

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika život ohrožujících stavů v akutní
medicině**

bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Kelblová

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 3.5.2013

ABSTRAKT

Problematika život ohrožujících stavů v akutní medicíně

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry na pracovišti intenzivní medicíny v průběhu výkonu svého povolání zvládají a prožívají nejčastější krizové situace, které se v této oblasti vyskytují.

Teoretická část obsahuje obecnou charakteristiku oboru akutní péče, jeho základní členění na tři stupně, personální vybavenost lůžek, vzdělání a kompetence sester, které v tomto oboru pracují. Podrobněji jsou v teoretické části z ošetrovatelského pohledu popsány možné akutní život ohrožující stavy, které mohou vyústit až v náhlou zástavu oběhu. Popsány jsou zde i specifika kardiopulmonální resuscitace ve zdravotnickém zařízení a stres, který k tomuto oboru neodmyslitelně patří a je nedílnou součástí práce sestry v intenzivní péči.

Pro dosažení výše zmíněného cíle a podrobnější zmapování dané problematiky byly stanoveny celkem 4 dílčí cíle:

Zjistit míru připravenosti sester pracovat na těchto odděleních.

Zjistit, zda ovlivní specializační studium připravenost na krizové situace.

Zjistit, zda se mění postoj sester ke krizovým situacím po uplynutí určité doby praxe.

Zjistit prožívání a zvládání krizových situací u sester v tomto oboru.

Praktickou částí této bakalářské práce je zrealizovaný kvalitativní výzkum formou polostandardizovaných rozhovorů s osmi sestrami a následná obsahová analýza, která byla zpracována pomocí techniky otevřeného kódování. Stanoveno bylo 23 kategorií a u některých byly stanoveny ještě podkategorie. Pro lepší přehlednost u kategorií 2,3,7,9,10 a 19 byla data vložena do kategorizačních tabulek.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že polovina sester, které uvedly SZŠ jako jediné absolvované studium, ho zároveň hodnotí jako nedostačující v přípravě, pouze jedna ze sester, která v rozhovoru uvedla specializační vzdělání, se cítila připravená na jednotce intenzivní péče pracovat. Částečně připravena se cítila sestra, která absolvovala studium na vyšší odborné škole. Míru připravenosti lze hodnotit i dle toho, jaké pocity

sestry těsně po nástupu na oddělení intenzivní péče uvádějí. Pouze jedna sestra uvedla, že se cítila dobře, všechny ostatní udávaly negativní prožitky, jako jsou strach a stres, pojící se s různými situacemi. Výsledkem šetření tedy je, že sestry těsně po nástupu na oddělení intenzivní péče nejsou dostatečně teoreticky připraveny a způsobuje jim to jisté potíže ve smyslu negativních prožitků, jako je stres. Z této výzkumné otázky nám vzešla hypotéza č. 1: Po nástupu na oddělení intenzivní péče nejsou sestry dostatečně teoreticky připraveny.

Dále výzkumem bylo zjištěno, že specializační studium absolvovalo celkem 6 sester, jedna ho měla ukončeno již před nástupem na JIP a u jedné studium právě probíhá. Všechny sestry, které studium absolvovaly, ho hodnotí jako velice prospěšné pro svou další praxi a odpověděly, že se v současné době cítí připravené, pouze sestra, která nemá absolvované žádné studium v oboru intenzivní péče, se cítí být na krizové situaci v současné době nepřipravena. Z výzkumné otázky vzešla hypotéza č. 2: Specializační studium má pozitivní vliv na zvládání krizových situací sestrami.

Pro dosažení třetího cíle bylo porovnáváno zvládání a prožívání krizových situací na začátku praxe a v současné době. Naprosto totožně odpověděly v obou kategoriích tři sestry. Dvě neuvedly za krizové žádné stavy a pro jednu je boj o pacientův život ve své praxi stále zatěžující situací. U dvou sester došlo k výměně resuscitace za žádné krizové situace, konflikty na pracovišti uvedla jedna sestra a u zbylých dvou sester došlo pouze k nevýznamným změnám. Zajímavé však je, že pokud byly sestry přímo dotazovány, zda má délka praxe vliv na zvládání krizových situací, uvedly kromě jedné sestry všechny, že má vliv pozitivní. Z výzkumu tedy vyplývá, že délka praxe zásadním způsobem krizové situace u sester na JIP nemění, hodnocení sestrami je však odlišné, jak samy sestry uvádějí, délka praxe a určitá ritualizace v jednotlivých výkonech zvyšuje u sester pocit klidu a jistoty. To však nemusí vždy zvyšovat kvalitu poskytované péče.

Cíl čtvrtý pomohla zjistit výzkumná otázka: Jaké pocity mají sestry při řešení krizových situací? Nejčastěji uvedenou odpovědí je rozvaha a klid, racionální myšlení uvedly sestry dvě a rychlost v rozhodování tři, určitá forma stresu se objevila ve dvou případech. Zajímavé však je, že pokud byly sestry dotazovány na možné důvody

k odchodu z oddělení, objevila se velice často odpověď zaměřená na problémy v managementu, kolektivu a mezilidských vztazích, úplně spokojeny jsou v zaměstnání pouze dvě sestry. Jak bylo z odpovědí sester patrné, sebekontrola ve zvládnání krizových situací hraje velkou roli. Otázkou však je, zda se sestřím z ošetrovatelského procesu tak trochu nevytratil sám pacient.

Výsledky této bakalářské práce by mohly být inspirací pro manažery v ošetrovatelství.

Klíčová slova:

Krizové situace, stres, všeobecná sestra, vzdělání sester, život ohrožující stavy.

ABSTRACT

Issues relating to life-threatening conditions in emergency medicine

The purpose of the bachelor's thesis at hand was to determine how nurses working in Intensive Care Units, in the course of their professional practice, cope with and experience the most common emergency situations that occur in the said field.

The theoretical part provides general characteristics of the field of acute care, its basic division into three stages, staff/bed rate, and education and skills of the nurses working in this field. This part also contains descriptions, given in greater details from nurses' perspective, of possible acute life-threatening conditions, which may result in sudden cardiac arrest. Described are also specifics of cardiopulmonary resuscitation, carried out at a health care facility, and stress, which is inherent in and inseparable from nurses' job in intensive care.

In order to achieve the above-mentioned target and to observe the given issues in detail, four sub-goals were specified:

To determine the level of preparedness of nurses to work in such departments.

To determine whether specialized study program can influence preparedness for crisis situations.

To determine whether nurses change their attitudes to crisis situations after a period of practice.

To determine how nurses in this field experience and cope with crisis situations.

The practical part of the bachelor's thesis in question introduces a completed qualitative research based on semi-standardized interviews, which were held with eight nurses, and consequent content analysis, which was accomplished through open coding. There were determined 23 categories and other sub-categories. For better clarity, data in categories 2,3,7,9,10 and 19 were put into categorization tables.

The conclusion of the research is as follows: half of the nurses who claimed that secondary school of nursing had been their only completed study program

unanimously assessed the ability of such education to prepare for real-life conditions as inadequate. There was only one nurse who stated she had completed a specialized study program and she felt ready to work at ICU. Partially prepared was a nurse who had completed her studies at a higher vocational school. The level of preparedness can also be assessed from feelings described by nurses at the time soon after they started working at ICU. Only one nurse declared she had felt all right; the others described negative feelings such as anxiety and stress related to various situations. The survey's conclusion is that nurses are not sufficiently prepared on theoretical level soon after they start their work; and this causes them certain difficulties in terms of negative feelings including stress, for instance. Therefore the survey question led to hypothesis No. 1: Nurses are insufficiently prepared on theoretical level when they start their work.

The survey further discovered that the total number of nurses who had completed specialized study program was 6; one nurse had completed this program already before she started to work at ICU, and one nurse is currently participating in the program. All nurses who already finished the study program assess it as very helpful for their further practice and responded they feel prepared at present; only the nurse who has never completed any study program in the field of intensive care feels that she is not prepared for crisis situations at the moment. That is why the survey question led to hypothesis No. 2: Specialized study program has a positive impact on how nurses handle crisis situations.

To reach the third objective, the survey compared how nurses dealt with and experienced crisis situations at the start of their practice and at the time the survey was carried out. Three nurses had identical answers in both categories. Two did not indicate any situation as critical, and one still finds the fight for patient's life burdensome. Two nurses replaced 'resuscitation' with 'no crisis situation'; one nurse mentioned 'conflicts in the workplace', and two remaining nurses only described insignificant changes. The interesting point is that, when directly questioned whether the length of their practice has impact on how they handle crisis situations, all nurses but one responded that the impact is positive. The survey concludes that the length of practice does not essentially change nurses' perception of crisis situations at ICU; nurses' personal assessment is

different, though; as nurses said, the length of practice and a certain degree of ritualisation in individual acts increases the feelings of safety and peace in nurses. However, this might not have to improve the quality of the care provided.

Objective No. 4 was reached with the help of the following survey question: What feelings do nurses have when they handle crisis situations? Most frequent answer was staying balanced and composed, two nurses said rational thinking, and three nurses mentioned speed in decision-making process; a certain form of stress was observed in two cases. Interestingly, the nurses were asked what would be possible reasons for leaving the department. Very frequently, the answers touched issues related to general management, problems in the team and in interpersonal relationships; only two nurses were fully satisfied with their jobs. The nurses' answers made apparent that self-control while coping with crisis situations plays an important role. The question remains if the patient alone has not veered away from the health care process as provided by the nurses.

The results and conclusions of the bachelor's thesis at hand may very well serve as inspiration to managers in nursing.

Key words:

Crisis situations, stress, general nurse, education of nurses, life-threatening conditions.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 26.4.2013

.....

(jméno a příjmení)

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Andree Hudáčkové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a pomoc při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

Seznam použitých zkratk	11
Úvod	12
1 Současný stav	14
1.1 Akutní medicína	14
1.2 Personální vybavení lůžek v akutní péči	15
1.2.1 Vzdělání sester v akutní péči	16
1.2.2 Kompetence sester v akutní péči	17
1.2.3 Pacienti v akutní péči	18
1.3 Akutní život ohrožující stavy a náhlá zástava oběhu	19
1.3.1 Bolest na hrudi	20
1.3.3 Dušnost	22
1.3.4 Onemocnění kde je vedoucím příznakem dušnost	22
1.3.5 Onemocnění kde je vedoucím příznakem dušnost a bolest na hrudi	24
1.3.6 Další možné příčiny NZO	27
1.4 Klinické projevy a diagnostika NZO	29
1.5 KPR	30
1.5.1 Specifika kardiopulmonální resuscitace v nemocnici	30
1.6 Stres v profesi sestry v akutní péči	33
2 Cíle práce a výzkumné otázky	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3 Metodika	36
3.1 Metodika práce	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36
4 Výsledky výzkumu	37
4.1 Obsahová analýza rozhovorů	37
5 Diskuze	51
6 Závěr	56
7 Seznam literatury	58
8 Seznam příloh	63

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ABR	acidobazická rovnováha
AG	angiografie
AIM	akutní infarkt myokardu
ALT	alaninaminotransferáza
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
AST	aspartátaminotransferáza
Bc.	bakalář
CŽK	centrální žilní katétr
CVT	centrální venózní tlak
D	dech
Dis.	diplomovaný specialista
DDŽ	dolní dutá žíla
EKG	elektrokardiografie
GMT	gama-glutamyltransferáza
IM	infarkt myokardu
JIP	jednotka intenzivní péče
KPR	kardiopulmonální resuscitace
NZO	náhlá zástava oběhu
P	pulz
PE	plicní embolie
PIM	pracoviště intenzivní medicíny
PNO	pneumothorax
PTCA	perkutánní transluminální koronární angioplastika
PŽK	periferní žilní katétr
RTG	rentgen
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
UPV	umělá plicní ventilace

ÚVOD

Zvolené téma bakalářské práce „ Problematika život ohrožujících stavů v akutní medicíně“ jsem si vybrala z důvodu jeho aktuálnosti a k mému profesnímu zaměření, sestry specialistiky. Jde o téma i stále aktuální vzhledem k stále se zvyšující odbornosti a náročnosti, která je na sestry kladena. Sama jsem na tomto oddělení několik let působila a prožila zde řadu situací, které byly náročné jak pro pacienta, tak i pro mě samotnou. V průběhu mé praxe došlo v prožívání kritických stavů k řadě změn.

Intenzivní medicína je obor, který je určený nemocným s potencionálním, nebo už probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Nemocní jsou na těchto odděleních nepřetržitě sledováni, funkci jejich orgánů velice často kontroluje nebo zcela nahrazuje přístrojová technika. Sestra je součástí multidisciplinárního týmu, který musí pracovat v souladu s aktuálními potřebami pacientů.

Ošetrovatelská péče je i zde poskytována formou ošetrovatelského procesu, kdy sestra hodnotí individuální potřeby pacienta, stanovuje ošetrovatelské problémy, svou ošetrovatelskou činnost plánuje, následně zrealizuje a vyhodnocuje. Velká část pacientů na těchto jednotkách má ovlivněné vědomí a plně si své potřeby neuvědomuje, proto většinu potřeb sestra předvídá a plní je bez samotné spolupráce pacienta. Jedná se tedy o péči plně zástupnou, která je pro sestru jako jejího poskytovatele náročná.

Úroveň a postavení každého profesního oboru ovlivňují dva základní předpoklady, jeho obsah spojený s určitým stupněm pravomoci a úrovní přípravy pracovníků. V oboru akutní péče pracují v současné době sestry s různým typem vzdělání, sestry, které absolvovaly Střední zdravotnickou školu, vysokou školu, Diplomovaného specialistu v intenzivní péči nebo specializační vzdělání v anesteziologii a resuscitaci (dále jen ARIP) a s různou délkou praxe. Dnes a denně se dostávají do situací, které jsou pro sestru náročné a zatěžující.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit jak sestry prožívají krizové situace na oddělení intenzivní péče. Dílčím cílem bylo jak se jejich prožívání mění ve vztahu k délce praxe a jaký vliv má na zvládnutí krizové situace vzdělávání sester.

K naplnění cíle byl zvolen kvalitativní výzkum formou obsahové analýzy rozhovorů se sestrami pracujícími na oddělení jednotky intenzivní péče v nemocnici Jindřichův Hradec a.s.

Je předpoklad, že výsledky této práce, by mohly být uplatněny v praxi ošetrovatelským managementem.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Akutní medicína

Je multidisciplinární obor zabývající se diagnostikou, léčbou a kontinuálním sledováním nemocných s akutními život ohrožujícími stavy, u kterých je nutná podrobnější lékařská a ošetrovatelská péče. Intenzivní medicína je primárně zaměřena na terapii kardiovaskulárních a respiračních poruch. Dle Ševčíka (2006) „ jsou pracoviště intenzivní medicíny určena nemocným s potencionálním, nebo už probíhajícím selháním jednoho či více orgánů.“ (Ševčík, 2006, str. 2). Nemocní jsou na těchto odděleních nepřetržitě sledováni, funkci jejich orgánů velice často kontroluje nebo zcela nahrazuje přístrojová technika, se kterou musí umět speciálně vyškolený personál pracovat. Mezi nejčastější vybavení JIP patří např. defibrilátory, monitory (umožňují nepřetržité sledování hodnot činnosti srdce, plic, krevního a arteriálního tlaku) , ventilátory nahrazují z části nebo úplně funkci plic, dialýza nahrazuje funkci ledvin, dále různé druhy pump (infuzních, enterálních), dávkovačů, odsávaček, katétrů, drénů a jiných nezbytně nutných pomůcek (Kapounová, 2007). Požadavky na přesné vybavení jednotlivých pracovišť intenzivní péče jsou dány Vyhláškou č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče (Vyhláška č. 92/2012 Sb.). Pro nejefektivnější využití se pracoviště intenzivní medicíny dělí do třech skupin.

PIM III stupně by měla být ve velkých fakulturních a krajských nemocnicích, péče je zde komplexní, nepřetržitá, 24 hodin denně. Pracuje zde vysoce specializovaný personál. Na jednu sestru ve směně připadá jeden pacient, který se nachází velice často v kritickém stavu.

PIM II stupně by měla být v každé větší všeobecné nemocnici. Tyto pracoviště poskytují péči 24 hodin denně, v menším rozsahu než u PIM III, včetně UPV a jiných invazivních výkonů. Některé výkony se však zde neprovádí (sledování ICP, Hemodiafiltrace aj.), návaznost na specializované pracoviště např. radiologie, neurologie, fyzioterapie aj. je samozřejmostí.

PIM I stupně by měla být dostupná v každé malé nemocnici. Sestry zde provádí základní monitoring a UPV je zde poskytnuta pouze po dobu 24 hod, po té by měl být pacient přeložen na pracoviště odbornějšího charakteru (Ševčík, 2003).

Podle potřeb a zaměření jednotlivých nemocnic lze rozdělit pracoviště intenzivní péče i oborově na PIM interní medicíny: všeobecné- metabolické, gastroenterologické, hepatální, hematologické a hematoonkologické, renální a dialyzační, pneumologické a jednotky koronární, geriatrické, transplantační, onkologické, infekční aj. Jednotky chirurgické medicíny jsou kardiochirurgické, neurochirurgické, traumatologické, spinální aj. I když je oborové rozdělení jednotlivých pracovišť intenzivní péče smysluplné, tak v každé středně velké nemocnici je zcela nepostradatelné ARO. Patří mezi oddělení obecného typu, které se neváže na pacientovu diagnózu. Na tomto odd. jsou hospitalizováni pacienti v kritickém stavu, které pojí riziko selhání jednoho nebo více orgánů (Ševčík, 2003; Zadák, 2007). PIM by měly být umístěny vždy, co možná nejbliže akutnímu příjmu, operačním sálům, koronární jednotce, protože transport kriticky nemocného člověka je spojen s enormním rizikem. Lůžka PIM mohou být uspořádána do boxů po jedné až dvou postelích, nebo je možná kombinace více lůžek s boxem pro pacienty vyžadující izolaci od ostatních nemocných (Ševčík, 2003).

1.2 Personální vybavení lůžek v akutní péči

Pravidla pro personální vybavení lůžek v akutní intenzivní péči jsou dány vyhláškou: O požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb číslo 99/2012 Sb., platnou od 1.4. 2012. Tato vyhláška jasně udává počty lékařského i nelékařského odborného personálu na jedno lůžko dané ošetrovatelské stanice, dle jednotlivých stupňů (I, II, III). Úroveň vzdělání nelékařského zdravotnického personálu je dána procentuálně, např. v intenzivní péči prvního a druhého stupně musí mít nelékařský zdravotnický personál speciální vzdělání v resuscitační a intenzivní péči 25% z celkového počtu sester a u stupně třetího je to 50%. V oblasti PIM je důležitá spolupráce s dalšími členy týmu, který tvoří kromě sester a lékařů, nutriční terapeuti a rehabilitační pracovníci. U PIM s větším počtem

lůžek jsou součástí týmu i administrativní pracovnice a technik, starající se o technické vybavení daného pracoviště (Vyhláška č. 99/2012 Sb.; Zadák 2007).

1.2.1 Vzdělání sester v akutní péči

„Úroveň a postavení každého oboru ovlivňují dva základní předpoklady- jeho obsah spojený s určitým stupněm pravomoci a odpovědnosti a úroveň přípravy pracovníků oboru“ (Staňková, 2002, str.23).

Vstupem České republiky do Evropské unie bylo nutné vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků upravit v souladu s požadavky EU. Pracovníci ve zdravotnictví byli rozděleni na zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky. Byl zaveden nový systém specializací. V současné době se dělí vzdělání do třech úrovní. V primární úrovni stále zůstává devítileté základní vzdělání. Sekundární vzdělání se vztahuje na jakoukoliv střední školu ukončenou maturitou, dále pak Střední zdravotnickou školu, která se rokem 2007 změnila. Po absolvování tohoto čtyřletého oboru vzdělání, vychází pracovník jako zdravotnický asistent, který smí pracovat ve zdravotnickém zařízení pouze pod dohledem nebo vedením všeobecné sestry (Kohoutová, 2005; Kutnohorská,2010; Hladíková, Šmídová, 2012; Zákon č. 105/2011 Sb.).

Terciální úroveň představuje kvalifikační vzdělání na vysokých školách, to mohou absolvovat studenti po vystudování všech středních škol. Po ukončení studia získává absolvent titul „bakalář“(Bc). S přijetím návrhu nového zákona by od školního roku 2015/2016 odpadala možnost pregraduálního studia na vyšší odborné škole zdravotnické, která je druhou možností kvalifikačního vzdělání v současné době. Absolventi tohoto studia získávají titul „ diplomovaný specialista“(Dis). Způsobilost získaná podle dřívějších právních předpisů k výkonu povolání všeobecné sestry u absolventů VOŠ však zůstává stejná jako doposud, tzn., že sestry, které absolvovaly VOŠ nebo všeobecné sestry, které absolvovaly studium na střední zdravotnické škole si nebudou muset dodělávat vzdělání vysokoškolské (Kutnohorská,2010; Hladíková, Šmídová, 2012; Zákon č. 105/2011 Sb.).

Po ukončeném kvalifikačním vzdělání je sestra způsobilá k výkonu zdravotnického povolání, aby mohla pracovat samostatně bez odborného dohledu je nutná její registrace (Kapounová, 2010; Šmídová, 2011).

Další odborné vzdělání je možné získat absolvováním Specializačního vzdělání, které je akreditované ministerstvem zdravotnictví. Vzdělání je koncipováno modulovým způsobem. Jednotlivé moduly mají stejnou organizační strukturu- část teoretickou, praktickou a ověření znalostí. Tento způsob vzdělávání více vyhovuje požadavkům vzdělávání dospělých, nutí pracovat samostatně, odstraňuje mechanické učení a tím umožňuje delší uchování poznatků. Praktické studijní období probíhá na akreditovaných klinických pracovištích pod vedením školitele- mentora. Školitel by měl být odborníkem ve svém oboru a měl by projít přípravou na roli učitele, tak aby byl schopen studenty jednak vzdělávat, ale i hodnotit. Moduly se rozlišují na tři úrovně: základní, odborný a speciální. Obsah základního modulu je nazýván role sestry specialistky, je zaměřen na psychologii, sociologii, pedagogiku, výzkum, management apod. Odborné moduly jsou povinné v souladu se zvoleným oborem daného studia. Speciální moduly jsou úzce zaměřeny na problematiku a sestry si je volí dle vlastního zaměření a potřeb pracoviště. (Kapounová, 2010; Pokojová, 2006). V současné době je dle nařízení vlády 31/2010 Sb. odborný specialista v akutní péči nazýván termínem : Sestra pro intenzivní péči (Nařízení vlády č.31/2010 Sb.)

Obor akutní medicíny se neustále vyvíjí spolu s rozvojem vědy a techniky, na sestru klade stále více nároků, její práce se pojí s riziky, souvisejícími nejen s poskytováním ošetrovatelské péče pacientovi, ale i pro sestru jako jejího poskytovatele, proto je základním předpokladem dobrého výkonu zdravotnického povolání - celoživotní vzdělání (Kapounová, 2007).

1.2.2 Kompetence sester v akutní péči

Dle Plevové „ musí každý člen určité profese mít jasnou představu o svých povinnostech a kompetencích druhých (Plevová, 2011, str.81). Kompetence sester jsou dány Vyhláškou 55/2011 Sb. Sestra v intenzivní péči poskytuje specializovanou ošetrovatelskou péči nejen pacientům, kteří jsou ohroženi selháním životních funkcí nebo jejich vitální funkce selhaly, ale i pacientům v těžkém psychickém stavu

vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků. Jde tedy o péči, která se zabývá intenzivním sledováním nemocných v těžkých a kritických stavech. I zde je tato péče poskytována formou ošetřovatelského procesu, kdy sestra hodnotí individuální potřeby pacienta, stanovuje ošetřovatelské problémy, svou ošetřovatelskou činnost plánuje, následně zrealizuje a vyhodnocuje. Jedním z největších specifík v oblasti akutní péče je skutečnost, že velká část pacientů na těchto jednotkách má ovlivněné vědomí a plně si neuvědomuje své potřeby. Většinu potřeb tak sestra intuitivně předvídá a plní je často bez samotné spolupráce pacienta. Jedná se tedy o péči plně zástupnou, která je však časově omezená a poskytována pouze po kritickou a nezbytně nutnou dobu. K nejčastějším potřebám pacienta v akutní péči patří dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost, psychická pohoda a vyrovnanost (Šamánková, 2011; Kapounová, 2007; Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Během ošetřovatelského procesu sestra zajišťuje odběry biologického materiálu, zajišťuje průchodnost dýchacích cest, tím, že pravidelně odsává sekret, který se zde tvoří, hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány, ošetřuje stomie, vhodně pečuje o centrální i periferní žilní vstupy, ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem provádí dechová cvičení, polohování, postupnou vertikalizaci a nácvik sebeobsluhy. K pacientovi přistupuje holisticky, proto není ani zde opomíjena sociální a psychická stránka pacientových potřeb. Na základě odborné kvalifikace je sestra pracující bez odborného dohledu kompetentní provádět následující intervence nebo u nich asistovat lékaři, který je indikuje: aplikovat léky, zajistit kyslíkovou terapii, odebírat biologický materiál k vyšetřením a orientačně i zhodnotit, zda jsou výsledky fyziologické, pečovat o rány a drény, provádět katetrizaci močového měchýře u žen, včetně výplachů, provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, u pacientů při vědomí zavádět nasogastrickou sondu, aplikovat výživu a to i do stomií k výživě určeným. Aplikovat intravenózně krevní deriváty a podávat transfúzi je sestra kompetentní pouze za odborného dohledu lékaře (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

1.2.3 Pacienti v akutní péči

Skladba pacientů v intenzivní péči je velice široká, charakteristickým znakem je nestabilita jejich zdravotního stavu, komplikované požadavky a potřeby v terapii

a pozorná a intenzivní ošetrovatelská péče. Nejčastější onemocnění a poranění v akutní péči jsou: kardiovaskulární onemocnění (např. akutní infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris, srdeční selhání, koronární syndrom), onemocnění dýchacích cest (např. respirační selhání, plicní embolie, astma bronchiale), traumatická poranění (např. polytrauma), gastrointestinální onemocnění, onemocnění ledvin (např. akutní nebo chronické selhání), různé šokové stavy (např. způsobené hypovolemií, sepsí, alergií), intoxikace aj. (Kol.autorů, 2008).

1.3 Akutní život ohrožující stavy a náhlá zástava oběhu

Jsou stavy, které bezprostředně ohrožují pacienta na životě , mohou vyústit v zástavu oběhu (NZO) a skončit až smrtí pacienta. Dle příčiny vzniku bychom je mohli rozdělit , stejně jako oborové jednotky intenzivní péče např. na chirurgické, které zahrnují polytraumata, šokové stavy spojené s krvácením, hypovolémií, sepsí a interní zahrnující závažná onemocnění Gitu, jater, srdce, ledvin, akutní stavy v endokrinologii, hematologii, onkologii a nezanedbatelné množství dalších velice vážných stavů, které se objevují ve všech oborech medicíny (Franěk 2011; Zadák, 2007).

Franěk definuje náhlou zástavu oběhu jako „situaci, při které došlo z jakéhokoliv důvodu k náhlému přerušení cirkulace krve v systémovém krevním oběhu“(Franěk, 2011,str.2).

Na příčiny NZO lze pohlížet z mnoha stránek, nejčastěji se používá dělení na primárně kardiální a hypoxické. Zástava primárně kardiální je způsobena porušenou funkcí myokardu, vede k tkáňové hypoxii nejcitlivějších orgánů (mozek, ledviny apod.) Naopak zástava hypoxická má jinou příčinu než kardiální (obstrukce dýchacích cest, akutní intoxikace apod.). Franěk považuje „ za reverzibilní zástavy ty, kdy na jejich počátku stojí: hypoxie, hypotermie, hypovolémie, hypo- nebo hyperkalemie a další metabolické příčiny, dále pak tenzní pneumotorax, tamponádu srdeční, AIM, embolii a toxické účinky“ (Franěk, 2011, str.4).

1.3.1 Bolest na hrudi

Jakákoli bolest v oblasti hrudníku, která má různý charakter, intenzitu a lokalizaci, velice často i propagaci do okolí, je označována jako bolest na hrudi. Podle příčiny lze dle Piřhi (2003) „bolesti na hrudi rozdělit na kardiální, plicní, páteřní-svalové-nervové a bolesti přenesené z dalších orgánů a struktur“ (Piřha et al., 2003, str.50). Mezi nejčastější kardiální příčiny patří: akutní ischemická choroba srdeční-akutní IM, nestabilní angina pectoris. Plicní příčiny bolestí na hrudníku jsou: plicní embolie, pneumotorax, pneumonie, pleuritida apod., Mezi páteřní- svalové a nervové bolesti je možné řadit: bolesti při onemocnění páteře (Morbus Bechtěrev) a bolesti při onemocnění nervů (herpes zoster). Poslední skupinu tvoří bolesti z dalších orgánů a struktur. Nejčastější příčinou těchto bolestí jsou: cholecystolithiáza, cholecystitida, záněty a tumory pankreatu, hiátová hernie a ruptura jícnu nebo žaludečního vředu. Příčiny bezprostředně ohrožující člověka na životě jsou IM, disekující aneurysma aorty a hemodynamicky významná embolie (Piřha et al., 2003).

1.3.2 Onemocnění kde je vedoucím příznakem bolest na hrudi

Infarkt myokardu

Je jedním z nejzávažnějších stavů, které se v odborné literatuře popisují. Příčinou vzniku je uzávěr nebo výrazné zúžení v povodí levé nebo pravé věnčité tepny, následkem je ischemické ložiskové odumření části srdečního svalu. Velikost následné nekrózy srdeční svaloviny je různá podle místa a velikosti uzavřené věnčité tepny, závisí na době trvání uzávěru a fyzické zátěži prováděné v době probíhajícího IM (čím větší zátěž, tím větší nekróza). Vedoucím příznakem je ischemická bolest na hrudi nazývaná jako stenokardie. Trvá déle jak 20min, je pacienty popisovaná jako krutá, svíravá, s velmi častou propagací do levé horní končetiny, může imitovat náhlou příhodu břišní, žádná poloha nepřináší úlevu a nereaguje na podání nitroglycerinu. Tato bolest je velice negativně prožívána, proto jí doprovází úzkost a strach. Pacient je velice často schvácený, opoceny, bledý, může mít nauzeu, zvracet, dochází k poruchám rytmu a destabilizaci oběhu, která je doprovázená dušností, následně může dojít až k synkopě a déle trvající poruše vědomí. Nejsou výjimkou ani případy pacientů, u kterých

proběhne AIM zcela bezpříznakově nebo se onemocnění projeví až ztrátou vědomí a NZO (cca u 10% pacientů) (Pitřha, 2003; Šafránková, Nejedlá, 2006; Ševčík, 2006). V diagnostice stále nemá zastoupení dvanáctisvodové EKG. Dle změny v Q kmitu můžeme rozdělit AIM na Q infarkt- transmurnální, postihující celou tloušťku srdeční svaloviny a infarkt non Q- netransmurnální, postihující pouze část svaloviny. V biochemickém souboru dochází k elevaci kardiospecifických enzymů – troponin I a T, kreatinkináza (Ck) a její kardiospecifický izoenzym (CK-MB), asparát aminotransferáza (AST), laktátdehydrogenáza (LD) a myoglobin, který se uvolňuje z poškozené svaloviny, dalším pomocným vyšetřením je echokardiografie. Přednemocniční péče má za cíl co nejrychlejší diagnostiku a transport na specializované pracoviště. Celková doba od počátku příznaků po předání pacienta by neměla překročit 1 hod (tzv. „golden hour“ – zlatá hodina), což je ideální čas pro provedení invazivního vyšetření PTCA a evtl. provedení mini invazivního (rotační ablace, zavedení stentu) nebo operačního zákroku (bypass), výkony mají za cíl obnovu oběhu v postižené části cévy. Samotný výkon se dále kombinuje s další medikamentózní léčbou. Během akutní fáze se podávají: beta- blokátory, nitrožilní nitráty, Ace- inhibitory, antiarytmika – arytmie patří k nejčastějším komplikacím AIM, dále nízkomolekulární hepariny a kyselina acetylsalicylová (Šafránková, Nejedlá, 2006; Ševčík, 2003).

Ošetrovatelská péče u pacienta s AIM

Nemocný je ve velmi vážném stavu a vyžaduje intenzivní sledování sestrou, je uložen na lůžko, kde sestra dvacet čtyři hodin denně sleduje jeho vědomí a fyziologické funkce pomocí monitoringu. Mezi standardní řadíme EKG, TK, P, D, podává kyslíkovou terapii a kontinuálně sleduje hodnoty saturace pomocí pulzního oxymetru, několikrát za den měří TT, hodnotí barvu kůže, pocení, bilanci tekutin verbální i nonverbální projevy nemocného. Nemocný má velice často zavedený centrální katétr, který udržuje trvale průchodný, pravidelně ho ošetřuje, provádí dle ordinace lékaře farmakoterapii. Sestra vše pečlivě zaznamenává do dokumentace a jakékoliv odchylky je povinná hlásit lékaři. V pravidelných intervalech dle ordinace lékaře provádí krevní vyšetření a zajistí potřebnou ošetrovatelskou péči, kterou v akutní

fázi onemocnění přebírá za pacienta zcela. Po zlepšení stavu převezme sebeděči opět pacient a postupně se zapojuje do ošetrovatelských aktivit (Šafránková, Nejedlá, 2006).

1.3.3 Dušnost

Můžeme zařadit stejně jako bolest na hrudi mezi příznaky svědčící pro velice závažné, někdy až život ohrožující onemocnění. Piťha (2003) definuje dušnost, jako „subjektivní pocit nedostatku dechu, nutící pacienta k hyperventilaci“ (Piťha et al., 2003, str. 61). Příznak lze hodnotit subjektivně pacientem a zároveň ho může objektivně pozorovat i sestra, vede k zastavení činnosti a často tento nepříjemný pocit přehluší i bolest (Novotná, Uhrová, Jirásková, 2010; Piťha et al., 2003). Velemínský (2005) dělí dušnost na inspirační, expirační a smíšenou (Velemínský, 2005, str.77). Dle závažnosti a příčiny lze dušnost dělit do třech skupin. Skupinu, která pacienta bezprostředně ohrožuje na životě tvoří plicní embolie a jednostranné srdeční selhání. Onemocnění, ohrožující pacienta v nejbližších hodinách jsou: astma bronchiale, obstrukční choroba bronchopulmonální, rozsáhlá pneumonie s omezením dýchací plochy a poslední, poměrně častou příčinou neohrožující život jsou psychosomatické obtíže (Piťha et al., 2003; Velemínský, 2005) .

1.3.4 Onemocnění kde je vedoucím příznakem dušnost

Embolie plicní, tromboembolická nemoc

Příčinou PE je obstrukce plicních tepen a kapilár způsobená nejčastěji krevní sraženinou, následkem je porucha hemodynamiky a ventilace. Jde o relativně časté kardiovaskulární onemocnění s vysokou mortalitou, kdy nejvíce pacientů umírá v prvních hodinách nemoci. Z hlediska žilního tromboembolismu jsou za velice rizikovou populaci považováni kriticky nemocní pacienti na jednotkách intenzivní péče. V odborné literatuře je popsána řada rizikových faktorů, zahrnují věk, předchozí výskyt žilního tromboembolismu, aktivní nádorové nebo jiné imobilizující onemocnění, např. srdeční nebo respirační selhání, vrozenou či získanou poruchu krevní srážlivosti, hormonální substituční léčbu a perorální antikoncepci.. Klinické příznaky jsou dané velikostí embolu. Čím větší embolus je, tím horší a progresivnější průběh onemocnění

má. U masivní PE dle Bělohlávka (2012) „obtíže začínají náhle vzniklou dušností a krátkodobou ztrátou vědomí“ (Bělohlávek, 2012, str.481). Dalšími příznaky masivní embolie jsou: cyanóza, hemoptýza, zvýšená náplň krčních žil, bolest v oblasti hrudníku, kardiogenní šok. Při takovémto průběhu je pacient bezprostředně ohrožen na životě a až dvě třetiny pacientů umírá do dvou hodin od začátku potíží. Z různých zdrojů je patrné, že mortalita pacientů s PE s nutností resuscitace přesahuje 60 %. Mezi další druhy PE je možné zařadit submasivní embolii, při které dochází k uzávěru plicních tepen střední velikosti a klinický obraz není tak dramatický jako u embolie masivní. U embolie sukcesivní probíhá mikroembolizace zcela bezpříznakově a klinicky se onemocnění projeví až s odstupem času pravostranným srdečním selháním. Během diagnostického procesu je nutné vyloučit onemocnění mající velmi podobné klinické příznaky- AIM, akutní astma bronchiale, chronické i dekompenzované cor pulmonale, PNO, rozsáhlou pneumonii atd. ...Standardním vyšetřením u masivní embolie je kromě pomocných vyšetření (Astrup, D-dimer, kardi specifické enzymy, EKG, RTG hrudníku, plicní scintigrafie, plicní AG), urgentní echokardiografie. U masivní embolie je považováno toto vyšetření za základ. Dle Bělohlávka (2012) „by měla být na urgentních příjmech a interním JIP dostupná 24 hodin denně /7 dní v týdnu“ (Bělohlávek, 2012, str.481). Terapie masivní PE spočívá v podání antikoagulační léčby intravenózním heparinem, která by měla být podána co nejdříve. Další možností léčby je podání systémové trombolýzy- alteplázy, jedná se o nejefektivnější léčbu, která je však ekonomicky velmi náročná. V některých případech připadá do úvahy také implantace dočasného kaválního filtru do DDŽ (pacientovi se zavedou jemné drátky „ptačí hnízdo“). Do další podpůrné léčby je možno zahrnout farmakologickou podporu oběhu , volumoterapii a parenterální výživu, oxygenoterapii s UPV, která však není pravidlem (Bělohlávek, 2012; Ševčík, 2003; Šafránková, Nejedlá, 2006).

Ošetřovatelská péče u pacienta s PE

Pacient s tímto akutním stavem je uložen na JIP nebo ARO do Fowlerovy polohy, je napojen na monitorovací zařízení a dle stavu jsou mu zajištěny základní životní funkce (dýchání- UPV, podání kyslíku nosními brýlemi nebo nosohltanovým katétrem. Vitální funkce jsou sledovány nepřetržitě a bedlivě zaznamenávány sestrou do

dokumentace. Velkou pozornost věnuje projevům krvácení, které se může objevit jako komplikace léčby, např. hematurie, epistaxe, hemoptýza, krvácení z dásní aj., o všech těchto stavech ihned informuje lékaře. Dle stavu, závažnosti a nutnosti léčby má pacient zajištěn žilní vstup CŽK nebo PŽK, sestra vhodně o vstupy pečuje a aplikuje jimi léky dle ordinace lékaře. Zajistí pravidelné odběry krve na potřebná vyšetření. Bilance tekutin je v tomto stavu samozřejmá stejně tak jako uspokojení základních potřeb nemocného, které často za pacienta sestra přebírá zcela (hygienu, stravu, vyprazdňování, polohování). S úpravou zdravotního stavu se pacient postupně do ošetrovatelských činností opět postupně zapojuje (Šafránková, Nejedlá, 2006).

1.3.5 Onemocnění kde je vedoucím příznakem dušnost a bolest na hrudi

Pneumothorax

Pro pneumothorax je typická náhle vzniklá bolest a dušnost stejně jako u AIM, má však zcela jiný charakter a průběh. V intenzivní medicíně vzniká jako komplikace po kanylaci podklíčkové žíly, je nazýván jako iatrogenní PNO, vzácně se vyskytuje pneumotorax tenzní (Piřha 2003; Ševčík, 2006). Ševčík(2006) definuje PNO jako, „ přítomnost volného plynu (nejčastěji atmosférického vzduchu) mezi pleurálními listy“ (Ševčík, 2003, str.43). S průnikem vzduchu dojde ke zrušení fyziologického podtlaku v pohrudniční dutině a následkem je kolaps plicí. Příмым důsledkem je stav, který pacienta bezprostředně ohrožuje na životě. Příčinou může být poranění hrudní stěny, např. úlohem zlomeného žebra- PNO traumatický. PNO může vzniknout i zcela bez úrazu- prasknutím plicní buly při chronickém plicním onemocnění- PNO spontánní. Další dělení PNO je: zavřený, otevřený, tenzní (ventilový, přetlakový). Rozpoznání etiologie PNO je důležité pro poskytnutí správné léčby. U zavřeného PNO dojde k jednorázovému vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny. Vyvolávajícím mechanismem může být spontánní příčina, trauma, způsobené nástrojem iatrogenně lékařem, kdy vzniklý kanál se následně uzavře. Tento druh PNO je pro pacienta nejpříznivější, plicí většinou kolabuje pouze částečně a pacientovi nepůsobí větší potíže. Pokud však vnikne do pohrudniční dutiny atmosférického vzduchu větší množství dochází k rozvoji PNO tenzního. V místě, kde došlo k poranění hrudníku se

vytvoří záklopka z měkkých tkání, ta umožní proudění vzduchu pouze do pohrudniční dutiny při nádechu, nikoliv však ven. V pleurální dutině se zvyšuje tlak nahromaděným vzduchem, dochází k útlaku mediastina, hrudních orgánů a cév na zdravou stranu (Ševčík, 2003; Valenta et al., 2007). Ševčík (2003) hodnotí ventilový PNO jako „kritický stav vedoucí k dechové tísní a kardiopulmonálnímu selhání, který má při opožděné nebo nedostatečné léčbě jednoznačně fatální prognózu“ (Ševčík, 2006, str.46). U otevřeného PNO zůstává komunikace mezi pleurální dutinou a zevním prostředím zcela otevřená, plíce na postižené straně je zcela zkolabovaná, vlivem proudění vzduchu dochází k tzv. vlání mediastina, které je pro tento typ PNO typické, výsledkem jsou hemodynamické změny, vedoucí k oběhové nestabilitě, současně je pacient ohrožen sekundární infekcí a rozvojem pleurálního empyemu. V klinickém obraze u pacientů s PNO je možné vidět dušnost, zrychlení srdeční a dechové frekvence, náhlý, suchý a dráždivý kašel, u rozsáhlejších PNO se může vyskytovat i cyanóza a poruchy vědomí. Subjektivně pacient pociťuje bolest, která má jednostranný charakter, výraznou intenzitu pacienti popisují v sedu a ve stoje, v leže bolest ustává až mizí. Tento velice vážný zdravotní stav doprovází stejně tak, jako u AIM úzkost a strach ze smrti. Pokud to stav pacienta dovoluje, diagnózu po klinickém vyšetření potvrzuje RTG vyšetření plic a stanovení krevních plynů z arteriální nebo kapilární krve (Piřha et al., 2003; Ševčík, 2006). Pro terapii je důležité, co nejrychleji stanovit dg, samotná léčba spočívá v odsátí volného vzduchu, který je přítomen v pohrudniční dutině buď jednorázově při punkci (u spontánních PNO) nebo zavedením hrudního drénu, který zajistí aktivní nebo pasivní sání. Drén se zavádí do pátého nebo šestého mezižebří ve střední axilární čáře. V současné době je na trhu mnoho jednorázových drenážních systémů, umožňujících jak aktivní, tak pasivní sání, výhodou je také, že balení obsahuje stojan na sací komory, závěsné háčky a všechny hadice v dostatečně dlouhé metráži. Plnění roztokem a jejich obsluha je velice jednoduchá, vodní zámek má vysokou kvalitu a velmi oblíbené jsou i pro svůj úzký tvar a pohodlné zavěšení na lůžko nemocného. Dle výrobce se dají použít po dobu 5 – 7 dní (Kapounová, 2007; Ševčík, 2003).

Ošetrovatelská péče u pacienta s PNO

Pacient je uložen v lůžku do Fowlerovy polohy, intermitentně je pacientovi podáván zvlhčený kyslík, základní životní funkce sleduje sestra na monitoru (TK, P, D-frekvenci, kvalitu, saturaci kyslíku), dále sleduje kašel, výskyt dušnosti a cyanózy, bilanci tekutin, dle ordinace lékaře provádí odběry na ABR, pečuje o dýchací cesty, společně s fyzioterapeutem provádí dechovou rehabilitaci, správně aplikuje léky, včetně inhalačních přípravků, pečuje o žilní vstupy, a zabezpečí hygienickou péči. Zvláštní péči sestra věnuje hrudním drénům, které musí být dostatečně fixovány ke kůži stehem a náplastí, nesmí být zalomené nebo stlačené tělem pacienta, neustále průchodné, spojení celého drenážního systému musí dokonale těsnit a zároveň být zabezpečené proti náhodnému rozpojení, drenážní systém musí být vždy umístěn pod úroveň hrudníku, z důvodu opětovnému návratu tekutiny do pohrudniční dutiny. Standardně se hrudní drén převazuje jedenkrát denně přísně asepticky a dle potřeby. Kontrolovat je nutné i optimální hladinu sterilního roztoku. Pokud se drenážní systém mění je nutné samotný drén zajistit proti vniknutí vzduchu do drénu dvěma peáňmi. Do dokumentace je nutné zaznamenávat množství a vzhled sekretu. Ošetrovatelská péče by měla být natolik pečlivá, abychom neohrozili pacienta zbytečnými komplikacemi, jako je povytažení drénu s následným rozvojem podkožního emfyzému, zalomení drénu s rozvojem tenzního PNO, rozpojení drénu při manipulaci s pacientem a vytvoření nového PNO. Při výskytu nežádoucí události by sestra měla vždy neprodleně informovat ošetřujícího lékaře. Hrudní drén extrahuje lékař, pokud je postižená plíce zcela rozvinutá a drén odvádí méně jak 100ml tekutiny za 24 hod. Den předem se drén uzavírá peánem a těsně před samotným vytažením se provede kontrolní RTG vyš.plic, je-li snímek v pořádku, drén se může vyndat, odstraňuje se rychle při výdechu pacienta, aby nedošlo k opětovnému vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny. Otvor po drénu se uzavře stehem, sterilně překryje mulem a zalepí (Šafránková, Nejedlá, 2006; Kapounová, 2007).

1.3.6 Další možné příčiny NZO

Život ohrožující krvácení

Krvácení se podle zdroje dělí na kapilární, žilní a tepenné. Velice často se vyskytuje ve smíšené podobě. Krvácení dále můžeme rozdělit na zevní a vnitřní. Vnitřní krvácení se může vyskytovat kdekoliv v organismu, může být do tělesných dutin a prostorů, např. do hrudníku - hemothorax, do břišní dutiny- hemoperitoneum, nebo do trávicího ústrojí. Často vyskytující se masivní krvácení v oblasti akutní péče je krvácení do GITU. Krvácení do horní části trávicího ústrojí až po duodenojejunální flexuru se většinou vyprazdňuje zvracením jako hematéméza. V akutní péči je nejčastější příčinou zvracení jasně červené krve- krvácení z jícnu. V žaludku a duodenu se může vyskytnou krvácení jednak jako primární záležitost gastroduodenálního onemocnění (např. gastroduodenální vřed) nebo pak sekundárně jako vřed stresový v souvislosti s multiorgánovým poškozením. Nevyzvrácená a následně natrávená krev se vyprazdňuje ve formě černé, dehtovité stolice, která má charakteristický nasládlý zápach a nazývá se meléna. Melénou se projeví nejčastěji krvácení z tenkého střeva. Krvácení z dolních částí trávicí trubice- tračníku a z rekta se projeví odchodem čerstvé na povrchu stolice, ta se nazývá enterorhagie. U kriticky nemocných pacientů hospitalizovaných na JIP a ARO se lze v průběhu jejich hospitalizace velice často setkat s problematikou život ohrožujícího krvácení, které má však zcela odlišný mechanismus vzniku. Příčinou tohoto stavu může být celá řada faktorů: acidóza, uremie, těžké poškození jater nebo samotná léčba primárního onemocnění např. u PE, jak bylo uvedeno výše. Další možnou příčinou vzniku krvácení v akutní péči je akutní porucha srážlivosti, která může vzniknout v důsledku diseminované intravaskulární koagulace např. při septickém šoku a po těžkých polytraumatech. V cévách se vyčerpají srážlivé faktory (fibrinogen a trombocyty) tvorbou mikrotrombů a v jiných místech- operačních ranách, kolem vpichů, kanyl apod. dochází nezastavitelnému krvácení. Patofyziologická odpověď organismu záleží na množství a rychlosti krevní ztráty. Při rychlé ztrátě krve dojde k poklesu obíhajícího objemu krve s urychlením pulsu a poklesem TK, bez změny v krevním obraze v prvních hodinách, naopak je tomu při pomalé ztrátě většího množství krve, kdy se objem cirkulující krve stačí doplnit kompenzačními mechanismy

organismu, přesunem tekutiny z intersticia do cév, u pacienta nedochází k poklesu TK, ale objeví se až následná anémie. Další klinické projevy krvácení vlivem centralizace oběhu jsou pocení, chladné akrální části těla závratě až kolaps. Krevní ztráty 500 ml a více vedou k šokovému stavu (Kasal, 2012; Kapounová, 2007; Valenta, 2007; Ševčík, 2003). Zástava krvácení se řadí mezi život zachraňující opatření, proto je nezbytná včasná diagnostika a terapie. U všech druhů krvácení bez rozdílu jeho příčiny se provádí klinické fyzikální vyšetření, odebrání anamnézy a potřebné krevní odběry: KO- se zaměřením na koncentraci hemoglobinu, erytrocytů, leukocytů, trombocytů a hematokritu, vyšetření hemokoagulace- aPTT, Quick, INR, fibrinogen, D- dimer, podle klinických příznaků se ještě odebírá krev na vyšetření biochemické ke zjištění funkce ledvin- urea, kreatinin, natrium, kalium, chloridy, funkce jater- ALT, AST, GMT, bilirubin a glykémie. Všechna vyšetření se provádí s označením Statim. Pomýšlí se i na následné podání krevních derivátů, proto je nutné odebrat krev na stanovení krevní skupiny a objednání potřebného množství krevních konzerv. Pacient je uložen na JIP, zajištěn žilními vstupy s širokým průsvitem, u pacientů v šoku CŽK- umožňuje monitoraci CVT a rychlé doplnění oběhu náhradními roztoky(krystaloidy, koloidy, krev.deriváty. Dle Ševčíka (2003) je „ cílem diagnostiky a terapie resuscitace oběhu, rychlá lokalizace zdroje krvácení a zástava krvácení“ (Ševčík, 2003, str.131). Pokud jde o krvácení z horní části GITU je metodou první volby jeho endoskopické ošetření, provádí se však až po stabilizaci krevního oběhu a po zajištění vitálních funkcí pacienta. Ke kontrole krvácení je vhodné zavést nasogastrickou sondu a provádět opakované výplachy žaludku chladným fyziologickým roztokem nebo vodou, při krvácení z jícnových varixů se zavádí sonda speciálně určená pro tento akutní stav- Sengstakenova- Blakemorova sonda, která slouží kromě kontroly obsahu žaludku ještě ke kompresi krvácejících jícnových varixů. Pokud se nepodaří krvácení zastavit je indikována léčba chirurgická (Ševčík, 2003; Eliášová, 2010; Valenta, 2007, Nejedlá, 2010).

Ošetrovatelská péče u pacienta s krvácením

Pacient je uložen na ARO nebo JIP interní nebo chirurgické do Fowlerovy polohy, má zajištěny životně důležité funkce. Sestra zajistí pacienta dvěma žilními

vstupy, pokud je nemá nebo asistuje při zavedení CŽK, hodnoty vitálních funkcí intenzivně sleduje a pečlivě zaznamenává. Pacientovi je podáván kyslík nebo má zajištěné dýchací cesty endotracheální kanylou a je napojený na UPV. Pečlivě sleduje bilanci tekutin, pravidelně zajišťuje krevní odběry a plní ordinace lékaře. Zvláštní péči věnuje NGS, v pravidelných intervalech provádí výplachy žaludku ledovým fyziologickým roztokem do doby než je odsávaná tekutina bez přítomnosti krevních koagul a má čirou barvu (Ševčík, 2003; Kapounová, 2010). Zvláštní zastoupení v terapii má dvoubalonková Sengstakenova- Blakemorova sonda. Před vlastním zavedením je nutné pečlivě zkontrolovat celistvost obou balónků, po zavedení se první plní balónek žaludeční- cca 90- 250ml vzduchu, poté následuje naplnění druhého balónku pod mírným tlakem cca 100 ml vzduchu, ten může být dle ordinace lékaře po 4-8 hodinách vždy na 5 minut vypuštěn. Tlak v kompresivním balónku se po jedné hodině kontroluje, pohybovat by se měl v rozmezí 20-40 mm Hg. Sonda se fixuje k čelu pacienta. Po zavedení nemůže pacient polykat, proto je nutné obsah nad balónkem v pravidelných intervalech odsávat. Po jedné hodině se pravidelně odsává také obsah žaludku. V bezprostřední blízkosti pacientova lůžka musí být umístěny nůžky, pro případ, že by došlo k dušení pacienta z důvodu vniknutí žaludečního balónku do jícnu, v tomto případě se sonda ihned přestřihává a vytahuje. Při extrahování sondy nesmí být nikdy vypuštěn první žaludeční balónek, došlo by k poškození jícnu a dušení pacienta. Jako první lékař vypustí balónek v jícnu a po 8- 24 hodinách pak balónek v žaludku. Jakékoli nově vzniklé krvácení je sestra povinna ihned hlásit ošetřujícímu lékaři (Ševčík, 2003; Kapounová, 2007).

1.4 Klinické projevy a diagnostika NZO

Dle Fraňka (2011) je „v klinickém obraze NZO typický výskyt třech příznaků současně: trvající ztráta vědomí (které může předcházet krátká epizoda křečí), terminální dechová aktivita přecházející během desítek sekund až několika minut v bezdeší a žádná další spontánní aktivita“ (Fraňek, 2011, str.5). Pro sestru je nutné všechny tři příznaky umět správně a včas diagnostikovat. Vědomí sestra kontroluje oslovením pacienta a jeho reakcí na bolestivý podnět, pokud pacient dýchá je slyšet

a cítit vydechovaný vzduch, kontrola krevního oběhu hmatáním tepu je postup, který je u zdravotníků přijatelný pouze s krajní opatrností a neměl by trvat déle jak 10 sekund a pro laiky je vyloučen zcela (Eliášová, Voldřich, 2010; Truhlář, Kasal, Černý, 2011; Franěk, 2011).

Důvodem je dle Fraňka (2011) „ to, že zachránci ve stresu mohou (a také často považují) svůj vlastní puls za puls oběti“(Franěk, 2011, str.5).

1.5 KPR

Kardiopulmonální resuscitace je dle Kapounové (2007) „ soubor výkonů, které slouží k neprodlenému obnovení průtoku okysličené krve mozkiem u osoby postižené selháním jedné či více základních vitálních funkcí“(Kapounová, 2007, str. 29). Nejaktuálnější doporučené postupy byly zveřejněny Evropskou radou pro resuscitaci v říjnu 2010, dostupné jsou na internetových stránkách České resuscitační rady (Kapounová, 2007; Truhlář, Kasal, Černý, 2011; Škvrňáková, 2011).

1.5.1 Specifika kardiopulmonální resuscitace v nemocnici

Samotná KPR se v nemocnici striktně nerozděluje na základní a rozšířenou, jak je obvyklé, protože oba dva druhy se vzájemně překrývají. Na lůžkách akutní péče lze většinou rozšířenou resuscitaci zahájit v plném rozsahu ihned. Po zjištění NZO je prioritou čísla jedna ochrana vlastního zdraví, tzn. použití ochranných pomůcek personálu – rukavice, ústenka, brýle a v některých případech i celotělové zástěry. Pacient se ukládá do polohy na zádech, následuje zprůchodnění dýchacích cest. Nejčastější příčinou poruchy průchodnosti dýchacích cest je dle Fraňka (2011) „obstrukce kořenem jazyka“ (Franěk, 2011, str.7). V bezvědomí se snižuje napětí svalstva, dojde k poklesu dolní čelisti a ucpání dýchacích cest jazykem, ten se nikdy nesnažíme násilně vytahovat. Nejjednodušším způsobem uvolnění dýchacích cest je záklon hlavy a zvednutí brady, zdravotníci by měli provést předsunutí dolní čelisti, trojitý manévr není již v současné době používán. Pokud pacient nedýchá, vyžaduje stav okamžité zahájení resuscitace. Pokud není přítomen personál , který je schopný neodkladnou resuscitaci provádět, je nutná okamžitá aktivace postupu, který zajistí

pacientovi potřebnou, odpovídající péči – přivolání lékaře, zajištění resuscitačního vozíku, defibrilátoru a monitoru. V některých nemocnicích slouží pro tyto případy resuscitační tří až čtyřčlenný tým, přivolat ho je možné většinou vnitřní nemocniční linkou. Srdeční masáž je dle nových guidelines nejdůležitějším a nejzákladnějším postupem resuscitace. Pokud je matrace v lůžku vybavena ventilem je nutno jí před zahájením masáže vypustit. Hrudník se stlačuje frekvencí 10 kompresí za minutu, do hloubky alespoň 5 cm na dolní polovině hrudní kosti, obě ruce zachránce jsou propnuté v loktech. Srdeční masáž se přerušuje pouze z důvodu únavy zachránce po 2 min. Nové guidelines také doporučují používání pomůcek, které zajišťují kontrolu, zda je srdeční masáž prováděna kvalitně a správně. Ventilace se provádí z počátku kteroukoli pomůckou, např. samorozpínacím vakem s obličejovou maskou- „ambuvak“ s rezervoárem na kyslík nebo resuscitační maskou. Vlastní KPR se provádí střídáním kompresí a umělých vdechů v poměru 30: 2. Každý vdech trvá přibližně jednu vteřinu, tracheální intubace není v tuto chvíli prioritou pokud lze zajistit dostatečné množství kyslíku jiným způsobem, pro zdravotníky s méně zkušenostmi je vhodnou pomůckou laryngeální maska nebo laryngeální tubus. U zaintubovaných pacientů je výhodou provádění srdeční masáže bez přerušení, kdy ventilaci zajišťuje ventilátor frekvencí 10 vdechů za min (Truhlář, Kasal, Černý 2011; Franěk, 2011; Truhlář, 2012; Málek a kol, 2011). Monitorování EKG je nedílnou součástí resuscitace, jeho cílem je dle Fraňka (2011) „potvrzení zástavy a současně zjištění charakteru aktuálního srdečního rytmu a především to, zda jde o rytmus defibrilovatelný, nebo nedefibrilovatelný“ (Franěk, 2011, str.9). Mezi defibrilovatelné rytmy se řadí: komorová fibrilace a komorové tachykardie bez hmatného pulzu. V současnosti se z bezpečnostního hlediska a rychlosti použitelnosti doporučuje používání samolepících defibrilačních elektrod. První elektroda se umístí vpravo pod klíční kost a druhá v místě EKG elektrody V6 (páté mezižebří vlevo), srdeční masáž se přeruší na 5 vteřin až po nabití defibrilátoru na požadovanou energii(doporučuje se 200-360 J.) Po provedeném výboji se opět 2 min provádí srdeční masáž, až po té se hodnotí srdeční aktivita nemocného. Prekordiální úder během resuscitace nemá opodstatnění, pokud není proveden během velmi krátké

chvíle (několik sekund) od vzniku arytmií (Truhlář, Kasal, Černý 2011; Franěk, 2011; Truhlář, 2012; Málek a kol, 2011).

Nejdůležitějším lékem při resuscitaci je kyslík podávaný v co největší možné koncentraci, jeho saturaci by měla sestra hodnotit v průběhu resuscitace. Pacient by měl být během resuscitace zajištěn žilním vstupem, který umožňuje aplikaci farmakoterapie. Adrenalin je indikován až po třetí neúspěšné defibrilaci, Amiodaron se podává pouze při fibrilaci komor, Podání Atropinu, bikabornátu a aplikace léků intratracheálně se v současné době nedoporučuje. Z čehož vyplývá, že farmakoterapie v průběhu resuscitace má menší význam než se předpokládalo dříve. Po obnovení a stabilizaci krevního oběhu je vhodné provést neodkladný transport pacienta na specializované pracoviště, které nemocnému zajistí potřebnou odbornou poresuscitační péči (Truhlář, Kasal, Černý 2011; Franěk, 2011; Truhlář, 2012; Málek a kol, 2011).

Dle Hetcové „ včasné a správné zahájení KPR zvyšuje přežití o 50-70 % a každá minuta bez KPR snižuje prognózu na přežití o 1015 %“ (Hetcová, 2010, str. 70). Z toho plyne , že znalost KPR by měla být pro zdravotníka samozřejmostí. Dle Truhláře, by měli být vyškoleni všichni zaměstnanci zdravotnického zařízení alespoň v základní neodkladné resuscitaci, která zahrnuje rozpoznání srdeční zástavy, přivolání pomoci, nepřímou srdeční masáž, umělé dýchání s jednoduchými pomůckami (resuscitační maska nebo ruční dýchací přístroj) a použití automatického ručního defibrilátoru (AED). Při výuce by měl být kladen důraz na týmovou spolupráci a správnou komunikaci mezi jednotlivými členy týmu. (Truhlář, 2012). Nelékařský zdravotnický personál by měl být proškolen jedenkrát ročně, ale z výzkumu Škvrňákové vyplývá, že sestry v ambulantní sféře nejsou proškoleny téměř vůbec, sestry v trojsměnném provozu nepravidelně a samy sestry uvádějí nedostatečnost v samotném praktickém nácviku KPR. V závěru svého výzkumu autorka uvádí: „ z výsledků výzkumu vyplývá, že je nadále co zlepšovat jak na kvalitě znalostí sester, tak na kvalitě probíhajících kurzů“ (Škvrňáková, 2011, str. 58).

1.6 Stres v profesi sestry v akutní péči

Stres je nedílnou součástí práce sestry, zvláště akutní péče klade na její psychiku velice vysoké nároky. Sestra musí umět kriticky a systémově myslet, rychle se rozhodovat, spolupracovat s týmem, k pacientům přistupovat holisticky a s respektem, klinicky pacienta hodnotit, vhodně a většinou i rychle ošetrovatelskou péči plánovat, správně realizaci plánu vyhodnotit, účinně pacienta edukovat a odborně být na velmi vysoké úrovni. Aby byla své povinnosti schopna zvládat je nutností její psychická pohoda, protože přemíra stresu a neschopnost stres zvládat pak následně vede k poruchám v oblasti zdraví. Za nejvýznamnější osobnost v oblasti stresu je považován Hans Selye, všiml si, že organismus reaguje na určitý podnět, tuto reakci pojmenoval jako syndrom všeobecné adaptace. Slovo stres pochází z angličtiny (stress) a znamená zátěž. V literatuře existuje celá škála definic stresu (Ondriová, Sinaiová, 2011; Haluzíková, Římovská, 2010).

Stres můžeme rozdělit na dva druhy. Prvním je stres radostný, příjemný, na člověka působí příznivě a dodává mu energii tzv. eustres. Příkladem eustresu je chuť překážku překonat a tím si přinést radost. Opakem eustresu je distres, působí škodlivě a vede k přetížení člověka, v dané situaci převyšuje jeho možnosti. U obou druhů může dojít k zhroucení nebo rezignaci (Haluzíková, Římovská, 2010).

Faktory, které v negativním smyslu stres vyvolávají se nazývají stresory, jedná se o situace, kdy je člověk v určitém tlaku. Dle výzkumu M. Bohutínské patří mezi nejčastější stresory v práci sestry v lůžkovém sektoru: péče o těžce nemocné a umírající pacienty (67,8%), na druhém místě sestry uvedly stres spojený se situacemi, které se týkají poskytované péče o pacienty (57,1%), psychickou náročnost svého povolání (53,5%), dále pak : pocit odpovědnosti za své zdraví, množství práce, platové ohodnocení, fyzickou náročnost, časovou tíseň, promítání do soukromého života. V teorii stresu se mluví nejen o stresorech, ale i o salutorech, ty člověka v zátěžových situacích posilují, dávají mu sílu a odvalu k dalšímu boji. Příkladem salutoru je pochvala, uznání a smysluplnost dané činnosti (Bohutínská, 2005; Plevová et al., 2011).

Projevy stresu bychom mohli rozdělit do třech skupin. Na prvním místě jsou to behaviorální příznaky. Mezi ně řadíme nerozhodnost, změnu denního rytmu, neustálé

stěžování si, nechutenství, nebo naopak přejídání, ztráta chuti do práce a tím se zhoršující její kvalita. Mezi somatické projevy patří zlepšení zrakového vnímání z důvodu rozšíření zornic, zvýšené pocení, které reguluje celkové zvýšení teploty organismu, zrychluje se činnost srdce, která se projeví zrychlením pulzu, stoupá i krevní tlak, dochází ke zrychlenému dýchání, objevuje se sucho v ústech, zpomaluje se peristaltika střev, zvyšuje se svalový tonus a hladina cukru v krvi. Mezi psychické projevy stresu patří zvýšená podrážděnost, nadměrný pocit únavy, úzkost, hněv, verbální a motorické projevy jako je pláč, nadměrná výřečnost, smích - bývají prvními znaky projevujícího se stresu. Napjatá a podrážděná sestra není schopna přijatelně reagovat na požadavky a potřeby pacientů. S poklesem pracovního elánu klesá motivace, snižuje se schopnost rozhodování, řešit problémy a kriticky uvažovat. To vše je pro práci sestry v akutní péči nezbytně nutné a nepostradatelné, proto je nutné zátěž a stres umět dobře zvládat (Simonová, 2010; Šusterová, 2009; Venglářová et al., 2011).

Zvládání stresu – coping - je proces, při kterém se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi. Na jejich zvládání se podílí dvě zásadní věci. Jednak jsou to zdroje osobnostní (zdraví, energie, přesvědčení o svých schopnostech, vzory pro zvládání určité zátěže), druhým faktorem je pomoc a podpora okolí (možnost požádat o radu, vyslechnutí) (Leinwatherová, 2010; Venglářová et al., 2011).

Neexistuje žádná strategie (návod), jak se stresu zbavit, která by fungovala u všech stejně, proto také neexistuje na jeho odstranění žádná stoprocentní metoda. Každý musí sám u sebe zjistit, jaká cesta je pro něj nejvhodnější. Mezi nejzákladnější prostředky upevňující zdraví patří zdravý spánek 6-8 hodin denně, odpočinek pasivní i aktivní a mezi největší zotavovatele patří i příroda. Do aktivního odpočinku můžeme zařadit fyzický pohyb a sport. Správné dýchání je jednou z technik jak stres a zátěž zvládnout hlavně tím, že do organismu dodáme kyslík. Nedílnou součástí je i zdravá výživa v optimálním množství a skladbě potravin (Šusterová, 2009; Venglářová et al., 2011).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem bakalářské práce „ Problematika život ohrožujících stavů v akutní medicíně“ bylo zmapovat, jak sestry na pracovišti intenzivní medicíny v průběhu výkonu svého povolání zvládají a prožívají nejčastější krizové situace, které se v této oblasti vyskytují.

2.1 Cíle práce

Pro podrobnější zjištění byly stanoveny celkem 4 dílčí cíle:

Zjistit míru připravenosti sester na těchto odděleních pracovat.

Zjistit, zda specializační studium ovlivní připravenost na krizové situace.

Zjistit, zda se po uplynutí určité doby praxe mění postoj sester ke krizovým situacím.

Zjistit prožívání a zvládání krizových situací u sester v tomto oboru.

2.2 Výzkumné otázky

Pro splnění cíle byly stanoveny celkem 4 výzkumné otázky:

Jak jsou sestry po ukončeném studiu připraveny pracovat na těchto odděleních?

Jaký má význam další specializační vzdělání pro sestry na těchto odděleních?

Jakým způsobem se mění postoj sester po uplynutí určité doby praxe?

Jaké pocity mají sestry při řešení krizových situací?

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

Pro výzkum této bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu formou polostandardizovaných rozhovorů, které byly prováděny vždy s ústním souhlasem respondentek, mimo zdravotnické zařízení a pouze za účelem zpracování bakalářské práce „Problematika život ohrožujících stavů v akutní medicíně“. S nahrávkou celého rozhovoru na diktafon souhlasila pouze jedna sestra. Jeden rozhovor byl nahrán na diktafon jen z části, protože sestra v průběhu rozhovoru zjistila, že je jí tento způsob zaznamenávání nepříjemný a nesouhlasí s ním, všechny ostatní rozhovory byly zaznamenány pouze písemnou formou. U všech osmi rozhovorů byl autorkou proveden doslovný přepis a následná obsahová analýza, která byla zpracována pomocí techniky otevřeného kódování. Stanoveno bylo 23 kategorií a u některých byly stanoveny ještě podkategorie. Pro lepší přehlednost u kategorií 2,3,7,9,10 a 19 byla data vložena do kategorizačních tabulek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro co nejobjektivnější výsledky byly vybrány sestry z jednoho zařízení a z jedné konkrétní ošetrovatelské jednotky. Rozhovory byly provedeny s osmi sestrami, které v současné době pracují na jednotce intenzivní péče pro chirurgické obory v nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Vzhledem k malému výzkumnému vzorku byl proveden záměrný výběr výzkumného souboru. Sestry s různým vzděláním a délkou praxe.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Obsahová analýza rozhovorů

KATEGORIE ČÍSLO 1: Oddělení

V první kategorii je uvedeno oddělení, na kterém jednotlivé sestry pracují. Vzhledem k záměrnému výběru uvedly všechny dotazované sestry Jednotku intenzivní péče operačních oborů v Jindřichově Hradci a.s. polovina sester pracoviště pouze rozdílně formulovala (sestry č. 2, č. 7, č. 8 uvedly chirurgii JIP, sestra č. 6 uvedla JIP chirurgických oborů).

KATEGORIE ČÍSLO 2: Věk sester

Sestra č. 5 uvedla věk 28 let, sestra č. 7 - 30 let, sestra č. 3 - 31 let, sestra č. 1 - 32 let, sestra č. 8 - 34 let, sestra č. 2 - 38 let, sestra č. 6 - 47 let a poslední sestra č. 4 uvedla věk 53 let.

Tabulka 1: Věk sester pracujících na jednotce intenzivní

Věk	četnost	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
21- 30	2					X		X	
31- 40	4	X	X	X					X
41- 50	1						X		
51- 60	1				X				
celkem	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

KATEGORIE ČÍSLO 3: Délka praxe na jednotce intenzivní péče

Nejdéle zde pracuje sestra č. 6, na oddělení intenzivní péče nastoupila v roce 1994 a uvedla tedy celkem 19 let. Sestra č. 2 nastoupila na oddělení v roce 1995 a pracuje zde 12 let. Praxi osmiletou uvedla sestra č. 1. Šest let je na oddělení sestra č. 8. Shodně dlouhou dobu praxe - 5 let - uvedly dvě sestry, sestra č. 4 a sestra č. 3. Sestra č. 5 má praxi v intenzivní péči 3 roky a s nejkratší praxí je sestra č. 7, která uvedla roky 2.

Tabulka 2: **Délka praxe v letech na oddělení intenzivní péče**

Praxe v letech	četnost	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
1-5	4			X	X	X		X	
6-10	2	X							X
11-15	1		X						
16-20	1						X		
celkem	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

KATEGORIE ČÍSLO 4: Náročné situace v intenzivní péči.

Byly zjišťovány otázkou „Myslíte si, že jsou ve vaší profesi situace, které jsou nějakým způsobem náročné? Pokud ano, jaké? Tato kategorie byla rozdělena do 5. PODKATEGORIÍ

Kromě jedné sestry - sestra č. 5, která ve svém rozhovoru uvedla, že pro ni určitě PODKATEGORIE Č. 1 - **žádné** nejsou, protože pracovala před nástupem na dané oddělení 2 roky na ARU v Praze- uvedly všechny sestry, že v oblasti intenzivní péče se náročné situace vyskytují. Sestra č.6 neuvádí žádnou bližší specifikaci- pro ni jsou v její profesi svým způsobem náročné PODKATEGORIE Č. 2 - **všechny situace**. Dále na tuto otázku odpověděly shodně tři sestry (č.1, č. 3 a sestra č. 4). Rozdělily

náročné situace na **psychické** - PODKATEGORIE Č. 3 a PODKATEGORIE Č. 4. - **fyzicky náročné**. Sestra č. 3 fyzickou zátěž již blíže nerozvádí. Sestry č. 1 a č. 4 ji shodně spojují s manipulací s pacientem a sestra č. 1 ještě uvedla neuspokojování svých vlastních biologických potřeb (nemožnost se najíst, napít, dojit se vyprázdnit). Kromě sester č. 1, č. 3, č. 4 uvedla sestra č. 8. také psychickou zátěž. Sestry č. 8, č. 3 a č. 1 ji vidí v personálních vztazích. Největším stresujícím faktorem je pro sestru č. 4 nespolupracující pacient, mezi dalšími psychicky náročnými situacemi byly touto sestrou jako jedinou uvedeny ještě „*pokálený pacient*“ v souvislosti s melénou, vážným stavem a inkontinencí stolice jednak z pozice jí samotné, ale zároveň také z pohledu pacienta samotného- předpokládá, že pociťuje stud. Vztahy na pracovišti - PODKATEGORIE Č. 5 - **sociálně náročné** považují za náročné sestry tři (sestra č. 1, č. 3 a sestra č. 8). Sestra č. 1 vidí náročnost ve vztahu sestra x lékař - **sociálně náročné**, stejně tak i sestra č. 8, která ještě zmiňuje nadřízené, pacienta i jeho příbuzné, „*kteří se rádi hádají*.“ V bližších specifikacích naléhavých stavů se ještě shoduje sestra č. 1 a sestra č. 8, obě uvádějí zhoršený stav pacienta. Podobně se vyjádřila i sestra č. 7, pojí si náročné situace převážně se záchranou života a resuscitací. Smrt a umírání vidí jako náročné sestry č. 4 a č. 8. **Stres - psychicky náročné**. Bez další specifikace uvedla v rozhovoru sestra č. 3. Sestra č. 2 uvedla, že náročné situace v akutní medicíně jsou, ale zvažovala, zda je více zatěžující péče o pacienta samotného nebo administrativa, a nakonec uvedla - jako jediná z výzkumného souboru - administrativní činnosti.

KATEGORIE 5: Pocity sester těsně po nástupu na pracoviště intenzivní péče.

U dvou sester (č. 1 a č. 2) suplovalo oddělení intenzivní péče v době jejich nástupu ARO, obě dvě popisují jako stresující faktor přístrojovou techniku v souvislosti s poškozením pacienta, stejně tak zmiňuje přístrojovou techniku i sestra č. 4, i když nastupovala na oddělení intenzivní péče v době, kdy už ARO otevřené bylo. Pocit strachu z neznámého, nezklamat a pomáhat za každé situace popisuje sestra č. 3. Obavy a nezkušenost pociťují sestry dvě (sestra č. 2 a sestra č. 6), podobně popisuje toto období i sestra č. 8: „*Měla jsem pocit, že nic neumím*.“ a soudí, že je to z důvodu návratu na oddělení po mateřské dovolené. Svůj nástup na oddělení spojují s kolektivem

dvě sestry - sestra č. 5 si myslí, že do něj dobře zapadla, i když to není kolektiv dobrý a zároveň vnímá každou změnu prostředí negativně, sestra č. 4 je, na rozdíl od sestry č. 5, vděčná, za pomoc, kterou jí některé kolegyně v adaptačním procesu věnovaly, ale zároveň uvádí i negativní sesterské reakce. Odlišným pozitivním způsobem vnímá svůj nástup na oddělení intenzivní péče sestra č. 7, na oddělení se cítila velmi dobře a těšila se na zkušenosti, které jí čekají.

KATEGORIE ČÍSLO 6: Podpora v adaptačním procesu

Shodně odpovědělo celkem sedm sester, že ano. Pouze sestra č. 1 uvedla: „*Ani omylem, byla jsem na všechno sama.*“. Zčásti se s negativními reakcemi ze strany sester setkala i sestra č. 8. Určitě ano odpověděla sestra č. 5, ale zmínila pouze část nelékařského personálu, stejně tak i další tři sestry (sestra č. 3, sestra č. 7 a č. 8). Sestra č. 6 odpověděla: „*Ano, podporu jsem měla u všech sester, které zde pracovaly.*“ Lékaře zmínila jedna sestra (č. 2) a staniční sestru uvedla také pouze jedna sestra (č. 8). Naprosto odlišný je rozhovor se sestrou č. 4, v adaptačním procesu zmiňuje pouze jednu jedinou sestru a dále rozhovor rozvádí a pozastavuje se nad důležitostí fungujícího kolektivu a kvalitního managementu, který kolektiv dobře vede. Sama uvádí, že v jejím případě tomu tak nebylo, a srovnává celkový chod oddělení intenzivní péče s předchozími jednotkami, kde pracovala, dle jejího názoru oddělení dobře nefunguje a vedení zde neplní svou funkci. U sestry číslo 5 podpora v adaptačním procesu sice byla, proto byla zařazena mezi odpovědi ano, ale zároveň během rozhovoru uvedla, že pomoc nepotřebovala.

KATEGORIE ČÍSLO 7: Krizové situace po nástupu na oddělení intenzivní péče

Kategorie č. 7 byla dále rozdělena do 4. podkategorií. Třemi sestrami (sestra č. 2, č. 5 a č. 7) nebyly uvedené **žádné situace**, které by vnímaly jako krizové. Sestra č. 6 uvedla, že sice takové situace byly, ale že už si **nepamatuje**, o jaké přesně šlo. **Náhlou změnu v pacientově stavu** s konkrétními příklady: zavádění hrudního drénu, zapojení hrudního sání, náhlé krvácení, srdeční zástavu z různých důvodů uvedla sestra č. 4. Podobně se zaměřením přímo na zástavu a resuscitaci odpověděly sestry dvě

(sestra č. 1 a č. 3). Sestra č. 8 uvedla jako velice rizikový faktor **podávání léků** a snížené množství ošetrovatelského personálu v souvislosti s neschopností spolehnout se sama - **nesamostatnost** - na sebe v akutní situaci, která nastane o noční směně.

Tabulka 3: Podkategorie krizových situací po nástupu na oddělení intenzivní péče

podkategorie	Četnosti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Č.1-Náhlá změna v pacientově stavu	3	X		X	X				
Č.2-Podávání léků Nesamostatnost	1								X
Č.3-Nepamatuje si	1						X		
Č.4-Žádné	3		X			X		X	
celkem	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

KATEGORIE ČÍSLO 8: Zvládání krizových situací těsně po nástupu na oddělení intenzivní péče.

V této kategorii bylo zjišťováno, jak zvládají krizové situace sestry těsně po nástupu na oddělení. Sestra č. 1 uvádí stres, sestra č. 4 strach a společně se sestrami č. 2 a č. 3 se spoléhají na profesně starší kolegyni, u které nacházejí pomoc a oporu. Pocit vnitřního chvění popisuje v rozhovoru sestra č. 7. Velmi negativně popisuje tyto situace sestra č. 8, která uvedla třesoucí se kolena „... a jednou jsem se i rozplakala“ Zcela shodně odpověděly sestry dvě (sestra č. 5 a č. 6) ani jedna si na toto období nepamatuje.

KATEGORIE ČÍSLO 9: Krizové situace v intenzivní péči po uplynutí určité doby praxe, které sestry provází celou dobu jejich působení na pracovištích intenzivní péče.

Tato kategorie byla zjišťována otázkou: „ Jsou nějaké situace, které řešíte velmi nerada, a zatěžují vás stále?“ Na tuto otázku odpověděly podobně tři sestry (sestra č. 1, č. 7, č. 8) spojovaly krizovou a zatěžující situaci s **bojem o pacientův život a resuscitací**. Pro sestru č. 7 však je daleko horší setkat se smrtí a : „... řešit situaci s pozůstalými“, také sestra č.4 se v rozhovoru zmiňuje o **smrti** a situacích, které takto končí. Sestru č. 3 na toto téma nenapadlo vůbec nic – **žádné** - a sestra č. 5 při položení této otázky odpověděla: „*Já řeším situace ihned, a pak už se k nim nikdy nevracím, nepřemýšlím nad tím.*“ - nevedla také žádné. V negativním smyslu odpověděla i sestra č. 2: „*Asi ani ne.*“ Sestra č. 6 nevěděla, zda o tomto tématu má vůbec mluvit. Ale nakonec odpověděla, že jsou to **konflikty na pracovišti** společně s komunikací.

Tabulka 4: Podkategorie krizových situací v intenzivní péči po uplynutí určité doby praxe

Podkategorie	četnosti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Č.1 Boj o život Resuscitace	3	X						X	X
Č.2 Smrt pacienta	2				X			X	
Č.3 Konflikty na pracovišti	1						X		
Č.4 Žádné	3		X	X		X			
Celkem	9	1	1	1	1	1	1	2	1

Zdroj: vlastní výzkum

KATEGORIE ČÍSLO 10: Vzdělání sester absolvované před nástupem na pracoviště intenzivní péče.

Střední zdravotnickou školu uvedlo shodně všech osm sester. Další vzdělání uvedly sestry dvě. Sestra č. 3 vystudovala vyšší odbornou školu se zaměřením na intenzivní péči a sestra č. 4 absolvovala specializační studium v oblasti intenzivní, resuscitační a anesteziologické oblasti- ARIP.

Tabulka 5: Vzdělání sester absolvované před nástupem na pracoviště intenzivní péče

vzdělání	četnosti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
SZŠ	8	X	X	X	X	X	X	X	X
Dis	1			X					
ARIP	1				X				
Celkem	10	1	1	2	2	1	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

KATEGORIE ČÍSLO 11: Vliv absolvovaného studia na odbornou přípravu sestry pro intenzivní péči

hodnotily sestry v otázce: „*Myslíte si, že studium, které jste absolvovala před nástupem na toto oddělení, vás profesně připravilo?*“ Polovina sester (sestra č. 1, č. 2, č. 5 a č. 7) zhodnotila, že studium je připravilo **nedostatečně** - PODKATEGORIE Č. 1 a sestra č. 5 vidí lepší přípravu až v průběhu své praxe na vyšším pracovišti ARO v Praze, sestra č. 7 si je vědoma, že by se měla vzdělávat nadále. Po absolvování studia byly **připraveny** - PPODKATEGORIE Č. 2 sestra č. 3, č. 4 a č. 6. Sestra č. 4 dále uvádí: „*Hodně mi to dalo, co se týká vědomostí, hodně mi to i rozšířilo možnost chápat to, co a proč se děje a co je nutné udělat a co naopak nikdy udělat nesmím. Takže po obsahové a vědomostní stránce si opravdu myslím, že mě to připravilo. Kouknu na*

klinický obraz a už vím, co se děje, kouknu na BS a vím, že je třeba jednat určitým způsobem, podívám se na křivku Ekg a je mi jasný, že se děje něco špatně, a jsem schopná identifikovat, o co jde (extrasystoly, nepravidelný rytmus, fibrilace síní, a to nemluvím o komorové, tam už je nutno dělat hned, nízká nebo naopak vysoká T značící nerovnováhu draslíku). Prostě vidíš pacienta a čteš jeho stav z toho, co vidíš. Je to takový předdoktorský náhled. Poznáš, kdy je nutné lékaře zavolat ihned a kdy to prostě chvíli počká.“ **Částečnou přípravu- PODKATEGORIE Č. 3** dalo studium sestře č. 8.

KATEGORIE ČÍSLO 12: Vzdělání sester absolvované v průběhu zaměstnání.

Jedna sestra (č.8) uvedla studium vysokoškolské, ukončené titulem **Bc- PODKATEGORIE Č. 1.** Tři sestry (č. 1, č. 2, č. 6) uvedly specializační studium **ARIP - PODKATEGORIE Č. 2,** které absolvovaly zároveň, když byly zaměstnány na jednotce intenzivní péče. Jedna sestra (č. 4) absolvovala studium při zaměstnání, ale dříve než nastoupila na jednotku intenzivní péče. Během zaměstnání neabsolvovaly **žádné studium- PODKATEGORIE Č. 3** dvě sestry (č. 3 a č.7). Sestra č. 7 uvedla: „*Žádnou zkušenost nemám, jsem líná, ale mrzí mě to.*“ Sestra č. 5 uvedla, že v současné době ARIP studuje a zároveň uvádí jeho časovou náročnost, ale i přínosnost pro obor.

KATEGORIE ČÍSLO 13: Absolvované studium v intenzivní péči

Sestra č. 8 také jako jediná uvedla: „*Absolvovala jsem několik krátkých kurzů.*“ **Kurzy- PODKATEGORIE Č. 1** Specializační studium **ARIP- PODKATEGORIE Č. 2** uvedlo celkem 5 sester. Sestry č. 1, č. 2, č. 4, č. 6 mají již vzdělání ukončené, sestra č. 5 v současné době studuje). **Absolutorium na vyšší odborné škole – PODKATEGORIE Č. 3** se zaměřením na intenzivní péči uvedla sestra č. 3. Sestra č. 7 neuváděla studium **žádné - PODKATEGORIE Č. 4.** Sestra č. 2 dále uvedla absolvování odborných **přednášek a seminářů - součást PODKATEGORIE Č. 1**

KATEGORIE ČÍSLO 14: Přínos specializačního studia pro obor intenzivní péče.

Zde sestry hodnotily své vlastní zkušenosti se studiem. Tuto kategorii nemohla hodnotit sestra č. 3, č. 7 a č. 8. Sestra číslo č. 5 nemá ještě studium ukončené, ale hodnotí ho jako přínosné. Čtyři sestry (č. 1, č. 2, č. 4, č. 6) hodnotí ARIP jako velice prospěšné vzdělání pro oblast intenzivní péče.

KATEGORIE ČÍSLO 15: Přínos vzdělávání v oblasti intenzivní péče

V této kategorii dle svých zkušeností a svého uvážení sestry uváděly prospěšné vzdělání pro oblast v intenzivní péče. Sestra č. 5 uvedla: „ *Je to specializace pro intenzivní péči- ARIP.*“ Specializační studium **ARIP** - PODKATEGORIE Č. 1 uvedlo ještě dalších 6 sester (č. 1, č. 2, č.4, č. 5, č. 6, č. 7, č. 8). Sestra číslo 3 uvedla: „ *Asi všechny, které jsou v současné době možné.*“ – PODKATEGORIE Č. 2 Kromě ARIPU uvedla sestra č. 1 **diplomovaného specialistu pro intenzivní péči-** PODKATEGORIE Č. 3 Sestra č. 7 uvedla: „*Nejsem si jistá, jestli i bakalářské studium.*“ Navazující **magisterské studium v oblasti intenzivní péče** PODKATEGORIE Č. 4 uvedla sestra č. 8. **Systém celoživotního vzdělávání sester-** PODKATEGORIE Č. 5 uvedly sestry dvě (sestra č. 4 a č. 6). Vzdělání vedoucích pracovníků uvedly sestry dvě. Jako vhodné vysokoškolské vzdělání pro vedoucího pracovníka v oblasti akutní péče uvedla sestra č. 2. Sestra č. 4 hodnotí, že vhodné vzdělávání pro vedoucí pracovníky jsou krátkodobé kurzy a školení s následným pohovorem. „ *Aby měla přehled o oboru, ten sesterský...*“ Zároveň však zmiňuje úroveň některých seminářů: „ *To ti nic nedá*“

KATEGORIE ČÍSLO 16: Důležitost dalšího vzdělávání

Sestra číslo 5 v rozhovoru uvedla: „Myslím, že pro sestru pracující v oblasti intenzivní péče, je dosažené vzdělání ARI, a ne další vzdělávání na vysokých školách.“ Ostatní (č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 7, č. 8) se sestry shodly, že vzdělávání v oboru má své opodstatnění. Sestra č. 3 zmiňuje rozvoj a pokrok oboru, s kterým bezpochyby další vzdělání neodmyslitelně souvisí. Podobně odpovídala i sestra č. 4 uvádí pokrok ve vědě

a technice v oboru: „... nové, postupy, přístroje, nové léky, materiály...“ a hodnotí jako nepřijatelné učit se vše za provozu na pacientech, semináře formou kreditního systému udává jako nevhodné a přiklání se k možnostem vše si vyzkoušet prakticky, někde mimo pacienta, jako příklad uvádí školící centra. Sestra č. 3 si spojuje obor s novinkami, a proto uvádí, že vzdělávání v oboru je nutností. „Ano má,“ odpověděly naprosto shodně sestry tři (č. 2, č. 6 a č. 7), sestra č. 7 ještě uvádí ze své strany jistou nevůli a pohodlnost vůči vzdělání.

KATEGORIE ČÍSLO 17: Postradatelné vzdělání v oblasti intenzivní péče

Shodně- **žádné** – PODKATEGORIE Č. 1 vzdělání neuvedly čtyři sestry (sestra č. 1, č. 3, č. 6 a č.7). Sestra č. 6 hodnotí, že všechna momentálně dostupná vzdělání mají uplatnění v oboru intenzivní péče, také sestra č. 3 hodnotí jako prospěšné všechny a jako důvod uvádí všeobecný přehled, který je v oboru důležitý. I sestra č.1 neuvádí žádné vzdělání jako postradatelné: „*Každé má své opodstatnění.*“ Sestra č. 7 hodnotí všechna jako využitelné v oboru rozdíl od sestry č. 5, která udává: „**Postradatelné jsou všechny, kromě ARIPU.**“ - PODKATEGORIE Č. 2. Odlišně odpověděla sestra č. 8: „*Nejsem si jistá, myslím, že sestry v akutní péči musí mít základní vzdělání jako každá jiná sestra.*“ Již výše zmíněné **semináře** - PODKATEGORIE Č. 3 a ...*honbu za kredity,*“ zmínila i zde sestra č. 4 a jako důvod uvádí nemožnost praktického uchopení a vyzkoušení odprezentované problematiky, semináře přirovnává k návodu k použití: „... *do druhého dne je to z hlavy pryč.*“ Sestra č. 2 hodnotila **studium na vysoké škole** – PODKATEGORIE Č. 4 pro oblast intenzivní péče jako nevyhovující a **celoživotní vzdělání** – součást PODKATEGORIE Č. 3 neoznačila jednoznačně za nevyhovující.

KATEGORIE ČÍSLO 18: Vliv délky praxe na zvládnání krizových situací.

V této kategorii bylo zjišťováno, zda má nějaký vliv délka praxe na prožívání krizových situací u sester v intenzivní péči. Sestra č. 5 udává, že zatím nevidí **žádnou změnu v prožívání krizových situací** - PODKATEGORIE Č. 1. Všechny ostatní sestry

(č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 6, č. 7, č. 8) odpověděly, že **délka praxe má pozitivní vliv-PODKATEGORIE Č. 2** na další práci v oblasti intenzivní medicíny. Tři sestry (sestra č. 3, č. 6, č. 7, č.8) uvádí, že odpracovaná léta přidávají na jistotě v práci. Pozitivum v opakování stále stejných situací u jiných pacientů uvedly v rozhovoru sestry tři (č. 1, č. 2 a č. 4). Sestra č. 7 udává v rozhovoru negativní vliv člověka : „...*práci znepříjemňuje a vytváří na pracovišti dusnou atmosféru.*“ Sestra č. 1 uvedla: „*Během své praxe jsem se naučila spoléhat sama na sebe.*“

KATEGORIE ČÍSLO 19: Zvládání krizových situací sestrami

„*Zachovat si klidnou hlavu a nezmatkovat*“ uvádějí 3 sestry (sestra č. 1, č. 2, č. 3), **klid** zmiňuje také sestra č. 4, klidnou hlavu uvedla i sestra č. 2 a zároveň v rozhovoru uvedla, že je důležité dbát na pokyny lékaře a včas o všem lékaře informovanost. „*Zachovávám chladnou hlavu*“ - podobná, pouze jinak formulovaná odpověď jako u sester (č. 1, č. 2 a č. 3) byla uvedena sestrou č. 6. **Racionální myšlení** uvedly dvě sestry, sestra č. 3 a č. 4. Sestra č. 4 ještě uvádí **rychlost** a **stres**, rychlost uvedla i sestra č. 5: „*Snažím se o rychlé promyšlení a rychlé opatření.*“ Rychlost v souvislosti s následnou analýzou dané situace uvedla sestra č. 7. Situaci blíže nespécifikovala sestra č. 8, která uvedla pouze **nával adrenalinu**.

Tabulka 6: Podkategorie zvládání krizových situací sestrami

Podkategorie	četnosti	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Č.1- klid	5	X	X	X	X		X		
Č.2- racionální myšlení	2			X	X				
Č.3- rychlost	3				X	X		X	
Č.4 - stres	1				X				
Č.5-nával adrenalinu	1								X
celkem	12	1	1	2	4	1	1	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

KATEGORIE ČÍSLO 20: Nynější připravenost sester na krizové situace

Byla zkoumána otázkou: „*Cítíte se v současné době na krizové situace připravena?*“ Odpověď ano uvedlo celkem šest sester (č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 5, č. 8). „*Ano, cítím,*“ uvedla sestra č. 2. **Dostatečnou** - PODKATEGORIE Č. 1 přípravu uvedla sestra č. 5, sestra č. 1 se cítí taktéž dostatečně připravena, ale uvádí, že jde o práci týmovou a kolegiální, takže pomoc od svých kolegyně vždy uvítá. Připravena se cítí i sestra č. 8, hlavně z důvodu praxe na daném oddělení. Sestra č. 7 v rozhovoru řekla: „*Ne, na sto procent se nelze připravit nikdy.*“ - **Nedostatečná** - PODKATEGORIE Č. 2 Odpověď „*Snad ano*“ uvedla sestra č. 6 a dále rozhovor rozvedla, že by připravena jistě měla být. Sestra č. 4, která také uvedla, že je připravena, je si sebou jistá, zná přesné pracovní postupy, léky, materiál, který používá, ale zároveň uvádí, že tyto situace nevyhledává.

KATEGORIE ČÍSLO 21: Souvislost zaměstnání x rodina a naopak

Sestra č. 5 nevedla žádný vzájemný vztah: „*Obojí striktně odděluji.*“ - **Nesouvisí** – PODKATEGORIE Č. 1 Zbylé sestry uvedly v této kategorii vždy nějakou **souvislost**- PODKATEGORIE Č. 2. Sestra č. 3 uvedla vztah oboustranný a hodnotí jako nemožné oddělit jedno od druhého, stejně jako sestra č. 1 taktéž uvedla i sestra č. 4: „*Člověk si to bere k srdci a nejde to jen tak odhodit jako zedník lopatu...*“ a dále odpovídá, že náročnost, jak fyzická, tak psychická jistě zasahuje i do rodinného života a mnohdy se nelze na sto procent spolehnout, že to volno, které člověk má, nemusí vždy vyjít, což se doma nemusí vždy setkat s pochopením. „*Asi ne,*“ uvedla sestra č. 2. Sestra č. 7 odpověděla, že práce rodinu ovlivňuje, rodina práci však ne. Stejný vzájemný vztah uvádí i sestra č. 8. Sestra č. 6 hodnotí tento vztah jako přízpůsobování se.

KATEGORIE ČÍSLO 22: Spokojenost v zaměstnání

Spokojena- PODKATEGORIE Č. 1 je sestra č. 6, č. 8, **částečně** - PODKATEGORIE Č. 2 sestra č. 1, č. 7, č.2. **Spíše nespokojena** - PODKATEGORIE Č. 3 je sestra č. 3 a č. 5. **Nespokojenost** - PODKATEGORIE Č. 4 uvádí sestra č. 4.

KATEGORIE ČÍSLO 23: Důvody k odchodu z oddělení intenzivní péče

Vyřazeny z této kategorie byly sestry, které uvedly, že jsou v zaměstnání spokojené (sestra č. 8 a sestra č. 6) „*Mám ráda změnu,*“ a blíže již nespecifikuje sestra č. 5. S managementem na ošetrovatelské jednotce je nespokojena sestra č. 7. Neshody v kolektivu uvádí sestra č. 2. Kolektiv, vztahy na pracovišti a staniční sestru uvedla sestra č. 3, stejně tak i sestra č. 1, která uvedla ještě nejistotu sama sebou v začátcích své praxe. Sestra č. 4 uvádí nefungující chod celého oddělení: „*Práce v našem kolektivu musí být kolektivní. Když je akutní příjem a je nutné rychlé řešení, je nutná koordinace všech na odd. (postarat se o pacienta - např. uložení na lůžko, napojení na monitor, odběry, žádanky do počítače, současně asistence lékaři a popřípadě telefonické zajišťování konzilií...atd. To jeden nezvládne! Myslím v situacích, kdy je důležitá*

rychlost a stav pacienta není dobrý. Pokud se ti párkrát stane, že na všechno zůstaneš sama a někdo kouká, jak stíháš nebo nestíháš, ale nepomůže, pak si řekneš: „Tak tenhle kolektiv opustím ráda...“

5 DISKUZE

V bakalářské práci na téma Problematika život ohrožujících stavů v akutní medicíně jsem se zabývala kritickými situacemi, se kterými se sestry v akutní péči nejčastěji setkávají. Do výzkumu byly vybrány sestry, které pracují na jednotce intenzivní péče v nemocnici Jindřichův Hradec a.s. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak sestry na pracovišti intenzivní medicíny v průběhu výkonu svého povolání zvládají a prožívají nejčastější krizové situace, které se v této oblasti vyskytují. Nutno ještě podotknout, že výzkum byl prováděn kvalitativní formou a zpracován obsahovou analýzou rozhovorů pomocí techniky otevřeného kódování. Uvedené výsledky se vztahují pouze k souboru, který byl zkoumán. Pro dosažení cíle byly stanoveny čtyři dílčí výzkumné otázky.

Cílem dílčího cíle jedna bylo zjistit, jak jsou sestry po ukončeném vzdělání připravené na jednotkách intenzivní péče pracovat. Během šetření bylo pomocí kategorie č. 10 (tabulka 5) zjištěno, že všechny sestry ve výzkumném vzorku absolvovaly SZŠ, dvě z nich ještě další odborné vzdělání zaměřené na intenzivní péči (jedna specializační studium ARIP, druhá Absolutorium na vyšší odborné škole zaměřené na intenzivní péči). Polovina sester, které SZŠ uvedly jako jediné absolvované studium (kategorie č. 11), ho zároveň hodnotí jako nedostačující v přípravě. Jedna ze sester, která v rozhovoru uvedla další odborné vzdělání, se cítila připravená na jednotce intenzivní péče pracovat, stejně tak i další, která absolvovala také pouze SZŠ. Její hodnocení však nemá vysokou validitu, protože nastupovala na oddělení již po delší praxi na jiném oddělení a zároveň v rozhovoru i uvádí, že si na některá fakta již nepamatuje. Částečně připravena se cítila sestra, která absolvovala studium na vyšší odborné škole. Jestli mají sestry dostatečnou přípravu lze hodnotit i dle toho, jaké pocity uvádějí těsně po nástupu na oddělení intenzivní péče. Výsledky šetření jsou uvedeny v kategorii č. 5. Pouze jedna sestra uvedla, že se cítila dobře, všechny ostatní udávaly negativní prožitky, jako jsou strach a stres, pojičí se s různými situacemi. Bohutínská ve svém výzkumu uvádí, že stres je nedílnou součástí v práci sestry (Bohutínská, 2005), stejně tak i autorky Ondriová a Sinaiová shodně uvádějí, že oddělení akutní péče kladou na psychiku sestry velice vysoké nároky. (Ondriová, Sinaiová, 2011)

Z této výzkumné otázky nám vzešla hypotéza č. 1: Po nástupu na oddělení intenzivní péče nejsou sestry dostatečně teoreticky připraveny.

Výzkumná otázka číslo dvě, mi pomohla splnit další cíl: Zjistit, zda ovlivní specializační studium připravenost na krizové situace v intenzivní péči. Zákon číslo 99/2012 Sb. - O požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb, platný od 1. 4. 2012, kterým jsou jasně dány počty nelékařského odborného personálu na jedno lůžko dané ošetrovatelské stanice, stanovuje, že v intenzivní péči prvního a druhého stupně musí mít nelékařský zdravotnický personál speciální vzdělání v resuscitační a intenzivní péči 25% z celkového počtu sester ^(Vyhláška č. 99/2012). Během výzkumu bylo zjištěno v kategorii č. 12, že v průběhu zaměstnání na intenzivní péči studovalo ARIP celkem 5 sester, čtyři mají studium ukončené a u jedné studium právě probíhá. Jedna absolvovala studium vysokoškolské a dvě sestry měly odborné studium absolvované již před nástupem na dané oddělení. Přínos specializačního studia ARIP pro oddělení intenzivní péče byl zařazen do kategorie č. 14. Z této kategorie byly vyřazeny tři sestry, které studium neabsolvovaly. Všechny čtyři sestry, které studium absolvovaly, ho hodnotí jako velice prospěšné pro svou další praxi. Během rozhovorů měly sestry samy možnost vybrat studium, které je pro oblast intenzivní péče prospěšné. Výsledky jsou zobrazeny v kategorii č. 15. V této odpovědi se stoprocentně shodly všechny sestry a uvedly, že ARIP je jednoznačně v oblasti akutní péče prospěšný. Odpověď na výzkumnou otázku č. 2 můžeme najít i v kategorii č. 20, kde sestry odpovídaly, jak jsou v současné době připraveny na krizové situace. Také tady odpověděly všechny sestry, včetně těch, které ARIP absolvovaly, že se cítí připravené, pouze sestra, která nemá absolvované žádné studium v oboru intenzivní péče, se cítí být na krizové situace v současné době nepřipravena. Tento způsob vzdělávání vyhovuje požadavkům vzdělávání dospělých, nutí pracovat samostatně, odstraňuje mechanické učení a tím umožňuje delší uchování poznatků, sestry ho pak mají možnost lépe využít ve své odborné praxi ⁽¹⁹⁾. Mimo ARIP ještě sestry dále uváděly diplomovaného specialistu pro intenzivní péči, navazující magisterské studium v oblasti intenzivní péče a dvě sestry zmínily systém celoživotního vzdělávání formou sbírání kreditů. Dle Kapounové je celoživotní vzdělání základním předpokladem dobrého výkonu

zdravotnického povolání (Kaponová, 2007). Zároveň je však nutné zmínit, že jednou sestrou bylo celoživotní vzdělání označeno za naprosto nevhodné a označila ho jako „*Honbu za kredity*“ (kategorie č. 17) a další váhala nad jeho kvalitou a úrovní. Čtyři sestry uvedly, že je intenzivní péče tak široký obor, ve kterém lze uplatnit všechny dostupné typy vzdělání, které se v současné době sestrám nabízí. V odborné literatuře Staňková uvádí, že jedním ze základních předpokladů, které má vliv na úroveň a postavení daného oboru, je úroveň odborné přípravy pracovníků (Staňková, 2002). Z výzkumné otázky vzešla hypotéza č. 2: Specializační studium má pozitivní vliv na zvládání krizových situací sestrami.

Cíl číslo tři měl zjistit, zda má i délka praxe nějaký vliv na zvládání krizových situací u sester zaměstnaných na intenzivní péči. Délka praxe byla uvedena v tabulce 2. Praxi do pěti let mají 4 sestry, dvě sestry v rozmezí od šesti do deseti let, od jedenácti do patnácti jedna a od šestnácti do dvaceti také jedna. Změnu v krizových situacích je možno zjistit porovnáním tabulek 3 a 4. V tabulce 3 byly uvedeny krizové situace na začátku praxe sester a jak se krizové stavy změnily po určité délce praxe, bylo uvedeno v tabulce 4. Naprosto totožně odpověděly tři sestry. Dvě neuvedly v obou kategoriích (tabulky 3 a 4) žádné stavy za krizové a pro jednu je boj o pacientův život ve své praxi stále zatěžující situací. U dvou sester došlo k výměně odpovědí, sestra, která uvedla na začátku své praxe boj o pacientův život, po uplynutí určité doby praxe neuvádí žádné stavy za kritické (vystudovala Dis ještě před nástupem na JIP), u druhé je tomu přesně naopak (neabsolvovala žádné studium během své praxe). Další sestra, která si již nepamatuje na krizové situace na začátku své praxe (tabulka 3), nyní považuje konflikty na pracovišti za situaci pro ni krizovou (Absolvovaný ARIP nemá vliv) a zbylých dvou sester došlo pouze k malým změnám. První uvedla v tabulce 3 resuscitaci a v tabulce 4 smrt pacienta, druhá v první tabulce 3 stres při podávání léků, v druhé boj o pacientův život (ani jedna neabsolvovala během zaměstnání žádné vzdělání). Pokud však byly sestry přímo dotazovány, zda má délka praxe vliv na zvládání krizových situacích, uvedly všechny, kromě jedné sestry, že má vliv v pozitivním smyslu (kategorie č. 8). Zároveň však jedna ze sester uvedla i negativní stránku délky praxe, a to zhoršující se vztahy na pracovišti. Z odpovědí sester tedy

vyplývá, že délka praxe zásadním způsobem krizové situace u sester na JIP nemění. Délka praxe (kategorie 18) a opakování stále stejných situací zvyšuje u sester pocit jistoty v prováděné práci, avšak rutinní přístup nemusí vždy zvyšovat kvalitu poskytované péče.

Čtvrtý cíl byl zaměřen na krizové situace, co během řešení sestry cítí a jak se snaží je co nejlépe zvládnout, pomohla zjistit výzkumná otázka: „Jaké pocity mají sestry při řešení krizových situací?“ Určitou formu sebekontroly odpovědělo během rozhovoru celkem pět sester. Nejčastěji uvádějí rozvahu, klid, nezmatkovat atd. Další odpověď, která se shodně objevila u dvou sester, je racionální myšlení a rychlost v rozhodování - shodně ji uvedly tři sestry. Ondriová a Sinaiová v odborné literatuře pro sestry uvedly, že sestra v intenzivní péči musí umět kriticky a systémově myslet, rychle se rozhodovat a spolupracovat s týmem, klinicky pacienta hodnotit, vhodně a zároveň rychle ošetrovatelskou péči plánovat, správně realizaci plánu vyhodnotit. Odpověď, která byla uvedena jednou sestrou: „*Nával adrenalinu*“ je velice špatně zhodnotitelná. Možná si ji sestra pojí se somatickými prožitky stresu, které pociťuje. V odborné literatuře jsou uvedeny např.: zvýšené pocení, které reguluje na celkové zvýšení teploty organismu, zrychlující se činnost srdce, která se projeví následným zrychlením pulzu, stoupá i krevní tlak, dochází ke zrychlenému dýchání, objevuje se sucho v ústech, zvyšuje se svalový tonus a hladina cukru v krvi (Bohutínská, 2005; Leinwatherová, 2010). Stres uvedla v rozhovoru ještě jedna sestra. Lze tedy říci, že z celkového počtu osmi sester pociťují stres v krizové situaci pouze dvě, a jak již bylo zmíněno výše, Bohutínská ve svém výzkumu uvádí, že stres je nedílnou součástí v práci sestry (Bohutínská, 2005). Proto je nutné si položit otázku, zda zde nechybí aspoň malá obava a strach o pacienta samotného a zda se pacient sestrám z ošetrovatelského procesu neztratil. V souvislosti se stresem nutno ještě zmínit kategorii č. 23, v které sestry uvádějí důvody, které je vedly k tomu, aby přemýšlely o odchodu z oddělení intenzivní péče. Zcela spokojeny jsou v zaměstnání dvě sestry (kategorie č. 22). Kromě jedné sestry, která uvádí pouze to, že má ráda změnu. Zbýlých pět sester se shoduje v tom, že na daném oddělení je problém v mezilidských vztazích, uvádějí špatný kolektiv, nefungující management časté konflikty a neshody na pracovišti. Lze tedy shrnout, že sestry na tomto oddělení uvádějí

problém v interpersonálních vztazích jako velice zatěžující situaci, když byl důvodem k přemýšlení a spojován s možností odchodu z oddělení.

6 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce „ Problematika život ohrožujících stavů v akutní medicíně“ bylo zmapovat, jak sestry na pracovišti intenzivní medicíny v průběhu výkonu svého povolání zvládají a prožívají nejčastější krizové situace, které se v této oblasti vyskytují.

V teoretické části jsem se zabývala obecnou charakteristikou oboru akutní péče, jeho základním členěním na tři stupně, personálním zabezpečením lůžek, vzděláním a kompetencemi sester, které v tomto oboru pracují. Dále skladbou pacientů v intenzivní péči, která je velice různorodá, kdy základním znakem je nestabilita jejich zdravotního stavu, komplikované požadavky a potřeby v terapii a potřeby pozorné a intenzivní ošetrovatelské péče. Podrobněji jsou v teoretické části z ošetrovatelského pohledu popsány možné akutní život ohrožující stavy, které mohou vyústit až v náhlou zástavu oběhu. Popsány jsou zde i specifika kardiopulmonální resuscitace ve zdravotnickém zařízení. Na odbornou práci sestry jsou kladeny vysoké nároky, které mohou způsobovat krátkodobý i dlouhodobý a stres, který k tomuto oboru neodmyslitelně patří.

V praktické části této bakalářské práce byl zrealizován kvalitativní výzkum formou polostandardizovaných rozhovorů s osmi sestrami a následná obsahová analýza, která byla zpracována pomocí techniky otevřeného kódování. Stanoveno bylo 23 kategorií a u některých byly stanoveny ještě podkategorie. Pro lepší přehlednost u kategorií 2,3,7,9,10 a 19 byla data vložena do kategorizačních tabulek. Pro podrobnější zpracování dané problematiky byly stanoveny celkem 4 dílčí cíle.

Dílčím cílem číslo jedna bylo zjistit míru připravenosti sester na těchto odděleních pracovat. Výzkumem bylo zjištěno, že sestry po nástupu na oddělení intenzivní péče nejsou dostatečně teoreticky připraveny a způsobuje jim to jisté potíže ve smyslu negativních prožitků jako je stres.

Cílem číslo dvě bylo zjistit, zda ovlivní specializační studium připravenost na krizové situace. Během výzkumu bylo zjištěno, že specializační studium ARIP má v intenzivní medicíně pro sestry nemalý význam a je otázkou zda je dostatečujících 25 %

ukončeného odborného vzdělání na ošetrovateľskej jednotke II stupňa, ktoré udáva zákon číslo 99/2012 Sb.

Cílem číslo tři bylo zjistit, zda se mění postoj sester ke krizovým situacím po uplynutí určité doby praxe. Pro dosažení tohoto cíle bylo porovnávané zvládání a prožívání krizových situací na začátku praxe a v jejím průběhu. Z výzkumu vyplývá, že délka praxe zásadním způsobem krizové situace u sester na JIP nemění, hodnocení sestrami, je však odlišné, jak sami sestry uvádí, délka praxe a opakování stále stejných situací, zvyšuje u sester pocit jistoty v prováděné práci, což nemusí vždy zvyšovat kvalitu poskytované péče.

Cílem číslo čtyři bylo zjistit prožívání a zvládání krizových situací u sester v tomto oboru. Pomohla zjistit výzkumná otázka: Jaké pocity mají sestry při řešení krizových situací. Velká část sester uvedla v rozhovoru pouze sebekontrolu ve zvládání krizových situací, proto je nutné položit otázku, zda sestram nechybí jistá obava o pacienta samotného a zda se pacient sestram z ošetrovateľského procesu tak trochu nevytratil.

Výsledky této bakalářské práce by mohly být inspirací pro manažery v ošetrovateľství.

Návrhy pro praxi: větší důraz středního managementu zdravotnických zařízení na proces celoživotního zdělávání sester, podpora lidských zdrojů (supervize pro zdravotnické pracovníky a ucelenější příprava sester před nástupem na oddělení vyžadující specifické odborné požadavky).

7 SEZNAM LITERATURY

BĚLOHLÁVEK, Jan, 2012. Plicní embolie. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, **14**(5), 480- 485. ISSN 1212- 4184.

BOHUTÍNSKÁ, Marie, 2005. Profesionální stres u sester. *Sestra*. Praha: Mladá fronta **15**(10), 16-18. ISSN 1210- 0404

ELIÁŠOVÁ, Martina a Martin, VOLDŘICH, 2010. Co je první pomoc a neodkladná resuscitace a jak jí správně provádět. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **20**(1),25-27. ISSN 1210- 0404.

FRANĚK, Ondřej, 2011. Mimonemocniční náhlá zástava oběhu a neodkladná resuscitace v terénu. In: *zachrannasluzba.cz* [on-line]. Poslední aktualizace 1.4.2011 [cit.2012– 12- 18].
Dostupné z: http://www.zachrannasluzba.cz/zajimavosti/2010_resuscitace.pdf

HALUZÍKOVÁ, Jana a Zdeňka, ŘÍMOVSKÁ, 2010. Zvládání stresu a prevence jeho následků. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **20**(04), 26-27. ISSN 1210-0404.

HETCOVÁ, Dagmar, 2010, Nejčastější pochybení při KPR z pohledu sestry. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **20**(12), 70-71. ISSN 1210- 0404.

HLADÍKOVÁ, Lenka a Alena, ŠMÍDOVÁ, 2012. Jak to bude se vzděláním zdravotnických pracovníků. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **22**(11), 14-15. ISSN 1210-0404.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-183-9.

KASAL, Eduard, 2012. Život ohrožující krvácení. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, **14**(5), 520-526. ISSN 1212- 4184.

KOHOUTOVÁ, Ivanka, 2005. Legislativní úprava zdravotnického vzdělání. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **15**(11), 14-15. ISSN 1210- 0404.

Kolektiv autorů, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha : Grada. ISBN 978-1-58255-464-8

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

LEINWATHEROVÁ, Mária, 2010. Sociální dovednost jako součást sociálně-psychologického výcviku. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **20**(09), 28-29. ISSN 1210- 0404.

MÁLEK, Jiří et al., 2011. *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3642-6.

NEJEDLÁ, Marie et al., 2010. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. ISBN 978-80-7333-078-1.

NOVOTNÁ, Jaromíra, UHROVÁ, Jana a Jana JIRÁSKOVÁ, 2006. ***Klinická propedeutika pro střední zdravotnické škol***. Praha: Fortuna. ISBN 80-7168-940-8.

ONDŘIOVÁ, Iveta a Anna, SINAIOVÁ, 2011. Uplatňování holismu u kriticky nemocných. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **21**(9), 54-55. ISSN 1210- 0404.

PÍŤHA, Jan et al., 2003. *Akutní stavy na interním oddělení*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-326-1.

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.

POKOJOVÁ, Radomíra, 2006. Modulový systém specializačního vzdělání sester. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **16**(1), 13-14. ISSN 1210-0404.

Sbírka předpisů České Republiky. *Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]2010 [cit. 2012-12-20]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č.20, s. 482- 543. ISSN 1211-1244. Dostupný z <http://www.esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/navig?pos=uvod>

Sbírka předpisů České republiky. *Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb* [online]2012 [cit. 2012-12-21]. Dostupný z http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html

Sbírka předpisů České republiky. *Zákon č.105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon číslo 634/2004 Sb., o správných poplatcích, ve znění pozdějších předpisů.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č.40, s. 1053- 1055. ISSN 1211-1244.[online]25.3.2011[2012-12-18]. Dostupný z <http://www.uplnezneni.cz/zakon/105-2011-sb-kterym-se-meni-zakon-c-962004-sb-o-podminkach-ziskavani-a-uznavani-zpusobilosti-k-vykonu-nelekarskych-zdravotnickych-povolani-a-k-vykonu-cinnosti-souvisejicich-s-poskytovanim-zdravotn/>

Sbírka zákonů České republiky. *Narizení vlády č.31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.* [online]05.08.2011 [cit. 2012-12-21]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 10, s. 338-347. ISSN 1211-1244. Dostupný z http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacni-vzdelavani_1765_935_3.html

Sbírka zákonů České republiky. *Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.*[online]2012 [cit.2012-1-6].

Dostupný z http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c92/2012-sb-o-pozadavcich-na-minimalni-technicke-a-vecne-vybaveni-z_6082_2439_11.html

SIMONOVÁ, Iveta, 2010. Role stresu v práci zdravotnických pracovníků. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **20** (7-8), 24-25. ISSN 1210- 0404.

STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *Sestra reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: OVNZ. ISBN 80-7013-368-6.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie, NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *LIDSKÉ POTŘEBY VE ZDRAVÍ A NEMOCI: aplikované v ošetřovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠEVČÍK, Pavel, ČERNÝ, Vladimír, VÍTOVEC, Jiří et al., 2003. *Intenzivní medicína*. 2.rozš. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-042-8.

ŠKVRŇÁKOVÁ, Hana, 2011. Znalosti sester o BLS podle aktuálně platných guidelines. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **21**(7-8), 57-58. ISSN 1210- 0404.

ŠMÍDOVÁ, Alena, 2011. Malá novela zákona č. 96/2004. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **21**(6), 15-16. ISSN 1210- 0404.

ŠUSTEROVÁ, Dáša, 2009. Stres v práci sestry. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, **19**(11), 24. ISSN 1210- 0404.

TRUHLÁŘ, Anatolij, 2012. Kardiopulmonální resuscitace v nemocnici. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá fronta, 14(5), 520-526. ISSN 1212- 4184.

TRUHLÁŘ, Anatolij, KASAL, Eduard a Vladimír ČERNÝ, 2011. Přehled nejvýznamnějších změn v Doporučených postupech pro neodkladnou resuscitaci. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. Praha: ČLS JEP. **22**(2), 115-123. ISSN 1214-2158.

VALENTA, Jiří et al., 2007. *Základy chirurgie*. 2. dopl. přeprac. vyd. Praha: GALÉN. ISBN 978-80-246-1344-4.

VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2005. *Klinická propedeutika pro studující ZSF JU*. 5. vyd. České Budějovice: ZSF JU. ISBN 80-7040-837-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina et al., 2011. *Sestry v nouzi Syndrom vyhoření, lobbying, boxing*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-247-3174-2.

ZADÁK, Zdeněk, HAVEL, Eduard et al., 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2099-9.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Otázky k rozhovorům

PŘÍLOHA ČÍSLO 1

- Na jakém oddělení pracujete?
- Kolik je vám let?
- Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?
- Myslíte si, že jsou ve vaší profesi situace, které jsou nějakým způsobem náročné, pokud ano jaké?
- Vzpomenete si, jak jste se cítila těsně po nástupu na toto oddělení?
- Vzpomenete si, jak jste prožívala náročné situace v tomto období?
- Byly nějaké situace, z kterých jste měla obavy?
- Měla jste tenkrát podporu v někom z ošetrovatelského týmu?
- Myslíte si, že studium, které jste absolvovala před nástupem na toto oddělení, Vás profesně připravilo?
- Pociťujete nějakou změnu v souvislosti se zvládáním obtížných situací a délkou praxe?
- Máte pocit, že další vzdělání v oblasti akutní péče má své opodstatnění?
- Vyjmenovala byste konkrétní příklady, které považujete za přínosné pro oblast intenzivní péče?
- Které vzdělávání je dle vašeho názoru v tomto oboru postradatelné a proč?
- Jakou máte vy osobní zkušenost s dalším vzděláním?
- Bylo pro vás toto vzdělání přínosné?
- Cítíte se v současné době na krizové situace připravená?
- Co prožíváte při náhle vzniklé situaci, kterou je nutné bezprostředně řešit?
- Jsou nějaké situace, které řešíte velmi nerada, a zatěžují vás stále?
- Má Vaše zaměstnání souvislost s osobním životem a naopak?
- Přemýšlela jste někdy o odchodu z tohoto oddělení?
- Pokud ano, mohla byste mi sdělit, co bylo důvodem?