

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Eliška Beňová**

**Spolupráce sestry a sanitáře při poskytování  
ošetřovatelské péče na standardním oddělení**

*Cooperation of nurse and nursing asistent during  
providing nursing care at standard hospital unit*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2020

Autor práce: Eliška Beňová

Studijní program: Všeobecná sestra

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra - prezenční

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2020

## **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 jsou totožné.

V Praze dne 7. května 2020

Eliška Beňová

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat především vedoucí práce PhDr. Marii Zvoníčkové za pomoc při psaní celé práce. Dále bych chtěla poděkovat staniční sestře, oddělení Traumatologie Nemocnice Na Bulovce, Kateřině Barvové, za pomoc při organizaci výzkumu. V neposlední řadě děkuji všem kolegyním a kolegům, kteří se výzkumu účastnili.

## Abstrakt

Tématem této práce je popis spolupráce sestry a sanitáře na traumatologickém oddělení. Cílem výzkumu je zjistit, jakou roli má sanitář při poskytování ošetrovatelské péče a vyzdvihnout jeho postavení v ošetrovatelském týmu. V práci se věnuji i tomu, že přes rozdíly ve vzdělání a funkci, musí tyto dvě skupiny zdravotnického personálu, fungovat a spolupracovat, jako jeden celek. Je to nutné pro zajištění kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče o pacienty.

První **teoretická část** práce pojednává o výzkumné metodě, použité v této práci - autoetnografii. Pojednává se o spolupráci v týmu, vedení týmu, a to jakou roli hraje spolupráce v rámci celého týmu. Dále popisuje nejčastější diagnózy léčené na oddělení Traumatologie.

Druhá **praktická část** práce pojednává o metodice a cílech výzkumu. V této je části uveden způsob sběru dat pro výzkum. Je zde popsáno oddělení, na kterém byl výzkum prováděn, skladba pacientů a pracovníků. Také jsou v této části uvedeny harmonogramy pracovních směn zaměstnanců.

Třetí část práce popisuje vlastní **výzkum**. Je zde popsán průběh pěti dnů na oddělení. Pro každý den je rozepsána struktura zaměstnanců a pacientů s jejich diagnózami. Následně jsou uvedeny klíčové situace spolupráce a komunikace mezi sestrou a sanitářem a celkové shrnutí příslušného dne.

Podrobně jsou popsány některé situace, které řeší sanitář a sestra během poskytování ošetrovatelské péče. Často se jedná o situace, kdy je spolupráce těchto dvou profesí klíčová.

## **Abstract**

The topic of this paper is the cooperation of nurses and nursing assistants in the traumatology department. The goal is to find out the role performed by the nursing assistants in providing patient care, and highlighting their position in the nursing team. In this paper, I also focus on the fact that despite the differences in education and function, these two groups must function and cooperate as one unit.

The first part of the paper is theoretic and focuses on the method of research used here: autoethnography. This method observes cooperation within the team and with management and assesses the role of cooperation within the whole team. It also focuses on the most common diagnoses in the traumatology department.

The second, practical part of the paper addresses the goals and methods of the research. The method of data collection is also introduced in this part. The department where the research took place is described here, as well as the composition of the patients and the employees.

The third part describes the research itself. The course of five days at the department is covered in this part. For each day, the structure of employees and patients is listed, as well as the patients' diagnoses. Key situations of cooperation and communication between the nurse and nursing assistant and a summary of the entire day are also described.

Some situations, which are handled by the nurse and nursing assistant during providing nursing care, are described in detail. These are often situations in which the cooperation of these two professions is key.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
1.1 <i>Etnografie, autoetnografie</i> .....	10
1.2 <i>Tým</i> .....	12
1.3 <i>Spolupráce</i> .....	12
1.4 <i>Uznání způsobilosti k výkonu a náplň práce dle zákona</i> .....	13
1.4.1 <i>Uznání způsobilosti u všeobecné sestry</i> .....	13
1.4.2 <i>Kompetence všeobecné sestry</i> .....	14
1.4.3 <i>Uznání způsobilosti u sanitáře</i> .....	14
1.4.4 <i>Kompetence sanitáře</i> .....	15
1.5 <i>Ortopedie - Traumatologie a její nejčastější diagnózy</i> .....	15
1.5.1 <i>Úrazy páteře</i> .....	16
1.5.2 <i>Ruptura Achillovy šlachy</i> .....	16
1.5.3 <i>Zlomenina acetabula</i> .....	16
1.5.4 <i>Otevřené zlomeniny</i> .....	17
1.5.5 <i>Zlomeniny proximálního konce humeru</i> .....	17
1.5.6 <i>Periprotetické zlomeniny kyčelního kloubu</i> .....	17
1.5.7 <i>Zlomeniny diafýzy humeru</i> .....	17
1.5.8 <i>Zlomeniny proximálního femuru</i> .....	18
<b>2. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>19</b>
2.1 <i>Metodika výzkumu</i> .....	19
2.2 <i>Cíl výzkumu</i> .....	19
2.3 <i>Způsob sběru dat</i> .....	19
2.4 <i>Osoba výzkumníka</i> .....	20
2.5 <i>Traumatologické oddělení</i> .....	21
2.6 <i>Skladba pacientů</i> .....	23
2.7 <i>Pracovníci na oddělení</i> .....	24
2.7.1 <i>Staniční sestra</i> .....	25
2.8 <i>Harmonogram oddělení</i> .....	26
2.8.1 <i>Harmonogram denní služby</i> .....	26
2.8.2 <i>Harmonogram noční služby</i> .....	29
<b>3. SBĚR DAT</b> .....	<b>30</b>
3.1 <i>První den pozorování</i> .....	30
3.1.1 <i>Struktura pacientů prvního dne</i> .....	30
3.1.2 <i>Struktura zaměstnanců prvního dne</i> .....	31
3.1.3 <i>Výběr nejdůležitějších událostí prvního dne</i> .....	31
3.1.4 <i>Celkové shrnutí prvního dne</i> .....	33
3.2 <i>Druhý den pozorování</i> .....	33
3.2.1 <i>Struktura pacientů druhého dne</i> .....	33
3.2.2 <i>Struktura zaměstnanců druhého dne</i> .....	34
3.2.3 <i>Výběr nejdůležitějších událostí druhého dne</i> .....	35
3.2.4 <i>Celkové shrnutí druhého dne</i> .....	37

3.3	<i>Třetí den pozorování</i> .....	37
3.3.1	<i>Struktura pacientů třetího dne</i> .....	37
3.3.2	<i>Struktura zaměstnanců třetího dne</i> .....	38
3.3.3	<i>Výběr nejdůležitějších událostí třetího dne</i> .....	39
3.3.4	<i>Celkové shrnutí třetího dne</i> .....	41
3.4	<i>Čtvrtý den pozorování</i> .....	41
3.4.1	<i>Struktura pacientů čtvrtého dne</i> .....	41
3.4.2	<i>Struktura zaměstnanců čtvrtého dne</i> .....	42
3.4.3	<i>Výběr nejdůležitějších událostí čtvrtého dne</i> .....	42
3.4.4	<i>Celkové shrnutí čtvrtého dne</i> .....	43
3.5	<i>Pátý den pozorování</i> .....	44
3.5.1	<i>Struktura pacientů pátého dne</i> .....	44
3.5.2	<i>Struktura zaměstnanců pátého dne</i> .....	45
3.5.3	<i>Výběr nejdůležitějších událostí pátého dne</i> .....	45
3.5.4	<i>Celkové shrnutí pátého dne</i> .....	46
3.6	<i>Diskuze</i> .....	46
<b>ZÁVĚR</b> .....		<b>49</b>
<b>SEZNAM LITERATURY</b> .....		<b>50</b>



## Úvod

Tématem mé bakalářské práce je spolupráce sestry a sanitáře při poskytování ošetrovatelské péče na standardním oddělení. Toto téma jsem si vybrala, protože pracuji, jako sanitář na traumatologickém oddělení ortopedické kliniky.

Pro svůj výzkum jsem si vybrala metodu autoetnografie. Je to metoda, o které se v mnoha aspektech pochybuje, ale zároveň se ale vyzdvihuje její originalita a možnost nahlédnout na danou problematiku, očima přímého účastníka událostí.

V první části práce, která je teoretická, se věnuji metodice výzkumu, spolupráci v týmu a nejčastějším diagnózám na oddělení traumatologie. Zmiňuji se o výhodách a nevýhodách autoetnografie. Uvádím podstatné aspekty pro vytvoření týmu, týmové spolupráce a získání kvalifikace a kompetencí všeobecné sestry a sanitáře.

Ve druhé praktické části se věnuji popisu oddělení. Zmiňuji zde strukturu zaměstnanců, uvádím harmonogramy denní a noční služby sestry i harmonogram denní služby sanitáře.

Sběr dat jsem prováděla přímým pozorováním na oddělení. O každém pozorovaném dni jsem si vedla zápisky, které obsahovaly i časové informace o jednotlivých úkonech dne. Z těchto zápisků jsem následně vybrala nejdůležitější situace popisující spolupráci zdravotnických profesí a ty zanesla do výzkumu. Ve výzkumné části je také zaznamenána skladba pacientů a zaměstnanců daného dne.

Mým cílem je zaznamenat, jakou roli má sanitář při poskytování ošetrovatelské péče a jeho postavení v rámci ošetrovatelského týmu. Dále jsem chtěla vyzdvihnout důležitost spolupráce mezi sestrou a sanitářem a zdůraznit, že jejich spolupráce je klíčová při poskytování ošetrovatelské péče. Dobrá spolupráce přispívá společně s komunikací k dobré atmosféře v celém ošetrovatelském týmu a pracovním kolektivu.

# 1. Teoretická část

## 1.1 Etnografie, autoetnografie

Slovu etnografie můžeme v tomto pojetí přiřadit synonymum terénní výzkum.(8) Etnografie je empirická kvalitativní metoda.(5) Při aplikaci této metody jde hlavně o autentické zkušenosti autora, které poté vedou k sociologickému porozumění danému problému.(12)

Britský antropolog Bronislaw K. Malinowski preferoval osobní účast při terénních výzkumech se začleněním se do každodenního života sledované skupiny. Snažil se pochopit, jak vnímá daná skupina svoje postavení ve světě a své vlastní jednání a myšlení. Díky tomuto přístupu k pozorování se začala tato metoda nazývat i zúčastněným pozorováním. Data byla v minulosti získávána převážně rozhovory a pozorováním fungování společnosti, protože se výzkum prováděl v kulturách bez písma.(8)

Etnografii se, oproti klasickému terénnímu výzkumu, výtýkala spousta aspektů. Například, že chybí dynamika a vývoj dané společnosti. Také to, že pravdivost chování jedinců závisí na délce pozorování badatelem, protože až po určité době ho pozorovaná společnost začne brát jako svého člena a naplno se projeví. Společnost je líčena, jakoby ji nic z okolního světa neovlivňovalo a převažují subjektivní názory pozorovatele. Naopak dnes jsou tyto názory ceněny.(8)

Autoetnografie vychází z postmoderní filosofie. Je to unikátní metoda, s níž má pozorovatel možnost vnést do problematiky i svůj vlastní pohled. Bohužel toto je i jejím velkým úskalím. Často se zpochybňuje, jestli není tato metoda příliš subjektivní. Zda do ní autor nevnáší příliš vlastních pocitů a emocí a není ovlivněn například svými předchozími osobními zkušenostmi.(12) Já sama vím, že se v mém výzkumu odráží moje předchozí pracovní zkušenost na jiné klinice, ale zároveň mi tato zkušenost posloužila i pro možnost porovnání.

Coffey (1999, 127) uvádí, že: “Etnografie, je dílo paměti, protože práce v terénu a závěrečné texty nemohou být odděleny od vzpomínek, které je utváří.“(1, s.127) Popisuje etnografii, jako sbírání vzpomínek, zážitků a emocí. Z těch poté autor vychází při snaze vytvořit text, který by někoho obohatil nebo vnesl trochu světla do dané problematiky.(12)

Výzkumník / badatel je sám svým výzkumným nástrojem to pak může mít za následek, že se výsledky výzkumu mohou zvrhnout ve vyprávění osobního prožitku.(8)

Velmi důležité jsou také hodnoty daného jedince,(12) každý je má nastavené někde jinde a odrážejí se v textu. Mě osobně při práci velmi záleží na tom, aby bylo o pacienty pečováno, jak fyzicky, tak psychicky a aby neměli strach a rozuměli všemu, co jim lékař sdělil. Víím, že se tento můj přístup ve výzkumu odráží. Kdyby někdo jiný zpracovával výzkum se stejným zadáním na stejném oddělení, jeho práce bude vypadat jinak. I v tomto je metoda autoetnografie jedinečná.

Každý může autoetnografii pojmout trochu jinou formou. Člověk může být například vzdáleným pozorovatelem, vytvářet si poznámky nebo si vést deník. Může se také v pozorovaném „poli“ přímo účastnit, provádět rozhovory. Když se jedinec zapojí, pouze pro účely pozorování a po dobu pozorování, může se zde vynořit otázka, jestli je zapojení dostatečné?(12)

Pozorování můžeme provádět v různých lokacích, v různých kolektivech, nebo i jako pozorování sebe v dané situaci.

Autoetnografie není jen slepé opisování nějakých zjištěných dat. Výzkumník celý výzkum obohacuje o vlastní zkušenosti a pohled a částečně i o zpětný odraz sebe sama. Výzkumník potřebuje i určitou míru odvahy, jelikož může popisovat některé svoje postupy, odpovědi, řešení problémů, které se nemusí líbit každému a může tedy čelit i kritice.(11)

## **1.2 Tým**

Již podle Maslowovy pyramidy potřeb patří mezi základní potřeby jedince určitá sounáležitost (9) a tým takovou sounáležitost poskytuje. Může být zdrojem opory v těžkých životních situacích, může být ale i zdrojem stresu, pokud jednotliví členové týmu mezi sebou dobře nevycházejí. To potom může ovlivnit i výsledky práce celého týmu.(4)

Tým jako takový je definován jako větší skupina lidí, kteří mají společný cíl. Tohoto cíle mohou společně snáze dosáhnout, mohou se vzájemně motivovat a nalézat různá a nápaditější řešení, než samotný jedinec.(4)

Pozitiva týmu mohou být budování vztahů a snazší komunikace. Z toho vyplývá využití znalostí a kreativity všech členů týmu a příjemnější atmosféra na pracovišti. Vzájemná podpora snižuje obavy ze zodpovědnosti a neúspěchu a učí úctě a vzájemnému respektu. Dobré vztahy v týmu mohou jednotlivým členům poskytovat zázemí a uznání.(4)

Negativa týmu mohou být konflikty a potlačená individualita vycházející z potřeby přizpůsobit se pravidlům a společnému cíli. Časová náročnost spolupráce a nadměrné trávení času s kolegy mohou vyvolat spory mezi členy týmu.

Důležitou roli hraje vedoucí týmu. Tento by měl být týmovým vůdcem, který neprosazuje svoje individuální zájmy a nedává na obdiv, že veškeré zásluhy jsou pouze jeho. Pokud má tým vůdce, kterému mohou jeho členové věřit, vůdce který uzná i svoji chybu a který zdravě podněcuje k vzájemné spolupráci, důvěře a lepším výkonům, vůdce který se snaží o dobré vztahy v rámci kolektivu, a dokáže se za svůj tým postavit, poté teprve může celý tým správně a harmonicky fungovat.(4)

## **1.3 Spolupráce**

Dalším důležitým termínem v této problematice, je spolupráce. Kolajová (2006, 46) uvádí, že: „Znamená systematickou integraci úsilí jedinců při dosahování společného cíle. Jedná se o spojení dvou faktorů: součinnosti a koordinace.“(4, s.46) Tvorba dobře

spolupracujícího kolektivu je komplikovaným procesem, protože každý z jeho členů má své životní zkušenosti, názory a očekávání. Z těchto důvodů může být komplikované sestavit fungující tým efektivně plnící dané pracovní povinnosti.

Aby tým správně spolupracoval, potřebuje mít stanoven společný cíl. Velmi důležité je, aby všichni členové mohli nějak přispět k tvorbě základních pravidel a mohli se podílet na utváření chodu oddělení.<sup>(4)</sup> Pro lepší spolupráci jsou vhodné i společné mimopracovní činnosti, jakými mohou být neformální setkání nebo teambuildingové aktivity.

Každý tým může procházet několika stádii týmové spolupráce, kterými jsou vzájemné „oťukávání“, například při příchodu nových kolegů. Konflikty, výzvy a zklamání projevující se jako vzpoury proti vůdcům (ať oficiálním nebo neformálním) nebo jako projevy deziluzí a ztráty prvotního nadšení. Vhodné je, pokud jsou kolektivem prožité situace brány jako zkušenost k poučení a lepšímu vzájemné pochopení. Pozitivnějšími stádii jsou spokojenost členů se svým postavením v týmu, dobrá atmosféra a týmový duch.<sup>(4)</sup>

Tyto kroky spojené s formováním týmu je potřeba překonat. Týmová spolupráce je velmi důležitá pro poskytování ošetrovatelské péče. Pro její rozvoj je potřeba zejména přátelská atmosféra na pracovišti, možnost otevřené komunikace, dobře nastavený společný cíl a možnost nových návrhů.

#### ***1.4 Uznání způsobilosti k výkonu a náplň práce dle zákona***

Výčet podmínek pro uznání odborné způsobilosti a jednotlivých kompetencí zdravotnických profesí uvedený níže není kompletní. Jsou vypsány pouze ty, které se týkají pracovníků na oddělení, na kterém byl prováděn výzkum.

##### **1.4.1 Uznání způsobilosti u všeobecné sestry**

Uznání způsobilosti k výkonu povolání Všeobecné sestry podléhá zákonu č. 96/2004 Sb. část první - Podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Podle tohoto zákona lze vykonávat povolání Všeobecné sestry za následujících podmínek: Absolvování akreditovaného bakalářského studijního programu, po jehož ukončení je uznána profesní způsobilost Všeobecná sestra. Absolvováním tříletého programu na vyšší odborné zdravotnické škole v oboru diplomovaná všeobecná sestra, nebo pouze jednoletým studiem na této škole, za předpokladu, že daný jedinec předtím absolvoval střední zdravotnickou školu, nebo má uznanou způsobilost k výkonu povolání: zdravotnický záchranář, porodní asistentka, nebo dětská sestra. Toto jsou možnosti získání způsobilosti k vykonávání povolání všeobecné sestry platné od roku 2004. Profesní způsobilost byla uznána i sestřím, které studovaly pouze na střední zdravotnické škole, před rokem 2004.*(14)*

Všeobecná sestra v rámci svého povolání poskytuje ošetrovatelskou péči. Ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.*(14)*

#### **1.4.2 Kompetence všeobecné sestry**

Co všechno může Všeobecná sestra bez odborného dohledu vykonávat, je stanoveno vyhláškou č. 55/2011 Sb. Dle této vyhlášky Všeobecná sestra může bez odborného dohledu a indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem: sledovat a hodnotit fyziologické funkce, soběstačnost a stav pacienta, používat k tomu měřicí techniky a škály, odebírat anamnézy a biologický materiál, pracovat s různými katetry, nacvičovat rehabilitační činnosti a úkony, pečovat o a zavádět periferní vstupy, edukovat pacienty, starat se o přepravu a věci spojené s pacienty, podávat, objednávat a aplikovat povolená léčiva, ošetřovat rány, stomie, vstupy, polohovat, pečovat a hodnotit centrální žilní vstup, odstraňovat stehy, podávat kyslíkovou terapii, zavádět gastrickou sondu, podávat klyzmata, asistovat při aplikaci transfuzních přípravků.*(10)*

#### **1.4.3 Uznání způsobilosti u sanitáře**

Uznání způsobilosti k výkonu povolání Sanitáře podléhá zákonu č. 96/2004 Sb. část první - Podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Dle tohoto zákona lze vykonávat povolání Sanitáře za předpokladu absolvování akreditačního kvalifikovaného kurzu v oboru - Sanitář nebo ukončením dvou semestrů v akreditovaném bakalářském programu, který slouží k přípravě všeobecných sester.(14)

Sanitář v rámci svého povolání provádí pomocnou činnost v rámci poskytování ošetrovatelské péče pod odborným dohledem nebo přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu.(14)

#### **1.4.4 Kompetence sanitáře**

Co všechno může sanitář bez odborného dohledu vykonávat, je stanoveno vyhláškou č. 55/2011 Sb. Sám může udržovat hygienu prostředí, nebo lůžka, měřit tělesnou teplotu, výšku nebo váhu pacienta, pečovat o vyprazdňování pacienta, přepravovat biologický materiál, prádlo, nebo jiné prostředky. Může kontrolovat chladicí zařízení nebo doplňuje potřebný materiál na oddělení.(10)

Dle této vyhlášky může Sanitář pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu provádět úkony spojené s hygienickou péčí. Dále může pomáhat při polohování, fixaci, zajišťování stravy, asistovat při převazech, připravovat obvazový materiál, pomáhat při přípravě léků.

### ***1.5 Ortopedie - Traumatologie a její nejčastější diagnózy***

Každý úraz v rámci ortopedie začíná na úrazové ambulanci, kde probíhá první vyšetření (vycházím ze svého pracoviště, na ostatních pracovištích se může tento postup lišit). Stejně jako u jiných pacientů je důležité zjistit anamnézu, předchozí úrazy a chronická onemocnění a s tím spojenou chronickou medikaci pacienta. Velmi důležité je zjištění mechaniky úrazu.

Kromě základního vyšetření je zkoumán i rozsah pohybu postižené oblasti. Vyšetření se poté doplňuje o odběry krve, EKG, RTG. Podle potřeby lze provést vyšetření CT nebo i magnetickou rezonanci, která dokáže přesněji zobrazit měkké tkáně.(2)

Terapii po úrazech můžeme rozdělit na dva druhy. Konzervativní, kde k léčení slouží například dlahy, sádrové fixace, závěsy, tahy a operační, kde jde hlavně o stabilizaci úlomků kostí - osteosyntézu. Mezi osteosyntézou můžeme zařadit například zevní fixaci, dlahovou fixaci, nitrodřeňovou fixaci za pomoci drátů a ostatní fixace.(2) Volba metody léčby závisí na druhu úrazu, způsobu a rozsahu poškození a celkovém stavu pacienta.(15)

### **1.5.1 Úrazy páteře**

Úrazy páteře mohou nastat nejčastěji po pádu, nebo autonehodě. Diagnostikují se podle klinického obrazu a pomocí zobrazovacích metod. Pokud lze od pacienta získat informace, je důležité zjistit mechanismus úrazu.(15)

Nejčastěji se na našem oddělení objevuje fraktura obratlů Th-L. Tato diagnóza je většinou řešena konzervativním způsobem - nasazení Jewettova korzetu, nebo operativním způsobem, kdy se fixují poškozené obratle a poté pacient také nosí Jewettův korzet po dobu šesti a více týdnů.

### **1.5.2 Ruptura Achillovy šlachy**

Ruptura Achillovy šlachy je jedna z častých diagnóz na traumatologickém oddělení. Většinou je následkem sportovní aktivity nebo špatného šlápnutí do neznámého prostoru. Léčba je operativní, ale většinou neprobíhá pod celkovou narkózou. Přetržená šlacha se sešije a aplikuje se vysoká sádrová fixace. Po třech týdnech je poraněná končetina přesádrována do nízké sádrové fixace, opět na tři týdny. Poté následuje rehabilitace a postupné zatěžování postižené končetiny.

### **1.5.3 Zlomenina acetabula**

Tento typ diagnózy na našem oddělení je méně častý, ale patří mezi hlavní traumatologické diagnózy. Tato zlomenina je často způsobena při dopravních nehodách. U starších lidí pak při běžných pádech, které ani nemusejí být z velké výšky. Podle výpovědí těchto pacientů se jim úraz často stal, když se snažili posadit do křesla, ale neodhadli vzdálenost nebo postavení křesla. Přesto se snažili dosednout, což vedlo k pádu na zem.



Tato zlomenina, pokud není komplikovaná, se dá řešit konzervativním způsobem, kdy pacient chodí o berlích a nezatěžuje danou končetinu nebo radikálně operací. To je ovšem méně časté řešení.(2)

#### **1.5.4 Otevřené zlomeniny**

Otevřené zlomeniny, se primárně řeší operativně. Pacient musí včas dostat dávku antibiotik pro zamezení vzniku infekce, která by se při porušení kůže a okolních tkání mohla dostat do rány. Často se stává, že okolní tkáň je traumatem tak postižena, že musí být v první fázi použit zevní fixátor k fixaci končetiny. Následně se musí vyčkat na zahojení okolní tkáně a teprve poté může být operována vlastní zlomenina.

Pacienti s touto diagnózou jsou většinou, na našem oddělení hospitalizováni po celou dobu, kdy mají nasazen fixátor. Doba hospitalizace může být v tomto případě pro pacienta velmi dlouhá.

#### **1.5.5 Zlomeniny proximálního konce humeru**

Většinou tuto diagnózu vidáme u pacientů vyššího věku, kteří trpí osteoporózou. Často stačí konzervativní řešení Desaultovou dlahou, nebo je zvoleno operativní řešení s následným doléčením pomocí této dlahy.(2)

#### **1.5.6 Periprotetické zlomeniny kyčelního kloubu**

Tato diagnóza se na traumatologickém oddělení také objevuje často. Jedná se o zlomeniny, které se objeví v okolí již operované zlomeniny nebo kloubní náhrady. Nejčastěji jsou tyto zlomeniny na femuru, kdy se kost zlomí v důsledku pádu pod již voperovanou náhradou nebo hřebem.

#### **1.5.7 Zlomeniny diafýzy humeru**

Tato zlomenina, se objevuje opět u starších pacientů, kteří trpí osteoporózou. K takovému úrazu stačí prostý pád a postiženými jsou zejména ženy. Často se ale s tímto

úrazem na oddělení setkáváme i u mladších pacientů v rámci úrazu, který vzniká při hraní hry „páka“. Kost v tomto případě praskne v rámci zátěže, při přepínání svalů.(2)

Na tuto zlomeninu, můžeme v rámci konzervativní terapie použít opět Desaultovu dlahu. Nevýhodou tohoto řešení je, že imobilizuje loket i rameno postižené končetiny a tím značně omezí soběstačnost pacienta.(2)

### **1.5.8 Zlomeniny proximálního femuru**

Tyto zlomeniny mohou postihnout výjimečně mladé lidi, a to převážně při dopravních nehodách, nebo při pádu z výšky. Typicky, ale postihují starší lidi, a to zejména ženy, které trpí osteoporózou. S touto zlomeninou se lze setkat ale i u pacientů, kteří trpí rakovinou a mají metastázy.(15) Starší osaměle žijící pacienti často po úrazu leží i několik dnů doma, jelikož po pádu se nemohou zvednout a dovolat se pomoci. Dle výpovědí těchto pacientů je nachází sousedka nebo pošťáčka, kterým bylo podezřelé, že několik dní neotvírají, nebo nevycházejí ze svého domova.

Tyto zlomeniny se dělí na pertrochanterické, trochanterické, intertrochanterické a intrakapsulární zlomeniny krčku. Léčba často záleží na věku a zdravotním stavu pacienta. S ohledem na tyto skutečnosti se často musí přistoupit ke konzervativní terapii.(2) U mladých pacientů se lékaři chtějí vyhnout totální náhradě a snaží se kloub zachránit, aby zůstal pokud možno plně funkční.

## **2. Praktická část**

### **2.1 Metodika výzkumu**

Pro svoji bakalářskou práci jsem použila empirický, kvalitativní výzkum metodou autoetnografie. Zaznamenávala jsem veškerou svou činnost sanitáře v průběhu pracovní směny. Svoje poznámky, pocity a pozorování jsem převážně zaměřila na svoji spolupráci a komunikaci se sestrami a také dalšími členy multidisciplinárního týmu.

### **2.2 Cíl výzkumu**

Cílem výzkumu je zjistit a vyzdvihnout, jakou roli má sanitář při poskytování ošetrovatelské péče. Zaměřit se na to, jak spolu sanitář a sestra spolupracují v rámci ošetrovatelského týmu, jestli a proč je tato spolupráce důležitá. Další dílčí cíl je, zjistit, zda může nesprávná komunikace ohrozit poskytování ošetrovatelské péče, popřípadě pacienta a zhodnotit, jestli spolupráce a komunikace mají vliv na celkovou atmosféru na pracovišti.

Zaměstnání ve zdravotnictví je celkově psychicky i fyzicky velmi náročné, zvláště pak na odděleních, kde jsou převážně ležící pacienti. Je dle mého názoru pozitivem, pokud v týmu panuje příjemná atmosféra a jednotliví pracovníci spolupracují.

### **2.3 Způsob sběru dat**

Data k výzkumu jsem sbírala v rámci svého zaměstnání od srpna 2019 do února 2020 na oddělení Traumatologie Ortopedické kliniky Nemocnice Na Bulovce, kde pracuji jako sanitář. Se záměrem provádět šetření jsem seznámila staniční sestru, která mi dala souhlas se sběrem dat na tomto oddělení.

Sběr dat jsem prováděla pomocí nahrávání časového záznamu jednotlivých aktivit, myšlenek, pocitů a situací, na záznamník. Také jsem si zapisovala poznámky. Z kombinace záznamů a poznámek jsem následně vytvořila dokument, který obsahuje tabulku s popisem pacientů, časový harmonogram činností a stručný souhrn celého dne.

## **2.4 Osoba výzkumníka**

V autoetnografii se odráží hodnoty a předchozí zkušenosti osoby, která výzkum provádí. Pocity a emoce mohou výzkum jako takový a celý text této práce ovlivnit. Proto je, dle mého názoru důležité popsat s jakými zkušenostmi jsem k tomuto výzkumu přistoupila.

Už od dětství jsem věděla, že chci pracovat ve zdravotnictví. Představovala jsem si, že vystuduji lékařskou fakultu a stane se ze mě „paní doktorka“. Na střední škole jsem si uvědomila, že moje studijní výsledky by nemusely na toto studium stačit. Předmět, který mě vždy zajímal, a měla jsem v něm dobré výsledky, byla biologie. Zvláště pak biologie člověka. Několik let pracuji různými způsoby s dětmi. V rámci přivýdělnku je hlídám, jezdím jako vedoucí na tábory a doučuji je. Na základě těchto zkušeností jsem dospěla k názoru, že pro moji budoucnost bude vhodná profese, kde se budu o někoho starat a pečovat. Výsledkem těchto úvah byl závěr, vybrat si studium oboru všeobecná sestra.

Moje zkušenosti s nemocničním prostředím byly nulové. Měla jsem v hlavě myšlenku, že chci pomáhat lidem. Pomáhat jim při těžkých situacích, uzdravovat se a starat se o ně. Uznávám, že první praxe na interním oddělení byly velice náročné. Ztratila jsem iluze. Nejvíce mě zaskočila nedostatečná vybavenost oddělení, některé diagnózy, ale i skutečnost, že s některými nemocemi se už nedá nic udělat. Prvních pár služeb jsem psychicky zvládala opravdu těžko.

Dělníkem ve zdravotnictví a poté sanitářkou jsem se stala, protože jsem potřebovala nějakou brigádu, kvůli penězům. Zároveň jsem si říkala, že by pro mě, jakožto člověka s velmi malou zkušeností s prací v nemocničním prostředí, bylo přínosem pracovat v nemocnici. Oslovila jsem proto svoji vyučující praxe s otázkou, jestli je pro mě, jako

někoho, kdo zdravotnické vzdělání zatím nemá, možnost nějaké brigády v nemocnici. Vyučující mě odkázala na hlavní sestru. S tou jsme se domluvily na vhodné pracovní pozici pro mne.

Dalšími zkušenostmi pro mě byla práce na chirurgické klinice, kde jsem pracovala půl roku na pozici dělník ve zdravotnictví. To pro mě byla zkušenost, kde jsem se naučila zorganizovat si čas a práci, kterou musím stihnout. Na oddělení bylo čtyřicet pět pacientů. Denně se propustilo a následně přijalo cca deset až patnáct pacientů.

Kvůli velmi malé spolupráci sester se sanitáři a neshodám v kolektivu jsem tuto kliniku opustila a nastoupila na ortopedickou kliniku. Na té jsem nejprve konala praxi v rámci studia a zalíbila se mi zde právě spolupráce mezi sestrami a sanitářem ale i celková atmosféra v kolektivu, který k tomu vedla staniční sestra. Cítila jsem se zde opravdu dobře a pracovalo se mi mnohem lépe. Po ukončení praxe jsem na toto oddělení nastoupila na pozici všeobecného sanitáře. Pracuji zde již přes rok a do práce zde se těším.

Zdravotnictví byl pro mě úplně neznámý svět. Nikdy jsem předtím neměla zkušenost s hospitalizací nebo nemocničním prostředím. Nevěděla jsem, co mě čeká. Přestože byly začátky těžké, zjistila jsem, že tato profese, kterou vykonávám ráda, mě naplňuje a chci se v ní dále posouvat. Občas se praxe liší, od toho co se učíme ve škole, ale často to má i své logické důvody a opodstatnění. Jindy to závisí na daném jedinci. Ať tak či onak, v zásadě záleží na tom, jak se k této profesi každý z nás postaví a jak moc dobře a s porozuměním ji bude chtít vykonávat.

## ***2.5 Traumatologické oddělení***

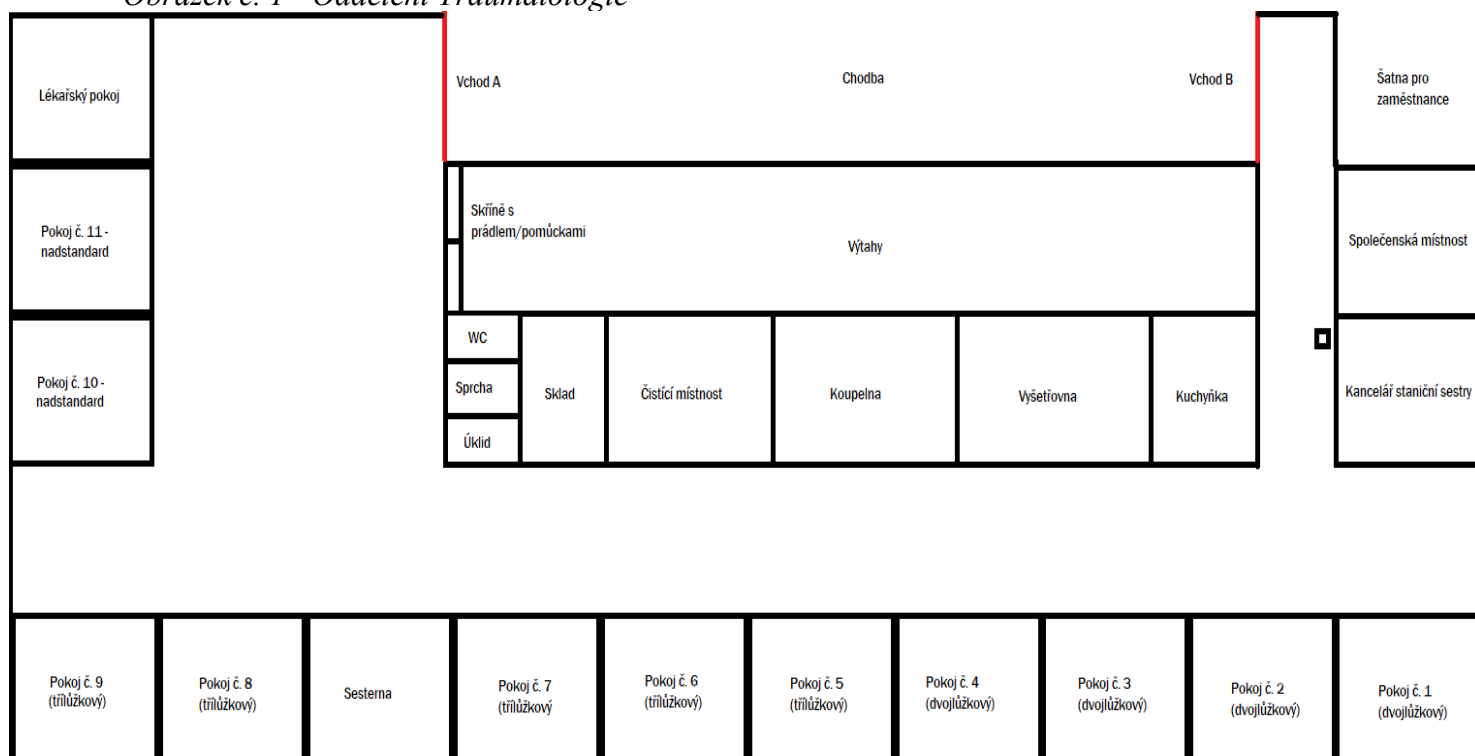
Pro svůj výzkum jsem si vybrala Oddělení Traumatologie Ortopedické kliniky Nemocnice Na Bulovce. Ortopedická klinika se skládá ze šesti oddělení, kterými jsou: Septická ortopedie, Dětská ortopedie, Traumatologie, Sportovní ortopedie, Všeobecná ortopedie a Alloplastiky + Onkologická ortopedie. Součástí kliniky jsou ještě Chronická ambulance a Úrazová ambulance, která má nepřetržitý provoz.

Oddělení Traumatologie je oddělení, které patří k nejvytíženějším z celé kliniky a skladbou pacientů, také k těm nejnáročnějším. Na oddělení je dvacet tři lůžek standardních a dvě lůžka nadstandardní. Hospitalizace na nadstandardních lůžkách je za příplatek. Pokud ale nastane situace, že nejsou volná běžná lůžka, jsou tato lůžka k dispozici pro hospitalizaci pacienta bez úhrady.

Z důvodu nedostatku personálu byla kapacita oddělení od prosince 2019 snížena o tři lůžka. Velmi často dochází k situaci, že jsou všechna lůžka na oddělení obsazena a není možné dále přijímat pacienty. V těchto případech jsou pak pacienti hospitalizováni na jiných odděleních kliniky.

Oddělení Traumatologie má tvar písmene C a se nachází v šestém patře. Na každém lůžkovém patře budovy jsou zrcadlově proti sobě umístěna dvě oddělení. Pro lepší představu o popisovaném oddělení, je přílohou dispoziční náčrtek.

Obrázek č. 1 - Oddělení Traumatologie



Chodba oddělení je celkem prostorná a dost často se na ní uskutečňují překlady pacientů z lůžka na lůžko. Nevýhodou je její délka. Například cesta z kuchyňky na pokoj č. 9, kde mě pacient požádá o čerstvý čaj. Pro ten se musím vrátit zpět ke kuchyňce, abych

poté šla s čajem zpátky k pacientovi na pokoj. I tento jednoduchý úkon je kvůli délce chodby časově náročný.

Na každém pokoji se dbá, aby byl dodržen přístup k lůžku ze tří stran. Všechny pokoje jsou stejně velké. Ty, které jsou pouze dvojlůžkové, jsou opravdu prostorné. Manipulace s lůžky je v nich bez problémů. V pokojích se třemi lůžky, společně se stolky na osobní věci pacientů a jídelními stolky není mnoho volného prostoru a často je zde manipulace s lůžky obtížná.

Jako další nevýhodu vidím to, že na oddělení není na pokojích, s výjimkou nadstandardních, nainstalovaná televize. Je běžné, že jsou zde pacienti upoutáni na lůžko deset dnů nebo dva týdny. Často se z jejich strany setkávám s názorem, že je těžké trávit čas na pokoji takovou dobu, pokud koukají celý den akorát na prázdnou zeď.

Jinak je materiální vybavení oddělení dobré, ale musím zmínit staré kovové mechanické postele. Velice obtížně se s nimi manipuluje především, když na nich leží nepohyblivý pacient, který není schopen se ani přitáhnout, aby trochu nadlehčil svojí váhu. Často potom při manipulaci zvedáme jak váhu pacienta, tak i této těžké postele. Tuto činnost musíme dělat ve dvou a je to potom zdržování, když nemohu pacienta posadit sama, ale musím dojít na sesternu pro pomoc.

## **2.6 Skladba pacientů**

Pacienti jsou na oddělení Traumatologie přijímáni primárně z úrazové ambulance. Plánovaný příjem pacientů je zde ojedinělý a často se jedná o plánovanou náhradu kyčelního či kolenního kloubu nebo operaci haluxů. Mezi hospitalizovanými převládají starší pacienti, většinou z důvodů osteoporózy.(13)

Většinou se jedná o pacienty, kterým se stal úraz, anebo si zranění způsobili pádem. Pacienti po pádech z výšek zpravidla čtyř a více metrů a také po autonehodách musí projít Urgentním příjmem. Proto občas přijímáme pacienty i odtud. (Urgentní příjem se nově nachází ve stejné budově.)

Nejčastějšími diagnózami přijímaných pacientů jsou zlomeniny proximálního femuru, acetabula, ramínek stydkých kostí, páteře, zápěstí a pažní kosti. Dále pak otevřené zlomeniny bérce, ruptura Achillovy šlachy a jiné zlomeniny. Uvedená poškození jsou důsledky pracovních či sportovních úrazů a především pádů nebo autonehod.

## **2.7 Pracovníci na oddělení**

Na oddělení Traumatologie pracuje:

- osm všeobecných sester a staniční sestra (všechny na plný úvazek) z toho:
  - dvě sestry s vysokoškolským vzděláním a titulem Bc.,
  - jedna sestra se vzděláním na vyšší odborné škole a titulem DiS.,
  - ostatní - všeobecné sestry, které studovaly na střední zdravotnické škole a studium zahájily nejpozději ve školním roce 2003/2004;
- dvě praktické sestry na částečný úvazek (obě si zvyšují kvalifikaci vysokoškolským studiem);
- jeden sanitář na plný úvazek po absolvování sanitářského kurzu;
- dva sanitáři na částečný úvazek (oba si zvyšují kvalifikaci vysokoškolským studiem v oboru Všeobecná sestra).

Služby na oddělení probíhají ve dvanáctihodinovém cyklu s počátky o sedmé hodině ranní či večerní. Zvyklostí na oddělení je přicházet na směnu v 6:30, popřípadě 18:30, aby byl dostatek času na předání hlášení, které musí proběhnout při každém střídání směn.

Na denní směně slouží dvě sestry. Dále přes den slouží staniční sestra. Její pracovní náplní jsou objednávky materiálu, prádla a společně se sociální pracovníci zařizování překlady pacientů do rehabilitačních středisek nebo do zařízení LDN. Staniční sestra pracuje na oddělení vždy jen ve všední dny osm hodin. Nad rámec výše uvedených povinností pomáhá při běžném provozu, a když je potřeba slouží i mimo své služby víkendové nebo noční směny.

Sanitář pracuje na tomto oddělení výhradně na denních směnách, a to pouze jeden. Noční směnu má sanitář pouze výjimečně.



Na noční směně slouží pouze dvě sestry bez sanitáře a musí tak v noci zastávat i práci sanitářů. Tato práce obnáší ráno upravit lůžka, doplnit materiál na další den, pomoci pacientům s ranní hygienou. Samy sestry tak mohou shledat, že některé výkony, které má za úkol sanitář, nelze provádět jinak, než ve dvojici. Zejména u ležících pacientů po operaci je u výkonů, jako je hygiena, přebalování, polohování a napolohování k jídlu, nutná spolupráce dvou pracovníků.

### **2.7.1 Staniční sestra**

Staniční sestra je důležitým členem celého týmu a její funkce není pouze formální. Vystupuje nejen jako vedoucí oddělení, ale i jako podpora, bez které by tým nemohl fungovat.

Staniční sestra, je pro personál oddělení mezičlánkem, který řeší různé problémy. Od personálního obsazení směn, rozvrhu čerpání dovolených, objednávání a přebírání materiálu. Přes spory mezi lékaři a personálem nebo mezi personálem a pacienty, až po práva pacientů, personálu, a to tak, aby celý tým harmonicky fungoval. Kontroluje a zařizuje školení pro personál. Pro pracovníky oddělení je staniční sestra oporou, která přijímá stížnosti, ale i posluchačem naslouchajícím návrhům na změny chodu oddělení.

Staniční sestra motivuje celý tým. Na provozních schůzích řeší i problematiku syndromu vyhoření a motivuje tým k tomu, aby si všichni pomáhali a podporovali se navzájem. V rámci podpory celého týmu pořádá i mimopracovní teambuildingové akce, jako je například vánoční večírek, nebo různá setkání pro prohloubení vztahů mezi kolegy. Z vlastní zkušenosti mohou říci, že je na těchto setkáních příjemná atmosféra a prostor pro diskusi.

Staniční sestra oddělení Traumatologie je opravdu vedoucí pracovník na svém místě, který se dokáže zastat svého personálu. Často při konfliktech svůj personál hájí, ale pokud je potřeba i pokárá. Pracovníci oddělení za ní mohou přijít, pokud mají jakýkoliv problém v pracovním i osobním životě. Zajímá se i o zázemí svých podřízených. Tato podpora pomáhá utužovat vztahy a atmosféru v pracovním kolektivu.

Jak říkala na svých přednáškách Mgr. Jana Nováková (náměstkyně pro ošetřovatelství ve fakultní nemocnici Motol) staniční sestra je důležitou osobou na oddělení, od které se odvíjí chod oddělení a spokojenost všech pracovníků. Dobrá staniční sestra je prostě základem pro spokojený personál.

## 2.8 Harmonogram oddělení

V této části jsou uvedeny harmonogramy práce na oddělení Traumatologie při denní a noční službě. V harmonogramech jsou rozepsány pracovní činnosti sester a sanitářů. Tyto harmonogramy zpracovala sama, na základě osobních zkušeností nabytých na oddělení. Zvýrazněny jsou činnosti, při kterých sestra a sanitář spolupracují. V harmonogramu noční služby sestry nejsou zvýrazněny žádné činnosti, jelikož sanitáři na sledovaném oddělení standardně noční služby neslouží.

### 2.8.1 Harmonogram denní služby

Tabulka č. 1 - Práce sestry

Čas	Činnost	Poznámka
6:30 - 7:00	Předávání služby Hlášení o pacientech	Důležité – kdo bude operován, požadovaná vyšetření toho dne u jednotlivých pacientů
7:00 - 7:30	Ranní hygiena pacientů Výměna lůžkovin	
7:30 – 7:45	Příprava ranní medikace <b>Dopomoc s podáváním snídaně</b>	V pondělí - velká vizita, snídaně až po vizitě
8:00 - 11:00	<b>Propouštění pacientů</b> <b>Převazy ran</b> <b>Odjezdy sanitek do zařízení</b> Plnění ordinací z nového dekurzu Individuálně podávání léku na bolest Vyplňování dokumentace Pomoc sanitářům <b>Příjem pacientů z JIP</b> <b>Příjem pacientů</b>	Ve všední dny <b>odvozy pacientů v operačním programu na sál</b> Převazy u pacientů, kteří odcházejí, ve všední den dělá staniční sestra O víkendu není psán operační program a odchody pacientů jsou jen výjimečně, proto je dopoledne věnováno <b>celkovým koupelím pacientů</b> - zejména těch ležících
11:30 - 12:00	<b>Dopomoc s podáváním obědů</b> Příprava polední medikace	

Tabulka č. 1 - Práce sestry (pokračování)

Čas	Činnost	Poznámka
13:00 - 14:30	Kolečko“ - podávání polední medikace <b>Polohování pacientů</b> <b>Promazání kůže, ošetření predikčních míst - se sanitářem</b> Kontrola stavu pacienta Kontrola operačních ran, drénů Kontrola funkčnosti kanyl, převazy kanyl <b>Příjem pacientů</b>	
14:30 - 17:00	Příprava večerní medikace Podávání léků na bolest <b>Dopomoc sanitářům s polohováním a vyprazdňováním ležících pacientů</b> <b>Příjem pacientů</b> Vyplňování dokumentace Kontrola u pacientů, kteří mají ordinován P+V (příjem a výdej tekutin) <b>Odvoz pacientů na sál</b> Řešení náhlého zhoršení stavu pacienta Volání lékaře, když si to vyžádá návštěva Volání lékaře z interního oddělení z důvodu předoperačního vyšetření a výkony s tím spojené Měření tlaku Cévkování pacientů	<b>Odpolední odvozy pacientů sál mimo operační program - úrazy</b>
17:00 - 18:00	<b>Příjem pacientů</b> <b>Pomoc s vydáváním večere</b> Podání večerní medikace	
18:30 - 19:00	Předání služby Hlášení o pacientech	Důležité, kdo jde ještě dneska na sál, každý den se operuje cca do půlnoci

Tabulka č. 2 – Práce sanitáře

Čas	Činnost	Poznámka
6:45	Příchod na oddělení	
7:00 - 7:15	Příprava čaje	
7:15 - 7:45	Úklid / dezinfekce stolků, prostředí pokoje pacienta Úklid lavorů na ranní hygienu Příprava pytlů na prádlo a infekční odpad	Pomoc sester při posazování ležících pacientů
7:30 - 8:00	<b>Polohování pacientů k snídani</b> <b>Podávání snídaně</b>	V pondělí - velká vizita, snídaně až po vizitě

Tabulka č. 2 - Práce sanitáře (pokračování)

Čas	Činnost	Poznámka
8:15 - 8:45	Úklid táců po snídani	
8:15 - 11:30	Doplnění a dezinfekce stlačeného vozu Úklid prádla z prádelny <b>Potřeby pacientů - podložní mísy, dolévání čaje, přebalování, polohování</b> Úklid čistící místnosti Úklid kuchyně Dopomoc při oblékání do civilního oblečení Dezinfekce lůžek po odchozích pacientech Příprava čistých lůžek <b>Výzvy pacientů - podložní mísa, léky na bolest, dolít čaje, převlečení lůžkoviny, podání věcí ze stolečku</b> <b>Příjem pacientů - celková koupel</b> <b>Odvozy pacientů na RTG a CT</b>	O víkendu jsou odchody, jen zcela výjimečně, proto se dopoledne místo toho věnuje <b>celkové hygieně pacientů, především těch ležících</b>
11:30 - 12:00	<b>Polohování pacientů k obědu</b> <b>Podávání oběda</b>	Pomoc sester při posazování ležících pacientů
12:15 - 12:30	Úklid táců po obědě	
13:00 - 14:30	<b>„Kolečko“ pomoc sestrám s polohováním, kontrolou operačních ran, promazání predikčních míst, namazání zad</b> <b>Přebalování</b> Doplnění převazového vozu a jeho dezinfekce	
14:30 - 16:30	<b>Příjem pacientů - celková koupel</b> <b>Odvoz pacientů na sál</b> Doplnění čaje u pacientů Výzvy pacientů - léky na bolest, podložní mísy, podávání věcí ze stolečku Nachystání lavorů pro ranní hygienu Kontrola prostředí, případný úklid na pokoji	<b>Pomoc sester při celkové hygieně</b>
16:30 - 17:00	Výměna močových sáčků	
17:00 - 18:00	<b>Polohování pacientů k večeři</b> <b>Podávání večeře</b> Úklid táců po večeři	Pomoc sester při posazování ležících pacientů
18:15 - 18:45	<b>Přebalování inkontinentních pacientů</b> Kontrola oddělení a pacientů	
18:55	Odchod z oddělení	

## 2.8.2 Harmonogram noční služby

Tabulka č. 3 – Práce sestry noční

Čas	Činnost	Poznámka
18:30 - 19:00	Předání služby Hlášení o pacientech	
19:00 - 21:00	Doplňování materiálů na sesterně i kancelářských Objednání stravy Výměna barelů na infekční odpad	
21:00 - 22:00	„Kolečko“ podávání večerní medikace Polohování pacientů Podání léků na bolest, na spaní, na ředění krve Přebalování inkontinentních pacientů Příjem pacientů z JIP Odvozy pacientů na sál Volání lékařů z interního oddělení z důvodu předoperačního vyšetření a výkony s tím spojené	
22:00 - 5:00	Polohování ležících pacientů Příjem a s tím spojená celková koupel pacientů Výzvy pacientů - podložní mísa, léky na bolest Vyplňování dokumentace	
5:00 - 5:30	Odběry krve Měření tlaku Příprava čaje Výměna močových sáčků	
5:30 - 6:00	Ranní hygiena Přebalování Výměna lůžkovin a úprava lůžka	
6:30 - 7:00	Předávání služby Hlášení o pacientech	

### 3. Sběr dat

V následujících kapitolách je výběr pěti dnů a pozorování nejdůležitějších událostí daného dne se zaměřím se na spolupráci sanitáře se sestrou. Jsou uvedeny události, při kterých byla spolupráce a komunikace mezi sestrou a sanitářem důležitá a proběhla správně nebo naopak neproběhla tak, jak by měla. Pro každý pozorovaný den je zpracována tabulka s diagnózami pacientů, sestavu pracovníků na oddělení a shrnutí dne.

V tabulkách je pro každý sledovaný den popis jednotlivých pokojů a pacientů, kteří jsou na nich hospitalizováni. Křížek v tabulkách diagnóz pacientů znamená, že v pokoji na uvedené pozici lůžko není.

#### 3.1 První den pozorování

##### 3.1.1 Struktura pacientů prvního dne

Tento den bylo na oddělení celkem 21 pacientů. V průběhu dne bylo 5 pacientů propuštěno domů a 4 jiní byli přijati.

Tabulka č. 4 – den první

po- koi	LŮŽKO U DVEŘÍ	LŮŽKO UPROSTŘED	LŮŽKO U OKNA
1.	Žena: zlomenina zápěstí, chodící s doprovodem, dnes bude propuštěna domů	X	
2.	Žena: zlomenina distálního femuru, pohyblivá v lůžku, čeká na operaci	X	Žena: po operaci zlomeniny colli femoris, pohyblivá v lůžku
3.	Muž: ruptura Achillovy šlachy, příjem v 18:09, čeká na operaci	X	
4.		X	Žena: zlomenina hlavice pažní kosti, příjem v 9:15, chodící, čeká na operaci
5.	Muž: zlomenina femuru - subtrochanterická, pohyblivý v lůžku	Muž: po operaci kolena, chodící o berlích s doprovodem	Muž: otevřená zlomenina bérce, zatím nechodící, čeká na operaci

Tabulka č. 4 – den první (pokračování)

po- koj	LŮŽKO U DVEŘÍ	LŮŽKO UPROSTŘED	LŮŽKO U OKNA
6.	Žena: zlomenina ramínek stydkých kostí, chodící s doprovodem a chodítkem	Žena: zlomenina femuru - pertrochanterická, přivezena z JIP v 7:54, nechodící	Žena: zlomenina colli femoris, v 9:20 překlád do rehabilitačního zařízení
7.	Žena: zlomenina zápěstí, chodící s doprovodem	Žena: zlomenina femuru - pertrochanterická, nechodící	Žena: zlomenina distálního femuru, nechodící, čeká na operaci
8.	Žena: zlomenina obratlů, chodící, potřebuje pomoc při vstávání	Žena: zlomenina femuru - subtrochanterická, příjem ve 12:40, čeká na operaci	Žena: zlomenina obratlů, v 9:08 překlád na neurologii, nechodící
9.	Muž: otevřená rána a zlomenina ruky, příjem ve 14:50, čeká na operaci		Muž: otevřená zlomenina bérce, pohyblivý v lůžku
10.	Muž: totální náhrada kolene, chodící o berlích, dnes bude propuštěn domů	X	X
11.	Muž (cizinec): zlomenina pánve, pohyblivý v lůžku, v 11:15 repatriace	X	X

### 3.1.2 Struktura zaměstnanců prvního dne

První popisovaný den je dnem pracovním a na oddělení jsou dvě všeobecné sestry. Obě mají vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. První sestře je 26 let a praxi má 8 let z čehož 2 roky pracovala na JIP. Druhé sestře je 28 let a praxi má 10 let. Po celou dobu pracuje na Ortopedické klinice a do nedávna pracovala ještě na částečný úvazek v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích. Dále je na oddělení jeden sanitář (já) a staniční sestra.

### 3.1.3 Výběr nejdůležitějších událostí prvního dne

#### Situace č. 1:

Při ranní obchůzce po pokojích, kdy nalévám čaj a dezinfikuji stolky, mi pacient na pokoji č. 5 sdělil, že má bolesti. Nikoliv v operační ráně, ale že ho bolí hlava a celkově se necítí dobře. Doslovně mi oznámil: „Necítím se vůbec dobře, hlava mě třeští a myslím, že mám teplotu.“

Toto oznámení jsem šla nahlásit sestřám na sesternu. Zároveň jsem sestřám sdělila, že jsem pánovi sáhla na čelo a za krk a byl na dotek teplejší a také měl úplně bílý obličej. Jedna ze sester šla pacientovi změřit teplotu. Sestra naměřila teplotu 38,4 °C, a proto se rozhodla podat pacientovi paracetamol dle medikace lékaře. Mě požádala, abych pacientovi dala pro snížení teploty na zápěstí, jako studený obklad, led z mrazáku zabalený do povlaku na polštář.

Po nějaké době, když jsem šla kolem sesterny, mě sestra požádala, abych se pacienta zeptala, jestli se cítí lépe a zdali bych mu nezměřila teplotu. Dovětek její prosby zněl: „Jen jestli máš čas a nevadí ti to. Já teď vyřizuju internu, když tak to udělám za chvíli.“ Odpověděla jsem, že mi to nevadí a šla jsem daný úkon splnit. Pánovi teplota klesla a již se cítil lépe.

Podobné situace se stávají často. Hlavně v dopoledních hodinách, kdy jsou sestry doslova zavaleny administrativou na sesterně. Připravují překladovou dokumentaci pro odcházející pacienty, přijímají pacienty z JIP a plní ranní medikaci. Zároveň musím upozornit, že výpomoc je vzájemná. Když občas nestíhám svoji práci já, tak mi sestry také pomohou. Sestry na tomto oddělení jsou od staniční sestry vedeny k tomu, aby si se sanitáři pomáhali. Vytváří to lepší atmosféru, když člověk ví, že není na všechnu práci sám.

#### Situace č. 2:

Staniční sestra mě požádala o tlumočení při propuštění pacienta jiné národnosti. Ze Slovinska přijeli lékař a sestra, kteří budou pacienta z pokoje č. 11 doprovázet při letu domů a komunikují pouze anglicky. Pacient měl zasádrovanou téměř celou dolní polovinu těla. Po pozdravu jsem se slovinského lékaře zeptala, co potřebuje. Dotázal se, jestli by nešlo sádru nějak proříznout, jelikož při letu by mohlo docházet k otokům a kompresi. Přeložila jsem tento dotaz staniční sestře, která odešla za službu konajícím lékařem, s otázkou zda by mohl tento úkon provést.

Zpět na pokoj se staniční sestra vrátila i s lékařem a požádala mě, abych došla na vyšetřovnu pro elektrickou pilku, kterou lékař sádru prořízne. Mezitím už spolu konverzovali oba lékaři. Poté co jsem přinesla pilku, lékař sádru prořízl a pomohl nám



s přesunem pacienta z postele na pojízdné lehátko. Následně již sanitka odvezla pacienta na letiště.

Poslední dobou hlavně v letních měsících, přibývá situací, kdy je znalost angličtiny potřebná. Na oddělení se vyskytují turisté po úrazu a sestřičky bohužel neumí anebo se stydí konverzovat v cizích jazycích. V těchto situacích se hodí i pomoc sanitáře.

Pomoc lékařů při přesunech je u nás celkem běžná, protože staniční sestra dbá na to, aby si všichni členové týmu pomáhali.

### 3.1.4 Celkové shrnutí prvního dne

Služba byla celkem klidná. Sestry mi pomáhaly se všemi přesuny, při přebalování, polohování a posazování pacientů. Pomoc sester jsem uvítala i při rozdávání večeří, které bylo zkomplikováno náhlým příjmem pacienta.

Večer jsme se rozloučily, vzájemně si poděkovaly za směnu a odcházely jsme domů.

## 3.2 Druhý den pozorování

### 3.2.1 Struktura pacientů druhého dne

Na oddělení bylo 18 pacientů. V průběhu dne byl 1 pacient propuštěn domů a 2 pacienti byli přijati.

Tabulka č. 5 – den druhý

po- koj	LŮŽKO U DVEŘÍ	LŮŽKO UPROSTŘED	LŮŽKO U OKNA
1.		X	
2.	Muž: z pokoje č. 6	X	Muž: po operaci ruptury Achillovy šlachy, pohyblivý v lůžku
3.	Muž: po operaci ramene, chodící	X	

Tabulka č. 5 – den druhý (pokračování)

po- koj	LŮŽKO U DVEŘÍ	LŮŽKO UPROSTŘED	LŮŽKO U OKNA
4.	Žena: po operaci zlomeniny colli femoris, nechodící	X	Žena: po operaci zlomeniny colli femoris, nechodící
5.	Žena (mladá): zlomenina pánevní kosti, momentálně nechodící		Žena: otevřená zlomenina holenní kosti, zevní fixátor a VAC systém, chodící s chodítkem (sama)
6.	Muž: po operaci páteře, přivezen z JIP, v 11:00 přesun na pokoj č. 2, nechodící	Žena: zlomenina colli femoris, příjem v 16:30, nechodící, čeká na operaci	Žena: zlomenina ramene, příjem v 11:15, chodící, čeká na operaci
7.		Žena: po operaci zlomeniny colli femoris, nechodící	Žena: po operaci zlomeniny femuru - subtrochanterická, nechodící
8.	Žena: po operaci zlomeniny colli femoris, nechodící	Žena: po operaci zlomeniny colli femoris, chodící o berlích	Žena: po operaci zlomeniny femuru - subtrochanterická, nechodící
9.	Žena, po operaci zlomeniny femuru - subtrochanterická, nechodící	Žena, po operaci zlomeniny femuru - pertrochanterická, nechodící	
10.	Muž, po operaci kolene, chodící o berlích	X	X
11.	Muž, po operaci kolene, chodící s dopomocí (pod dohledem)	X	X

### 3.2.2 Struktura zaměstnanců druhého dne

Druhý popisovaný den je dnem pracovního volna (víkend) a proto jsou na oddělení pouze dvě sestry na dvanácti hodinovou směnu a já, jako sanitář. První sestře je 30 let, má vzdělání na vyšší odborné škole a praxi 8 let: Po celou tuto dobu pracuje na ortopedii. Druhé sestře je 43 let, má vystudovanou střední zdravotnickou školu a na Ortopedické klinice pracuje 25 let. Původně byla dětskou sestrou a pracovala na dětském oddělení. Následně začala pracovat na chronické ambulanci a před rokem přestoupila na lůžkové oddělení.

### **3.2.3 Výběr nejdůležitějších událostí druhého dne**

#### Situace č. 3:

Dnes bylo potřeba pacienta - muže přestěhovat z pokoje č. 6 na pokoj č. 2, protože byly z ambulance hlášené dva příjmy pacientek - žen. Jelikož na ženských pokojích již nebyla volná lůžka, požádala mě sestra, abych s ní pacienta přestěhovala. Tímto dojde k uvolnění pokoje, do kterého mohou být umístěny nově přijímané pacientky.

Společně jsme musely vystěhovat na chodbu postel z pokoje č. 2, abychom tam mohly přesunout postel s pacientem z pokoje č. 6. Postele jsou letité, kovové, pouze s mechanickým polohováním. Vzhledem ke hmotnosti postelí je s nimi nutné manipulovat ve dvojici.

Následně jsme na pokoj č. 2 přesunuly stolek s pacientovými věcmi a jídelní stolek. Nakonec jsme na pokoj č. 6 přestěhovaly čistou postel a stolek vystěhované z pokoje č. 2.

#### Situace č. 4:

Vždy o víkendu jsou koupani ležící pacienti a pacienti, kteří sami celkovou hygienu nemohou vykonat. Sanitáři společně se sestrami koupou každý víkendový den polovinu těchto pacientů na oddělení.

V tento sledovaný den jsme měly vykoupat pacientku na pokoji č. 8. Paní byla čtvrtý den po operaci zlomeniny proximálního femuru a byla ležící. Společně se sestrou jsme odvezly paní s postelí do koupelny, kde byla připravena vana (modré, pojízdné, gumové lehátko). Za asistence i druhé sestry, která držela operovanou nohu v tahu, jsme paní přesunuly. Poté si sestry odvezly postel před koupelnu, kde odstranily veškeré lůžkoviny, postel vydezinfikovaly a povlékly čistým povlečením.

Mezitím jsem paní osprchovala a namydčila žínkou. Pro udržení pacientčiny soběstačnosti jsem i jí dala do ruky žínku, aby si sama zkusila umýt obličej a hrudník. Poté jsem zavolala na sestry, aby mi podaly čisté prádlo, abych mohla paní osušit. Při mytí oblasti hýždí jsem zkontrolovala, jestli pacientka nemá dekubity. Sestře jsem nahlásila, že pacientka dekubity nemá.

Poté jsme společně paní přesunuly opět zpět na čisté lůžko. Držela jsem pacientku na boku a sestra zkontrolovala a převázala ránu. Potom jsme paní celou promazaly a při promazávání nohou jsme si všimly počínajícího zarudnutí na její patě. Sestra mě požádala, abych nohu zvedla, aby mohla patu ovázat vatou a poloelastickým obinadlem (tzv. „hnízdečko“, místo antidekubitárních „botiček“). Dále jsem na žádost sestry přinesla další polštář pro preventivní podložení paty. Sestra mezitím dokončila mazání pacientky a dooblékla ji. Přineseným polštářem jsme následně pacientce podložily nohy. Poté jsme paní odvezly společně zpět její pokoj.

Spolupráce při hygieně je důležitá, protože celá řada pacientů na tomto oddělení je ležících a nelze se přesouvat bez pomoci druhého člověka. Dále je důležité, aby sanitář při mytí kontroloval těla pacientů, zda například nemají dekubity. Tato poškození na těle pacienta musí sanitář nahlásit sestře, aby ta mohla zhodnotit, zda se jedná o porušení integrity kůže, či nikoliv a popřípadě instruovat mě jako sanitáře jak mám místo ošetřit či napolohovat. Kdyby požadované výkony sanitář nezvládnul sám, má mu s nimi sestra pomoci. Standardně sestry převazují a ošetřují dekubity samy. Jelikož ale sestry na oddělení vědí, kde studuji a jakou profesi chci jednou vykonávat, nechávají některé sestřské úkony, po řádné instruktáži, vykonat mě.

#### Situace č. 5:

Při odpolední výměně močových sáčků a vylévání močových lahví, jsem si všimla, že pacient, který měl být tento den propuštěn domů, stále čeká oblečený na pokoji. Pro pacienta měla být objednána sanitka na odvoz. Bylo mi to divné, proto jsem se pána zeptala: „Ona pro Vás ještě nepřišla sanitka?“ a pán mi odpověděl: „Já jsem zvyklý, že to trvá. To se mi už stalo. Už tu čekám od jedenácti.“. Odvětila jsem: „To jste se měl připomenout. Já to zjistím a řeknu Vám.“. Odešla jsem na sesternu a oznámila jsem sestřám, že pro pána na pokoji č. 10 ještě nepřišla sanitka. Sestra okamžitě zavolala na dispečink. Tam se zjistilo, že přestože byla sanitka objednaná, někdo na dispečinku zapomněl zadat požadavek do systému, a proto sanitka nepřišla.

Nakonec sanitka pro pacienta přijela v půl sedmé večer a já jsem byla upřímně trochu naštvaná, protože mě těsně před koncem směny čekal úklid pokoje a lůžka. Naštěstí mi

sestra, po předávání pacienta posádce sanitky, pomohla svléknout použité lůžkoviny a já měla o trochu méně práce.

### 3.2.4 Celkové shrnutí druhého dne

Tento den byl sice náročnější, vzhledem k množství koupaných pacientů, ale díky pomoci opravdu hodných sester na směně celý den utekl, jako voda. Večer jsem si ještě psala s jednou ze sester a ta mě pochválila, že jsem jí dnes opravdu pomohla se spoustou věcí. Já jsem jí na to odepsala, že se mi s ní také dobře sloužilo. Po takové zprávě se člověk do práce opravdu těší. Podle mého názoru je přátelský kolektiv základem jeho spolehlivého fungování.

## 3.3 Třetí den pozorování

### 3.3.1 Struktura pacientů třetího dne

Na oddělení bylo 19 pacientů. Během dne z oddělení odešlo 8 pacientů a další 4 byli přijati k hospitalizaci.

Tabulka č. 6 – den třetí

po- koj	LŮŽKO U DVEŘÍ	LŮŽKO UPROSTŘED	LŮŽKO U OKNA
1.	<i>zrušené lůžko (snížení kapacity oddělení)</i>	X	<i>zrušené lůžko (snížení kapacity oddělení)</i>
2.	Muž: zlomenina distálního femuru, dnes příjem, čeká na operaci	X	Muž: po operaci zlomeniny femuru - pertrochanterická
3.	Muž: po operaci ruptury Achillovy šlachy, zatím nechodící	X	Muž: po operaci otevřené zlomeniny (seknutí sekerou až do kosti), chodící o berlích, dnes bude propuštěn domů
4.	Žena: po operaci fraktury hlavice pažní kosti, chodící	X	Žena: po operaci fraktury hlavice pažní kosti a zároveň zlomeniny colli femoris, dnes přivezena z JIP

Tabulka č. 6 – den třetí (pokračování)

po- koj	LŮŽKO U DVEŘÍ	LŮŽKO UPROSTŘED	LŮŽKO U OKNA
5.	Žena: zlomenina pánve, chodící s dopomocí o berlích, dnes bude propuštěna domů	<i>zrušené lůžko (snížení kapacity oddělení)</i>	Žena: otevřená zlomenina holenní kosti, zevní fixátor a VAC systém, chodící s chodítkem (sama)
6.	Žena: po operaci zlomeniny femuru - subtrochanterická, nechodící, dnes přivezena z JIP	Žena: po operaci zlomeniny femuru - pertrochanterická, zítra překlád	Žena: po operaci zlomeniny ulny, chodící, dnes bude propuštěna domů
7.	Žena: po operaci zlomeniny radia, pohyblivá v lůžku, překlád	Žena: po operaci zlomeniny distálního femuru, nechodící	Žena: zlomenina colli femoris, nechodící, čeká na operaci
8.	Žena: zlomenina femuru - pertrochanterická, příjem v průběhu dne, čeká na operaci, po konziliu lékaře z interny operace odložena	Žena: po operaci zlomeniny proximálního femuru, nechodící, čeká na operaci	Žena: po operaci zlomeniny v oblasti kotníku, chodící s dopomocí, dnes propuštěna domů
			Žena (nová pacientka): zlomenina proximálního femuru, nechodící, čeká na operaci
9.	Žena: po operaci zlomeniny femuru - subtrochanterická, dnes překlád do rehabilitačního zařízení	Žena: po operaci zlomeniny femuru - pertrochanterická, pohyblivá v lůžku	Žena: po operaci zlomeniny radia, chodící s dopomocí, dnes propuštěna domů
			Žena (nová pacientka): vyndávání šroubů, večer propuštěna domů
10.		X	X
11.		X	X

### 3.3.2 Struktura zaměstnanců třetího dne

Třetí den byl dnem pracovním a na oddělení byly dvě sestry, staniční sestra a já, jako sanitář. První sestře je 30 let, má vzdělání na vyšší odborné škole a praxi má 8 let. Po celou dobu pracuje na Ortopedické klinice. Druhé sestře je 43 let a praxi má 25 let. Jelikož vždy pracovala jen zde na ortopedii, všichni na celé klinice ji znají.

### 3.3.3 Výběr nejdůležitějších události třetího dne

#### Situace č. 6:

Běžnou náplní dopolední práce sanitáře jsou rozdávání snídaní, doplňování materiálu a reakcí na výzvy pacientů. Dále pak převlékání a dezinfekce lůžek a stolků po odchozích pacientech. Tento den jsem kvůli velkému počtu odchodů pacientů domů vůbec nezvládala běžné dopolední činnosti. Nastala situace, kdy jsem měla rozestlané, nepřevlečené čtyři postele a přišla za mnou sestra a chtěla, abych s ní jela na příjem, pro nového pacienta. Tohoto je nutné po přivezení na oddělení podrobit v koupelně celkové hygieně.

Když druhá sestra viděla můj nešťastný výraz, šla mi pomoci. Odstrojila a vydezinfikovala všechna lůžka a stolky, abych poté mohla postele už jen převléci do čistých lůžkovin. Bez její pomoci bych se ten den asi opravdu „zbláznila“.

Dynamika celého oddělení, je většinou nestálá, nikdy nelze dopředu vědět, kolik příjmů a odchodů ten den bude, a proto se občas stává, že se práce na oddělení nahromadí.

#### Situace č. 7:

Odpoledne byla přijata na oddělení žena, která už na úrazové ambulanci naříkala bolestí. Společně se sestrou jsme ji přivezly na oddělení a já ji měla v koupelně osprchovat. Žena měla zlomeninu proximálního femuru a já musela její oblečení rozstříhat, samozřejmě se souhlasem pacientky.

Když jsem pacientku omývala, měla takové bolesti, že jsem ji nedokázala sama přetočit na bok, abych se podívala, jestli nemá dekubit v oblasti sacra. Proto jsem zavolala na pomoc sestry, které mezitím přivezly postel pro pacientku. Sdělila jsem jim, že se musíme na oblast hýždí podívat společně. Kvůli velké bolestivosti pacientky nebyl možný překlad bez pomůcky, proto jsme použily rolovací desku.

Během přesunu se pacientka otočila na bok a my jsme ji v této pozici nechaly, aby si ulevila od bolesti. V této pacientčině poloze objevila sestra v oblasti sacra obrovský dekubit, který nebyl zapsán v příjmové zprávě.

Dotazovaly jsme se pacientky, jak k dekubitu přišla a jak dlouho doma ležela, než pro ni přijela sanitka. Bohužel její odpovědi byly nejednoznačné, neúplné a vyhýbavé. Společně se sestrou jsme dekubit ošetřily a poté jej šla sestra nahlásit do dokumentace. Já jsem paní odvezla na pokoj a připravovala ji na operaci.

Občas se stává, že lidé s touto diagnózou, kteří žijí sami, se v místě pádu nacházejí několik dnů, kdy jsou bez příjmu jakýkoliv tekutin, potravy a bez možnosti vykonávat potřebu na toaletě.

#### Situace č. 8:

U stejné pacientky, popsané v situaci č. 7, jsem se na základě nedostatečné komunikace dopustila chyby. Paní se od svého nástupu hospitalizace měla chystat na operaci, tudíž musela lačnit a čekalo se na rozhodnutí lékaře internisty. Tento lékař přišel asi v 18:00 a paní vyšetřil. Po jeho odchodu jsem se domnívala, že stále platí informace o lačnění pacientky pro její brzký převoz na operační sál.

Těsně před koncem směny se mě jedna ze sester zeptala, jestli jsem paní už dala čaj, nebo něco jiného k pití. Zeptala jsem se, jestli může pacientka jíst a pít, když půjde na sál. Sestra mi odpověděla, že interní lékař dnes operaci nepovolil. Dále mi řekla, že se domnívala, že jsem tuto informaci již dostala od její kolegyně.

Vozík s večeřemi byl už odvezen a tak jsem šla paní alespoň pro čaj. Nabídla jsem, že jí přinesu rohlík s máslem a marmeládou. Ona s tím souhlasila. Také jsem se jí omluvila, že jsem na ni zapomněla s večeří. Naštěstí se vůbec nezlobila.

Za normálních okolností mi hned sestry oznamují, že dochází ke změně a pacientovi je operace odložena. Sestry mne v těchto situacích požádají, ať pacientům donesu něco k pití. Dnes ovšem kvůli nedostatečné komunikaci došlo k chybě.

Takováto chyba se mi stala podruhé. V obou případech to bylo za situace, kdy je na oddělení opravdu hodně práce a zmatek. Tento den byl jedním z takových a večer na konci směny jsme byly všechny rády, že skončil.



### 3.3.4 Celkové shrnutí třetího dne

Dnešní den byl náročný, kvůli opravdu obrovskému množství odchodů a příchodů pacientů, nicméně celý den jsme pracovaly všechny společně a dokázaly jsme ho ustát.

## 3.4 Čtvrtý den pozorování

### 3.4.1 Struktura pacientů čtvrtého dne

Na oddělení bylo 10 pacientů. Během dne z oddělení odešli 2 pacienti a 3 byli přijati.

Tabulka č. 7 – den čtvrtý

po- koj	LŮŽKO U DVEŘÍ	LŮŽKO UPROSTŘED	LŮŽKO U OKNA
1.	<i>zrušené lůžko (snížení kapacity oddělení)</i>	X	<i>zrušené lůžko (snížení kapacity oddělení)</i>
2.	Muž: zlomenina radia, chodící, dnes přijat	X	
3.		X	Muž: po operaci ruptury Achillovy šlachy, chodící o berlích, dnes bude propuštěn domů
4.	Muž: po operaci zlomeniny colli femoris, nechodící	X	Muž: po operaci otevřené zlomeniny bérce, VAC systém, pohyblivý v lůžku, dnes čeká na reoperaci
5.	Muž: po operaci ruptury Achillovy šlachy, zatím nechodící	<i>zrušené lůžko (snížení kapacity oddělení)</i>	Muž: otevřená zlomenina holenní kosti, nasazen zevní fixátor, nechodící, dobře pohyblivý v lůžku
6.	Žena: po operaci zlomeniny femuru - subtrochanterická, nechodící	Žena: po operaci zlomeniny colli femoris, nechodící	Žena: zlomenina femuru - pertrochanterická, nechodící, dnes přijata
7.		Žena: zlomeniny hlavice pažní kosti, nechodící, čeká na operaci	
8.	Žena: po operaci páteře, chodící s korzetem	Žena: zlomenina zápěstí, chodící, dnes přijata	
9.	Žena, po operaci zlomeniny colli femoris, dnes překlád do rehabilitačního zařízení		

Tabulka č. 7 – den čtvrtý (pokračování)

10.	Žena: po plánované operaci výměny kyčelního kloubu	X	X
11.		X	X

### 3.4.2 Struktura zaměstnanců čtvrtého dne

Čtvrtý den byl opět pracovní. Na oddělení byly dvě sestry, a já jako sanitář. Obě sestry jsou všeobecné sestry, které zahájily vzdělání na střední škole před školním rokem 2003/2004. První sestře je 41 let a její praxe činí 22 let. Druhé sestře je 39 let a její praxe činí 20 let. Obě sestry dlouhou dobu pracují na ortopedické klinice.

### 3.4.3 Výběr nejdůležitějších událostí čtvrtého dne

#### Situace č. 9:

Ráno jsem se na sesterně ptala, kdo tento den půjde na operaci. Sestra mi nahlásila pouze jedno jméno, a proto jsem jen této jedné pacientce nedala snídani. Zbytek pacientů snídal.

Bohužel až při sbírání táců po snídani jsem si uvědomila, že ještě jeden pacient, byl zmiňován také, že má být připraven na operaci. Šla jsem si tuto svou domněnku ověřit a opravdu nastala chyba. Pacient neměl jíst. Bála jsem se, že na mě lékaři budou naštvaní, jelikož pacient měl jít na operační sál hned jako první v 8 hodin.

Se staniční sestrou, jsme přemýšlely, kde se stala chyba. Já opravdu nevěděla, že tento pacient má jít ráno na sál, i když jsem se zeptala. Celý den se to se mnou vleklo. Když jsme vezly na sál jiného pacienta, sestra s anesteziologie rádoby vtipně nadnesla: „A tomuhle už jste doufám najíst nedaly.“ Byla jsem z toho celkem špatná, odpoledne jsem ještě potkala vrchní sestru, která se mne ptala, jak k celé situaci došlo. Naštěstí mě jedna ze sester, podržela a sdělila vrchní sestře, že pochybení bylo na obou stranách, jak sester, tak sanitáře. Že šlo o nedorozumění v komunikaci. Upřímně jsem byla ráda. Nakonec se ani lékaři nezlobili, přesunuli program a pán šel na sál až odpoledne. Akorát ještě pár týdnů mi bylo velmi zdůrazňováno, kdo nemá jíst.

Nakonec se přišlo na to, že noční směna zapomněla připsat na tabuli, že pacient nemá jíst a sestra, která mi ráno sdělovalo, kdo lační, se podle této tabule řídila.

Úsměvné bylo, když jsem zaslechla rozhovor pána se svojí rodinou. Zdůrazňoval jim, že je moje chyba, že půjde na sál až odpoledne. Že jsem mu neměla dávat snídani a dala jsem mu jí. Jeho slova zněla: „Kdyby mi ta holka nedala najíst, už jsem to mohl mít za sebou, kvůli ní musím být o hladu do odpoledne a čekat.“ Docela jsem se podivila, jelikož pán byl místem, časem a osobu orientovaný, proto mě překvapilo, že mě sám neupozornil na to, že má být dnes operován a snídani doslova „zhltní“. Věděl nejméně od tří lidí, že od půlnoci nesmí jíst a pít, protože ráno půjde na operaci.

#### Situace č. 10:

Staniční sestra mě požádala, jestli bych jí nešla podržet nohu pacienta, aby mohla převázat zevní fixátor. Převazy zevního fixátoru bývají komplikovanější než běžný převaz operační rány. Důležitá je hlavně dezinfekce a mechanická očista kolem vstupů. Celý převaz je celkově časově náročný a pacienti nohu sami dlouho neudrží zdviženou. Zpravidla se převaz právě kvůli tomu provádí ve dvojici, kdy jeden drží nohu a druhý převazuje.

Na oddělení Traumatologie, je spousta převazů, kde je potřeba pomoc druhé osoby. Většina úrazů se týká dolních končetin, které jsou často i v dlaze. Pod dlahou musí být vysoká bandáž, až do oblasti třísel. Jak u samotného převazu, tak při nasazování ortézy, je zapotřebí pomoc druhého člověka.

### **3.4.4 Celkové shrnutí čtvrtého dne**

Tento den byl celkem poklidný. Dny na traumatologii jsou opravdu nevyzpytatelné a často proměnlivé. Žádný klidný den většinou nevydrží dlouho. Dopoledne bylo sice poněkud hektické, ale nakonec se problém vyřešil a myslím si, že to bylo k dobrému. Od nynějška si budeme všichni dávat větší pozor, jestli jsme si správně sdělily informace, nejen co se týká lačnění pacientů.

### 3.5 Pátý den pozorování

#### 3.5.1 Struktura pacientů pátého dne

Pozorovaný den, byl státní svátek. Na oddělení bylo 18 pacientů, z toho 4 pacienti byli tento den přijati po úrazu.

Tabulka č. 8 – den pátý

po- kój	LŮŽKO U DVEŘÍ	LŮŽKO UPROSTŘED	LŮŽKO U OKNA
1.	<i>zrušené lůžko (snížení kapacity oddělení)</i>	X	<i>zrušené lůžko (snížení kapacity oddělení)</i>
2.	Žena: zlomenina colli femoris, příjem v 16:30, ležící, čeká na operaci	X	
3.		X	Muž: po operaci zlomeniny diafýzy humeru, chodící
4.	Muž: po operaci zlomeniny femuru – subtrochanterická, chodí o berlích	X	Muž: zlomenina acetabula – konzervativní terapie, chodící o berlích
5.	Žena: zlomenina humeru, pohyblivá v lůžku, čeká na operaci	<i>zrušené lůžko (snížení kapacity oddělení)</i>	Žena: zlomenina proximálního femuru, pohyblivá v lůžku, čeká na operaci
6.	Muž: po operaci zlomeniny colli femoris, ležící, zmatený	Muž: zlomenina colli femoris, příjem v 17:15, pohyblivý v lůžku, čeká na operaci	Muž: po operaci zlomeniny tibie, pohyblivý v lůžku
7.	Žena: po operaci zlomeniny proximálního femuru, pacientka je na JIP	Žena: zlomenina ramínek stydkých kostí, pohyblivá v lůžku	Žena: po operaci zlomeniny v kotníku, pacientka je na JIP
8.	Žena, po operaci zlomeniny v kotníku, pohyblivá v lůžku	Žena: zlomenina colli femoris, příjem v 13:30, pohyblivá v lůžku, čeká na operaci	Žena: zlomenina femuru – pertrochanterická, příjem v 14:45, ležící, čeká na operaci
9.	Muž: po operaci zlomeniny colli femoris, ležící	Muž: po operaci zlomeniny proximálního femuru, zmatený, pohyblivý v lůžku	Muž: zlomenina proximálního femuru, ležící, neoperován z důvodu resuscitace
10.		X	X
11.		X	X

### **3.5.2 Struktura zaměstnanců pátého dne**

Tento den byly na oddělení dvě sestry a já, jako sanitář. První sestra vystudovala bakalářský studijní program na Vysoké škole a má titul Bc. Je jí 28 let a má praxi 10 let. Pracovala na geronto - psychiatrii, kde pracovala s pacienty s Alzheimerovou chorobou. Druhá sestra vystudovala střední zdravotnickou školu, na které zahájila studium prvního ročníku před rokem 2003/2004. Je jí 47 let a má 28 let praxe ve zdravotnictví.

### **3.5.3 Výběr nejdůležitějších událostí pátého dne**

#### Situace č. 11:

Při odpoledním dolévání čajů pacientů jsem zjistila, že pacientovi na pokoji č. 4 protéká obvaz a má na posteli louži krve. Pacient mi zároveň řekl, že se mu motá hlava. Okamžitě jsem zavolala sestru a začala na ránu tlačit. Sestra přišla, ověřila situaci a odešla pro lékaře na lékařský pokoj. Lékař začal za naší asistence zastavovat krvácení a následně zjistil, že musí opravit některý ze stehů. Po opravě stehů lékař za asistence sestry ránu sterilně překryl a obvázal. Já jsem následně chodila každou hodinu obvaz kontrolovat, jestli neprotéká. Rána se již znovu nerozkrvácela.

#### Situace č. 12:

Při výměně močových sáčků v odpoledních hodinách, jsem si všimla u pacienta na pokoji č. 9, že má, jak v samotné hadičce, tak v sáčku krev. Upozornila jsem na tuto situaci sestru, která o tom uvědomila lékaře. Lékař naordinoval pro pacienta odběr moči pro zjištění, jestli se nejedná o uroinfekci.

#### Situace č. 13:

Lékař z interního oddělení, když přišel na konzilium k pacientovi na pokoji č. 6, chtěl vědět, jaký příjem tekutin tento den pacient měl. Sestra za mnou přišla s dotazem, zda si nevybavuji, kolik přibližně pacient za den vypil. Jednalo se o ležícího pacienta, který nebyl orientovaný v čase a prostoru. Z těchto důvodů jsem to byla já, kdo mu dával pravidelně napít. Věděla jsem tedy, že za den vypil cca půl čajové konvičky. Sdělila jsem tuto informaci sestře, která ji předala lékaři.

#### Situace č. 14:

Dopoledne přišel na oddělení lékař - vedoucí oddělení a s dotazem, jak je na tom pacient z pokoje č. 4. Ptal se sestry, jestli ho viděly rehabilitovat nebo chodit za pomoci francouzských holí. Sestry mu odpověděly, že včera ho viděly při nácviu chůze s berlemi, za asistence fyzioterapeutky. Jedna ze sester lékaře upozornila, že jsem s ním já šla do koupelny. Nato se mě sestra zeptala, jak pacient chůzi zvládal. Řekla jsem, že pacient pod mým dohledem došel o berlích úplně sám do koupelny a zpět a nečinilo mu to žádné potíže. Lékař přikývl a konstatoval, že v tomto případě bude uvažovat o pacientově propuštění do domácí péče následující den.

### **3.5.4 Celkové shrnutí pátého dne**

Tento den byl hodně náročný na příjem pacientů a pro sestry velmi náročný na plnění medikací. Jelikož se velký počet pacientů připravoval na operační zákrok a při interním konziliu lékař - internista naordinoval mnoho změn do dekurzů u jednotlivých pacientů. Dále jsme ten den řešily dušnost jedné pacientky a krvácení dalšího pacienta. Tento den jsem také prováděla spoustu celkových koupelí pacientů. Občas jsem při koupelích musela pracovat sama, protože sestry stěží stačily vozit pacienty na operační sál.

### **3.6 Diskuze**

Na téma spolupráce sestry a sanitáře nenajdeme mnoho článků, nebo odborné publikace. Této problematice se věnovaly ve svých bakalářských pracích Bc. Alexandra Szászová a Bc. Martina Raszková. Obě zkoumaly spolupráci sestry a sanitáře také za pomoci autoetnografie, ale odlišnými způsoby.

Bc. Alexandra Szászová zkoumala spolupráci z pohledu sebe jako sanitářky. Dospěla k závěru, že pokud jedna, nebo druhá strana udělá něco navíc, vytvoří se lepší atmosféra v týmu, kterou poté pocítují i pacienti. Důležitý je kolektiv, ve kterém jedinec pracuje. Například dobrý pracovní tým, je pro mnohé důležitější než vzdálenost dojíždění do zaměstnání. Chybovat je lidské a tým by měl být schopen podržet a podpořit všechny své členy. Vyzdvihuje roli staniční sestry, která by měla naslouchat svým spolupracovníkům.

Osobně mám k tomuto příklad z praxe:

Během školní souvislé praxe, jsem na oddělení JIP upozorovala a často i od pacientů slyšela, že část dne, na kterou se těší nejvíce, je moment, když jim někdo po ranní hygieně namaže záda kafrovou masťou. Mnoho pacientů, na to velmi pozitivně reagovalo.

Na oddělení kde pracuji, jsem zjistila, že máme v lednici francovkovou emulzi, kterou téměř nikdo nepoužívá. Začala jsem tedy odpoledne při polohování pacienty obcházet a záda jim mazat. Reakce byly opět pozitivní a já měla opravdu dobrý pocit, že jsem pacientům třeba jen na chvíli zpříjemnila den. Naše vedoucí - staniční sestra, si toho všimla, pochválila mě a požádala celý tým, zda by toto nemohli provádět při polohování každý den.

Od té doby se pravidelné mazání zad „ujalo“ a já z toho mám do teď dobrý pocit. Jsem motivovaná, musím přiznat, že i trochu hrdá a do zaměstnání chodím ráda, protože vím, že i můj vedoucí umí uznat nápad ostatních členů týmu a zařadit ho do chodu oddělení.

Tento příklad je ukázkovým důkazem dvou skutečností. Tou první je, že opravdu (tak jak nám bylo řečeno na přednáškách Teorie ošetrovatelství) je důležité poznávat a jít se občas podívat i na jiná oddělení. Člověk tam někdy může „okoukat“ něco nového, něco co se mu líbí, co je třeba i praktičtější, a co by chtěl zavést na svém pracovišti.

Druhá skutečností, kterou chci na tomto příkladu demonstrovat je, že přístup vedení je opravdu důležitý, prvkem fungování týmu. I když jsem profesně jen velmi málo zkušená a na oddělení jsem byla v té době nová, můj nadřízený mě vyslechl, uznal mé snažení a aplikoval ho. Toho si vážím a vím, že na takového vedoucího se mohu kdykoliv obrátit.

Bc. Martina Raszková studovala problematiku spolupráce sestry a sanitáře z pozice praktické sestry. Ve svém výzkumu poukazuje na dopady na zdraví pacientů i sanitářů, když polohují pacienty sami. Zdůrazňuje chybějící spolupráci na sledovaném oddělení a skutečnost, že se zde kvůli nedostatku spolupráce objevují chyby. Apeluje na zpracování více takovýchto výzkumů, protože sanitáři jsou často vnímáni jako podřadný personál.(6)

Na podobném závěru se shodli autoři článku „Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care“, kteří zdůrazňují aspekty, jako jsou vztahy, komunikaci, společný cíl, vzájemný respekt. Ty aspekty mají vliv na chybovost personálu. Jsou zároveň klíčové pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, stejně jako koordinace mezi sestrami a ostatními členy ošetrovatelského týmu.(3)

Mě samotné z celého pozorování vyplynulo, že sanitář hraje významnou roli. Často je to role mezičlánku, mezi pacientem a sestrou. A tato role není jednoduchá. Občas se stává, že sestra po sanitáři něco vzkáže pacientovi, který má ale další otázky. Sanitář se může dostat do nevhodné situace, kdy odpověď nezná nebo ji říci nesmí. Musí jít opět za sestrou, aby problém dořešila.

Občas je sanitář tím prvním, kdo si všimne náhlých změn u pacienta. Jak fyzických, tak ale i psychických. Například si všimne dekubitů, krvácející rány, nebo možné počínající uroinfekce (*viz situace č. 12*). Je to osoba, se kterou je pacient nejvíce v kontaktu. Jeho práce je namáhavá fyzicky, ale pokud se mu v daném týmu neparuje dobře, tak i psychicky. Často je na něj nahlíženo, jako na podřadného pracovníka. Kromě dalších i tyto skutečnosti mohou přispívat k syndromu vyhoření.

Jsem ráda, že pracuji na oddělení, kde spolupráce všech členů týmu je hlavním aspektem péče o pacienty. Staniční sestra dbá na to, aby si sestry a sanitáři navzájem pomáhaly a to i u běžných úkonů, jako je polohování, vydávání stravy, nebo přebalování. Nikdo není neomylný i na oddělení kde pracuji, se občas stane chyba v komunikaci, která má za následek například špatně podanou stravu. Nebo odcházím s horší náladou, protože byl daný den náročný, ale oceňuji a vážím si snahy všech sester a ostatních členů týmu, kteří spolu spolupracují a pomáhají si. Jak jsem uvedla výše, obě dvě tyto profese jsou velmi náročné, jak po stránce psychické, tak po stránce fyzické. To, že si jednotliví členové týmu vypomáhají, přispívá k lepšímu zvládnutí úkonů, ale i k lepší pracovní atmosféře. Ve výsledku, je tak poskytována lepší péče. Když sestra a sanitář spolupracují a vychází spolu, všimnou si toho i pacienti, kteří mají poté také lepší náladu.



## **Závěr**

Tématem této bakalářské práce byla spolupráce sestry a sanitáře při poskytování ošetrovatelské péče na standardním oddělení. Celý výzkum vyzdvihuje důležitost spolupráce sestry a sanitáře a jejich fungování, jako jednoho celku. Zároveň zdůrazňuje i důležitost role, kterou sanitář při poskytování péče hraje.

Práce je rozdělena na teoretickou část, kde se věnuji etnografii, autoetnografii, týmové spolupráci a nejčastějším diagnózám na traumatologickém oddělení ortopedické kliniky.

Praktická část pojednává o metodice výzkumu, informacích o oddělení, cílech výzkumu, ale i o osobě výzkumníka. Uvádím jaké zkušenosti mě, jakožto pozorovatele ovlivnily.

Třetí část se věnuje samotnému výzkumu. Je v ní popsáno pět dní s uvedením skladby pacientů a zaměstnanců, ale hlavně výběrem důležitých událostí, při kterých spolu sestra a sanitář spolupracují.

Z celého výzkumu vyplývá, že spolupráce sestry a sanitáře je důležitou součástí poskytování zdravotní péče. Nedostatek komunikace může mít vliv na chybovost a zhoršenou kvalitu poskytované péče. Výzkum zároveň popisuje roli sanitáře, jakožto jedince, který tráví nejvíce času u pacientů. Z toho důvodu může jako první postřehnout náhlé změny stavu pacienta, které musí sestře hlásit. Obě tyto složky ošetrovatelského týmu by měly fungovat jako jeden celek. Přináší to pozitiva jak pro pacienty, tak pro atmosféru na pracovišti.

## Seznam literatury

1. COFFEY, Amanda. *The Ethnographic Self*. Londýn: London Sage, 1999. ISBN 9780761952671.
2. DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.
3. HAVENS PHD, DONNA S., Jody H. GITTELL PHD a Wei - Ting LIN PHD. *Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care*. *Journal of Nursing Management* [online]. Blackwell Publishing, 2010.
4. KOLAJOVÁ, Lenka. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada, 2006. Poradce pro praxi. ISBN 80-247-1764-6.
5. OCHRANA, František. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019.s.35. ISBN 978-80-246-4200-0.
6. RASZKOVÁ, Martina. *Spolupráce praktické sestry a sanitáře při poskytování ošetrovatelské péče na oddělení dlouhodobé péče*. Praha 2018: Bakalářská práce 3. LF UK - Studijní program - Ošetrovatelství.
7. SZÁSZOVÁ, Alexandra. *Spolupráce všeobecné sestry a sanitářky během poskytování ošetrovatelské péče na standardním oddělení interního typu*. Praha 2019: Bakalářská práce 3. LF UK - Studijní program - Ošetrovatelství.
8. TOUŠEK, Laco, Gabriela FATKOVÁ, Lenka J. BUDILOVÁ, Gabriela FATKOVÁ, Lubomír LUPTÁK, Michal RŮŽIČKA a Jan ŠIMEK. *Kapitoly z kvalitativního výzkumu*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni - Fakulta filozofická - Katedra antropologie, 2015. ISBN 978-80-261-0471-1.
9. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměn. vyd., dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003.s.15. ISBN 80-7013-324-4.
10. *Vyhláška č. 55/2011 Sb.: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2011. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

11. Autoethnography. *International Journal of Qualitative Methods* [online]. SAGE Publications, 2006, 1.6.2006, (5), 146-160. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/160940690600500205>.
12. WALL, Sarah. Easier Said than Done: *Writing an Autoethnography*. *International Journal of Qualitative Methods* [online]. SAGE Publications, 2008, 1.3.2008, (7), 38-53. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/160940690800700103>.
13. WEISOVÁ, Drahomíra, Martin SALÁŠEK a Tomáš PAVELKA. *Zlomeniny horního konce stehenní kosti. Časopis lékařů českých. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně*, 2013, **152**(5), 219-225.
14. *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)*. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2004. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96/zneni-20190731>.
15. ŽVÁK, Ivo. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1347-0.