	26,0	19,0	31,2
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
medikace	13,3	12,3	11,3	8,7	6,3	10,4

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Činnost medikace zabírá průměrně 31,2 minut, což je 10,4 % z celkových 300 minut. Výsledky se v průběhu týdne poměrně lišily.

5. Převaz ran a invazivních vstupů

Do této skupiny byla řazena příprava převazového materiálu, odstranění původního krytí či invazivního vstupu, dezinfekce místa, mechanická očista, následné sterilní krytí a přelepení či obvázání.

Konkrétně se jednalo o činnosti jako převaz centrálního žilního katetru, arteriálního katetru, dialyzačního katetru. Ošetření rány po hrudní punkci a kolem hrudního drénu, převaz rány na hlavě po pádu pacienta a rány na předloktí.

Dále jsou zde řazeny i činnosti jako přelepení nasogastrické sondy a fixace endotracheální kanyly. Zároveň je zahrnuta přípravná fáze převazu a následný úklid.

Tabulka č. 6 – Čas strávený převazem ran a invazivních vstupů

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
převaz ran a invazivních vstupů	33,0	0	1,0	4,0	10,0	9,6
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
převaz ran a invazivních vstupů	11,0	0	0,3	1,3	3,3	3,2

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Převazům ran a invazivních vstupů bylo věnováno průměrně 9,6 minut za 5 pozorovacích hodin, což je 3,2 %. Z tabulky vyplývá, že v jednom ze dnů nebyl tento výkon prováděn vůbec. Někdy naopak převazy ran a invazivních vstupů zabraly trojnásobek času, než je vypočítaný průměr.

6. Doplnění materiálu

Doplnění materiálu zahrnuje činnost, kdy sestra dodává do boxu pacienta či skladu veškerý materiál či pomůcky, které se netýkají medikace. Ze zaznamenaných činností v této skupině sem patří doplnění dezinfekce na ruce, převazových pomůcek, mýdla a odsávacích kanyl. Dále je zde zařazena výměna destilované vody na proplach odsávací kanyly a úklid nástrojů přinesených sanitářem z centrální sterilizace.

Tabulka č. 7 – Čas strávený doplňováním materiálu

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
doplnění materiálu	5,0	17,0	0	3,0	22,0	9,4
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
doplnění materiálu	1,7	5,7	0	1,0	7,3	3,1

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Z tabulky vyplývá, že průměrně sestra strávila z 300 minut 9,4 minut doplňováním materiálu, to znamená 3,1 %. Největší časový rozdíl náročnosti dané činnosti byl v rámci pozorovaných dnů 22 minut.

7. Doplnění léků

Doplnění medikace do boxu pacienta, kterou má předepsanou v dekurzu, a je mu tak často podávána, a léků, které musí být bezpodmínečně přítomny u každého pacienta a jsou potřeba při první pomoci.

Tabulka č. 8 – Čas strávený doplňováním léků

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
doplnění léků	2,0	0	0	0	1,0	0,6
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
doplnění léků	0,7	0	0	0	0,3	0,2

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Z tabulky je zřejmé, že doplňování léků zabralo průměrně pouze 0,6 minut, což je 0,2 %. Ve třech z pěti pozorovaných dnů nebyly v době mezi 12. a 17. hodinou dokonce léky doplňovány vůbec.

8. Pomoc kolegyni

Zahrnuje veškerou činnost, kdy pozorovaná sestra pomáhá jiným sestřám. Např. v situaci, kdy je potřeba u pacienta kolegyně vykonat mnoho intervencí, zhoršuje se jeho stav, provádí se nějaký z invazivních zákroků a apod.

Z konkrétních příkladů zaznamenaných při sběru dat to byly případy, kdy sestra připravila sterilní stůl, řešila technické problémy, radila při výkonech, kde byla zkušenější, pomáhala s úklidem po výkonech a apod.

Spolupráce mezi sestrami byla zejména potřeba při příjmu nového pacienta, kdy je potřeba vykonávat často najednou více činností.

Jde také o výpomoc, kdy sestra na omezenou chvíli částečně přebírá odpovědnost za pacienta své kolegyně, která z nějakého důvodu odchází mimo oddělení.

Tabulka č. 9 – Čas strávený pomocí kolegyni

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
pomoc kolegyni	0	39,0	4,0	0	2,0	9,0
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
pomoc kolegyni	0	13,0	1,3	0	0,7	3

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Z tabulky můžeme vyčíst, že tato činnost je časově velmi individuální. Odchylna mezi jednotlivými dny je až 39 minut. Průměrně pak tato činnost zabírá 9 minut, což jsou 3 % z pozorované doby.

9. Odsávání

Jedná se o odsávání z horních nebo dolních cest dýchacích v rámci toalety pomocí odsávacího systému u tracheostomovaných pacientů i pacientů s endotracheální kanylou. Konkrétně jde tedy o odstranění sekretu z dutiny ústní, nosohltanu a z dolních dýchacích cest, kde je možnost tento výkon provádět přes uzavřený odsávací systém nebo otevřeným systémem.

Je zde zahrnuto i nasazení ochranných pomůcek, příprava náčiní a pacienta a následný proplach sacího systému a úklid.

Tabulka č. 10 – Čas strávený odsáváním.

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
odsávání	8,0	6,0	1,0	0	6,0	4,2
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
odsávání	2,7	2,0	0,3	0	2,0	1,4

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Odsávání zabírá průměrně 4,2 minuty, to znamená v procentech 1,4 % z 300 minut, kdy byl proveden výzkum. V průběhu dnů se čas strávený touto činností nijak výrazně nelišil. Jeden den však odsávání v danou dobu neproběhlo vůbec.

10. Multidisciplinární spolupráce

Kooperace několika zdravotnických pracovníků, především sestry s ošetřujícím lékařem, externím specialistou, rentgenologickou sestrou nebo rehabilitační sestrou.

Konkrétní příklady z mého pozorování jsou: asistence neurologické lékařce při vyšetření pacienta, dodávání informací o pacientovi při předávání směny lékařů, asistence lékaři při vytažení břišních drénů, zavedení dialyzačního katetru, vyšetření per rectum, při úpravě UPV masky a při intubaci. Konzultace stavu pacienta s rehabilitační sestrou.

U všech zmíněných výkonů do časového záznamu patří i příprava a následný úklid pomůcek.

Tabulka č. 11 – Čas strávený multidisciplinární spoluprací

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
multidisciplinární spolupráce	1,0	1,0	0	18,0	0	4,0
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
multidisciplinární spolupráce	0,3	0,3	0	6,0	0	1,3

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min. v době 12:00 - 17:00).

Z tabulky vyplývá, že průměrně zabírá tato činnost v době mezi 12 a 17 hod 4 minuty, což je 1,3 %. Největší rozdíl v trvání byl 17 minut, dva dny se tato činnost v pozorované době nevykonávala vůbec a dva dny trvala pouze 1 minutu.

11. Hygiena

Do kategorie hygiena spadá oblékání ochranných pomůcek – rukavice, zástěra, rouška, příprava ložního prádla, osušek, žinek, vody, případně šamponu, sprchového gelu, hydratačních krémů apod. Dále samotné provedení toalety pacienta včetně péče o nehty, dutinu ústní a péče o rty. Převlékání lůžkovin a úklid pomůcek.

Tabulka č. 12 – Čas strávený hygienou

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
hygiena	3,0	3,0	0	6,0	20,0	6,4
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
hygiena	1,0	1,0	0	2,0	6,7	2,1

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Z tabulky můžeme vyčíst, že hygiena zabírá v dané době 6,4 minut, což je v procentech hodnota 2,1. Největší časová odchylka v průběhu pozorovacích dnů je 17 minut.

12. Předání pacienta

Předání informací jiné sestře na konci směny nebo při odchodu mimo oddělení, kde se jedná především o odjezd s pacientem na vyšetření, které může trvat delší dobu, a odchod sestry na oběd do jiného pavilonu nemocnice.

Sestry si předávají základní informace o pacientovi, jeho aktuální stav, případně co především je potřeba u pacienta kontrolovat, jaká je mu aktuálně podávána medikace či byla v blízké době podána a mohl by na ni pacient nějakým způsobem reagovat. Zároveň sdělení toho, jaké intervence jsou v době nepřítomnosti ošetřující sestry potřeba vykonat.

Tabulka č. 13 – Čas strávený předáváním pacienta

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
předání pacienta	6,0	0	0	4,0	0	2,0
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
předání pacienta	2,0	0	0	1,3	0	0,7

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Z tabulky je zřejmé, že předání pacienta proběhlo během pozorování v pěti dnech v dané době pouze dvakrát. Průměrně tedy činnost zabrala 2 minuty, tedy 0,7 % z pěti hodin.

13. Polohování

Jde především o mobilizaci pacienta spojenou s nějakou další intervencí. Polohování pacienta při hygieně, při rentgenovém vyšetření nebo při invazivním zákroku, kterým byla za dobu mého pozorování hrudní punkce a následné zavedení hrudních drénů.

Pacient je polohován za pomoci sanitáře.

Tabulka č. 14 – Čas strávený polohováním

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
polohování	0	0	0	2,0	2,0	0,8
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
polohování	0	0	0	0,7	0,7	0,3

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času (300 min v době 12:00 – 17:00).

Z tabulky vyplývá, že polohování zabralo 0,8 minut, což 0,3 procenta z 300 pozorovacích minut. Během výzkumu v danou dobu činnost proběhla pouze dvakrát a to oba dva dny v délce dvou minut.

14. Nepřítomnost sestry

Jde o situace, kdy sestra není přítomna v boxu pacienta ani u monitoru na sesterně, aby mohla pacienta monitorovat. V praxi jde o odchod sestry na oběd, svačinu, přípravy kávy apod. a odchod na toaletu. Této situaci zpravidla předchází předání pacienta jiné sestře, která přebírá dohled nad pacientem místo ošetřující sestry.

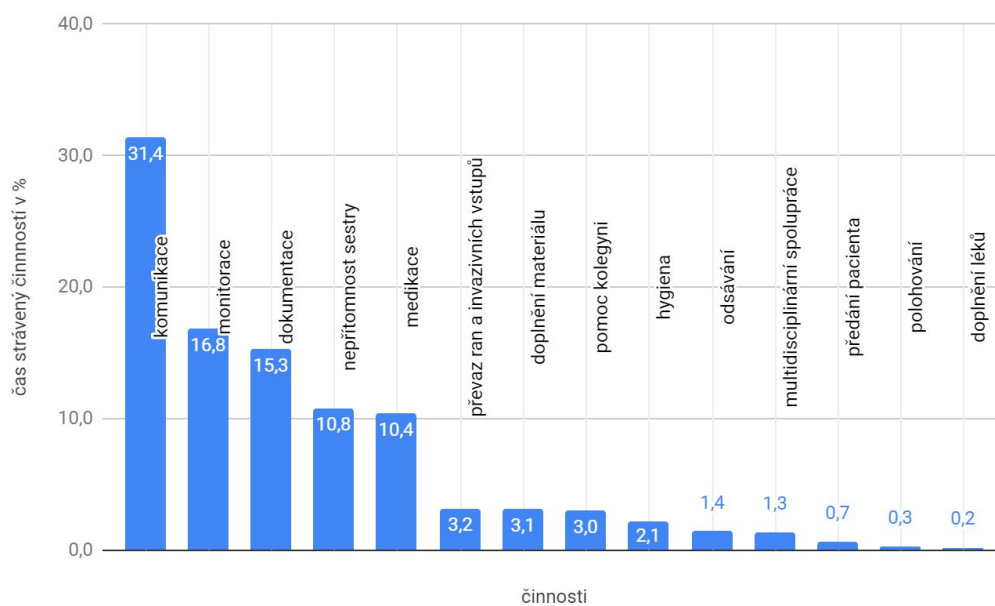
Tabulka č. 15 – Čas, kdy sestra nebyla přítomna u pacienta

výkon	1. den [min]	2. den [min]	3. den [min]	4. den [min]	5. den [min]	průměr [min]
nepřítomnost sestry	67,0	41,0	3,0	51,0	0	32,4
výkon	1. den [%]	2. den [%]	3. den [%]	4. den [%]	5. den [%]	průměr [%]
nepřítomnost sestry	22,3	13,7	1,0	17,0	0	10,8

V tabulce je uveden pozorovací den, počet minut a jejich vyjádření v procentech pozorovaného času. (300 min v době 12:00 – 17:00).

Z tabulky je zřejmé, že průměrně sestra nebyla přítomna u pacienta 32,4 minut, což je 10,8 % pozorované doby. Časy se každý den velmi liší a to dokonce až o 67 minut.

Graf č. 1 – Procentuální zastoupení činností během sledované doby



V grafu je v procentech pozorovaného času (pět po sobě jdoucích všedních dní v čase 12:00 – 17:00 hodin) uvedena průměrná doba strávená danou činností.

5. Údaje o sledovaných pacientech

Pacient č. 1

Jedná se o sedmdesátiletého pacienta s Parkinsonovou chorobou, který na Klinice RHB FNKV 24. 8. 2018 upadl na čelo, kde vznikla krvácející tržná rána. Dále pád způsobil srdeční zástavu. Byla zahájena KPR, ale srdeční rytmus byl obnoven až po 25 minutách. Pacient má pohmožděniny a rány na pravém předloktí. Byl převezen na RES I, kde byl zajištěn invazemi a byl mu nasazen noradrenalin. Bylo provedeno CT, kde byl nalezen pneumothorax a mnohočetné zlomeniny žeber. Hlava bez nálezu krváčení. Poté byl pacient přeložen na RES II. Byl zaveden hrudní drén a aktivní sání do pravého hemithoraxu, byla provedena sutura tržné rány hlavy a zaveden rukavicový drén. Zavedena OGS. Postupná stabilizace oběhu a ventilace. Pacient nekomunikuje, porucha vědomí, GCS 4. Otevírá oči na alg. stimulaci, mírný pohyb chodidel.

Po dobu mého pozorování byl pacient tlakově i saturačně velmi nestabilní. Vypozorována možná souvislost s přítomností dcery. Dcera byla u pacienta cca od 12 do 15 hod. Po dobu její přítomnosti jsem observaci prováděla pohledem přes sklo boxu a rozhovorem se sestrou. Pacient neměl příliš příznivou prognózu a bylo vhodné nechat ho s dcerou o samotě. Pacient byl tlakově nestabilní a desaturoval. Několikrát se mu tedy upravovala rychlost podávání noradrenalinu a byla mu povytažena endotracheální kanyla. Po povytažení kanyly a po odchodu dcery se pacient tlakově i saturačně stabilizoval. Sestra mu převázala všechny invazivní vstupy a rány.

Pacient č. 2

Sedmdesátiletý pacient s chronickou fibrilací síní, arteriální hypertenzí, CHOPN, status post CMP před 20 lety. Byl hospitalizován 21. 8. k urgentní operační revizi pro pneumoperitoneum s nálezem perforovaného duodenálního vředu a počínající cholecystitis. Byla mu provedena resekce žaludku,

cholecystoektomie a revize žlučových cest. Po výkonu byl pacient převezen na chirurgickou JIP na UPV a malé oběhové podpoře. Dne 23. 8. byl extubován, známky deliria, obtížná expektorace, zahleněný, bolesti pravé kyčle, analgetická terapie. Dne 25. 8. večer respirační selhání. Provedena reintubace a připojení UPV, oběhová podpora. Pacient měl hypernatrémii s hyperosmolaritou, přetrvává nutnost vyšší ventilační podpory, asynchronie s ventilátorem, předpokládán obtížný weaning. Dne 27. 8. překlád na RES KAR. Dne 28. 8. zavedena tracheostomie. Pacientovi se nyní snižuje oběhová podpora a sedace. Reaguje na oslovení.

Po dobu mé monitorace byl pacient většinu času klidný. Po dvanácté mu byly odstraněny břišní drény. Zbytek času pacienta sestra jen kontrolovala, dle potřeby odsávala z dýchacích cest, měnila infuze a zapisovala do dokumentace. Ke konci mé monitorace přišla za pacientem rodina.

Pacient č. 3

Sedmdesáti dvou letá pacientka byla přijata 22. 8. na chirurgickou kliniku FNKV pro bolesti břicha. Byla vstupně vyšetřena na CPIK pro zhoršení stavu. Dle rentgenu břicha zjištěno pneumoperitoneum. Indikována operační revize. Při operaci nález perforace divertiklů sigmatu a sterkorální peritonitis. Provedena resekce sigmatu a kolostomie. Během operačního výkonu byla nutná podpora oběhu noradrenalinem. Po výkonu byla pacientka přijata v septickém šoku na RES II k další péči. Dne 23. 8. postupně oběhová a ventilační stabilizace, odtlumena a extubována. Dne 24. 8. pro retenci sekretů a nedostatečnou svalovou sílu nutná opětovná intubace a UPV. Opakované ataky SVT, opakovaná kardioverze s postupnou obnovou srdečního rytmu. Vzhledem k hypofunkci štítné žlázy nasazen Lekoptin. Dne 26. 8. bylo provedeno pro zhoršení stavu a vzestup zánětlivých parametrů CT břicha. Zjištěn nález zesílené stěny kličky tenkého střeva. Pro podezření na ischemii indikována revize. Peroperační nález bylo vitální střevo a pulzace hmatné. Provedena laváž dutiny břišní a sutura metalickými stehy. Po výkonu nutná vazoaktivní podpora, UPV s vyšším PEEP.

Rozvíjí se renální selhání a těžká ICU neuromyopatie. Dne 29. 8. dopoledne zrušena sedace. Přetrvává oběhová podpora, pacientka se nehýbe, známky vypláznutí jazyka a při manipulaci otevření očí. Tachypnoe s minutovou dechovou frekvencí kolem 30 D/min, horečka 38,6°C. Operační rána purulentní.

Po dobu mé monitorace se pacientka nehýbala, měla horečku a tachypnoe. Byla mírně snížena podpora katecholaminy vzhledem k přerušení sedace v dopoledních hodinách. Sestra pacientce pravidelně odsávala sekret z dýchacích cest, podávala medikaci, měřila IAP a glykemii, hlídala fyziologické funkce a hodinovou diurézu, odebírala krev na ASTRUP a kontrolovala její celkový stav. Mezi druhou a pátou hodinou odpolední bylo klidnější období.

Pacient č. 4

Sedmdesátí jedna letá pacientka byla přijata 30. 8. z kardiochirurgické kliniky FNKV po resubstituci aortální bioprotézy pro infekční endokarditis původní protézy. Operace byla provedena 20. 8., po operaci krátký paroxysmus FiS při hypokalémii. Dne 23. 8. bylo vypunkováno 600ml sanguinolentní tekutiny z pleurální dutiny pro parciální respirační insuficienci, pro hypoalbuminémii její substituce – únik tekutiny do 3. prostoru. Dne 27. 8. před překladem na kardiochirurgii krátký paroxysmus širokokomplexové tachykardie. Nedostatek koagulačních faktorů, doporučeno podat mraženou plazmu. Dle ultrazvuku břicha 27. 8. ascites. V noci na 29. 9. psychóza s nutností i.v. medikace. Dne 29. 8. zavedena NGS a kombinace parenterální a enterální výživy. Se snahou o zlepšení perfuze ledvin podáván dobutamin. Pacientka normotenzní, ale pro sklony k desaturaci pod 90 % nasazena NIPPV, kterou však pacientka netolerovala, a zavedena pouze oxygenoterapie.

Pro zhoršení renálních parametrů indikována hemodialýza, která proběhla 29. 8. Zaveden hemodialyzační katétr cestou vény jugularis interior, odfiltrováno 1800 ml. Pro sklony k hypotenzi zahájena oběhová podpora noradrenalinem. Pacientka opakovaně neklidná, extrahovala si NGS, v noci na 30. 8. si vytrhla hemodialyzační katétr, nutnost zklidňující terapie. Přetrvává oligo- až anurie přes

navýšení diuretik a progreduje respirační insuficience, svalová slabost, měštnání v malém oběhu. Laboratorně progrese renální insuficience, vzestup CRP při zavedené ATB terapii, přetrvávající prodloužení APTT. Opakované paroxysmy širokokomplexové tachykardie, kdy nelze vyloučit aberaci FiS. Dále pacientka přeložena na RES II, kde byla zaveden hemodialyzační katétr, provedena dialýza. Zavedena NGS. Pacientka pro netoleranci NIPV a současně s nízkými hodnoty saturace uspána a zaintubována. Provedena hrudní punkce s evakuací 400 ml tekutiny a zavedeno hrudní sání.

Po dobu mé monitorace byl zaveden dialyzační katetr a byla snaha o respirační stabilizaci pomocí NIPV bez nutnosti intubace. Pro netoleranci NIPV musela být ale pacientka zaintubována. Byla zavedena NGS. Po vykapání indikované plazmy byla provedena hrudní punkce a poté napojeno hrudní sání. Po vyřešení problému týkajícího se dialyzačního přístroje byla provedena hemodialýza. Po celou dobu mé monitorace byla sestra velmi zaneprázdněna a byla nutná i pomoc kolegyň.

Pacient č. 5

Šedesátiletá pacientka byla 13. 8. 2018 přeložena na chirurgickou kliniku FNKV z nemocnice Milosrdných sester pro těžkou akutní cholecystitidu. Dne 14. 8. progrese stavu se známkami sepse. Pacientka podstoupila urgentní laparotomii s nálezem perforované akutní cholecystitidy a biliární pankreatitidy. Provedena cholecystektomie s laváží a drenáží dutiny břišní. Po výkonu pacientka ponechána na UPV a přeložena na KAR. Pro následné krvácení z rány provedena revize na lůžku, extubována. Pro oxygenační poruchu nasazena 17. 8. intermitentně NIV, negativní bilance pro plicní edém, opětovná revize rány na lůžku pro krvácení. Dne 18. 8. pro přetrvávající krvácení z rány revize na sále v celkové anestezii. Dne 19. 8. rána opět sákne, známky trombocytopenie neznámého původu. Dne 20. 8. zastavena analgosedace a 22. 8. extubována. ICU myopatie. Dne 28. 8. prokázána bilaterální pneumonie, nasazen Meropenem a Linezolid. Dne 30. 8. progresivní zhoršení ventilace, provedena reintubace

a UPV, znovuzavedení invazí.

Po dobu mé monitorace se u pacientky dnes nedělo nic mimořádného. Pacientka byla stabilní a sestra „pouze“ podávala medikaci, starala se o hygienu dutiny ústní a odsávala pacientku z úst a z dolních cest dýchacích. Na začátku mé monitorace (po 13 hod) provedla celkovou hygienu pacientky. V 16:01 za pacientkou přišla návštěva. Sestra rodině podala informace týkající se ošetrovatelské části péče a zavolala lékaře, který rodinu podrobněji informoval o stavu pacientky.

Diskuze

Moje bakalářská práce „Činnosti sestry u lůžka na ARO“ byla zaměřena na zjištění podrobnějších informací o průběhu pracovní směny v čase mezi 12 a 17 hod. Cílem bylo podrobně zmapovat, které činnosti a v jakém časovém rozsahu sestra provádí.

Každá denní doba je pro práci sestry něčím specifická, na což je třeba brát při hodnocení zjištěných dat ohled. V době, kdy jsem pozorování prováděla, dění na oddělení ovlivnily především návštěvy rodinných příslušníků, které probíhaly většinou od 15 hod do 17 hod. V individuálních případech byla ovšem rodina s pacientem i déle, respektive přicházela i před 15 hodinou, což částečně narušovalo pracovní režim sestry a značně ovlivnilo získaná data. V jednom z pozorovacích dnů byla návštěva přítomna u pacienta až 156 minut za dobu, kdy jsem zaznamenávala data. Sestra samozřejmě prováděla nezbytně důležité intervence, které bylo třeba u pacienta realizovat, ale zejména u pacientů v terminálním stadiu bylo třeba respektovat soukromí a v rámci možností ponechat rodinu s pacientem o samotě nebo jim případně poskytnout psychosociální podporu.

V této době tedy vznikl nejčastěji prostor pro komunikaci mezi sestrami, což částečně vysvětluje fakt, že z analýzy dat vyšlo, že nejvíce času sestry tráví komunikací. Na druhou stranu je to pro sestry příležitost pro jistou formu psychohygieny, na kterou není většinou ve zbytku dne tolik času. Bez dostatečné psychohygieny je větší šance pochybení a vzniku syndromu vyhoření.

K tomu, aby sestra mohla kvalitně vykonávat svou profesi, je potřeba, aby měla kde ventilovat vypětí a doplnit energii. Často je jí oporou pracovní kolektiv, protože se dokáže vcítit do jejího rozpoložení a rozumí dané problematice. Komunikace mezi zdravotníky je proto důležitá nejen pro předání informací o chodu oddělení či o pacientech, ale i jako způsob psychohygieny. Zaměstnanec by se během přestávek měl naopak vyhýbat rozhovorům o pracovních

záležitostech.

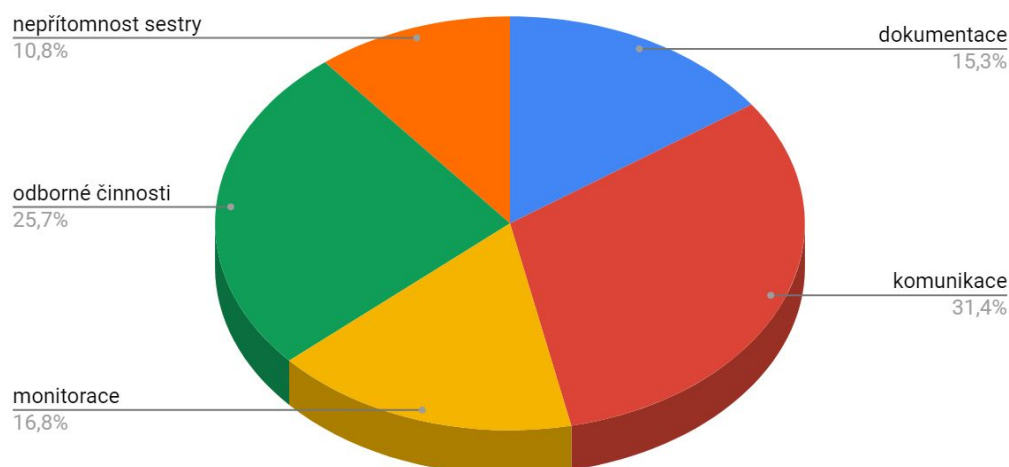
Při dotazování sester na faktor, který jim pomůže při tom, když se necítí dobře, odpovídaly tak, že by se jejich odpovědi daly shrnout do čtyř skupin – rodina, přátelé, různé formy uvolňování – relaxace a řešení problémů s nadhledem. Konkrétně ve skupinách rodina a přátelé se často objevovalo, že potřebují vlídné slovo, mít se komu vypovídat, cítit pochopení, umět problémy pojmenovat i mít někoho, kdo je dokáže rozesmát. (10)

Jako relaxační metody často pomáhá pohyb, meditace, procházky v přírodě, poslech hudby nebo samota.

V rámci duševní hygieny je nesmírně důležitá schopnost sebereflexe, umění si odpustit skutečnost, že člověk nedělá vždy všechno tak dokonale, jak si naplánoval nebo se od něj očekává a schopnost si v těžkých situacích promítat pochvaly, vděčnost nebo poděkování, které v minulosti obdržel. Směřovat tam, kam v životě chce, a mít pro co žít. Umět být vděčný za maličkosti a uvědomovat si, co má. (11)

Jak už bylo ale výše vysvětleno, pod činností „komunikace“ není zahrnuta jen komunikace mezi sestrami za účelem psychohygieny, ale patří sem i interakce právě s rodinou pacienta, samotným pacientem, lékaři nebo jinými zdravotnickými pracovníky, která je nezbytná pro korektnost a kvalitu ošetrovatelské péče.

Graf č. 2 – Procentuální zastoupení činností během sledované doby po sjednocení odborných činností (převaz ran a invazivních vstupů, doplnění materiálu, doplnění léků, pomoc kolegyni, odsávání, multidisciplinární spolupráce, hygiena, předání pacienta, polohování)



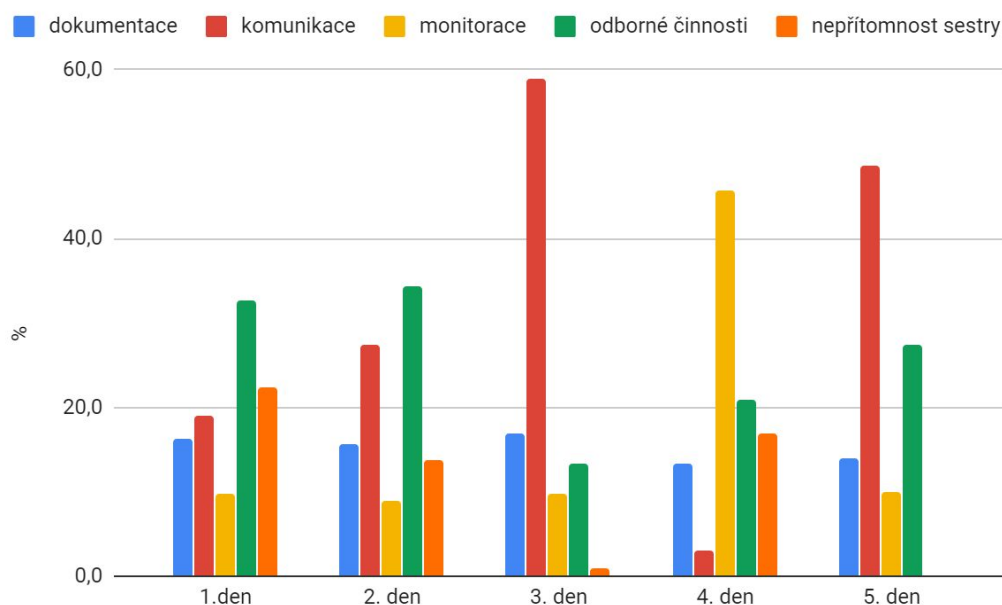
V grafu je v procentech pozorovaného času (pět po sobě jdoucích všedních dní v čase 12:00 – 17:00 hodin) uvedena průměrná doba strávená danou činností.

Z grafu vidíme, že 31,4 % z pozorovaného času, tedy skoro třetinu, sestry strávily komunikací. Jen o něco méně 25,7 % času bylo věnováno odborným činnostem, 16,8 % monitoraci, pouze o 1,5 % kratší dobu – 15,3 % bylo stráveno dokumentací a 10,8 % času sestra nebylo přítomna v bezprostřední blízkosti pacienta.

Z pozorování také vyplynulo, že pracovní náplň sestry je velmi individuální a závisí ve velké míře na diagnóze a stavu ošetřovaného pacienta. Jako příklad uvedu dva z pozorovacích dnů. Třetí den měla sledovaná sestra na starosti pacientku, u které se neprojevovaly výrazné změny stavu vyžadující časově náročnější intervence. Naopak čtvrtý z pozorovacích dnů byla těsně

před započítáním mého pozorování přijata pacientka, o kterou se starala právě sestra, kterou jsme daný den sledovali. Pacientka byla ve vážném stavu, bylo zapotřebí provést mnoho výkonů a sestra byla skoro po celou dobu mé přítomnosti v boxu pacientky. Tato skutečnost se nejvíce projevuje v činnostech „komunikace“ a „monitorace“, jak je vidět v grafu č. 3.

Graf č. 3 – Zastoupení jednotlivých činností v průběhu pozorovacích dnů po sjednocení odborných činností (převaz ran a invazivních vstupů, doplnění materiálu, doplnění léků, pomoc kolegyni, odsávání, multidisciplinární spolupráce hygiena, předání pacienta, polohování)



V grafu jsou uvedeny pozorovací dny a vyjádření doby strávené danou činností v procentech pozorovaného času. (300 min v době 12:00 – 17:00)

Nejčetnější činností sestry byla komunikace, která průměrně zabrala

31,4 % pozorované doby. V průběhu týdne, kdy výzkum probíhal, se ale výsledky poměrně odlišovaly. Vyjádřeno v minutách z pěti pozorovaných hodin strávily sestry samotnou komunikací bez současného vykonávání jiné činnosti v jednom pozorovacím dni 177 min a jiný den pouze 9 minut. Naopak časově nejstabilnější činností se stala s 15,3 % a s největší odchylkou pouze 11 minut dokumentace.

Množství doby strávené zápisem do dokumentace bylo poměrně překvapivým výsledkem. Přestože je na oddělení využíván systém Metavision, který jak už bylo výše zmíněno eliminuje používání papírové dokumentace a díky synchronizaci se záznamy z lineárních dávkovačů, infuzních pump a jiných zdravotnických přístrojů snižuje počet dat, které musí sestra zaznamenat, sestře i za těchto podmínek zabere v pěti hodinovém intervalu zapisování do dokumentace 45,8 minut času.

V souvislosti s pozorováním na pracovišti vyvstala otázka, zda by některou z neodborných činností, kterou sestra během směny provádí, nemohl převzít všeobecný sanitář. Jde zejména o doplňování materiálu, kde není potřeba tolik znalostí z oboru.

Závěr

V mé bakalářské práci „Činnosti sestry u lůžka na ARO“ jsem se zabývala zmapováním doby během denní směny resuscitační sestry v čase mezi 12 a 17 hod. Pozorovala jsem a analyzovala pracovní činnosti, které vykonává, a vyčíslila, kolik průměrně daná činnost zabere času.

Výzkum probíhal nezúčastněným pozorováním na pracovišti RES II KAR FNKV, kde jsem po dobu pěti po sobě jdoucích pracovních dnů po minutě zapisovala, co jedna vybraná sestra v daném čase vykonává.

Cílem bylo zmapovat, kolik času činnosti zaberou a v jaké denní době jsou v jaké kvantitě prováděny.

Z výsledků studie vyplývá, že činností, které sestra věnuje nejvíce času během sledované doby v odpoledních hodinách, je komunikace. Dalšími nejčastějšími činnostmi byly monitorace a medikace.

Dalším cílem bylo zjistit, zda by nebylo možné nějakou činnost, zejména hygienu, přesunout na jinou denní dobu a tím zefektivnit a zjednodušit pracovní proces na pracovišti. V době mezi 12–17 hod se kvůli návštěvám rodiny provádění hygieny nezdá zcela vhodné. Pro přesun ostatních činností je dle našeho názoru pro tento účel potřeba získat více dat a provést podrobnější studii.

Seznam použité literatury

1. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
2. PACHL, Jan a Karel ROUBÍK. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. Vyd. české 1. Praha: Karolinum, 2003. 374 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0479-5.
3. BARTŮNĚK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana; HECZKOVÁ, Jana a Daniel NALOS, eds. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016. 712 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).
5. *Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.* [online]. Praha: MZ ČR, 2018 [cit. 12. 4. 2019]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/novevzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarске-zdravotnickepracovniky-dle-narizeni-vlady-csb_4225_3082_3.html
6. *Vysokeskoly.cz: Výsledky hledání „Intenzivní péče“ - Magisterské navazující studium – Vysoké školy* [online]. EDUroute, © 1996–2019 [cit. 12. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.vysokeskoly.cz/v/q-Intenzivn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De/s tudium-magisterske-navazujici/>
7. *Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV* [online]. Praha: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, ©2015 [cit. 12. 4. 2019]. Dostupné z: <http://www.kar-fnkv.cz/>

8. STERN, Michael a Ivana TRNKOVÁ. *Provozní řád KAR*. Praha: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 2016. 23 s.
9. WALLIMAN, Nicholas. *Research methods: the basics*. 2nd ed. New York: Routledge, 2018. ISBN 978-1-138-69398-2.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

Seznam tabulek

Tab. č. 1: *Údaje o sestrách*

Tab. č. 2: *Čas strávený dokumentací*

Tab. č. 3: *Čas strávený komunikací*

Tab. č. 4: *Čas strávený monitorací*

Tab. č. 5: *Čas strávený medikací*

Tab. č. 6: *Čas strávený převazem ran a invazivních vstupů*

Tab. č. 7: *Čas strávený doplňováním materiálu*

Tab. č. 8: *Čas strávený doplňováním léků*

Tab. č. 9: *Čas strávený pomocí kolegyni*

Tab. č. 10: *Čas strávený odsáváním*

Tab. č. 11: *Čas strávený multidisciplinární spoluprací*

Tab. č. 12: *Čas strávený hygienou pacienta*

Tab. č. 13: *Čas strávený předáním pacienta*

Tab. č. 14: *Čas strávený polohováním pacienta*

Tab. č. 15: *Čas, kdy sestra nebyla přítomna u pacienta*

Seznam grafů

Graf č. 1: *Procentuální zastoupení činností během sledované doby*

Graf č. 2: *Zastoupení jednotlivých činností v průběhu pozorovacích dnů po sjednocení odborných činností*

Graf č. 3: *Procentuální zastoupení činností během sledované doby po sjednocení odborných činností*

Seznam obrázků

Obrázek číslo 1: *Část vyplněného záznamového archu*

Seznam použitých odborných zkratek

ARO – anesteziologicko – resuscitační oddělení

KAR – klinika anesteziologie a resuscitace

FNKV – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

RES – resuscitační oddělení

ARIP – anestezie, resuscitace, intenzivní péče

UK – Univerzita Karlova

JIP – jednotka intenzivní péče

KJ – kardiologická jednotka

ASTRUP – vyšetření tepenné či kapilární krve pro zjištění koncentrace krevních plynů a stav acidobazické rovnováhy organismu

Na⁺ – kationt sodíku

K⁺ – kationt draslíku

Cl⁻ – aniont chloru

CVP – centrální žilní tlak

CPAP – kontinuální pozitivní přetlak (Continuous Positive Airway Pressure)

UPV – umělá plicní ventilace

RHB – rehabilitace

KPR – kardiopulmonální resuscitace

CT – počítačový tomograf (computed tomography)

OGS – orogastrická sonda

GCS – Glasgow Coma Scale

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

CMP – cévní mozková příhoda

CPIK – centrální příjem interních klinik

SVT – supraventrikulární tachykardie

PEEP – pozitivní přetlak na konci výdechu (Positive End-Expiratory Pressure)

ICU – oddělení intenzivní péče (intensive care unit)

FiS – fibrilace síní

NGS – nasogastrická sonda

NIPPV – neinvazivní přetlaková plicní ventilace (non-invasive positive pressure ventilation)

CRP – C-reaktivní protein

ATB – antibiotika

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas (activated partial thromboplastin time)

Přílohy

Příloha č. 1: Žádost o souhlas se zpracováním bakalářské práce

Vážená paní **PhDr. Libuše Gavlasová, MBA**
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče FNKV

Žádost o souhlas se zpracováním bakalářské práce

Vážená paní doktorko,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o souhlas se zpracováním bakalářské práce na téma: „Činnosti všeobecné sestry v resuscitační péči“. Vedoucí této práce je paní PhDr. Marie Zvoničková z Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK. Cílem mé práce je empirické šetření vedoucí ke zjištění činností všeobecné sestry v resuscitační péči. Tento výzkum bude hlavně zaměřen na zmapování činností, které provádí všeobecná sestra u pacienta, ale i co ošetřující sestra dělá během dne. Výsledkem by bylo zjištění, zda by se hygienická péče o pacienta na RES II. mohla provádět i jindy než v ranních hodinách. Výsledky výzkumu budou následně poskytnuté KAR FNKV.

Paní PhDr. Marie Zvoničková předběžně získala souhlas vrchní sestry Kliniky anesteziologie a resuscitace FNKV paní Mgr. Ivany Trnkové. Definitivní souhlas však závisí na Vašem rozhodnutí.

Já v současné době plním prázdninovou praxi na ARO - RES v NNB. Ráda bych během srpna splnila potřebnou praxi pro sběr dat. Jsem připravena se k Vám kdykoliv dostavit a doplnit další potřebné informace.

Děkuji Vám za Váš čas a zvážení mé žádosti.

S pozdravem a přáním hezkého dne

Kateřina Salomonová
Studentka 2. ročníku 3. LF UK, obor Všeobecná sestra
e-mail: kacka.salomonova@gmail.com

Praha, 16. července 2018

Vyjádření vrchní sestry KAR FNKV:



Mgr. Ivana Trnková
vrchní sestra
FNKV KAR

Vyjádření NOŠP FNKV:

