



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Anna Šnokhausová

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 09.05.2023

.....

Bc. Anna Šnokhausová

Poděkování

Mnohokrát děkuji paní PhDr. Andree Hudáčkové Ph.D., vedoucí mé diplomové práce, za její profesionální přístup a cenné rady, které mi byly při zpracování práce velice užitečné

Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči

Abstrakt

Diplomová práce pojmenovaná „Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči“, se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část se věnuje podrobnému popisu oddělení následné a dlouhodobé intenzivní péče a vysvětluje role sester, které plní ve své profesi.

Cílem této práce bylo zmapovat, jaké role plní sestry pracující na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče a která z rolí je podle nich nejdůležitější.

Pro dosažení toho cíle bylo zvoleno výzkumné šetření formou kvalitativního výzkumu. Empirická část diplomové práce byla zpracována pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů se sestrami, které pracují na těchto odděleních po celé České republice. Výzkumné šetření bylo provedeno v lednu roku 2023. V rámci výzkumu bylo uskutečněno deset rozhovorů se všeobecnými sestrami, sestrami s vysokoškolským titulem či sestrami s odbornou specializací. Po uskutečnění a zpracování rozhovoru v programu MAXQDA 2022, byly rozhovory analyzovány pomocí kategorizace dat a následným kódováním.

Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry znají základní role, dokážou je specifikovat, ale v praxi si jejich plnění příliš neuvědomují. Role sester se prolínají a díky nim mohou sestry dostatečně uspokojit potřeby pacienta.

Klíčová slova

Všeobecné sestry; následná intenzivní péče; dlouhodobá intenzivní péče; role sester

The role of nurses in follow-up and long-term intensive care

Abstract

The diploma thesis entitled „The role of nurses in follow-up and long-term intensive care“, consists of a theoretical and practical part. The theoretical part deals with a detailed departments description and explains the roles nurses fulfill in their profession.

The aim of this work was to map the roles performed by nurses working in follow-up and long-term intensive care units and which of the roles they believe is the most important.

In order to achieve that goal, a research investigation in the form of qualitative research was chosen. The empirical part of the diploma thesis was processed using the technique of semi-structured interviews with nurses who work in these departments throughout the Czech Republic. The research was carried out in January 2023. As part of the research, ten interviews were conducted with general nurses, nurses with a university degree or nurses with a professional specialization. After conducting and processing the interview in the MAXQDA 2022 program, the interviews were analyzed using data categorization and subsequent coding.

The research shows that nurses know the basic roles, can specify them, but in practice they are not very aware of their fulfillment. The roles of nurses are intertwined, and thanks to them, nurses can adequately meet the needs of the patient.

Keywords

General Nurses; follow-up intensive care; long-term intensive care; the role of nurses

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 HISTORIE NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ INTENZIVNÍ PÉČE	8
1.1.1 Charakteristika následné intenzivní péče	9
1.1.2 Charakteristika dlouhodobé intenzivní péče	11
1.2 PERSONÁLNÍ OBSAZENÍ NA JEDNOTKÁCH DLOUHODOBÉ A NÁSLEDNÉ INTENZIVNÍ PÉČE.....	12
1.2.1 Práce sester na jednotkách intenzivní péče	13
1.3 ROLE SESTER.....	13
1.3.1 Role ošetřovatelky	16
1.3.2 Role edukátorky	21
1.3.3 Role komunikátorky	24
1.3.4 Role advokátky.....	28
1.3.5 Role asistentky	28
1.3.6 Role výzkumnice a nositelky změn	29
1.3.7 Role manažerky	30
1.3.8 Role mentora	31
1.3.9 Role technického experta	31
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	33
2.1 CÍLE PRÁCE	33
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ	34
4 METODIKA VÝZKUMU	35
4.1 POUŽITÉ METODY	35
4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	36
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
5.1 STRUKTURA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	37
5.2 KATEGORIZACE ZÍSKANÝCH DAT	38
5.2.1 Kategorie 1 – Praxe v intenzivní péči.....	39
5.2.2 Kategorie 2 – Specifika péče	40
5.2.3 Kategorie 3 – Role sester.....	43
5.2.4 Kategorie 4 – Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči.....	45
5.2.5 Kategorie 5 – Odlišnost rolí	48
5.2.6 Kategorie 6 – Rozvíjení rolí	51
5.2.7 Kategorie 7 – Spolupráce s rodinou	54
5.2.8 Kategorie 8 – Nejdůležitější role sester.....	59
5.2.9 Kategorie 9 – Názor společnosti a přínos pro pacienta	61
5.2.10 Kategorie 10 – Ovlivnění rolemi	65
6 DISKUSE	69
7 ZÁVĚR.....	80
8 SEZNAM LITERATURY A INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	81
9 PŘÍLOHY	89
10 SEZNAM SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	91

Úvod

Téma diplomové práce „Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči“ bylo zvoleno na základě vlastních zkušeností autorky, získané během výpomocné práce na oddělení následné péče. Zajímavé je propojení následné a dlouhodobé péče s intenzivní péčí. Následná a dlouhodobá intenzivní péče plynule navazuje na péči anesteziologicko-resuscitačního oddělení a je tedy neoddělitelnou součástí komplexní péče o těžce nemocné pacienty. Ačkoli vzrůstá počet pacientů, kteří potřebují následnou či dlouhodobou intenzivní péči, v České republice je těchto specializovaných pracovišť nedostatek. Pro ucelenou rehabilitaci s pacienty je nezbytná kooperace zdravotnického personálu s rodinou nemocného. Kooperace rodiny přináší informace o pacientovi, čím docílíme lepší spolupráce s nemocným. Díky edukaci a motivaci dochází k lepšímu začlenění rodiny do ošetrovatelského procesu. Podstatou každé profese je, aby si člověk uvědomoval svou roli a následně s ní pracoval. Díky rozšiřování vzdělání a získávání nových zkušeností docílí sestry lepšího postavení ve společnosti.

Naše práce popisuje specifika péče a důvody pro přijetí pacienta na tyto jednotky. Dále je zaměřena na účast rodiny v ošetrovatelském procesu a zároveň i snahu sester o zapojení rodiny do ošetrovatelské péče o nemocného. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké role si uvědomují sestry pracující na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče a jaký je význam kooperace zdravotnického personálu s rodinou nemocného. Zjišťovaly jsme názory a zkušenosti sester s propuštěním pacienta do domácí péče a možnosti využití domácí umělé plicní ventilace.

1 Teoretická část

1.1 *Historie následné a dlouhodobé intenzivní péče*

Za počátek moderní medicíny byl považován rok 1950, ve kterém byl vytvořen program, který zajišťoval péči o nemocné v režimu ventilace a sedace v intenzivní péči. Velký rozvoj intenzivní péče začal převážně díky vývoji přístrojové techniky, která byla určena k monitorování a udržení funkcí orgánů. Významné byly počátky ventilačních přístrojů (nejprve primitivní železné plíce až po komerčně využívaný ventilátor Engstrom), společně s využitím dialyzační techniky. Tyto nově vznikající postupy a technologie poukazyvaly na to, že intenzivní péče o kriticky nemocného je odlišná od ostatních oborů a díky nim bylo možné hodnotit zdravotní stav pacienta přímo u jeho lůžka (Weil a Tang, 2011).

Jednu z prvních jednotek intenzivní péče založil Bjørn Ibsen v Kodani roku 1953, jako reakci na epidemii dětské obrny. Dále roku 1964 byla založena americkým kardiologem první koronární jednotka, která byla vybavena elektronickým systémem. Tento systém umožňoval kontinuální sledování činnosti srdce a dýchání (Slamková a Poledníková, 2013). První anesteziologické oddělení v Československu zřídil roku 1948 náčelník zdravotnické armádní služby genmjr. MUDr. J. Škvařil (nynější Ústřední vojenská nemocnice). Roku 1965 byl zahájen provoz prvního anesteziologického oddělení ve Všeobecné nemocnici v Praze a v roce 1967 bylo v Kladně otevřeno první oddělení s názvem anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Největším pokrokem byl však vývoj kvalitní přístrojové techniky, například terapeutické výkony pomocí defibrilátoru, kardiostimulace nebo rozvoj plicní ventilace. Avšak rozvoj techniky přinesl také i řadu otázek a je tématem k diskusi pro filozofii, církev, politiku i ekonomiku (Bartůněk et al., 2016). V praxi se ukázalo, že zhruba u deseti procent pacientů se rozvinul dlouhodobý stav celkové dekondice (neboli pokles fyzické, psychické či psychosomatické zdatnosti), který byl způsoben často chronickou nemocí. Tento stav vyžadoval pokračující podporu životních funkcí, často včetně umělé plicní ventilace (dále jen UPV).

V České republice spadají počátky dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče do roku 1998. Pražská Fakultní nemocnice v Motole založila oddělení chronické intenzivní péče neboli OCHRIP (Drábková a Hájková, 2018). Snahou tohoto oddělení byla jednotnost a návaznost péče o pacienty. Postupně přibývala lůžka pro dlouhodobou

a následnou péči v celé České republice (Drábková a Procházka, 2008). Prvních deset lůžek na této jednotce se osvědčilo, ale časem se lůžková kapacita ukázala jako nedostatečná. Dále zde scházela možnost návaznosti překladů do systematických pracovišť dlouhodobé intenzivní péče. V celé České republice se začala rozvíjet analogická síť těchto pracovišť. V menších nemocnicích byla zaváděna nová koncepce formy oddělení následné intenzivní péče (dále jen NIP) a dlouhodobé intenzivní péče (dále jen DIOP). Přibližně od roku 2010-2011 byly jednotky početně rozšiřovány podle zahraničních vzorců.

Jednotky NIP a DIOP ve Fakultní nemocnici v Motole vznikly z původního názvu oddělení chronické intenzivní péče čili OCHRIP. V roce 2015 byly tyto jednotky navýšeny o kapacitu lůžek. Společně s tím vznikly ambulantní složky pro pacienty s domácí umělou plicní ventilací. Jednotky NIP a DIOP jsou poměrně mladým oborem, který se začal v České republice rozvíjet koncem 20. století. DIOP je spíše hranice mezi intenzivní a následnou péčí. Hlavním cílem je doléčení, rehabilitace, podpora životně důležitých funkcí a paliativní péče (Drábková a Hájková, 2018).

Pokrok v oblasti zdravotní péče dnes umožňuje zajistit přežití mnoha pacientů (Swiss Med Clinic, 2016).

1.1.1 Charakteristika následné intenzivní péče

Následná intenzivní péče je velmi široký obor, který je poněkud neprávem jen okrajovým tématem diskusí intenzivistů. Zajímavé je, že i výzkum věnovaný této oblasti je realizován v poměrně menším počtu než výzkum věnovaný jiným oblastem intenzivní péče (Djakow, J., 2020). Jednotky NIP poskytují následnou lůžkovou péči, která je určena pacientům, u kterých byla stanovena diagnóza a došlo u nich ke stabilizaci zdravotního stavu. Jedná se o klienty po zvládnutí náhlých kritických nemocí či zhoršení kriticky chronické nemoci (Drábková a Hájková, 2018). Podle ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, je definováno oddělení následné intenzivní péče společně s bývalou jednotkou OCHRIP, jako oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče.

„NIP, dříve OCHRIP poskytuje intenzivní a resuscitační péči nemocným, u kterých již došlo ke stabilizaci kritického stavu, ale dále nejsou dostatečně některé životní funkce a nemocný je dlouhodobě závislý na určitém druhu intenzivní, respektive resuscitační péče. Je kladen důraz na programy rehabilitace a dlouhodobé intenzivní péče s podporou některé ze základních životních funkcí s přípravou na propuštění do domácí intenzivní péče, k domácí umělé plicní ventilaci, k domácí umělé výživě

apod.“ (ÚZIS ČR, 2016, s. 2-3).

Jednotky NIP se řídí zákonem č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách. Tento zákon definuje o následné intenzivní ošetrovatelské péči, která může plynule navazovat na intenzivní lůžkovou péči u nemocných, kteří jsou částečně či plně závislí na přístrojích, podporující základní fyziologické funkce (Drábková a Hájková, 2018). Hlavními cíli oddělení NIP je pokračovat v zavedené základní léčbě, dále pak snaha o odstranění závislosti podpory základních životních funkcí (zda-li to umožňuje povaha onemocnění), poskytnutí intenzivní fyzioterapie, zahájení nácviku základních životních návyků a překlad pacienta na jednotku DIOP nebo propuštění do následné ošetrovatelské či domácí péče (Swiss Med Clinic, 2016). Mezi další postupy patří pozvolné odpojování od UPV, přechod z parenterální výživy na enterální výživu s podporou popíjení a polykání neboli sippingu, podpora komunikace, zrušení punkční endoskopické gastrostomie a spolupráce pacienta či spolupráce s rodinou nemocného (Drábková, 2007).

Péče na jednotce NIP se liší od tradičně poskytované intenzivní péče převážně časovou náročností, organizací práce i svými specifickými postupy. Péče o klienty, je také ekonomicky, ale i personálně náročná. Pacienti, kteří jsou přijímáni na NIP mají zajištění dýchacích cest tracheostomickou kanylou a jsou podporováni UPV (Drábková a Hájková, 2018). Jedná se převážně o pacienty po úrazech hlavy, míchy, páteře, po závažných cévních mozkových příhodách či pacienty s chronickým onemocněním plic (Swiss Med Clinic, 2016).

Podle legislativy a organizačního rámce je pojem NIP zatím neustálen, i přes narůstající potřebu této specifické péče. V jiných zemích je NIP propracovaná podle různých modelů – jako jsou např. „weaning“ centra, která slouží k pomoci odvykání z UPV a jsou zřizována většinou mimo nemocniční zařízení. Vykazují si sama poskytovanou péči a pracují podle samostatných režimů a programů. Zároveň tato centra vytvářejí asociaci. „Weaning“ centra se nachází například v Anglii, Spojených státech, Kanadě nebo v Německu. Česká republika má existující legislativní podklady pro NIP, nicméně jednotlivá oddělení v republice pracují zejména podle aktuálních potřeb oddělení, ale nejednotně. Problematikou se zabývá Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) společně s Českou asociací sester.

Oddělení NIP přijímá pacienty ze všech typů intenzivních i resuscitačních oddělení, kdy jejich zdravotní stav je víceméně stabilní, ale vyžaduje i nadále podporu některé ze základních životních funkcí (nejčastěji podporu dechu). Na následnou intenzivní ošetrovatelskou péči může plynule navázat dlouhodobá intenzivní

ošetřovatelská péče. DIOP a NIP se dále řídí dle vyhlášky č. 99/2012 Sb. – vyhláška vypovídá o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Nedílnou součástí je i vyhláška č. 98/2011 Sb., vypovídající o zdravotnické dokumentaci (Drábková a Hájková, 2018).

1.1.2 Charakteristika dlouhodobé intenzivní péče

DIOP je pracoviště, kde je poskytována dlouhodobá lůžková intenzivní péče v souladu s § 9 odst. 2 písm. d) zákona č. 4 372/2011 Sb. o zdravotnických službách. Dlouhodobá lůžková péče, je určena pacientům, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit. Zdravotní stav pacientů se bez ošetřovatelské péče zhoršuje. Součástí této péče je poskytování též intenzivní ošetřovatelské péče klientům s poruchami základních životních funkcí. Nejčastěji se jedná o pacienty s poruchou vědomí nebo o klienty se závažnými neurologickými potížemi, jejichž stav již nevyžaduje umělou plicní ventilaci (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). Dále se jedná o pacienty s poraněním mozku, pacienty po náročných operacích, po resuscitaci nebo po cévních mozkových příhodách (Surgal Clinic, 2016). Na DIOP oddělení jsou převážně přijímáni pacienti z jednotek intenzivní péče (JIP), z jednotek ARO nebo NIP. DIOP se zaměřuje zejména na komplexní léčebnou a ošetřovatelskou péči, ergoterapii, rehabilitaci, logopedii, canisterapii, bazální stimulaci, ale i na duchovní pomoc (dochází nemocniční kaplan) a podporu nutriční, kterou zajišťuje nutriční terapeut (Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s., 2012). Klienti, kteří jsou hospitalizováni na DIOP jednotce, často trpí syndromem areaktivní bdělosti (dříve nazýváno jako apalický syndrom). Jedná se o klienty s neurologickým onemocněním, pacienty po polytraumatu či kraniotraumatu (Zachová et al., 2013).

Poskytovaná péče je formou denního režimu, který je individuálně určen na základě schopností a aktuálního zdravotního či psychického stavu klienta. Jednou z podmínek přijetí na DIOP oddělení je nezávislost na UPV a z důvodu neudržení průchodnosti dýchacích cest, jsou zajištěni tracheostomickou kanylou. Klientům se zde dostává zvýšené péče, včetně pravidelné toalety dýchacích cest, která zahrnuje nebulizaci, oxygenoterapii, odsávání z dýchacích cest a péči o samotnou tracheostomickou kanylu (Krajská nemocnice Tomáše Bati a. s., 2012).

1.2 Personální obsazení na jednotkách dlouhodobé a následné intenzivní péče

Oddělení NIP a DIOP je tvořeno týmy lékařských i nelékařských pracovníků, kteří pracují na základě svých kompetencí. Tým lékařů je vždy řízen vedoucím pracovníkem, primářem oddělení. Sesterská kategorie je vedena staniční a vrchní sestrou. Sestra manažerka řídí nelékařský personál včetně pomocného personálu. Zvýšení nároků na poskytování péče o nemocné posunulo úlohu dnešních sester výrazně od minulosti (Drábková a Hájková, 2018). Tato profese dnes patří mezi uznávané a náročné povolání. Sestry jsou pacientům nejbližší a tvoří spojnicí v komunikaci mezi ním, lékařem a rovněž i mezi pacientem a jeho rodinou.

Sestry pracující na jednotkách intenzivní péče by měly mít specializační vzdělání, která poskytují akreditační zařízení se získanou akreditací Ministerstva zdravotnictví k realizaci konkrétních typů vzdělání podle vzdělávacích programů. Do specializačního vzdělání jsou zařazeny pouze sestry, které mají způsobilost všeobecné sestry. Jedná se o specializaci v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Intenzivní ošetrovatelskou péči o dospělé pacienty může vykonávat pouze sestra se specializovanou způsobilostí v oboru Intenzivní péče. Tato odbornost je označována jako Sestra pro intenzivní péči – dříve nazývána jako ARIP (Bartůněk et al., 2016). Jednotky DIOP a NIP se dále řídí dle vyhlášky č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Na jednotkách NIP musí být přítomen: „a) anesteziolog nebo intenzivista 0,1 úvazku na lůžko, b) lékař s odbornou způsobilostí 0,1 úvazku na lůžko, z toho 50 % s certifikátem, c) chirurg, internista nebo neurolog - dostupnost, d) sestra pro intenzivní péči bez dohledu 1,0 úvazku, e) všeobecná sestra bez dohledu 0,6 úvazku na lůžko, z toho 50 % sestra pro intenzivní péči bez dohledu, f) všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent 0,7 úvazku na lůžko, g) sanitář, ošetrovatel nebo masér 1,4 úvazku na lůžko, h) fyzioterapeut bez dohledu 0,1 úvazku na lůžko a i) klinický psycholog nebo psychiatr – dostupnost“ (Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb).

Součástí této vyhlášky je i obsazení jednotky DIOP, která popisuje, že pokud je péče poskytována pacientům, kteří vyžadují dlouhodobou intenzivní péči, vyžaduje personální zabezpečení přítomnost anesteziologa, intenzivisty, chirurga, internisty nebo neurologa na 0,05 úvazku na lůžko a dále: „a) sestra pro intenzivní péči bez dohledu 1,0 úvazku, b) všeobecná sestra bez dohledu 0,5 úvazku na lůžko, z toho 25 % sestra pro

intenzivní péči bez dohledu, c) sanitář nebo ošetřovatel 0,5 úvazku na lůžko, d) fyzioterapeut bez dohledu 0,1 úvazku na lůžko a e) klinický psycholog nebo psychiatr – dostupnost“ (Vyhláška č. 99/2012 Sb., požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2012).

Důležitou součástí personálu jsou nutriční terapeuti a rehabilitační pracovníci (Zadák et al., 2017). Na tomto oddělení má své uplatnění i ostatní pomocný personál, jako jsou ošetřovatelky a sanitáři. Dalším důležitým členem týmu je logoped, dále klinický psycholog, ergoterapeut a jiní odborníci (Drábková a Hájková, 2018).

1.2.1 Práce sester na jednotkách intenzivní péče

Práce sestry v intenzivní péči je velmi rozmanitá a vychází ze specifík daného pracoviště. Sestry pracující na jednotkách intenzivní péče provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírají biologický materiál a orientačně jej hodnotí (zdali jsou výsledky fyziologické – zejména odběr krve či moči, KO, pH, koagulaci, HbA a ketolátky). Další náplní práce sester je měření a hodnocení fyziologických funkcí pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod dle indikace lékaře. Kompetence sester s odbornou specializací v intenzivní péči jsou katetrizace močového měchýře muže s následným sledováním bilancí tekutin. Nezbytnou součástí je i posuzování prioritních potřeb pacienta v situaci ohrožující život a měření i analýza fyziologických funkcí pacienta. Dále se jedná o podávání kyslíkové terapie, ošetření akutních a operačních ran, včetně dekubitů. Pečuje o dýchací cesty (hlavně u pacientů s tracheostomickou kanylou a u nemocných na UPV), tudíž se stará i o odsávání z dýchacích cest, vykonává činnosti u pacientů s akutním selháním ledvin, které vyžadují léčbu očišťovacími metodami krve. Hodnotí a ošetřuje centrální a žilní katétr, zajišťuje periferní žilní vstup a asistuje při zavádění centrální žilního vstupu (Kudlová, 2015). Z práce sester pracujících na jednotkách dlouhodobé a následné intenzivní péče vycházejí určité role, které jsou specifické pro toto povolání.

1.3 Role sester

Povolání sester prošlo mnoha změnami v krátkém časovém horizontu a neustále se formuje a rozvíjí (Lamb et al., 2018). Součástí každého povolání je očekávané a vyžadované chování, které nás zařazuje do společnosti a určuje naše postavení. Z toho vyplývá i role dané osoby, která je součástí legislativních norem (Plevová, 2018). Role sestry se odvíjí podle jednotlivých pracovišť a podle kontaktů v zaměstnání. Tato role je

určena podle kontaktu s pacientem, sestrami a lékařem. Úkolem sestry v ošetrovatelství je prevence, primární péče, udržování a podpora zdraví, paliativní péče a spolu s tím i umírání pacientů.

Modernizace a vzestup ošetrovatelství jde ruku v ruce s adaptací sester na rozvoj nových technologií, pomůcek, mezioborovou a mezinárodní spolupráci (Zacharová, 2017). Dle definice WHO (World Health Organization), je sestra osoba, která byla přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala požadovanou kvalifikaci, aby se stala sestrou s právoplatnou licenci k výkonu ošetrovatelské praxe. Sestry potřebují kompetence k tomu, aby se mohly rozvíjet, podporovat, udržovat zdraví a předcházet nemocem. Dalším úkolem sestry je pomáhat nemocným, rodinám či skupinám dosáhnout mentálního, fyzického i sociálního potenciálu a snaží se jej udržovat ve vazbě s prostředím, ve kterém nemocní žijí a pracují (Plevová, 2018). Dle Zacharové (2017) sestry hodnotí, plánují a poskytují svou profesionální péči v průběhu nemoci i v průběhu rekonvalescence. Péče zahrnuje fyzické, mentální i sociální aspekty života, které mají dopady na zdraví, nemoc a umírání (Zacharová, 2017).

Profesionální role sestry se skládá ze čtyř částí, které jsou součástí pracovní náplně tohoto povolání ve všech zdravotnických organizacích. První je autonomní role profesionálů. Zahrnuje veškeré odborné činnosti, jako je např. diagnostika lidských potřeb klienta, tvorba ošetrovatelských plánů s reálným nastavením ošetrovatelských intervencí bez indikace lékaře, pečlivé a správné vedení ošetrovatelské dokumentace, podpora pacientů či rodin v krizových situacích, prevence vzniku ošetrovatelských komplikací a nežádoucích situací, správné užívání ošetrovatelské terminologie a poskytování informací, které odpovídá daným kompetencím sestry. Druhou rolí je kooperativní role profesionálů. Jedná se o soubor aktivit, mezi které řadíme např. účelnou komunikaci v multidisciplinárním týmu, spolupráci v týmu (plnění ordinací lékaře), vzájemné respektování jedinců, kteří pracují ve zdravotnictví (bez ohledu na dosažené vzdělání) a zároveň respektování a dodržování kompetencí, které danému povolání přísluší. Třetí je výzkumná a rozvojová role profesionálů, která využívá nové postupy a technologie v oboru (např. princip bazální stimulace u pacientů v bezvědomí), odborné literatury, elektronické databáze ke spolupráci při výzkumných projektech, účast na tvorbě nových standardů a k celoživotnímu vzdělávání, které lze uplatnit při národní registraci sester nebo v případě využívání principů evidence based nursing (ošetrovatelství založené na důkazech). Poslední čtvrtou rolí je koordinační a řídicí role

profesionálů. Ta je zaměřena na koordinaci práce ošetrovatelského týmu, jak v roli primární sestry se zaměřením na prospěch pacientů, zaváděním skupinové ošetrovatelské péče, tak i na sledování a řízení kvality efektivnosti ošetrovatelské péče, pomocí ošetrovatelských auditů, hodnocení, řízení či mentorské činnosti (Ivanová, 2006; Marečková a Jarošová, 2005).

Sestra pracuje samostatně jako člen zdravotnického týmu (Zacharová, 2017). Úkolem sester je podporovat a aktivně zapojovat jedince, rodiny, komunity a sociální skupiny do všech forem zdravotní péče, čímž podněcují k sebedůvěře a samostatnosti v rozhodování při současném vytváření zdravého životního prostředí (Plevová, 2018). Ze sociologického hlediska mají sestry čtyři určité znaky role, které definují jejich povolání. Prvním znakem je funkční specifita. Určuje odbornost a udává specifické kompetence pro vykonávání povolání. Odbornost vyplývá ze získaného vzdělání a kompetence jsou vymezeny dle postavení sestry a daného pracoviště, kde povolání vykonává (Kutnohorská, 2007). Druhým nezbytným znakem pro vykonávání činnosti sestry je sociocentrismus, který je zaměřen na potřeby pacienta. Sociocentrismus je orientován na druhé osoby a je spojen s nezištností a schopností sebezapření (Juklová et al., 2015).

Dalším znakem je univerzalizmus, který zahrnuje stejný a univerzální postoj ke všem pacientům či kolegům bez ohledu na vlastní sympatie a antipatie (Kutnohorská, 2007). K univerzalizmu se váže i emocionální neutralita, která je podstatným faktorem pro výkon povolání sestry. Sestra musí být schopna podřídit emoce rozumové kontrole (Juklová et al., 2015). Funkcí sestry je členství ve zdravotnickém týmu, kde plní ošetrovatelsko-pečovatelství, expresivní, výchovné s instrumentální role. Dále zajišťuje poradenství, podporu a výchovu ve zdraví a v neposlední řadě plní i administrativní práci (Plevová, 2018).

S rozvojem doby sestry zastupují i další funkce ve vykonávání povolání. Kromě ošetrovatelských intervencí, vykonávají sestry i role, které přispívají nejen k rozvoji ošetrovatelství, ale i k rozvoji vlastní osobnosti. K současné základní struktuře profesních rolí sestry patří role ošetrovatelky, edukátorky, komunikátorky, nositelky změn, advokátky, poradkyně či výzkumnice. Mezi tyto základní role řadíme navíc role neznámé, např. roli technického experta. Dále jsou uvedeny i role doplňkové, kam zařazujeme roli konzultanta, tutora, zástupce pro socializaci, bezpečnostního technika, manažera životního prostředí nebo administrátora (Špirudová, 2015).

1.3.1 Role ošetrovatelky

Hlavním cílem sestry ošetrovatelky je poskytovat základní specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, vedoucí k uspokojení potřeb nemocného. Poskytovaná ošetrovatelská péče je ovlivněna diagnózou a zdravotním stavem pacienta. Jeho zdravotní stav se neustále vyvíjí, tudíž se rozvíjejí i potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči (Kapounová, 2020). Pobyť v nemocničním zařízení nesouvisí pouze s uzdravením těla, ale i vyrovnání se s nemocí. Každý člověk se vyrovnává a prožívá své onemocnění odlišně, proto je velmi důležité, aby zůstal hlavně „sám sebou“. S tím souvisí nejen uzdravení těla, ale i duše. Proto je nezbytné v tomto procesu naslouchat a napomáhat (Kalvach et al., 2011). Nemocní, jsou závislí na péči sester, které jsou mnohdy s pacienty v bližším kontaktu než s lékaři. Základní prioritou pro dlouhodobou a následnou intenzivní péči je udržet, zlepšit a navrátit zdravotní stav a životní funkce nemocného. Pacienti v dlouhodobé a následné intenzivní péči jsou dlouhodobě monitorováni a mají více invazivních vstupů. Úkolem sestry je kontrolovat pacienta, umět včas zasáhnout v kritických situacích, které nemocného ohrožují na životě. Dále musí sestra znát a umět obsluhovat přístrojové vybavení na svém pracovišti, které je nezbytnou součástí k zachování života pacienta. Péče zahrnuje správné rozhodování bez rychlého unáhlení, společně s kvalitním a efektivním zajištěním klienta (Drábková, 2018). Součástí rozvoje zdravého objektivního posuzování je nutností získat kritické myšlení neboli souhrn znalostí, dovedností, logiky, zdravého rozumu a intuice. Cílem kritického myšlení je správně identifikovat problém nemocného a následně včas zasáhnout bez metody pokus-omyl. Na rozvoj kritického myšlení mají vliv klinické zkušenosti a odborné ošetrovatelské znalosti. Podstatou je kladení otázek, které se týkají onemocnění, příznaků, diagnózy a snaha o nalezení nejvhodnějšího řešení, které neohrozí život klienta (Kapounová, 2020). Úkolem sestry tedy je, aby vždy pacienta vyslechla, byla trpělivá a znala potřeby nemocného.

Mezi základní potřeby nemocného hospitalizovaného v následné či dlouhodobé intenzivní péči patří dýchání, výživa, soběstačnost, vyprazdňování a psychická vyrovnanost (Kapounová, 2020). Velmi důležitá je motivace pacienta. Na motivaci se podílí celý tým, jehož cílem je vyvolat zájem ke spolupráci, vyvolat správný impulz a docílit spolupráce klienta.

Motivace je rozdělena na vnější a vnitřní. Vnější motivaci je ovlivněna okolím, jakožto působení rodiny, prostředí a ošetrovatelského personálu. Vnitřní motivaci si pacient vytváří sám. Jsou to například myšlenky či hybné síly, které si pacient uvědomuje

(Drábková a Hájková, 2018).

Další potřebou je dýchání, které patří mezi základní biologické potřeby každého člověka a je předpokladem pro lidskou existenci (Kapounová et al., 2020).

Jednou z nejzákladnějších domén intenzivní péče je zajištění dýchacích cest. U pacientů na jednotkách DIOP či NIP jsou zajištěny dýchací cesty nejčastěji tracheostomickou kanylou (dále jen TSK) (Šamánková et al., 2011).

Indikací k vytvoření TSK je několik. Patří sem mechanická obstrukce dýchacích cest, nádorové onemocnění dýchacích či polykacích cest, nedostatečná průchodnost dýchacích cest a další jiné příčiny. U pacientů v intenzivní péči je nejčastější příčinou porucha ventilace, kdy je nezbytné zajistit dýchací cesty (Hahn et al., 2019). Jsou dva typy tracheostomických kanyl, které u těchto pacientů můžeme používat – plastové a kovové. Nicméně využívají se převážně plastové kanyly, které se mění jedenkrát týdně (Ferko et al., 2015).

Péče o TSK spadá do kompetencí všeobecných sester. Do kompetencí řadíme pečlivou a šetrnou toaletu dýchacích cest, dechovou rehabilitaci, zvlhčování dýchacích cest nemocného včetně předcházení komplikacím (Drábková a Hájková, 2018). Na jednotkách DIOP či NIP sestry poskytují péči o tracheostomii každý den. Okolí stomie je nutné dezinfikovat a postup musí být přísně aseptický, čímž zamezí vzniku infekce. K hygieně dýchacích cest se využívá elektrická odsávačka, která odsává bronchiální sekret a dále je zapotřebí zvlhčovat vzduch nebulizátorem, aby nedošlo k vysušení sliznice. U TSK je důležitá kontrola těsnění kanyly a pravidelná výměna (Ferko et al., 2015). Zrušení kanyly (dekanylace) je pouze v kompetencích lékařů (Drábková a Hájková, 2018). Hlavním principem NIP jednotek je trvalé odpojení pacienta od ventilačního přístroje neboli weaning. Díky pokroku vědy a medicíny se prodlužuje doba přežití pacientů. Tito nemocní vyžadují déletrvající (prolonged) či dlouhodobou podporu umělé plicní ventilace (long-term mechanical ventilation). Jak také dokládá řada prací, trvale stoupá množství pacientů s dlouhodobou ventilační podporou nebo s prodlouženou dobou weaningu. Prolongovaný weaning definujeme jako weaning klientů, u kterých pokus o weaning tři a vícekrát selhal nebo u kterých trvá weaning déle než 7 dní od prvního pokusu o spontánní ventilaci (spontaneous breathing trial, SBT). Djakow (2020) tvrdí, že úspěšný weaning ovlivňuje i vhodně zvolený typ ventilace (Djakow, 2020).

Dalším nezastupitelným prvkem intenzivní péče je péče o komplexní výživu pacienta. Hlavním důvodem indikace umělé výživy je pokrýt normální příjem potravy,

který závisí na povaze onemocnění, též i výchozím stravováním nemocného (Bartůněk et al., 2016). U každého pacienta je nezbytná nutriční terapie, která snižuje pravděpodobnost zhoršení zdravotního stavu nemocného (Zanten et al., 2019).

Většina pacientů v intenzivní péči, jak již bylo uvedeno výše, nemůže přijímat potravu ani tekutiny perorálně.

Umělou výživu rozdělujeme na parenterální, enterální a často také kombinovanou. Parenterální výživa se využívá v případě, kdy je kontraindikována enterální nebo pokud není tolerována pacientem. Dále rozlišujeme parenterální výživu dle místa podání do žilního systému na centrální a periferní (Bartůněk et al., 2016). Výživu dělíme na totálně parenterální, doplňkovou parenterální a speciální orgánově specifickou výživu. Vždy je podstatné určit předpokládanou délku, správný typ výživy a vhodně zvolený žilní vstup (centrální žilní katétr, periferní žilní katétr či tunelizovaný katétr) (Vytejšková et al., 2015). Dříve se využíval systém více láhví (Multi-bottle), při němž se jednotlivé komponenty mísily až při podání více láhví. Tento systém byl nevýhodný, a tak vznikl nový systém parenterální výživy, systém vaků All in One, který je dnes preferován. Tento systém představuje lékárensky připravené vaky o větším objemu, kde se nacházejí jednotlivé komponenty výživy. V případě, že má pacient funkční trávicí trakt, je indikována enterální výživa. Využívá se buď formou perorálních doplňků, tzv. sipping (pokud je možnost příjmu per os), stomií či formou nazálních sond (Bartůněk et al., 2016). Enterální výživu dělíme podle zahájení nutriční podpory na bezprostřední, časnou nebo pozdní enterální výživu. Zadák (2017) společně s dalšími autory popisuje ve své knize, že časná enterální výživa je přínosná pro pacienty v kritickém stavu a také snižuje morbiditu (Zadák et al., 2017). Nejčastější formou aplikace enterální výživy je pomocí nasogastrické či nasoenterální sondy, nebo výživné stomie. Mezi nazální sondy řadíme nasogastrické, nasoduodenální a nasojejunální sondy. Pro dlouhodobé podávání enterální výživy volíme spíše perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG), nebo jejunostomii (PEG-J) (Bartůněk et al., 2016). Mezi hlavní indikace pro zavedení PEG je neschopnost pacienta přijímat tekutiny ani stravu ústy po dobu déle než tři týdny. Příčinou mohou být neurologické či obecně oslabující poruchy a orofaryngeální či ezofageální obstrukce (Tham et al., 2017). Rozhodnutí k založení PEG není pouze rozhodnutím o technickém provedení výkonu, ale jedná se tak o novou etapu života dlouhodobé enterální výživy s působením celé řady podstatných dopadů (sociální, zdravotní a ekonomické). Cílem této metody je optimální výživa jedince a zlepšení či udržení kvality života nemocného. Pro zavedení PEG musí být splněny tyto podmínky: základní indikace,

stanovení léčebného cíle, kterého chceme dosáhnout a informovaný souhlas. Pokud není jedna z podmínek splněna, z etického hlediska není možné sondu PEG zavést (Druml et al., 2016). Po zavedení PEG kontroluje všeobecná sestra celkový stav pacienta, monitoruje fyziologické funkce, kontroluje místo operačního vstupu, kde byl PEG zaveden (Vytejšková, 2013). Dalším úkolem všeobecné sestry je pravidelný převaz, minimálně po dobu 14 dnů a kontrola místa zavedení (Kianička, 2012). Při převazu je místo zavedení ošetřeno vždy aseptickým postupem (za nepřítomnosti mikroorganismů) pomocí dezinfekce, sterilních nástrojů a sterilního materiálu (Vytejšková, 2013). Správným ošetřením je eliminován počet pozdních komplikací (Kianička, 2012). Stav rány a použitý materiál si sestra denně zapisuje do ošetrovatelské dokumentace. Podstatné je všimnout si změn v okolí zavedené sondy, které mohou poukazovat na infekci. Pokud se objeví krvácení, zarudnutí místa, bolestivost či sekrece z rány, musí sestra informovat lékaře. Zhruba po 14 dnech dochází ke zhojení rány, tudíž se převaz provádí jednou až dvakrát týdně. Sonda se pravidelně otáčí o 360 stupňů a zanořuje o 2-3 cm do žaludku. Poté se opět povytáhne a správně zafixuje. Je důležité, aby sestra či pacient sondu pravidelně otáčeli a zanořovali. Péči o PEG provádí v nemocničním prostředí všeobecná sestra a v domácí péči sám pacient či jeho rodina (Vytejšková, 2013).

Přípravky enterální výživy rozdělujeme na nutričně kompletní preparáty, které obsahují celé spektrum živin, preparáty nekompletní nebo doplňkovou výživu. Standardní enterální výživa se dělí podle nároků na trávení. Sem řadíme polymerní nutričně definované preparáty, které mají poměrně nízkou osmolalitu a pro proces trávení vyžaduje přítomnost pankreatických enzymů. Dále jde o chemicky definovanou enterální výživu, která se dělí na elementární a oligomerní. Indikují se u pacientů s těžkou nedostatečností trávicího traktu, jako jsou poruchy trávení a vstřebávání (Bartůněk et al., 2016). K uspokojení těchto potřeb a kvalitní péči o nemocného jsou nezbytné zkušenosti sester, vzdělání, dovednosti a rozvíjení jednotlivých rolí.

Mezi základní potřeby řadíme i potřebu psychické vyrovnanosti. Zdravotnický personál si často neuvědomuje, že pacient ztrácí životní rytmus, stravovací zvyklosti, prestiž, kontakt s rodinou nebo možnost různých aktivit. Pacient se nachází v cizím prostředí s cizími lidmi. Čelí tak obavám o vlastní zdraví, trpí nespavostí, bolestmi a mnoha omezeními, které intenzivní péče zahrnuje. Nedostatek či narušení spánku bývá v intenzivní péči velmi časté (Kapounová et al., 2020). Mezi rušivé elementy může patřit jiný neklidný pacient, zvuky přístrojů, alarmů, hlučná konverzace personálu nebo jiný provozní hluk. Úlohou sestry je omezení hluku na minimum, obzvláště ve večerních

hodinách (Šamánková et al., 2011). Další nezbytnou potřebou, která vede k psychické pohodě, je pocit bezpečí a jistoty. Klient dlouhodobou hospitalizací ztrácí pocit bezpečí z důvodu nedostatku informací, obav z výkonů, bolesti, nebo nesoběstačnosti. Úkolem zdravotnického personálu je v pacientovi vzbudit pocit bezpečí. Předcházíme tomu např. i trpělivostí, empatií, nasloucháním, psychickou podporou a plněním potřeb. Na všechny tyto situace má pacient právo reagovat, což se často projevuje úzkostí, agresí, depresí nebo jinými poruchami chování. K tomu, aby byl pacient v psychické pohodě, lze přispět návikem soběstačnosti, minimalizací nebo odstraněním bolesti, komunikací s ním, odstraněním hluku a zajištěním nemocnému dostatečný odpočinek a spánek (Kapounová et al., 2020).

Role ošetřovatelky v dlouhodobé a následné intenzivní péči je velmi obsáhlá a v mnoha ohledech i specifická, jelikož zahrnuje i poskytování bazální stimulace. Bazální stimulace je pedagogicko-ošetřovatelský koncept, který podporuje lidské vnímání v bazální rovině. Tento koncept je zaměřen na všechny oblasti lidských potřeb, poskytuje stimuly pro psychomotorický vývoj, stimuluje komunikaci, hybnost a vnímání. Předpokladem pro správnou strukturu péče je práce s člověkem, jeho životními potřebami a s rituály, na který je zvyklý (Friedlová, 2015). Bazální stimulace je využívána zejména v intenzivní péči. Během bazální stimulace by měly sestry přistupovat k pacientovi jako k sobě rovnému partnerovi a komunikovat s ním (Kapounová, 2020). Friedlová (2015) tvrdí, že vnímání sebe sama, je předpokladem k pohybu a komunikaci s okolím. Jestliže je okolní prostředí málo podnětné, z jakéhokoli důvodu může dojít k sensorické deprivaci. Pokud není dostatečná pohybová aktivita, hrozí motorická deprivace nemocného (Friedlová, 2015). Prvky stimulace jsou rozděleny na základní a nastavbové prvky bazální stimulace. Zvolení druhu stimulace je u každého pacienta individuální a určuje se na základně biografické anamnézy, kde je vždy zohledněn celkový stav pacienta. Sestra hodnotí psychické a zdravotní aspekty, které by mohly ovlivnit stav klienta (Ševčíková, 2015). Stimulace je zaměřena na určité vjemy.

Principem somatické stimulace je podpora vnímání vjemů z povrchu těla přes kožní percepční orgány. Tuto stimulaci lze aplikovat při celkové koupeli, masáži stimulující dýchání, polohování, zábaly těla či samotným dotykem. Vestibulární stimulace je zaměřena na vnímání pohybů, uvědomování si své polohy a také na prostorovou orientaci (Kapounová, 2020). K uvědomění polohy těla pacienta slouží také vibrační stimulace, která má za cíl posílit stabilitu člověka. Je využívána například u pacientů s hlubokou mentální retardací nebo u pacientů ve vigilním kóma. Zde jsou

využívány poklepové masáže, hudební nástroje, mluvené slovo, klepání či chvění (Friedlová, 2015). Do nastavbových prvků bazální stimulace řadíme stimulaci auditivní neboli sluchovou, která je prováděna pomocí známých zvuků, jako je např. oblíbená hudba, televize, čtení knihy nebo zpěv (Kapounová, 2020). Pro optickou neboli zrakovou stimulaci platí komplexní přístup, tzn. kombinace optické, somatické a vestibulární stimulace. Zrakové vnímání umožňuje připomínat nemocnému, na co byl doposud zvyklý, jako je např. rodina, záliby či domácí mazlíčci. K zrakové stimulaci lze využívat fotografie, barvy, výzdobu prostředí nebo oblíbené předměty (Friedlová, 2015).

Pomocí vjemů v dutině ústní lze aplikovat i stimulaci orální. Podáváním oblíbených nápojů a jídla, jsou stimulovány chuťové pohárky a zlepšuje se tak příjem per os (Kapounová, 2020). Olfaktorická (čichová) stimulace je významný provokatér vzpomínek. Vůně či pachem lze vyvolat vzpomínky na roční období, osobu nebo pozitivní i negativní situaci. Do péče lze zařadit vůně toaletních potřeb klienta, jídla nebo vůně spojenou s prostředím (pacient pracoval v lese – kousek dřeva, stromů, smůly). V poslední řadě se budeme zabývat taktilně-haptickou stimulací, která je založena na schopnosti hmatu čili rozpoznávat předměty a známé materiály. Do taktilně-haptické stimulace je důležité zařadit biografii klienta, tzn., co měl nemocný rád, na co byl zvyklý, pracovní život nebo jeho koníčky. Cílem této stimulace je stimulace motoriky rukou, budování vztahů a důvěry, změna svalového napětí nebo například stimulace vnímání a aktivity mozkové kůry (Friedlová, 2015). V důsledku zajišťování ošetrovatelské péče vstupuje sestra do role koordinátorky, která umí plánovat a realizovat ošetrovatelské činnosti (Fulton et al., 2021).

Navazující rolí je role edukátorky. Ta obnáší edukaci pacientů a rodin v důsledku onemocnění a komplexní rehabilitace, následné léčby a ošetrovatelských intervencí (Fulton et al., 2021).

1.3.2 Role edukátorky

Termín edukace lze definovat jako proces, kde je soustavně ovlivňováno jednání a chování jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho postojích, návycích, dovednostech a vědomostech. Je běžnou součástí denní činnosti zdravotnických pracovníků a stává se tak důležitým aspektem ošetrovatelské praxe (Juřeníková, 2010). Součástí je edukační proces, který umožňuje interakci mezi sestrou, pacientem nebo rodinou nemocného. Prvním členem edukačního procesu je edukátor, tedy ten, kdo je aktérem edukační aktivity. Druhý člen, tedy edukant, je obecným subjektem edukačního

procesu, bez ohledu na pohlaví, věk nebo prostředí. V ošetrovatelství je edukátorem osoba, která je zároveň koordinátor, iniciátor a organizátor edukačního procesu (Průcha, 2013).

Sestra edukátorka se aktivně podílí zejména na prevenci a upevňování zdraví. Snaží se předcházet komplikacím a vede nemocné k soběstačnosti či rozvoji sebeobslužných činností. Cílem této role je také naučit pacienta i jeho rodinu nácvičku pomocných praktických dovedností a dosáhnout tak relativně spokojeného žití (Plevová, 2018).

K dosažení cílů je důležité budování vztahu mezi sestrou a pacientem, který mezi nimi podporuje motivaci, důvěru a učení. Edukační činnost má vliv v mnoha oblastech na práci s klientem, a proto je považována jako jedna z důležitých rolí. Jedná se o specifické činnosti, které vedou nejen k soběstačnosti pacientů, ale i k využití nových možností léčby a podpory zdraví. Edukace je vnímána v rámci adaptačního procesu jako vzdělávání, ke kterému může docházet i u klientů v přirozeném domácím prostředí (Šulistová a Trešlová, 2012).

Díky správné edukaci lze některé pacienty z dlouhodobé a následné péče propustit do domácího prostředí. Důležitým aspektem ošetrovatelské péče je zapojení rodiny do nácvičky ošetrování pacienta již během hospitalizace. Rodina se tak lépe připraví na domácí ošetrování blízkého (Doležil, 2010).

Standardní edukace při propuštění klienta je zaměřena na jeho léčbu, ošetrování, návštěvy lékaře, zdroje informací a pomoc při ošetrování či kontakty na zajištění některých pomůcek a zdravotnického materiálu. Pokud není pacient schopen edukaci v celém rozsahu porozumět (týká se často pacientů v DIOP či NIP), jsou edukováni hlavně jeho nejbližší příbuzní nebo blízká osoba. Ti mají možnost se kdykoli obrátit telefonicky či osobně na kompetentní pracovníky zařízení, kde pacient pobýval a požádat je o radu nebo potřebné informace (Malíková, 2020).

Péče o nemocného člověka v domácím prostředí je rozdělena na péči neformální a pečovatelskou v kontextu rodiny. Neformální péče je charakterizována jako péče probíhající 24 hodin denně a 365 dní v roce o nesoběstačného pacienta ve vysokém stupni závislosti. U nemocného je nepřetržitě pečovatelská, který vykonává časově náročnou činnost. Pokud není nemocnému poskytnuta pomoc, je vystaven při dlouhodobé péči riziku psychického či fyzického vyčerpání a společenské izolaci (Michalík, 2011).

V průběhu života každého člověka se mohou vyskytnout těžké životní události, které vyžadují rozhodnutí, zda je přijmout či nepřijmout nepředvídatelnou novou roli,

často v krátkém časovém horizontu. K těmto událostem řadíme bezpochyby rozhodování o zaopatření příbuzného, který je v důsledku svého nepříznivého zdravotního stavu závislý na pomoci druhých. Rozhodnutí rodiny, zdali o blízkého pečovat v domácím prostředí, nebo bude přenechán institucionálním zařízení, je založena na mnoha faktorech. V České republice je tato problematika zatím na začátku. Pro rodinu nemocného i pro další blízké osoby je tato péče výraznou životní změnou. Příbuzní přijímají nové role a zároveň podstupují zkoušku rodinných vztahů a vazeb. Na možnostech uskutečnění domácí péče se podílí i další faktory, jako jsou např. podmínky bydlení, dostupnost sociálních služeb, zdravotní stav pečujících osob, finanční zabezpečení nebo i sladění péče se zaměstnáním (Jeřábek et al., 2013).

Edukace v NIP je specifická a může se například zaměřovat na edukaci rodiny o domácí umělé plicní ventilaci (dále jen DUPV), kterou klienti často potřebují k životu v domácím prostředí.

Pacienti, kteří nejsou schopni odpojení od UPV, jsou po ukončení hospitalizace z NIP propuštěni do domácího prostředí. Ventilace nemocného je zajištěna domácí umělou plicní ventilací (DUPV) s připojením na koncentrátor kyslíku (Drábková a Hájková, 2018). DUPV funguje na stejném principu jako ventilátor v nemocničním zařízení. Díky své hmotnosti a menším rozměrům, umožňuje nemocným volný pohyb v domácím prostředí. DUPV tak zvyšuje kvalitu života nemocného, který může být doma se svou rodinou (Kočová et al., 2017). Pro umožnění získání DUPV je nezbytný formulář předložený zdravotnickým zařízením se souhlasem statutárního zástupce. Zařízení musí být rovněž poskytovatelem a garantem péče o nemocného. V případě, že se zdravotní stav nemocného zhorší, přebírá ho do své péče.

Dalšími podmínkami v žádosti o DUPV jsou osobní údaje nemocného, stanovení osoby, která je zodpovědná za ošetřování (manžel/ka, rodič) a psychologické vyšetření pacienta a osob, které o něj budou pečovat. Žádost zahrnuje zajištění péče v případě komplikací, sociální situaci rodiny, stanovení ošetřovatelského a léčebného plánu a seznam všech osob a institucí, které se podílejí na DUPV. K žádosti se připojuje vyšetření dalšími odborníky, kteří posuzují nejen základní diagnózu, ale i přidružená onemocnění (Bartůněk et al., 2016).

Domácí ventilace je indikována u pacientů, kteří musí být ventilováni po dobu 24 hodin, popřípadě jsou schopni spontánního dýchání v krátkých epizodách. Poskytnutí DUPV je možné pouze v domácím prostředí (Drábková a Hájková, 2018). Pečující osoba je důkladně proškolená v obsluze a manipulaci s technikou. Zaškolení dané osoby nesmí

přesáhnout 28 dní od předání přístroje. Pokud je překročena stanovená lhůta, zvažuje se, zdali je možné propuštění nemocného do domácí péče (Bartůněk et al., 2016).

1.3.3 Role komunikátorky

Sestra komunikátorka formuje vztahy nejen mezi sestrou a pacientem, ale i mezi celým multidisciplinárním týmem. Na jednotkách intenzivní péče se nacházejí pacienti ve vážném stavu, tudíž se zde komunikace mezi zdravotním personálem a pacientem liší nejen technikou, ale i celkovým přístupem. V porovnání s komunikací s pacienty na standardním oddělení je způsob komunikace v intenzivní péči odlišný (Tomová a Křivková, 2016). Cílená, efektivní, vědomá a profesionální komunikace není jen nadstavbou, ale měla by být přímou součástí. Z etického a odborného hlediska kontinuální vzdělávání v oblasti komunikace je nedílnou součástí výkonu medicínských profesí (Ptáček et al., 2011).

Pro bezpečné poskytování péče o pacienta je nezbytná komunikace mezi lékařem a ostatním zdravotním personálem. Komunikace probíhá převážně mezi sestrou, pacientem a jeho blízkými osobami. Jedním z nejčastějších etických problémů je rozhovor mezi sestrami, které pracují na jednotkách intenzivní péče (Heřmaňová et al., 2012). V dlouhodobé intenzivní péči sestra využívá různé metody komunikace s pacientem. Tyto metody slouží ke správné a efektivní komunikaci. Vždy záleží na celkovém zdravotním stavu pacienta a na stavu jeho vědomí (Tomová a Křivková, 2016). Základem je nalezení šetrného způsobu komunikace, který je výhodný pro pacienty, ale i pro personál. Cílem komunikace je uspokojení biologických, spirituálních a psychických potřeb nemocného. Mezi nejvýznamnější nástroje komunikace řadíme osobnost zdravotníka, osobní zralost, profesionalitu a rozvinuté autoregulační mechanismy (Vévoda et al., 2013).

V těchto zařízeních se nejčastěji setkáme s pacienty s tracheostomií, proto jsou schopni vyjadřovat hlasové projevy a komunikuje pouze neverbálně. Tito pacienti jsou v hluboké analgosedaci nebo v bezvědomí a nedokážou kvalitně vnímat okolí. Odpověď na bolest nebo oslovení se může projevovat grimasou, zatětím končetin, změnou fyziologických funkcí nebo je bez reakce. Dále se zde nacházejí pacienti při vědomí s nutnou podporou UPV, kteří nejsou schopni hlasového projevu. Dochází k vyřazení hlasivkových vazů z důvodu zavedení tracheostomické kanyly. Neschopnost vyjádřit se často způsobuje depresi, agresi, hněv a netrpělivost pacienta. Proto je velmi důležitá trpělivost a empatie sestry v komunikaci s nemocným. U pacientů, kteří nejsou schopni

komunikovat, se využívají různé alternativní metody pro komunikaci (Tomová a Křivková, 2016). Pro pacienta, který je na UPV, je nejjednodušší forma komunikace formou otázek typu ano a ne, nebo pomocí tužky a papíru (Prusenovská a Zeleníková, 2016). Další možnost komunikace s pacientem je iniciovaný dotek, který je součástí bazální stimulace. Princip této metody spočívá v dotyku ruky, kterým dáváme pacientům najevo naši přítomnost u lůžka a zároveň i kdy naše přítomnost končí. Na základě biografické anamnézy je zvoleno nejvhodnější místo na těle nemocného, nejčastěji to je paže, ruka, nebo rameno. Dále je třeba iniciovaný dotek podpořit verbálně (oslovení, pozdrav). Pro klienta je přínosné, pokud je iniciovaný dotek respektován, a proto se zaznamenává společně se zvoleným místem do dokumentace.

Spontánně dýchající pacienti v úrovni plného vědomí, mají zajištěné dýchací cesty, nejčastěji tracheostomickou kanylou (TSK). Důležité je pacienta zapojit do procesu učení, aby byl schopen komunikovat se zdravotnickým personálem a svou rodinou. Úkolem sestry je pomoci pacientovi najít vhodný způsob komunikace, snaha o rozvíjení a učení mluvy. Mohou se využívat i alternativní pomůcky k usnadnění komunikace (Tomová a Křivková, 2016). Pacienti v následné či dlouhodobé intenzivní péči mají často omezené komunikační schopnosti, zejména kvůli poruchám vědomí, hybnosti nebo zajištění dýchacích cest endotracheální kanylou (Bartůněk et al., 2016).

Ztráta hlasu u pacientů na UPV nemusí být však trvalá. Pokud je možnost částečného odpojení nemocného, otevírá se možnost obnovení řeči neboli fonace. Dostupnou pomůckou je TSK s vyjímatelnou vložkou či fonační chlopní. Hlas je založen na principu nádechu, který jde přes membránu a výdech proudí kolem hlasových vazů. Dále proudí ústy ven, čímž vytváří hlas. Díky hlasu dochází ke komunikaci, ale i k sebevyjádření (Drábková a Hájková, 2018). U nemocných s poruchami vědomí, vnímání nebo pohybu, nejčastěji využíváme koncept bazální stimulace (Bartůněk et al., 2016).

Komunikace a spolupráce s rodinou

Komunikace s rodinou je jedna z nejnáročnějších oblastí komunikace pro řadu zdravotníků. Je to však příležitost, jak získat rodinu pacienta ke spolupráci (Vévoda et al., 2013). Drábková s Hájkovou (2018) tvrdí, že kontakt a spolupráce s rodinou, jsou nezbytnou součástí péče o pacienta na NIP a DIOP (Drábková a Hájková, 2018). Zdravotnický personál by se měl držet zásad komunikace s příbuznými, být taktní, vstřícný a důvěrně chránit osobní informace o nemocném.

Pravidelné a opakované sdělování informací o zdravotním stavu klienta je důležité pro nemocného i pro rodinu (Vévoda et al., 2013). Informace o zdravotním stavu pacienta podáváme pouze osobám se souhlasem pacienta.

V intenzivní péči často není možné získat tento souhlas. Ze zákona mají právo získat informace pouze osoby, které jsou pacientovi blízké. Mezi blízké osoby řadíme přímé příbuzné, sourozence, manžela či manželku nebo partnera podle zákona o registrovaném partnerství (Heřmanová et al., 2012). Jedná-li se o hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu podle § 38 odst. 1, písm. b) a c) (důvodem je zdravotní stav, který vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň není možné, aby umístěný vyslovil souhlas s hospitalizací). V tomto případě má poskytovatel zdravotních služeb zákonnou povinnost oznámit tuto skutečnost do 24 hodin soudu. Soud zahájí detenční řízení a stanoví opatrovníka (Černá Pražíková et al., 2015).

V následné i dlouhodobé intenzivní péči se můžeme často setkat s omezením svéprávnosti pacientů. V případě, že soud rozhodne, že určitou osobu omezí v její svéprávnosti (tzn. způsobilosti nabývat pro sebe vlastním jednáním práva a zavazovat se povinnostem), stanoví se opatrovník. V případě poskytování péče takové osobě, se musí zdravotnický personál seznámit s uvedeným rozhodnutím, aby věděl, v jakém rozsahu může rozhodovat sám pacient a v jakém za něj opatrovník (hlavně určení osoby, která je stanoveným opatrovníkem). Při potřebě získání informovaného souhlasu, kdy bude rozhodovat opatrovník, se neposkytují plné informace pouze opatrovníkovi, ale v přiměřeném rozsahu i samotnému pacientovi. Přiměřenost poskytování informací se odvíjí od toho, co je pacient schopen pochopit. Nový občanský zákoník připustil vznik tzv. opatrovnické rady, čím zdravotníkům zkomplikoval danou situaci. Jedná se o orgán, který může, ale nemusí být vytvořen. Pokud však opatrovnická rada vznikne, je její úlohou dohlížet na řádný výkon činností opatrovníka. V případě, jedná-li se o rozhodnutí o veškerých zásazích do integrity pacienta (nejedná-li se o výkon bez závažných následků), potřebuje opatrovník k platnosti svého jednání souhlas opatrovnické rady (Policar, 2014).

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník upravuje otázky související s péčí o osobu, která není schopna se o sebe postarat a potřebuje ochranu a pomoc v řešení svých záležitostí. Jedná se o osoby např. s tělesným či duševním postižením, starší osoby nebo lidé, kteří se ocitli v bezmocné situaci. Občanský zákoník stanoví postup pro řízení opatrovnictví, jeho ukončení a kontrolu rozhodování opatrovníka. Definuje povinnosti a odpovědnost opatrovníka a stanovuje, jakým způsobem může být opatrovnictví

prováděno. Povinností opatrovníka je chránit práva a zájmy opatrovance a starat se o jeho blaho. Mezi jeho úkoly patří např. péče o majetek opatrovance, správa jeho financí, rozhodování o léčbě a výchově nebo zajištění jeho základních potřeb. Občanský zákoník upravuje také práva a povinnosti dalších osob, které se podílejí na péči o opatrovance. Jedná se např. o zdravotníky, soudy, sociální pracovníky a další veřejné orgány (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník). Spolupráce a komunikace mezi zdravotnickým personálem a opatrovníky, či zastupujícími osobami je nesmírně důležitá, jelikož udržují pacienta v kontaktu s běžným životem.

Také návštěvy rodiny udržují pacienta v kontaktu s okolním světem a tím je snížena frustrace nemocného v důsledku nedostatečného sociálního kontaktu. Pacient i jeho rodina mohou prožívat dlouhodobý stres (Drábková a Hájková, 2018). Nepříznivě působí na psychiku člověka jakákoli změna zdravotního stavu, jelikož je nucen v době hospitalizace měnit zavedený způsob svého života. Nemocný je odříznut od běžných aktivit, na které byl doposud zvyklý. Významnou roli zde hraje komunikace, která je odrazem vztahů v rodině. Rodina, kde jsou vztahy na správné úrovni, má zájem podílet se na uzdravení nemocného (Tomová a Křivková, 2016). Pobyt na jednotkách NIP a DIOP je velmi dlouhý, proto jsou návštěvy pro rodinu i pacienta nesnadné. V některých případech dochází postupem času k úpadku zájmu rodiny, proto jsou návštěvy minimální. Přínosem pro klienta může být, i pokud je návštěva pozitivně naladěna. Pro rodinu je obtížné nevyjadřovat smutek, lítost a neprojevat negativní emoce či obavy (Drábková a Hájková, 2018). Přístrojová vybavenost a doprovodné zvuky působí na jednotlivce stresujícím dojmem. Bezpochyby nevytvářejí příznivé prostředí pro následnou komunikaci s rodinou pacienta. Zde se mohou vyskytovat i komunikační šумы (mechanické, psychické, sociální, fyzikální), které mohou bránit přenosu sdělení informací. Za těchto okolností může vzniknout u rodiny nejistota a následně i strach o blízkého.

Prvním krokem, jak zmírnit psychické zatížení rodiny, je sdělit dostatečné množství informací o zdravotním stavu jejich blízkého, vhodným a srozumitelným způsobem a ve správnou dobu (Tomová a Křivková, 2016).

Haugdah| et al. (2018) tvrdí, že přítomnost rodiny je přínosem, jelikož pomáhá uvolnit emoce a vnitřní prožívání pacienta. Dále podporuje jeho zdraví a povzbuzuje nemocného k mobilizaci vnitřní síly, což je nezbytným faktorem pro obnovení zdraví a přežití (Haugdah| et al., 2018).

Sestra, která spolupracuje s rodinou a poskytuje blízkým informace o pacientovi,

musí znát své limity, kompetence a možnosti. Sděluje informace, které se především týkají organizačního zajištění péče o klienta a dále o chodu oddělení (Vévoda et al., 2013).

Před příchodem rodiny k lůžku by se měla sestra i lékař představit a informovat blízké o zdravotním stavu pacienta. V tomto případě je vhodné popsat důvod podpůrných přístrojů a invazivních vstupů. Rodina tak získá představu, v jakém stavu se pacient nachází. Je poučena, jak k pacientovi přistupovat a jak s ním komunikovat. Vhodné je, aby informace byly zopakovány, jelikož velké množství informací není rodina schopna pochopit a zpracovat (Tomová a Křivková, 2016). Pokud se pacient nachází ve zlomovém bodě, kdy je mezi životem a smrtí, tak rodina přispěje k vnímání okamžiku pacienta teď a tady (Haugdah et al., 2018). V komunikaci by měl být vztah mezi sestrou a rodinou pacienta partnerský a je nezbytné, aby sestra vnímala rodinu jako komunikačního partnera. Po domluvě s lékařem by sestra měla dokázat v rámci svých dovedností odpovídat na dotazy příbuzných a získat je ke spolupráci (Tomová a Křivková, 2016). Obsah informací se nesmí lišit od informací, které sdílí lékař. Proto spolupráce a komunikace mezi sestrou a lékařem má drahocenný význam (Vévoda et al., 2013). Komunikační dovednost sestry ovlivňuje vztah mezi ní a rodinou pacienta v celém ošetrovatelském procesu. Vliv, který působí na vývoj a průběh komunikace s rodinou je hlavně onemocnění pacienta a závažnost zdravotního stavu. Dále komunikaci ovlivňuje i délka hospitalizace, vývoj nemoci a diagnóza s prognózou (Tomová a Křivková, 2016).

1.3.4 Role advokátky

V případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby či přání, stane se sestra jeho mluvčím, neboli obhájkyň klientu (Strudwick et al. 2019). Tato role je uplatněna tam, kde pacient nezná, neumí nebo není schopen účinně saturovat své potřeby, přání nebo problémy. V tomto případě se sestra stává jeho advokátkou, mluvčím, obhájkyň či ochráncem. Cílem této role je zabránění poškození pacienta, minimalizovat rizika a ohrožení nemocného, získání důvěry a minimalizovat situace, které vedou k žalobám na poskytovanou péči. Hlavním motivem jsou proto potřeby pacienta společně s bezpečnou a kvalitní péčí (Špirudová, 2015).

1.3.5 Role asistentky

Díky spolupráci s lékařem získávají sestry další roli a stávají se tak i asistentkou, tudíž roli kooperativní (Ivanová, 2006). V dlouhodobé a následné intenzivní péči musí nemocní podstupovat mnoho vyšetření či diagnosticko-terapeutických výkonů

(Plevová, 2018). Hlavním úkolem sester je příprava pacienta, zajištění různých terapeutických činností a asistence lékařů (Fulton et al., 2021).

1.3.6 Role výzkumnice a nositelky změn

V rámci oboru, kde sestra vykonává své povolání, si neustále rozšiřuje své vzdělávání, tudíž se stává také výzkumníci. Role výzkumnice je přínosná pro zkvalitnění ošetrovatelské péče, zvyšuje úroveň ošetrovatelství a je přínosem pro mezinárodní spolupráci (Fulton et al., 2021). Tato role vychází z praxe v klinickém výzkumu, kde se snaží iniciovat změny na úrovni legislativy, získávat informace za účelem sebevzdělávání a poskytování kvalitní péče dle dostupných poznatků v ošetrovatelství. Nositelka změn pomáhá pacientům s adaptací na nově vzniklou situaci a se změnami, které vznikly v důsledku nemoci (Plevová et al., 2018).

V České republice vládl dlouhé roky tradiční model zdravotní péče, který byl založen na submisivním postavení sestry. Z toho vyplývá, že lékaři měli veškeré rozhodovací kompetence a sestry vykonávaly pouze asistenční činnost (Jarošová a Zahradníková, 2014). V devadesátých letech docházelo nejen k politickým změnám, ale i ke změnám vzdělávacího systému, čímž došlo k posílení autonomie sester (Ježová a Kvapilová, 2013). Nejen v České republice, ale i ve světě nastaly změny pro další zkvalitnění ošetrovatelství. Jednalo se o zavedení a realizaci praxe založené na důkazech-Evidence Based Practice (EBP) (Plevová et al., 2018). Ježová a Kvapilová (2013), ve své knize definují EBP následovně: „*Praxe založená na důkazech je spojení nejlepšího důkazu získaného výzkumnou činností s klinickou zkušeností a pacientovými hodnotami, které usnadňuje klinické rozhodování*“ (Ježová, Kvapilová, 2013).

Dále se setkáváme s ošetrovatelstvím založeným na důkazech-Evidence Based Nursing (EBN), které využívá validní a relevantní informace z výzkumu pro klinické rozhodování sester.

K rozvoji ošetrovatelství jako vědy je nutné, aby sestry měly určité vědomosti k výzkumu a znalosti k identifikaci významných problémů vhodných pro výzkum. Následně je nezbytné, aby sestry uměly využít výsledky výzkumu v praxi. V ošetrovatelském výzkumu může sestra hrát dvě role. První roli sestra jako spotřebitel, která spočívá ve čtení výzkumných zpráv a využívá nové informace v praxi pro nové dovednosti. Druhou rolí je sestra výzkumník, která provádí výzkum nebo je do výzkumného procesu zapojena (Plevová et al., 2018).

1.3.7 Role manažerky

Management ve zdravotnictví čelí v dnešní době nadměrně vysokým požadavkům ze strany vlády, pacientů, zdravotnických organizací, ale také i z neustále rozvíjející se vědy. Cílem managementu v ošetrovatelství je vytváření podmínek pro dosažení požadované kvality ošetrovatelské péče. Způsoby, jak dosáhnout požadovaného cíle, vyplývají z obecné teorie managementu. Zároveň také zohledňují specifika zdravotnického prostředí a lidí, kteří péči poskytují nebo naopak ji přijímají (Ondriová a Fertařová, 2021). Role sestry manažerky sebou přináší řadu kompetencí, které vycházejí z jejich vedoucích pozic. Především se jedná o oblast podřízených, která je ovlivněna ve zdravotnictví hlavně emocionálním vypětím (Hekelová, 2012). Manažer podniku je také osoba, která vede své podřízené a zajišťuje kontakty s lidmi mimo organizaci, plní informační roli, vyjednává a řeší kompromisy a jedná s dalšími organizacemi či organizačními týmy (Ondriová a Fertařová, 2021). Jedním z úkolů sestry manažerky je zajistit klidnou atmosféru na pracovišti a budování dobrých vztahů v kolektivu. V případě, že nejsou řešeny spory mezi pracovníky, může nastat zhoršení kvality práce, a nakonec i zhoršení vztahu s pacienty. Dále je nutné bedlivě sledovat komunikaci mezi všemi členy týmu (jak formu komunikace, tak i obsah). Pokud je některý z aspektů komunikace v nepořádku, hrozí frustrace, nespokojenost a vznikají konflikty. Atmosféru na pracovišti ovlivňují jednak vztahy a komunikace, ale také další vlivy jako např. velké změny na pracovišti nebo vyšší míra nejistoty. Tyto situace by měla profesionální sestra podřízeným vysvětlit a pomoci je zvládnout (Hekelová, 2012). K řešení jednotlivých konfliktů a problémů sestra využívá individuální etiku manažera. Etika působí jako integrace mezi osobnostními etickými principy pracovníků a požadovanými etickými principy na výkon dané pracovní funkce v hierarchii mezilidských vztahů. Mezi tyto vlastnosti řadíme empatii, spravedlnost, férové jednání, důvěryhodnost, schopnost kreativity, samostatnost, zodpovědný přístup k práci a schopnost pracovat v kolektivu (Ondriová a Fertařová, 2021). S těmito vlastnosti souvisí i další úkoly manažera jako je předcházení syndromu vyhoření na pracovišti. Tato role obnáší i vnímavost, která monitoruje své podřízené a v případě nutnosti včas zasáhne. Dále se snaží o rozvoj podřízených, kterým zvyšuje kvalitu poskytované péče a následně podává zpětnou vazbu jak jednotlivcům, tak celému zdravotnickému týmu. Manažer podává svým podřízeným průběžnou a spontánní reakci na jejich odvedenou práci, čím využívá jeden z nejspolehlivějších nástrojů jejich rozvoje. Pro rozvoj zajišťuje sestra manažerka i tradiční metody vzdělávání. Podřízení či samotný manažer podstupují

kongresy, přednášky, kurzy či moderní rozvojové přístupy jako je koučink nebo E-learning (Hekelová, 2012).

1.3.8 Role mentora

Mentorství neboli mentoring je proces, v němž speciálně vybraná, zkušená a školená osoba (registrovaná sestra či specialistka – mentor) podporuje a předává zkušenosti méně zkušené osobě. Dle Špirudové (2015), ale i dalších autorů je základem budování pozitivního a rovnocenného vztahu mezi mentorem a menteem (méně zkušená osoba). Vztah je založený na důvěře a na ochotě učit jeden druhého. Zpočátku je nezbytné ujasnit si pravidla a cíle. V průběhu mentoringu je nutné udržovat komunikaci, reflexi, motivaci a pravidelné hodnocení. Klíčem k úspěchu je vzájemná tolerance a naslouchání. Mentorství končí po závěrečném hodnocení stanovených cílů. Úkolem mentora v době adaptačního procesu nově nastoupené sestry je rozvíjet odbornosti a profesní růst. Začleňuje ji do nového kolektivu a seznamuje s úkoly, které jsou spojeny s adaptačním procesem. Dále mentorovaného učí novým teoretickým znalostem, praktickým dovednostem a v případě potřeby vypracovává individuální plán vzdělávání (Špirudová, 2015).

1.3.9 Role technického experta

Dalším úkolem všeobecných sester je práce s technikou ve zdravotnickém zařízení. Pro plnohodnotné poskytování zdravotních služeb v intenzivní péči je nezbytné specifické přístrojové vybavení pro danou jednotku. Povinné vybavení jednotek popisuje zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách). Dále Vyhláška č. 284/2017 Sb., v platném znění, zahrnuje nezbytné technické a věcné vybavení (Vyhláška č. 284/2017 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče). Ve 20. století začal prudký růst možností medicíny díky rozvoji přírodních věd a zdravotnické techniky. S rozvojem medicíny, která se stává interdisciplinární, se také rozšiřuje úloha sester, které také využívají zdravotnických přístrojů. Sestra tak získala další roli, kdy jejím hlavním úkolem je znát a umět zacházet s přístrojovým vybavením daného pracoviště. Tato přístrojová technika, je zkonstruována tak, aby vyžadovala co nejméně technických znalostí, ačkoliv v současné době se zdravotní personál bez určitých technických dovedností neobejde (Bartůněk et al., 2016).

S technikou, která se nachází ve zdravotním zařízení, souvisí zákonná povinnost instruktáže zdravotnického personálu, který danou zdravotnickou techniku používá. Problematikou používání zdravotnických prostředků se zabývá zákon č. 268/2014 Sb., o diagnostických zdravotnických prostředcích. Uvádí, že daný zdravotnický prostředek může využívat pouze osoba s odpovídajícím vzděláním či praktickými zkušenostmi s dostatečnou zárukou odborného používání techniky, a to v souladu s návodem k použití (Zákon č. 268/2014 Sb., o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole se budeme věnovat stanoveným cílům a výzkumným otázkám, které byly vytvořeny pro diplomovou práci.

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaké role vnímají sestry v následné a dlouhodobé intenzivní péči.

Cíl 2: Zjistit, jaká role je nejdůležitější pro práci sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli naší diplomové práce jsme zvolily následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaké své role vnímají sestry v následné a dlouhodobé intenzivní péči?

Výzkumná otázka 2: Jakou roli vnímají sestry jako nejdůležitější pro práci v následné a následné intenzivní péči?

3 Operacionalizace pojmů

Tato kapitola slouží k definování pojmů, které byly použity v cílech a výzkumných otázkách naší práce.

Všeobecná sestra – *Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči (zákon 96/2004 Sb.)*

Dlouhodobá intenzivní péče – *Pracoviště poskytující intenzivní ošetrovatelskou péči pacientům se závažným, převážně neurologickým postižením, jejichž stav již nevyžaduje umělou plicní ventilaci, vyžaduje však intenzivní ošetrovatelskou péči o dýchací cesty (Kalvach et al., 2011, s. 245)*

Následná intenzivní péče – *Zahrnuje všechny komponenty intenzivní medicíny: umělou plicní ventilaci (Drábková a Hájková, 2018, s. 20)*

Role sester – *Souvisí (jako každá odborná role) se společenským zařazením ošetrovatelství a s tím, jak budou sestry definovat obsah své profese. Novodobá role sester vychází ze zaměření ošetrovatelství (Kutnohorská, 2007, s. 37)*

4 Metodika výzkumu

V další kapitole se budeme zabývat metodikou výzkumného šetření a charakteristikou výzkumného souboru.

4.1 Použité metody

Pro výzkumnou část naší diplomové práce, s ohledem na stanovené cíle, byla zvolena technika kvalitativního šetření. Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami a sestrami s odbornou specializací. Všechny informantky souhlasily s podmínkami rozhovoru a byly ujištěny, že bude dodržena jejich anonymita. Se souhlasem sester byl rozhovor nahráván na audiovizuální záznam. Následně byly získané informace přepsány do programu Microsoft Word (otázky z rozhovoru v příloze 1). Rozhovory nebyly formálně upraveny z důvodu lepší autentičnosti. Získání dat bylo analyzováno pomocí programu MAXQDA 2022, kde jsou barevně vyznačeny hlavní kategorie, podkategorie a jednotlivé kódy. Každý rozhovor byl individuální a trval přibližně pětatřicet minut. Obsahoval předem připravených 21 otázek, které byly společné pro všechny informantky. Jednalo se o otevřené i uzavřené otázky. První čtyři otázky se týkaly identifikačních údajů o respondentech (o jaké pracoviště se jedná, dosažené vzdělání, specializace, délka praxe na tomto oddělení a praxe v intenzivní péči). Otázka 5 popisuje specifika oddělení NIP a DIOP. Otázky 6 a 7 byly zaměřeny na charakteristiku pojmu role sester. Následovaly otázky, které popisují, zdali je důležité profesní role rozvíjet, jakým způsobem a přínos těchto rolí. Další otázky byly zaměřeny na spolupráci s rodinou. Poslední otázky rozhovoru popisovaly nejdůležitější role sester, ovlivnění osobního života profesními rolemi a plnění rolí sester dle společnosti.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumnou skupinou dotazovaných osob tvoří celkem 10 sester pracujících v následné a dlouhodobé intenzivní péči. Rozsah souboru byl stanoven na základě teoretické nasycenosti odpovědí informantů. Předem připravený rozhovor byl veden pouze se sestrami, které pracují na jednotkách dlouhodobé a následné intenzivní péče. Do výzkumu byly zapojeny sestry různé úrovně vzdělání a různé délky praxe v následné a dlouhodobé intenzivní péči. Bližší označení pracoviště není zmiňováno z důvodu dodržení anonymity. Z toho důvodu jsou také sestry označeny jako S1 až S10, což je odpovídající označení dotazovaných. Pro výběr a získání informantek byla použita technika „snow ball“. Výzkumné šetření bylo uskutečněno v únoru 2023 mimo nemocniční zařízení.

5 Výsledky výzkumného šetření

5.1 Struktura výzkumného souboru

Tab.1: Základní identifikační údaje

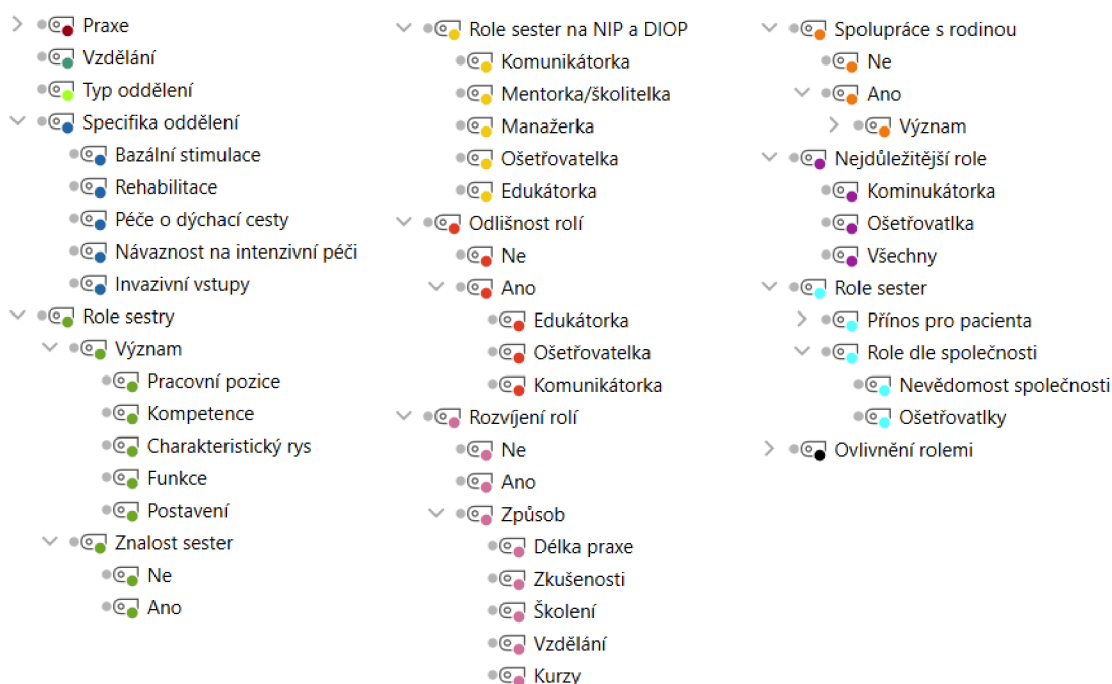
Označení sestry (S)	Oddělení	Délka praxe	Vzdělání, specializace
S1	NIP	7 let	Všeobecná sestra, ARIP
S2	NIP	12 let	Všeobecná sestra, ARIP
S3	DIOP	6 let	Všeobecná sestra – Mgr., ARIP
S4	DIOP	2 roky	Všeobecná sestra - Mgr., ARIP
S5	NIP	10 let	Všeobecná sestra - Bc.
S6	NIP, DIOP	8 let	Všeobecná sestra - Bc. ARIP
S7	NIP, DIOP	3 roky	Všeobecná sestra - DiS.
S8	NIP	8 let	Všeobecná sestra – DiS., Bc.
S9	NIP	10 let	Všeobecná sestra, ARIP
S10	DIOP	2 roky	Všeobecná sestra – Mgr., ARIP

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Sestra, označená jako S1, pracující na jednotce NIP, dosáhla středoškolského vzdělání (všeobecná sestra), následně vystudovala odbornou specializaci a na tomto oddělení pracuje 7 let. Sestra označená S2, která pracuje na jednotce NIP, dosáhla středoškolského vzdělání (všeobecná sestra), následně vystudovala odbornou specializaci a na této jednotce pracuje téměř 12 let. Sestra, označená S3 pracuje na jednotce DIOP. Vystudovala magisterské studium s následnou specializací. Délka praxe na tomto oddělení je 6 let. Sestra, označená S4, po vysoké škole nastoupila na jednotku DIOP a

délka její praxe jsou 2 roky. Dosáhla magisterského titulu a následně odborné specializace. Sestra, označená S5, pracuje na jednotce NIP zhruba 5 let a dosáhla bakalářského titulu. Sestra, označená S6, pracující na jednotce NIP a DIOP, dosáhla bakalářského titulu a následně vystudovala odbornou specializaci. Uvedla, že tyto jednotky jsou součástí jednoho zdravotnického zařízení, a tak se zde personál na jednotkách střídá. Délka praxe na tomto pracovišti je 6 let. Sestra, označená S7, pracuje 3 roky na jednotce NIP a zároveň i DIOP. Dosažené vzdělání této sestry je diplomovaný specialista. Sestra, označená S8 dosáhla nejprve titulu diplomovaný specialista a později bakalářského titulu. Téměř 8 let pracuje na jednotce NIP. Sestra, označená S9, pracující na jednotce NIP, dosáhla středoškolského vzdělání (všeobecná sestra), společně s odbornou specializací a její délka praxe na tomto oddělení je 10 let. Sestra, označená S10 pracuje na jednotce DIOP. Dosáhla magisterského titulu, společně s odbornou specializací.

5.2 Kategorizace získaných dat

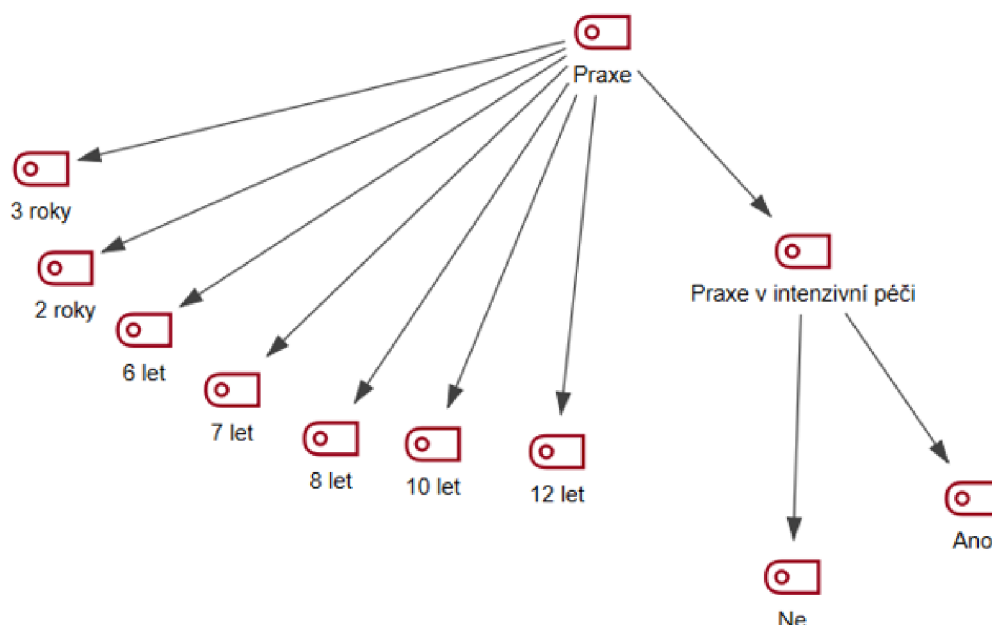


Obr. 1 Kategorie a podkategorie (Zdroj: Vlastní zpracování)

Po použití metody otevřeného kódování, vznikly z rozhovoru následující kategorie a podkategorie, které jsou znázorněny na obr. 1. Pokud u některé kategorie či podkategorie vzniklo více kódů, v obrázcích je znázorněno pro lepší přehlednost pouze 5 nejpoužívanějších.

5.2.1 Kategorie 1 – Praxe v intenzivní péči

Tato kategorie popisuje délku praxe sester na jednotkách NIP a DIOP. Dále zjišťuje, zdali dotazované sestry mají zkušenost s praxí v intenzivní péči na jiném oddělení.



Obr. 2 Kódování kategorie informace o informantech (Zdroj: Vlastní zpracování)

Kromě informantek označených jako S2 a S9, již všechny sestry pracovaly v intenzivní péči. Nejčastěji se jednalo o anesteziologicko-resuscitační oddělení a jednotky intenzivní péče. Tato otázka byla zvolena, abychom zjistily, zdali se mohou lišit role sester v intenzivní péči dle jednotlivých oddělení. Názory na odlišnost rolí rozvedeme v další kategorii.

Sestry, které již pracovaly na jednotkách JIP či ARO jednotlivě uvedly důvody, proč nastoupily do následné a dlouhodobé intenzivní péče. S1 odpověděla následovně: „Po škole jsem nastoupila na chirurgickou JIP, kde jsem byla asi dva roky. Následně jsem dostala možnost nastoupit na ARO, kde chyběl personál. Využila jsem toho a zůstala jsem tam 3 roky. Po mateřské dovolené jsem chtěla na klidnější oddělení, ale tak, abych zůstala v intenzivní péči. Na chirurgii nebylo místo, a tak jsem šla sem na NIP, kde jsem teď sedmým rokem.“ Sestra S3 má taktéž zkušenost s intenzivní péčí: „Nejprve jsem pracovala na ARO kde jsem byla asi čtyři roky. Pak nastala mateřská dovolená. Po ní jsem už na ARO nechtěla, takže jsem začala pracovat na interně, kde jsem vydržela dva

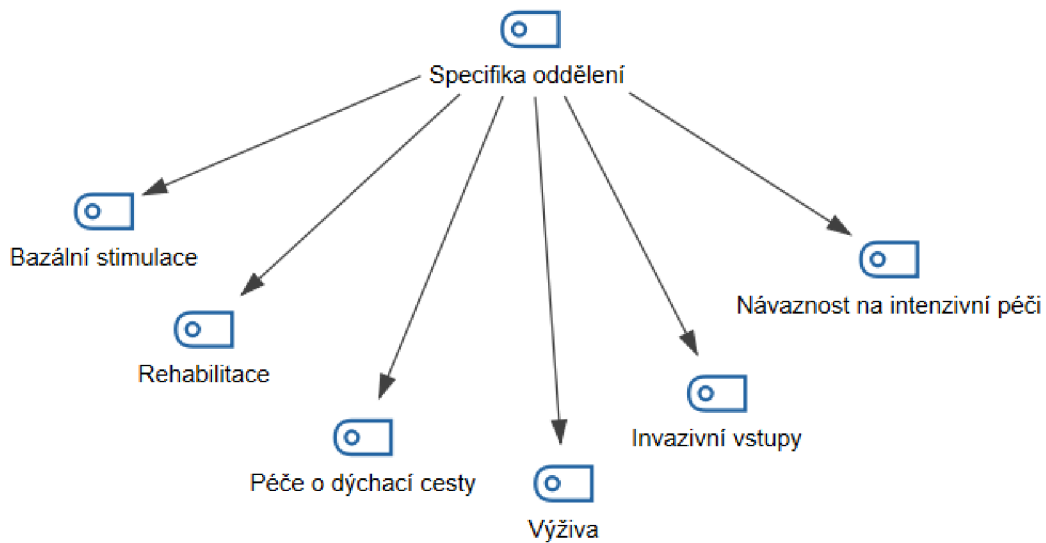
roky. Následně otevřela nemocnice DIOP, kde pracovala kamarádka, která mě informovala, že jim chybí personál. “ Odpověď sestry S4: „Než jsem nastoupila na DIOP, tak jsem pracovala 7 let na interní JIP. Tam jsem byla spokojená, než se vyměnila staniční sestra. Pak se změnil vztahy na pracovišti a já věděla, že budu muset změnit místo, a proto jsem nastoupila na dlouhodobou intenzivní péči. “ S5 pracovala dříve na chirurgické jednotce intenzivní péče, stejně jako S1. Sestra označená jako S6 odpověděla následovně: „Zkušenost s intenzivní péčí už mám. Předtím jsem pracovala na jednotce intenzivní péče v neurologii. Tato práce mě moc nebavila a vydržela jsem tam asi dva roky. Bylo to tam jak na běžícím páse, neustálé příjmy. Tam jsem se rozhodla, že by pro mě byla ideální spíše dlouhodobá péče o pacienty. Pak mi bývalá kolegyně nabídla místo v následné a dlouhodobé péči, kam jsem se nejprve bála. Nakonec to byla změna k lepšímu. “

Stejně tak i S7 má zkušenost s praxí na neurologické jednotce intenzivní péče: „Předtím jsem pracovala na neurologické JIP, pak dva roky na ARO “. S8 pracovala čtyři roky na anesteziologicko-resuscitačním oddělení: „Ano, před NIP jsem pracovala čtyři roky na aru, kde jsem byla velmi spokojená. Líbila se mi rozmanitost onemocnění a hlavně ta práce. Teď to zní asi hloupě, ale nebylo to pořád to samé dokola, jako to bývá třeba ve standardní péči. Jednalo se o adrenalin a akci, která pro mě byla přínosná. Naučila jsem se zde hodně věcí, prostě taková škola života. Manžel změnil zaměstnání a stěhovali jsme se. V nemocnici, kde dělám sice ARO je, ale nebylo zde místo. Po čase mě ARO přestalo lákat a zvykla jsem si tady. “

Sestry označené jako S2, S9 a S10 uvedly, že před nástupem na jednotku následné a dlouhodobé péče nepracovali v intenzivní péči. Odpověď sestry S2: „Po vysoké škole jsem rovnou nastoupila na NIP kde jsem již 5 let. Při školní praxi jsem samozřejmě na JIP nebo na ARO byla. “ Sestra S9 uvedla: „Ne. Dříve jsem pracovala na klasickém standardním oddělení. Jestli se to dá počítat, s intenzivní péčí jsem se setkala v rámci povinné praxe během bakalářského a magisterského studia. “ Odpověď sestry, která je označena S10: „V intenzivní péči jsem předtím nepracovala. Po škole jsem byla na standardu, na interně. Tam jsem byla 7 let. “

5.2.2 Kategorie 2- Specifika péče

Tato kategorie specifikuje péči o pacienty na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče.



Obr. 3 Kódování kategorie specifík péče (Zdroj: Vlastní zpracování)

Tato kategorie byla stanovena, abychom lépe zjistily specifičnost oddělení následné a dlouhodobé intenzivní péče. Zjišťuje, jaké jsou důvody k přijetí pacientů na tyto jednotky a popisuje návaznost v intenzivní péči.

Jak většina sester uvedla, jedná se o návaznost krátkodobé a dlouhodobé intenzivní péče, která je poskytována pacientům v kritickém stavu. Důvody přijetí nemocných se liší hlavně stanovenou diagnózou a věkem klientů. Informantky pracující na následné intenzivní péči S1, S2, S5, S6, S7, S8 a S9, uvedly, že hlavním důvodem přijetí pacientů je neúspěšný weaning na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Tito nemocní nemohou spontánně ventilovat, a proto potřebují podporu ventilačním přístrojem a důkladnou péči o dýchací cesty. Dále se informantky shodly, že dalším důvodem přijetí je péče o invazivní vstupy, aplikace parenterální a enterální výživy a dále i velký důraz na aplikaci bazální stimulace. Jak uvedla sestra označená jako S1, dalším důvodem je rehabilitace a návrat do běžného života: „*No to je různé. U každého člověka je to jiné a odvíjí se to asi hlavně od diagnózy nebo věku pacienta. Hlavním úkolem je zbavit pacienta ventilátoru. Pacienti k nám chodí nejčastěji z intenzivních péčí, většinou ARO. Snažíme se s nimi rehabilitovat a vrátit je zpět do normálního života. Staráme se o invazivní vstupy nebo o výživu.*“ S2 ve své odpovědi poukazovala na délku hospitalizace a na to, že péče pacienta na jednotce NIP se liší od standardního oddělení: „*Jedná se kombinaci intenzivní a dlouhodobé péče. To znamená, že přijímáme pacienty z jednotek intenzivní péče nebo z ARO kdy se snažíme pokračovat v jejich péči. Pacienti jsou*

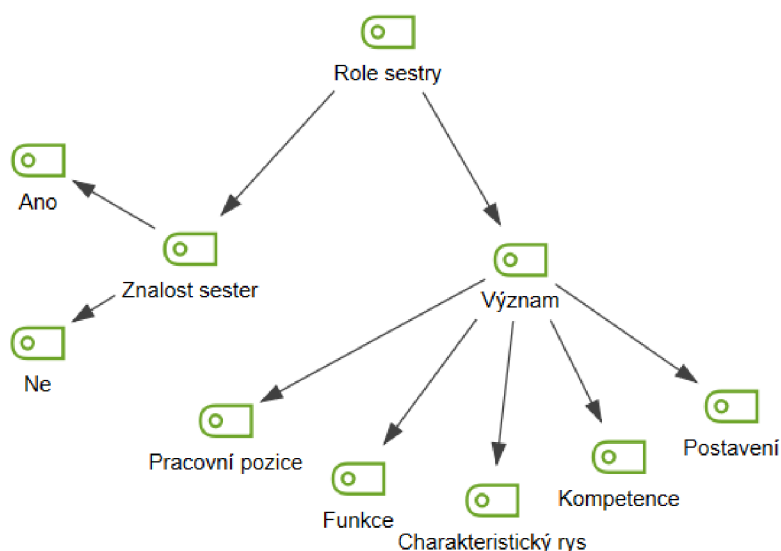
většinou závislí na umělé plicní ventilaci a my se snažíme o spontánní ventilaci neboli úspěšný weaning. Specifika oddělení jsou jiná než na standardu. Někteří pacienti jsou zde hospitalizováni opravdu dlouhou dobu.“ Sestra z jednotky DIOP popsala specifika péče následovně a uvedla, že hlavním úkolem je zlepšení zdravotního stavu klienta a následný překlad do domácí péče či na léčebny dlouhodobě nemocných. „Tady jsou specifika taková, že přijímáme pacienty z ARO nebo z NIP oddělení. Pacienti jsou trvale odkázáni na naši péči. Jedná se o pacienty se zajištěnými invazivními vstupy, často třeba PEG k trvalé výživě nebo tracheostomie. Provádíme péči o dýchací cesty, komplexní péči, jako je hygiena nebo třeba rehabilitace. Záleží také na jeho vědomí a pohyblivosti, kde pokračujeme a navazujeme na péči NIP, akorát je tam rozdíl, že pacienti už nejsou ventilováni. Spontánně ventilují bez známek desaturace nebo diskomfortu a snažíme se následně dekanylovat. Pokud to pak jde, snažíme se je propustit buď do domácího ošetřovatelství, nebo na LDN. Často se staráme i o paliativní pacienty.“ (S3)

Odpověď S4: „Zaměřujeme se na dlouhodobou intenzivní péči. Pacienty přijímáme z ARO, JIP nebo NIP oddělení. Jedná se o komplexní péči o pacienta, který spontánně ventiluje, tudíž není připojený na ventilátoru. Často se také jedná o paliativní péči, která má zajistit důstojný a bezbolestný odchod. Pečujeme o invazivní vstupy, předcházíme a staráme se o dekubity nebo podáváme enterální a parenterální výživu.“ S5 zmínila ve své odpovědi jako specifikum péče i koncept bazální stimulace: „Tak k nám jsou přeloženi pacienti právě z JIP nebo z ARO. Jsou to klienti většinou ventilováni a naším úkolem je snaha o odpojení pacientů z ventilátoru. Když jde i lidi z JIP jsou to většinou chronicky nemocní lidé. Staráme se o invazivní vstupy a provádíme koncept bazální stimulace.“ Informantka S6, která pracuje na jednotkách NIP i DIOP popsala péči následovně: „Jedná se o intenzivní péči, která je poskytována pacientům dlouhodobě. Na ARO pacienty zajistí, v rámci možností je stabilizují. Pokud jim na ARO už nemají co víc nabídnout, posílají je pak k nám. Na následné péči jsou pacienti taky ventilováni a mají tracheostomickou kanylou. Naším úkolem je weaning, který u některých pacientů není jednoduchý. V případě, že se to zadaří, je pacient přesunutý na DIOP.“ Dále nás zaujala odpověď S10, která popsala komplexnost péče a odlišnost jednotky od jiných oddělení: „Jak už vyplývá z jeho názvu, poskytujeme dlouhodobou péči, která je zároveň i intenzivní. Tím se určitě odlišujeme od jiných oddělení, kde se pacienti střídají po několika dnech. Tím pádem je i vztah k pacientům trochu jiný, řekla bych osobnější, protože máme čas je lépe poznat a není jich tu tolik. Máme tu pacienty s nejrůznějšími neurologickými stavy, kteří jsou k nám překládáni nejčastěji z JIP, ARO či následně

intenzivní péče. Jsme takovou přechodnou stanicí, protože pacienti sice nejsou v přímém ohrožení života, ale zároveň vyžadují velké množství ošetrovatelské péče. Spolupracujeme také se spoustou dalších pracovníků, jako jsou nutriční terapeuti, logopedi, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové a další.“

5.2.3 Kategorie 3 – Role sester

V této kategorii nás zajímalo, zdali se dotazované informantky někdy setkaly s pojmem „role sester“. V případě, že si nebyly jisté, snažily jsme se jim pojem vysvětlit a následně jsme zjišťovaly jejich názor.



Obr. 4 Kódování kategorie role sester (Zdroj: Vlastní zpracování)

V této kategorii jsme zjišťovaly znalost dotazovaných sester o pojmu „role sester“. Většina informantek se při rozhovoru přiznala, že si nejsou jisté, co tento pojem znamená. Ve zkratce jsme jim pojem vysvětlily a následně jsme chtěly vědět, co si pod tím představí ony. Ty, které již pojem znaly, uvedly, že se s ním setkaly hlavně během studia na vysoké škole nebo v rámci dalšího vzdělávání.

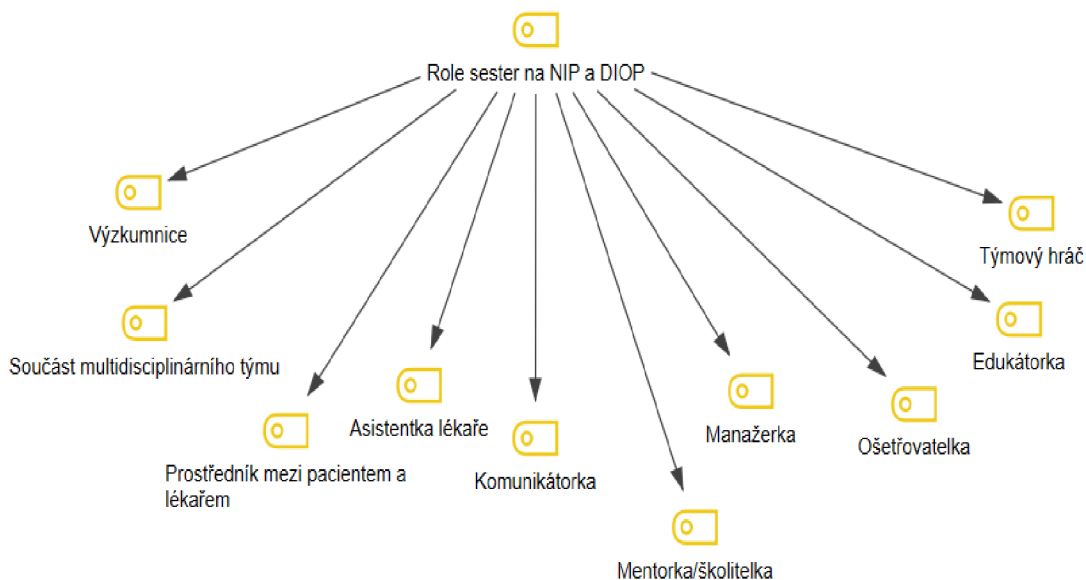
Nejčastější uvedenou odpovědí bylo, že role sestry je charakteristický rys, který se odvíjí od kompetencí všeobecné sestry či sestry se specializací. Následně se informantky shodly, že role sester se odvíjí od daného povolání či náplně práce. S2 uvedla, že role sester vyplývá z náplně práce: „S tímto pojmem jsme se setkala pouze na škole, v rámci studia. Chápu to jako jednotlivé funkce, které ta sestra má. Její funkci není

jen podávat léky, ale obnáší komplexní péči o pacienta. Práce sestry je velmi specifická, staráme se o více oblastí, kterými se snažíme o dosažení komfortu a potřeb pacienta, ze kterých vyplývají role sester. Práce sestry se skládá z mnoha rolí, které zasahují do mnoha oblastí. “ Podle S3 se role sester liší náplní práce: „Pojem role sestry se vztahuje k našemu povolání a myslím si, že popisuje to, co sestra dělá. Zaměřuje se na to dané pracoviště, tím myslím, že asi jinou roly mají sestry u obvodního lékaře než my tady na DIOP. Možná by se dalo i říct, že se jedná o charakteristický rys povolání. “

„S tímto pojmem jsme se setkala na škole, ale už si ho moc nevybavuji. Role sestry je nějaký její charakteristický rys, který se odvíjí od určitého povolání a asi i od jejich kompetencí.“ (S6) Informantka označená jako S7 tento pojem neznala a uvedla následující: „Tento pojem neznám a nevím, zdali ho dokážu vysvětlit. Myslím si, že role sestry je nějaká její funkce, kterou v práci plní. Jedná se o určité postavení, které plní každý pracovník ve svém oboru.“ Naopak S10 uvedla, že se o rolích sestry učila na vysoké škole: „Tento pojem znám. Setkala jsem se s ním na vysoké škole v rámci magisterského vzdělání. Role je určitá pozice, kterou sestra zastává. Těch rolí je více – na příklad sestra edukátorka, sestra nositelka změn, sestra manažerka, sestra advokátka, sestra ošetřovatelka, sestra jako týmový hráč. Mění se v závislosti na konkrétní situaci a jsou jiné ve vztahu k pacientovi, lékařům, dalším sestram. Asi by se dalo říct, že i samotná pracovní pozice sestry je role, protože se od toho odvíjí veškerá její náplň práce a povinnosti.“

5.2.4 Kategorie 4 – Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči

Tato kategorie byla vytvořena, abychom zjistily, jaké role plní dle informantek sestry v následné a dlouhodobé intenzivní péči. Jak jsme již zmínily v předchozí kategorii, nejprve byl informantkám pojem vysvětlen a zdůvodněn. Následně jsme vyžadovaly, ale uvedené role informantky zdůvodnily s popsaly.



Obr. 5 Kódování kategorie role sester na NIP a DIOP (Zdroj: Vlastní zpracování)

V této podkategorii jsme zjišťovaly, jaké role plní sestry v rámci své profese. Většina sester se nad otázkou pozastavila a z počátku nevěděly, co touto otázkou myslíme. Jak jsme již zmínily, rámci rozhovoru jsme sestrám vysvětlily, co znamená pojem „role sestry“ a po upřesnění se sestry rozhovořily. Většinu informantek napadla jako první ošetřovatelky. Tuto roli zdůvodnily tím, že se starají o celkový vzhled pacienta, pečují o jeho blaho a snaží se plnit jeho potřeby. Tato role obsahuje i péči o invazivní vstupy, hygienu, ošetření akutních či chronických ran nebo péči o dýchací cesty či obsluhu ventilátoru. V rámci své odpovědi popsala informantka S1 roli ošetřovatelky a roli edukátorky. Následně si vybavila i roli školitelky, která se odvíjí od školení nového personálu či odborné praxe studentů. A zaujala nás role specialistiky, kterou přisuzuje k náročnosti péče o nemocné v intenzivní péči.

„Tak roli pečovatelky plním tím, že se starám o pacienty. Dělán u nich hygienu, pečují o rány, jako jsou třeba dekubity nebo starší operační rány. Edukátorkou jsem asi proto, že se snažím pacientům vysvětlovat postupy péče. Tady to myslím tak, že s nimi

komunikuji, snažím se jim vysvětlit to, co jim řekl i lékař. Edukace se týká i rodiny pacienta, které se snažíme zapojit třeba do bazální stimulace. Školitelka bych mohla být asi proto, že když přijde nová kolegyně, snažím se ji zaučit, aby byla samostatná. Možná by se mohlo počítat i praxe studentů. Studentům ukazujeme oddělení a péči o pacienty. A roli specialistiky bych odůvodnila tím, že naše oddělení je trochu specifické. Je to intenzivní péče, kde by přeci jen měla mít sestra trochu více zkušeností. Práce na standardu je jiná, takže si troufmu říct, že jsem i specialista.“ (S1) S2 se zmínila, že plní roli týmového hráče, který spolupracuje v multidisciplinárním týmu. Cítí se být komunikátorkou, která usiluje o spolupráci s rodinou nemocného a snaží se ji vyslechnout. „Určitě plním roli ošetřovatelky, jsem součástí multidisciplinárního týmu a jsem něčí kolegyně. Spolupracuji s rodinou nemocného, takže komunikátorka, edukátorka a možná i pomocník lékaře. Ještě mě napadá, že můžu být něco jako vrba, kdy mi rodina sděluje své problémy nebo starosti. Víím, že to není na profesionální úrovni, ale určitě to ta práce taky obsahuje.“ (S2) Informantka S3 popsala, že plní roli specialisty, která je odvíjena od náročnosti v intenzivní péči. Staniční či vrchní sestře přisuzuje roli manažera, která zahrnuje práci s dokumentací, zajištění dostatku materiálu pro dané oddělení nebo spolupráci s jiným nemocničním zařízením. Dle názoru informantky S3 plní i roli prostředníka mezi pacientem a lékařem. „Z mého pohledu se jedná určitě o roli nějakého specialisty. Tím myslím, že přejí jen ta práce je tady specifická. Jedná se částečně o intenzivní péči, která už není akutní, ale stále je třeba znát postupy v intenzivní péči. Takže asi roli specialistiky. Pak určitě roli ošetřovatelky, kterou plní asi každá sestra. To znamená od hygieny, odběry biologického materiálu, podávání výživy až třeba po převazy. Pak si myslím, že to bude ta role manažera. Tu plní spíš staniční nebo vrchní sestra, která má na starost dokumenty, objednání materiálů, zajištění školení personálu a asi i třeba spolupráci s jiným zařízením. Nedávno jsem plnila roli školitelky. Nastoupila k nám nová kolegyně, takže jsem ji půl roku zaškolovala. Nejsem si jistá, že jsem řekla správný název, ale asi by to tak mohlo být. Další role, která mě napadá, je role té komunikátorky. Snažíme se komunikovat jak s pacientem, tak i s rodinou. Spolupráce rodiny je velmi důležitá a pokud s nimi mile komunikujeme a snažíme se je zapojit do péče o pacienta, tak vytváříme přátelský vztah a pacient na to reaguje většinou příznivě. Přeci jen, v tu chvíli se o něj stará někdo blízký, koho zná. Ještě mě napadla role prostředník mezi lékařem a pacientem. Lékařům sdělujeme informace o pacientech a zároveň vysvětlujeme pacientům některá rozhodnutí lékaře.“ (S3)

S4 poukazuje na odlišnost role ošetřovatelky v intenzivní péči, kde je využíváno

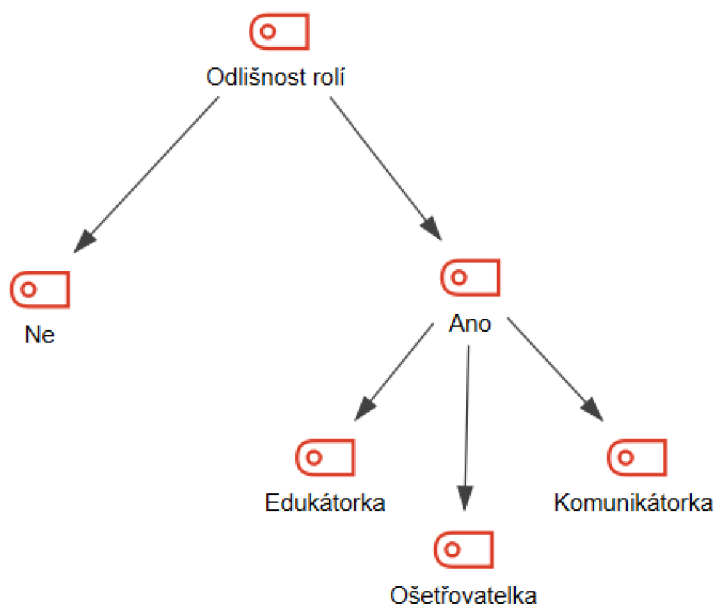
přístrojové vybavení v porovnání se standardním oddělením. „*Roli edukátorky plním asi hlavně v komunikaci s rodinou nemocného. Zde se snažíme rodinu uklidnit a objasnit jim veškeré naše postupy. Role ošetřovatelky je zde asi trochu odlišná než na jiných oddělení. V intenzivní péči zacházíme s přístrojovým vybavením, staráme se o invazivní vstupy, péči o dýchací cesty.*“ (S4) S5 vysvětlila, proč plní roli asistentky lékaře a edukaci nemocného či jeho rodiny. „*Tak pečovatelka je asi jasná, ta zahrnuje pečování o vzhled nemocného. Od hygieny, péči o dýchací cesty, péči o rány i invazivní vstupy, provádění jednotlivých výkonů až po aplikaci léků a výživy. Asistentkou lékaře je každá sestra, jelikož pomáháme a mám na starost management oddělení. To znamená, že se snažím zajišťovat chod oddělení, komunikuji s jinými pracovišti, s vrchní sestrou obstarávám chybějící materiál a nové přístrojové vybavení pracoviště. Komunikuji s vedením nemocnice a pokud přijede nějaká exkurze, provádím je po oddělení. Jak jsem se zmiňovala o výzkumu, tak tam jsem zajišťovala určitá data o přijetí pacientů po covidovém onemocnění.*“ (S6) Odpověď sestry S7: „*Role ošetřovatelky je vlastně asi vše, co u pacienta dělám. Podávání léků, péči o vstupy, převazy, hygiena, bazální stimulace a další věci. Edukátorka plní to, že se snažím pacientovi nebo rodině vysvětlit určité postupy. Komunikátorka vlastně komunikuje jak s rodinou, tak s lékařem, ale i v pracovním kolektivu. A pomocnice lékaře jsem, jelikož plním ordinace, asistuji u výkonů a zákroků. Když přijde nová kolegyně, tak buď já nebo i další, starší kolegyně ji zaškolí a učí. A poslední jsem uvedla, že jsem kolegyně, to znamená, že jsem součástí týmu, kde se snažíme spolu vycházet a spolupracovat.*“ S8 a S9 se shodly, že plní roli ošetřovatelky, edukátorky, komunikátorky, součást multidisciplinárního týmu a roli asistentky lékaře. „*Tak pečovatelka je asi jasná, ta zahrnuje pečování o vzhled nemocného. Od hygieny, péči o dýchací cesty, péči o rány i invazivní vstupy, provádění jednotlivých výkonů až po aplikaci léků a výživy. Asistentkou lékaře je každá sestra, jelikož pomáháme a spolupracujeme s lékařem. Školitelka bych mohla být v případě, když k nám přijdou studenti nebo praktikanti na odbornou praxi. A role komunikátorky a edukátorky mi připadá podobná. Snažím se komunikovat k lékařem, pacientem, kolegyněmi a rodinou nemocného. S tím souvisí i ta edukace.*“ (S8) S9 popsala své role takto: „*Plním role pečovatelky, která se stará o celkový vzhled pacienta. Obnáší veškerou péči o něj, čím myslím převazy, léky, hygienu, poskytování konceptu bazální stimulace a uspokojení potřeb nemocného. Dále jsem pomocnicí lékaře, kterému pomáhám při výkonech, asistuji a předáváme si veškeré informace o pacientech. Jsem součástí týmu, ve kterém musíme spolupracovat a vzájemně si pomáhat, protože péče o pacienta vyžaduje někdy i více osob. Jak během hygieny, jak*

i třeba v rámci koupele nebo rehabilitace. Snažíme se udržovat dobrý pracovní kolektiv, kde si předáváme zkušenosti a pomáháme tím i mladším kolegyním. A jak jsem řekla, asi bych mohla být i edukátorkou a komunikátorem. Pokud je pacient při vědomí, snažím se edukovat i jeho, hlavně se spolupráci nebo se ho snažím podpořit, aby se sám snažil a zároveň ho i motivovat, S touto rolí podle mě i souvisí role komunikátorky, kde se snažíme najít příznivé řešení jak pro rodinu, tak i pro nás. Cílem toho je, abychom zjistili, co nejvíce informací o klientovi, které by nám mohly pomoci jednak k uspokojení potřeb, tak i ve spolupráci s ním.“ (S9)

Odpověď sestry označené jako S10, která vysvětluje důležitost role týmového hráče: *„Určitě sestra ošetřovatelka. To je taková základní role, která se podle mě prolíná napříč všemi odděleními, protože všichni pacienti potřebují větší či menší míru ošetřovatelské péče. A taky sestra-týmový hráč, protože spolupráce je klíčová pro poskytování kvalitní péče a všichni bychom se o ní měli snažit. Nejen v rámci týmu, který máme na oddělení, ale i s dalšími lékaři a specialisty například v rámci konzilií. A sestra edukátorka.“*

5.2.5 Kategorie 5 – Odlišnost rolí

V této kategorii jsme zjišťovaly, jestli se mohou role sester lišit na základě toho, kde pracují. Chtěly jsme porovnat, zdali se liší role sester na jednotkách NIP/DIOP a v intenzivní medicíně. V případě, že informantky mají zkušenost s praxí na jiném oddělení, mohou porovnat v čem se jejich role sester lišily.



Obr. 6 Kódování kategorie odlišnost rolí (Zdroj: Vlastní zpracování)

Vzhledem k tomu, že více než polovina informantek již pracovala na jiném oddělení intenzivní péče, mohly jsme porovnat názory sester. Zajímalo nás, jestli se liší role sester v následné/dlouhodobé intenzivní péči od rolí sester na jednotkách anesteziologicko-resuscitačním oddělení? Pokud ano, v čem? Jaký je zde rozdíl? Většina sester se shodla, že na jednotkách NIP či DIOP využívají více roli edukátorky a komunikátorky. Informantky uznaly, že zde více komunikují a spolupracují s rodinou klientů. Spolupráce spočívá jednak v edukaci, začlenění rodiny do ošetrovatelské péče, tak k využití konceptu bazální stimulace. Z rozhovorů vyplývá, že sestry z jednotek NIP i DIOP se pokouší úzce spolupracovat s rodinou nemocného. Kooperace rodiny a zdravotnického personálu přináší sestřím budování bližšího vztahu s rodinou, získání důvěry personálu a následně podrobnější informace o klientech, které jsou podstatné pro sestavení ošetrovatelského plánu. K poskytování bližších informací o klientech, dochází při první návštěvě rodiny. Informantky zjišťují podrobné informace o tom, co měl nemocný rád, na co byl zvyklý, jaké měl rituály, jak byl oslovován anebo, jaké měl koníčky. Sestry se pak mohou řídit těmito fakty a díky nim poskytují lepší péči pacientům. Dle názoru informantek se komunikace a spolupráce s rodinou důležitá a odvíjí se od komunikačních schopností či přístupu personálu a rodiny. S2 ve své odpovědi vysvětluje, proč se mohou role sester lišit: *„Rozdíl je tam určitě v kontaktu s rodinou. Zde se s rodinou vidáme dlouhodobě, máme s nimi blízký kontakt, více s nimi spolupracujeme. Pak si myslím, že se na NIPU více soustředíme na ty konkrétní požadavky pacientů. Tím myslím, že pokud je pacient na ARU, kde momentálně bojuje o život, není zde čas ani prostor řešit individuální požadavky. U nás zde prostor na tohle je. Například můžu uvést, že sem rodina může donést nějaké předměty, které má pacient rád a připomínají mu více domov. Dalším rozdílem je asi i v edukaci. Taky je dle mého názoru větší prostor k edukaci, jak rodiny, tak i pacienta. Rodina nás více zná, mají k nám větší důvěru, nebojí se nás zeptat nebo se s námi poradit. To si myslím, že na JIP nebo na ARO není. Asi i role komunikátorky je jiná. Ta komunikace je zde intenzivnější, člověk musí umět jednat s lidmi a chápat, že nemají dobrou náladu. Tady se zaměřujeme i na pomoc rodiny, nejen na pacienta.“* (S2)

Stejně tak i sestra, označená jako S3 poukazuje na větší spolupráci s rodinou nemocného: *„Když si vzpomenu na ARO, tak asi liší. Zde více spolupracujeme a komunikujeme s rodinou nemocného. Sepisujeme s nimi věci, který má pacient rád nebo*

na které je zvyklý, od čeho se pak odvíjí třeba bazální stimulace. Rodina přinese pár osobních věcí, na které je pacient zvyklý, jako je například osobní hygiena, plyšáci, mp3 přehrávače s oblíbenou hudbou a tím rozšiřujeme koncept bazální stimulace. Možná je i více edukujeme, když se je snažíme zapojit do péče o pacienta. Uvedu třeba příklad. Máme zde pána po kraniocerebrálním poranění. Jeho manželka za ním dochází skoro každý den a domluvila se s námi, že bude provádět hygienu manžela sama, samozřejmě i s naší pomocí. Museli jsme jí edukovat o tracheostomii, aby si dávala pozor, když pána třeba holí nebo umývá. O cévce, proč ji má a jak by se o ní mělo pečovat a další věci. Je to přínosné, protože pán na její hlas více reaguje a lépe spolupracuje. Nepamatuji si, že by na ARO měla nějaká z rodin snahu o zapojení se do péče o nemocného, ale to bylo i jiným režimem a chodem oddělení. Nebyl na to úplně prostor.“ S4, která pracovala na jednotce intenzivní péče, kde neměla dostatek času na edukaci rodiny či pacientů: „Pracovala jsem na akutních lůžkách na JIP Mohu říct, že, vzhledem akutnosti lůžek jsem si nebyla schopna s pacienty vytvořit tak blízké vztahy jako v dlouhodobé péči. Na DIOP jsou moje role/význam jiný. Zde asi více edukuji rodinu i pacienta, protože mám na to více času.“ S6 poznamenala, že se zde liší i role ošetřovatelky, která je ovlivněna náplní práce. Péče o ventilované pacienty je náročná, vyžaduje zkušenosti, znalosti a dovednosti. Dále jsou role sester ovlivněny i chodem oddělení. „Řekla bych, že se liší dost. Tady jsou pacienti dlouhodobě hospitalizováni a přeci jenom u nás funguje jiný řád nebo chod oddělení. Na JIP jsou pacienti kratší dobu a funguje to tam jak na běžícím páse. Přijmout pacienta, zajistit, operace a následně rychlé залéčení, aby mohl jít na standardní oddělení. Na jednotkách NIP a DIOP je práce specifická a odbornější. Přeci jen je to intenzivní péči, ve které jsou třeba ventilátory. To se tedy týká jen NIP, ale péče o pacienta na ventilátoru je poměrně náročná. Každé oddělení má své pro i proti, ale myslím si, že dlouhodobá

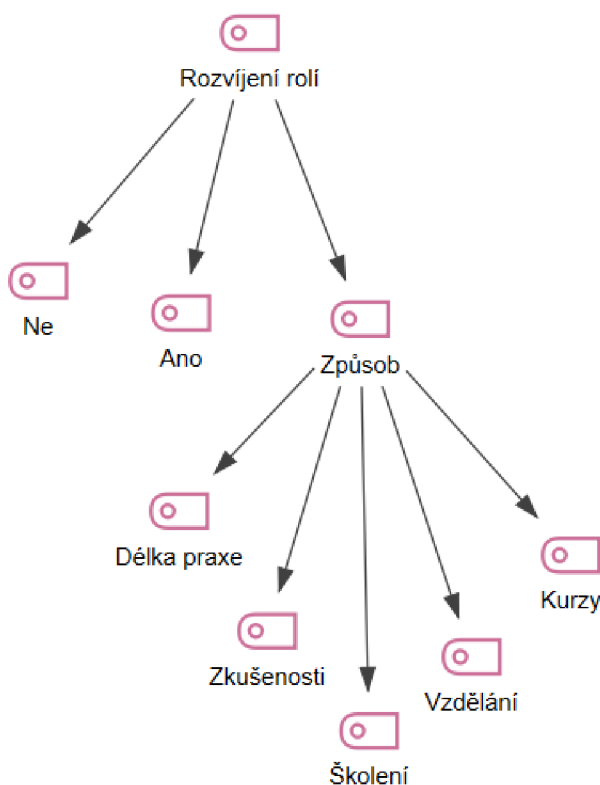
a následná péče je psychicky náročnější pro některé sestry. S pacienty se po určité době dostanete do užšího vztahu, kde se častěji setkáváte s rodinou, vidíte různé fotografie, nebo videa, které rodina nosí. Je to asi hlavně o době hospitalizace klientů.“ (S6) Dále se v rozdílnosti shoduje i sestra označená jako S7, která poukazuje na edukaci rodiny. „Určitě se trochu liší a je to dané asi délkou hospitalizace. Rozhodně si myslím, že zde více komunikujeme s rodinou nemocného a také se s nimi snažíme víc spolupracovat. Zapojujeme je do bazální stimulace nebo do základní hygieny, samozřejmě pokud se chce rodina aktivně zapojit, takže je zde více komunikace i edukace rodiny.“ (S7) S10, která nemá jinou zkušenost s praxí v intenzivní péči, odpověděla následovně: „Jak jsem už

říkala, bohužel nemám dřívější zkušenosti s prací v intenzivní péči. Myslím si, že ty základní role, jako je sestra ošetrovatelka nebo týmová hráčka jsou všude stejné, ale jejich plnění je zde určitě mnohem intenzivnější a důležitější.“

Zbývající informantky S1, S5, S8 a S9 uvedly, že role sester se nemění v závislosti na oddělení. S1 podotkla, že jedinou odlišnost vidí v edukaci rodiny, která je na jednotce NIP významnější než na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. *„Nemyslím si, že by se ty role víc lišily. Přijde mi, že na tady na NIP možná více plním roli edukátorky. Více asi spolupracuji s rodinou a taky i s klientem. Na ARO byla většina pacientů uspaných a pokud se zbavili sedace, tak byli převezeni na jiná oddělení. Tady se asi více realizujeme a vymýšlíme, jak bychom mohly s rodinou lépe spolupracovat, aby to bylo pacientům prospěšné. Roli ošetrovatelky jsem plnila asi stejně jako tady. A pokud si vzpomenu na roli manažerky, tak tu více plním tady, protože zastupuji staniční sestru, pokud není v práci nebo má dovolenou.“* S5 si myslí, že rozdílnost rolí neovlivňuje oddělení, ale postavení sester. *„Myslím si, že se neliší. Role budou stejné. Rozdíl tam asi nebude v oddělení, ale spíš o postavení sestry. Jestli je to vrchní sestra nebo třeba staniční sestra.“* (S5) S8 a S9 uvedly, že rozdíl mezi rolemi sester není. *„Upřímně si myslí, že rozdíl mezi sestrami na aru a na nipu nejsou. Stejně tak, jako na aru plním tady roli ošetrovatelky, kdy se starám o vzhled pacienta. Spolupracuji s lékařem a s ostatními kolegy. Náplň práce asi podobná. Je ale pravdou, že jsme zde v užším kontaktu s rodinou, kde se snažíme získat více podrobných informací. Ale to nevím, jestli ovlivňuje nějak roli komunikátorky. Na každém oddělení je jiný styl chodu, takže i třeba na JIP nebo i na ARO plní personál roli komunikátorky.“* (S9)

5.2.6 Kategorie 6 – Rozvíjení rolí

V této kategorii jsme zjišťovaly názor informantek na rozvíjení rolí sester. Pokud souhlasily s tím, že rozvíjení rolí sester je důležité, zajímaly nás způsoby sebe rozvíjení.



Obr. 7 Kódování kategorie rozvíjení rolí (Zdroj: Vlastní zpracování)

V této kategorii jsme se zaměřily na podporu rozvoje rolí sester. Zajímalo nás názor informantek, zdali je důležité své role rozvíjet a pokud ano, jakým způsobem. Polovina sester uvedla, že rozvíjení rolí sester je nezbytné, vzhledem k danému povolání, které se neustále vyvíjí. Díky kooperaci rodiny se zdravotnickým personálem je potřeba rozvíjet komunikaci, zkušenosti, dovednosti nebo přijímat nové metody. Dle sester je rozvoj podpořen vzděláváním, školením, odbornými kurzy, délkou praxe, ale i zkušenostmi.

S1 popsala svůj rozvoj, který byl ovlivněn zkušenostmi, délkou praxe, ale i specifiky oddělení. „*Role sester by se rozvíjet měly. Nejspíš je to ovlivněné i délkou praxe a určitě zkušenostmi. Já si myslím, že to bylo právě zkušenostmi a praxí. Po škole jsem nastoupila na chirurgické oddělení v jiné nemocnici. Pak mi známá nabídla místo na ARO, kde se mi na začátku moc nelíbilo. Byla to velká zkušenost a postupem času jsem té práci přišla na chuť. Naučila jsem se tam mnoho věcí, které byly základem i k mé nynější práci. Po mateřské dovolené jsme se přestěhovali a byla tu nabídka pouze na NIP. Rozvíjení bylo asi takové, že jsem si vyzkoušela více povolání a jsem za tuto zkušenost ráda. K rozvíjení rolí mi pomohly i kurzy, jako je třeba kurz hojení ran nebo třeba bazální stimulace. Tu stimulaci jsem třeba na chirurgii neznala a na ARO jsme ji taky moc nedělali. Role edukátorky se vyvíjela možná i s věkem. Čím více komunikujete s lidmi, tím*

více vám to asi jde. Na chirurgii byla komunikace nebo edukace před operací nebo po operaci na běžném pořádku, ale byla jsem po škole. Takže jsem neměla úplně zkušenosti. Pak jsem přešla na ARO a tam se zase s pacienty moc nemluvílo.“ Sestra označená jako S3 popsala důležitost rozvíjení rolí následovně: „Vytvořit by se asi měly, jelikož formují samotnou sestru. Čím víc rolí bude mít, tím bude zkušenější. Já jsem je rozvíjela převážně školou. Dodělala jsem si specializace ARIP, která mě připravila na práci v intenzivní péči. V průběhu praxe v DIOP jsem absolvovala kurzy, jako například kurz bazální stimulace, péči o invazivní vstupy a vlhké hojení ran. Jsem tady už celkem dlouho, takže určitě i léta praxe, zážitků a zkušeností.“

S4 pracovala dříve stejně jako S1 na jednotce intenzivní péče. Velký rozdíl vidí v komunikaci a budování přátelského vztahu s pacientem i jeho rodinou. Svě role rozvíjí dalším vzděláváním. „Když to porovnáme s JIP, tak tady se jako sestra vyvíjím asi více. Pacienti jsou tady hospitalizováni dlouho dobu, tudíž by zde měl vzniknout nějaký přátelský vztah. Musíme s nimi i jejich rodinou umět více komunikovat, snažit se zapojit rodinu do jisté spolupráce. Takže bych řekla, že tady se má role sestry rozvíjí více než na JIP, kde byli pacienti poměrně rychle propuštěni na standard. Určitě se zde rozvíjím i jako ošetrovatelka, protože jsem se musela naučit například obsluhovat dialýzu nebo jiné přístroje. Máme povinné vzdělávání a semináře. Snažím se vždy vybrat takový seminář, o kterém vím, že by mě mohl v mé práci obohatit a rozšířit mé vědomosti.“ (S4)

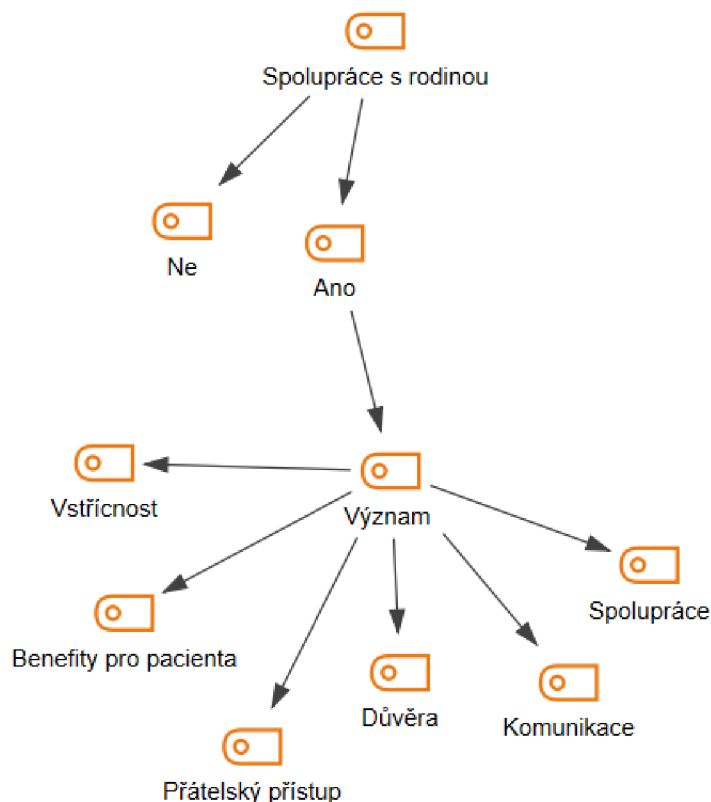
Dále nás zaujala odpověď informantky S6, která je staniční sestrou na jednotkách NIP i DIOP. Podporuje sestry ve vzdělávání a rozvoji, které vidí jako velmi důležité. „Rozvoj rolí je velmi důležitý. Já sama se snažím děvatům zajišťovat různá školení, nebo kurzy, aby byly více proškolené a nestávaly se chyby. I pro mě samotnou bylo nastoupit na toto oddělení trochu zvrát, protože jsem neznala například bazální stimulaci. Věděla jsem, co to je, ale jak ji aplikovat, to ne. Na JIP jsme moc neměli pacienty s tracheostomickou kanylou, takže péče o dýchací cesty pro mě byla taky celkem nová. Takže i z tohoto důvodu se snažím, aby měl personál povědomost o správných postupech. Já se sama rozvíjela vzděláváním. Vystudovala jsem školu, následně ARIP. Dále jsem se snažila i učit dál sama doma, pokud se objevilo něco nového nebo něco s čím jsem se předtím nesetkala. K rozvíjení mi pomohly i další kolegyně, které byly zkušenější. Po nastoupení sem jsem si udělala kurz managementu, abych mohla být na pozici staniční sestry.“ (S6) S7 poukázala na rozvoj zdravotnictví, který úzce souvisí i s rozvojem personálu. Podstoupila kurz bazální stimulace, se kterou se dříve nesetkala. „Asi by se rozvíjet měly, protože se mění, aktualizují nebo renovují postupy, standardy, takže určitě

se musí přizpůsobit a rozvíjet. Rozvíjíme se i tím, že chodíme na různá školení a kurzy. Já jsem se rozvíjela tím, že jsem z JIP přestoupila na ARO, kde jsem se taky naučila dost věcí, které jsem z JIP neznala. Už na ARO byly vzdělávací kurzy a vrchní sestra vyžadovala specializaci. Takže jsem vystudovala ARIP, který se mi hodí i teď. A když jsem nastoupila na aktuální pracoviště, tak jsem ze začátku musela na kurz bazální stimulace, který trval asi měsíc a velmi mě to zaujalo. Jednou za čas chodíme na několika hodinová školení, kde probírají třeba novoty. Teď naposled to bylo školení, které bylo zaměřeno na nový typ dialýzy, kterou pro nás nemocnice zařídila.“ (S7)

S2 uvedla, že rozvíjení rolí sester není podstatné. Poukázala na to, že sestry vykonávají plní práci lékařů, ačkoli k ní nemají kompetence. „*Nejsem si jistá. Myslím si, že v dnešní době by se měly více rozlišovat kompetence lékařů a sester. V dnešní době je standardem, že sestry plní práci lékaře, ačkoli k tomu nemají kompetence. Ale upřímně si myslím, že v rámci teorie, nebo studia jsou role sester zajímavé, ale ne v rámci praxe. Věřím, že máme více rolí, než které jsem uvedla, ale nemyslím si, bych je měla řešit v praxi. Nemyslím si, že by se měly nějak více rozvíjet. Pojem role sester je pro mě velmi obsáhlý a možná i abstraktní. Myslím si, že pro praxi je důležité znát své kompetence a umět postupy než znát názvy svých rolí.“ (S2)*

5.2.7 Kategorie 7 – Spolupráce s rodinou

V této kategorii jsme se zaměřily na kooperaci zdravotnického personálu s rodinou nemocných. Zjišťovaly jsme způsob kooperace a následně i jeho význam pro pacienta či informantky.



Obr. 8 Kódování kategorie spolupráce s rodinou (Zdroj: Vlastní zpracování)

5.2.7.1 Podkategorie – Spolupráce s rodinou

Tato podkategorie poukazuje na vzájemnou kooperaci mezi zdravotnickým personálem a rodinou nemocného. Některé z dotazovaných sester porovnávaly spolupráci s rodinou na jednotkách NIP/DIOP a jinými jednotkami intenzivní péče, kde předtím pracovaly. Z výzkumného šetření jsme zjistily, že kooperace zdravotnického personálu s rodinou pacientů je na jednotkách NIP a DIOP nezbytná. Sestry získávají podrobné informace o pacientech, které následně uplatňují v rámci poskytované ošetrovatelské péče. Jedním z hlavních důvodů získávání podrobných informací je koncept bazální stimulace. Díky němu mohou sestry lépe spolupracovat s nemocným a uspokojit jeho potřeby. Sestry, které již pracovaly v intenzivní péči uvedly, že na jednotkách NIP i DIOP je kladen větší důraz na spolupráci s rodinou pacienta. S2 poukazuje na těžkou životní situaci rodiny nemocného, a proto se sestry snaží být empatické a pomáhají i rodině klientů.

„S rodinou spolupracujeme hodně. Asi více než na tom ARU nebo JIP. Vysvětlujeme a ukazujeme, jak s pacientem pracujeme. S tím souvisí i bazální stimulace, edukujeme ohledně hygieny, protože i s tím chce rodina občas pomoci. Zaměřujeme se i na ně. Pro

rodinu není jednoduché docházet a jak tomu bohužel bývá, né vždy se pacient zlepšuje. Spíše naopak, jeho zdravotní stav se horší a pro rodinu je to těžké.“ (S2) Informantka označená jako S3 uvedla, že rodina se nejprve bojí spolupracovat a zapojovat se ošetrovatelské péče o jejich blízkého. Díky vzájemné kooperaci se rodina přestává bát. Dále uvedla, že pomáhá s nácvikem domácí péče. *„S rodinou spolupracujeme určitě hodně. Jen v rámci správné bazální stimulace zjišťujeme informace o klientech. Pokud rodina chce a souhlasí, snažíme se je i zapojit do péče o nemocného, nebo jsou alespoň přítomni třeba při některé z terapií, jako je třeba canisterapie. Rodina se většinou spíše bojí, aby nemocným neublížili, nebo jsou vyděšeni z přístrojů. To všechno záleží na čase nebo na tom, jaký je zdravotní stav jejich blízkého. S rodinou spolupracujeme i v případě, že se rozhodne o domácí péči. Nestává se to moc často, ale pokud tento případ nastane, tak se jim snažíme pomoci, to znamená ukázat jim, jak by měla vypadat hygiena, jak nejlépe manipulovat s pacientem, nebo třeba i péči o tracheostomickou kanylu.*“ (S3) S4 popsala, že pokud se rodina zapojí do ošetrovatelské péče, pacient na své blízké lépe reaguje a více spolupracuje. *„Snažíme se rodinu do péče o pacienty zapojit. Když je to tedy možné. Např. do hygieny, do polohování, celkově do péče o pacienty. Přece jen, jsou to jejich příbuzní a samotnému klientovi je to kolikrát příjemnější. Často vidíme, že na rodinu reaguje lépe než na zdravotnický personál.*“ (S4)

S6 popsala důležitost kooperace následovně: *„S rodinou pacientů se snažíme komunikovat s spolupracovat velmi, samozřejmě, né vždy to jde. Spolupráce je založená na důvěře a na stylu komunikace. Snažíme se jim vysvětlit, že pro pacienta je důležité, aby se snažili docházet, co nejvíce na návštěvy. Občas je rodina ochotná zapojit se do hygieny, koupelí, nebo třeba masáží v rámci bazální stimulace, kde jim sestřičky vysvětlují, proč to děláme a jaký způsobem se to má dělat. Dále s nimi sepisuje informace o pacientovi. Jak ho máme oslovovat, co dělal za práci, co měl rád, at' k jídlu, k pití nebo jakou činnost rád dělal. Od toho se pak odvíjí i to, co mu rodina přinese z domova, jako například oblíbenou víni, vodu po holení, fotografie nebo třeba nápoj. U chlapů je častým rituálem, že si dali po obědě pivo, takže se jim po jídle nabídne pivo, čím se provádí chuťová stimulace a tak dále.*“

S7 uvedla, že návštěvy blízkých jsou pro rodinu náročné, a proto lze návštěvu uskutečnit i mimo návštěvní hodiny. *„To už jsem zmiňovala, že ano, spolupracujeme. Alespoň se o to snažíme. Samozřejmě né každá rodina o to má zájem. Zapojujeme je do bazální stimulace, hygieny a snažíme se o to, aby pravidelně docházeli za svými blízkými. Ale nikoho nemutíme. Dále se snažíme pomoci i rodině. Je to pro ně náročné, jak*

psychicky, tak i časově. Takže návštěvní hodiny se dají po domluvě s lékařem individuálně přehodit. Snažíme se podpořit rodinu i pacienta.“ (S7) Informantka označená jako S10 popsala spolupráci následovně: „Ano, spolupracujeme. Například edukací, co se týče bazální stimulace, jak jsem už říkala. Nebo někdy v rámci návštěvy chce rodina pomoci s polohováním, naučit se, co a jak. Co mohou pacientovi přinést k jídlu, pokud to jeho stav umožňuje, a podobně.“

5.2.7.2 Podkategorie – Význam spolupráce

V této podkategorii popíšeme, jaký je dle sester význam kooperace zdravotnického personálu s rodinou pacienta. Jak všechny sestry uvedly, na spolupráci kladou velký důraz. Zajímalo nás, jaké benefity přináší spolupráce s rodinou. Během rozhovoru jsme informantkám položily tuto otázku: Myslíte si, že je spolupráce s rodinou nemocného důležitá? Pokud ano, proč?

Nejčastější odpovědí bylo, že pokud navážou s rodinou přátelský vztah, získají tak více informací o pacientech a mohou lépe poskytovat ošetrovatelkou péče a uspokojit potřeby klienta. Díky správné komunikaci a empatii je vytvořena důvěra ve zdravotnický personál a rodina nemocného více spolupracuje. S2 uvedla, že díky správné komunikaci a milému přístupu sestry, je rodina klienta vstřícnější a méně se bojí o svého blízkého. „*Význam spolupráce vidím hlavně v tom, že se o pacientech dozvíme více věcí. Mám pochopení pro to, že je rodina v těžké situaci, bojí se tam chodit a bojí se o svého blízkého. Člověk, který se nepohybuje v nemocničním prostředí se bojí veškerých alarmů, různých hadiček nebo toho, že neví, jak s pacientem mluvit či manipulovat. Zakládám si na tom, že se rodině představím a vysvětlím jim, proč má třeba pacient tracheostomickou kanylu. Pokud se chce rodina zapojit do péče o nemocného, vysvětlím jim, jak se některé věci dělají a proč. Rodina se přestává bát na pacienta sáhnout a více mi věří. Pak se třeba chtějí příbuzní zapojit do hygieny nebo do rehabilitace a někdy se stane, že je pacient vnímá. Vnímá jejich hlas, nebo jak ho osloví a třeba s nimi i lépe spolupracuje. Samozřejmě záleží na jeho zdravotním stavu. Takže získám důvěru, že se o pacienty staráme dobře a pak se sem rodina nebojí chodit častěji.“ (S2)*

S3 uvedla, že je důležité mít pro rodinu pochopení a díky spolupráci upadá strach blízkých. „*Důležitá rozhodně je. O tom jsem přesvědčená, a proto se snažím být na rodinu milá, vlídná a snažím se je pochopit. Ty návštěvy jsou pro ně někdy opravdu náročné. Pacient se špatně vyspí, je protivný jak na nás, tak i na své blízké. Rodina čeká, že blízkému udělají návštěvou radost, ale kolikrát odchází v rozpacích. Tím, že s nimi*

komunikujeme a vysvětlujeme, vytváříme příznivé prostředí a ubezpečíme je, že je o jejich blízkého dobře postaráno. Časem pomine počáteční strach rodiny a třeba i tím, že na ně nejsme protivné, nemáme přesný čas návštěvních hodin, může rodina přijít v čase, kdy jim to vyhovuje. Samozřejmě je to o domluvě, ale myslím to tak, že většina lidí chodí do práce a nestihá pak přijít na návštěvu. To se mnohdy odráží i na chování nemocného, který očekává, že rodina bude chodit každý den.“ (S3) S4 uvedla, že díky spolupráci je rodina vstřícnější, jelikož si uvědomí, že práce s nemocným není jednoduchá. Dále popsala, že spolupráce mezi rodinou a personálem je přínosná pro získání potřebných informací o klientech. „Určitě je spolupráce důležitá. Tím, že s rodinou komunikujeme a spolupracujeme vytváříme důvěru. Důvěru v to, že je o jejich blízkého dobře postaráno, což je si myslím důležité. Často se stává, že rodina přijde a řekne, že nás obdivuje, protože ta práce je fyzicky i psychicky náročná. Řeknou to většinou tehdy, když je zapojíme do péče o pacienta. Snažíme se jim vyjít vstříc, v případě, že chtějí přijít na návštěvu mimo návštěvní hodiny. Pacient má tady určitý řád dne, takže když jim řekneme, že to dnes není možné, snaží se s námi domluvit jinak. Pokud se chce rodina zapojit do péče o pacienta, nebráníme jim v tom. Ukazujeme jim, jak provádíme hygienu nebo provádíme bazální stimulaci. Během toho třeba rodina přijde na další důležité informace. Třeba to, že jejich blízký měl rád tohle a tohle jídlo a pití, nebo měl oblíbenou vůni. Myslím, že je to hlavně o přístupu rodiny, ale i nás.“ (S4)

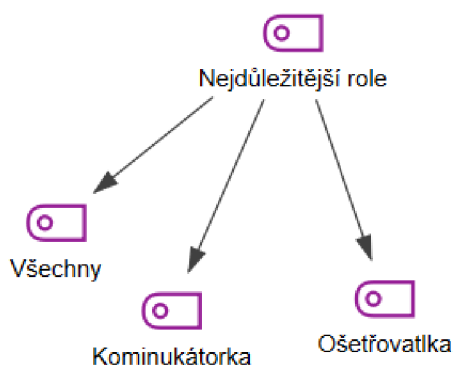
S6 a S8 uvedly, že díky kooperaci dochází k získání podrobnějších informací o nemocných, čímž dochází k lepšímu uspokojení individuální potřeby klientů. „Myslím si, že spolupráce je nezbytná. Mohly bychom to brát tak, že každý pacient je stejný. Tudiž uspokojíme základní potřeby, ale to není správné. Tím, že tady pacienti leží dlouhodobě, je třeba se na ně líp zaměřit. Pacienty neznáme, a tak je na rodině, aby nás s nimi seznámila. V konceptu bazální stimulace se zaměřujeme na osobní informace. To znamená, že si musíme sednout s rodinou a ptáme se na podrobnější věci. Co měl nemocný rád, jaké měl rád jídlo, vůni a podobné. Všechny tyto věci mohou pak donést a my s nimi pracujeme.“ (S6) „U nás je to nastavené tak, že se s rodinou snažíme spolupracovat opravdu hodně. S rodinou sepíšeme veškeré podstatné informace o pacientovi, které využijeme v rámci bazální stimulace a ošetrovatelské péče. Vysvětlíme jim chod našeho oddělení a nabídneme, že pokud by chtěli, mohou se zapojit do péče o pacienta. Pokud souhlasí, ukážeme jim vše, co s nemocných děláme. Myslím si, že je důležité vědět, jak se o jejich blízkého pečuje. V případě, je pacient k přeložení do dlouhodobé péče nebo k domácí péči, rády jim se vším poradíme a ukážeme. Rodina se

zbaví strachu, ostychu a jejich spolupráce je přínosná i pro samotného pacienta.“ (S8)

Takto nám význam spolupráce popsala sestra označená jako S10: „*Spolupráce je určitě důležitá. Spolupráce s rodinou je prospěšná jak pro nás, tak pro pacienta i samotnou rodinu. Pomáhají nám v rámci anamnézy pochopit, jaký je daný pacient jako osobnost, co má rád, jaký přístup k němu zvolit. Co pro pacienta znamená zkvalitnění péče z lidského hlediska, nejen toho profesionálního.*“

5.2.8 Kategorie 8 – Nejdůležitější role sester

V této kategorii nás zajímalo, jaká je dle názoru informantek nejdůležitější role, kterou plní v rámci své profese.



Obr. 9 Kódování kategorie nejdůležitější role sester (Zdroj: Vlastní zpracování)

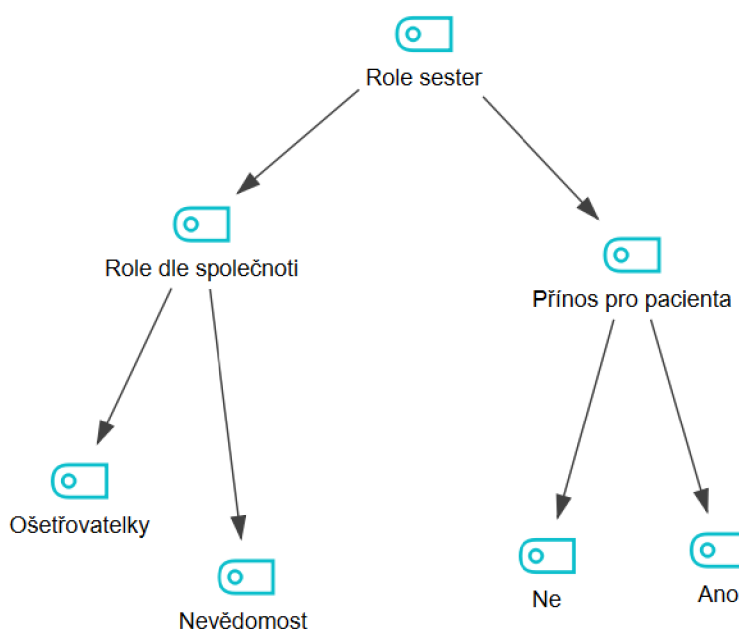
V této kategorii jsme zjišťovaly, jaká je nejdůležitější role v profesi sestry v následné a dlouhodobé intenzivní péči. Opakovaně zmiňovanou rolí byla role ošetřovatelky a komunikátorky. Avšak nejčastěji dotazované sestry uvedly, že všechny jmenované role jsou důležité, jelikož formují toto povolání. V odpovědi S1 můžeme vidět, proč jsou důležité uvedené role. „*Důležité budou asi všechny, protože formují tu sestru. Ale asi nejdůležitější je role ošetřovatelky a edukátorky. Ošetřovatelka vykonává vlastně veškerou péči o nemocného. Ať se jedná o hygienu, krmení, podávání léků, tak i péči o dýchací cesty nebo práci s ventilátorem. Bez toho by to nešlo. A role edukátorky je velmi důležitá, pro spolupráci s rodinou i pacientem. Pokud s klientem komunikuji a vysvětluji mu jednotlivé výkony, více mi věří, spolupracuje a pak se tolik nebojí se. Tím, že spolupracujeme s rodinou, umožňujeme klientům více kontaktu s blízkými, pacient se cítí více komfortně a zároveň ukazujeme rodině naši práci.*“ (S1) Setkaly jsme se i s tím, že sestry nevěděly, která z rolí je nejdůležitější. Například u sestry S2: „*Nevím, která role*

je nejdůležitější. Důležité je se dobře postarat o pacienta, neudělat chybu, která by ohrozila nemocného. Pak si taky myslím, že se důležitost rolí odvíjí i od konkrétních pacientů a od jejich potřeb. A ta důležitost se mění.“ (S2) Dále nás zaujal názor S3: „Myslím si, že všechny role, které jste uvedla jsou podstatné. Já bych řekla, že asi nejdůležitější je role ošetřovatelky a komunikátorky. Když se na to podívám jinak, tak ale pokud by sestra neplnila roli manažerky, tak bychom třeba neměli dostatečný materiál, který obstarává třeba staniční sestra, nebo vrchní. Pokud by sestra neplnila roli školitelky, kdo by pomohl nově nastupujícímu personálu? Dle mého názoru to jde ruku v ruce a všechny role jsou důležité a asi na sebe i navazují.“ S4 uvedla, že její nejdůležitější rolí je role ošetřovatelky, která zahrnuje péči o nemocného. „Myslím si, že nejdůležitější je role ošetřovatelky, která pečuje o vzhled pacienta. Podávám léky, výživu, pečuji o dekubity a další věci. To si myslím, že je důležité a asi se to od nás i očekává. Role edukátorky je taky důležitá, ale jak můžu někoho edukovat, když nebudu znát postup nebo se budu o nemocného starat špatně. Nevím, asi jak jsem řekla, role ošetřovatelky je ta nejdůležitější.“ (S4) S5 zdůvodnila, proč si myslí, že všechny role sestry jsou důležité. „Jaká je nejdůležitější role? To nevím, myslím si, že všechny role, které jsme probraly jsou důležité. Myslím si, že pokud se podíváme na sestru jako celek, měly bychom tam mít všechny role, ne jenom jednu. Myslím si, že každá z rolí má něco do sebe a od každé z rolí očekáváme něco jiného to, co tvoří sestru. Asi nelze být dobrá ošetřovatelka a špatná asistentka lékaře.“ (S5) Informantka označená jako S6 se shoduje s názorem S5 a S4, jelikož si myslí, že všechny z uvedených rolí jsou podstatné. „Asi každá z těchto rolí. Ty role na sebe navazují a dohromady tvoří dobrou sestru.“ Odpověď sestry S7: „Já myslím, že ty role se prolínají. Důležitá bude asi každá, protože pokud nebudu umět komunikovat s nemocným, budu protivná, tak se mnou pacient odmítne spolupracovat. Pokud budu dělat špatně ošetřovatelskou péči, poškodím pacienta. A pokud špatně zaškolím novou kolegyni, bude dělat chyby. Takže asi všechny jmenované role jsou důležité.“ Dle názoru S8, S9 a S10 patří mezi nejdůležitější role sester, role ošetřovatelky a komunikátorky. „Nejdůležitější rolí by mohla být asi role ošetřovatelky a to proto, že se stará o pacienta. Musí mít znalosti a zkušenosti.“ (S8) „Dle mého názoru, je nejdůležitější role ošetřovatelky a komunikátorky. Sestra ošetřovatelka se musí poskytovat pacientům komplexní péči. Tím myslím od hygieny až po podávání léků. Tato role je stěžejní, protože zahrnuje to, jaké má povolání sestry být. Pečujeme, pomáháme a staráme se o nemocné. Role komunikátorky je důležitá, jak v komunikaci a spolupráci s pacientem, tak i s rodinou. Jak jsem říkala, pokud

nespolupracujeme s rodinou, nemáme potřebné informace i klientech.“ (S9) Odpověď informantky S10: „To nevím. Asi role sestry ošetrovatelky, protože to spektrum výkonů sestry je zde poměrně široké.“

5.2.9 Kategorie 9 – Náзор společnosti a přínos pro pacienta

V této kategorii jsme zjišťovaly názor informantek, zdali je přínosné uvědomovat si své role. Následně byly stanoveny další dvě podkategorie, kde jsme zjišťovaly, jestli to má nějaký přínos pro pacienta a dále jaké role plní sestry podle společnosti.



Obr. 10 Kódování kategorie názor společnosti a přínos pro pacienta (Zdroj: Vlastní zpracování)

Tuto kategorii jsme zvolily, abychom zjistily, zdali si sestry během své praxe na jednotkách NIP či DIOP uvědomují své role a jestli to má nějaký přínos. Z odpovědí informantek vyplývá, že během své praxe nepřemýšlely na tím, jaké role plní. Některé z informantek se nad otázkou zamyslely a přiznaly, že pokud by si uvědomily některou z rolí, mohly by ji zdokonalit. Informantka, označená jako S1 potvrdila, že by si měla více své role uvědomit. „*Jestli je to přínosné? Nejsem si úplně jistá, i když věřím, že pokud si některou z rolí uvědomíte, třeba co ta role obnáší a jaká by asi měla být, můžete dojít k názoru, že byste se mohla třeba víc zdokonalit nebo asi i rozšířit znalosti. Když se*

nad tím zamyslím, tak přínos byly třeba ty kurzy, kde jsem se naučila tu bazální stimulaci. To je prostě věc, kterou normálně moc neznáte.“ (S1) S2 uvedla, že je důležité, aby sestry znaly své základní role a uvědomovaly si je. *„Přínosné to asi svým způsobem je, abych věděla, jak mám edukovat pacienta nebo jeho rodinu. Že je to součástí mé práce. Asi je důležité o základních rolích vědět, ale nemyslím si, že by to bylo vyloženě důležité.*“ (S2) S3 popsala přínos vnímání své role následovně: *„Asi by mě samotnou nenapadlo se nad tím pozastavit a snažit se vysvětlit, které role plním jako sestra v intenzivní péči. Přínosem asi je, pokud sestra ví, co se od ní očekává a jak dělat svou práci dobře a komplexně. Nevím, tady jste mě zarazila, protože si myslím, že je důležité vědět, co daná role obnáší, ale nikdy jsme se nad tím nepozastavila.*“ Sestra označená jako S4 potvrdila, že je důležité si uvědomit své role. *„Jak jsem již říkala, je důležité si uvědomit, jaká je má role v zaměstnání. Vím díky tomu, jak mě vnímají ostatní a jaké je mé postavení, nebo jaký má moje práce význam.*“ (S4) Naopak S5 je takového názoru, že plní svou práci dobře, aniž by si uvědomila své role během praxe. *„Nemyslím si, že je to důležité a že by to mělo nějaký přínos. Svou práci dělám celkem dobře, alespoň si to myslím. Vím, jak mám komunikovat s lidmi, s pacienty a nepotřebuji vědět, že plním roli edukátorky.*“ (S5) Odpověď informantky S7: *„Nevím, jestli je to přínosné. Na to vám asi nedokážu odpovědět. Já sama nevěděla, jaké role máte na mysli, ale zároveň si myslím, že nejsem špatná sestra a že svou práci dělám celkem dobře.*“ S10 uvedla, že nevidí přínos v uvědomění svých rolí. Zároveň podotkla, že pokud si sestra uvědomí své role, může dosáhnout zvýšení sebevědomí, či nalezení své profesní identity. *„Nemyslím si. Ale třeba si tím některé sestry mohou upevnit vlastní profesní identitu, a být tak sebevědomější a jistější při své práci.*“ (S10)

5.2.9.1 Podkategorie – Přínos pro pacienta

Tato podkategorie zahrnuje informace o tom, zdali má nějaký přínos pro pacienta, jestliže si sestry v následné a dlouhodobé intenzivní péči uvědomují své role. Polovina dotazovaných sester uvedla, že pokud si sestry uvědomí své role, mohou pacientům nabídnout kvalitní péči. Pacient i jeho rodina ocení individuální přístup, který zajistí uspokojení potřeb klienta. Některé z dotazovaných sester odpověděly, že pro pacienta nemají jejich role žádný význam. Naopak jak uvedla informantka S1, pacient ocení tvůrčí přístup sester. *„Pro pacienta to má dle mého velký význam. Jak jsem říkala, pokud máte zkušenosti, děláte tu práci delší dobu, tak se prostě zlepšujete. Pacient vám víc věří a v některých případech můžete vymyslet prostě nějaký jiný způsob, než který je zajetý.*

Nejedete jako kolovrátek pořád dokola, ale zkusíte vymyslet něco jiného nebo specifického, jelikož každý je jiný. Takže pacient i když je to velmi nemocný člověk, který se o sebe nepostará sám, může cítit, že je o něj postaráno dobře.“ (S1)

Odpověď S2: *„Nevím, jestli je to přínosné. Asi znát své role, není pro pacienta stěžejní a nijak ho to neovlivňuje.“*

S3 odpověděla, že pokud sestra vykonává své pracovní povinnosti zodpovědně, může to být pro pacienta přínosné. *„Jak už jsme řekla, pro pacienta je přínosem, pokud sestra dělá svou práci dobře a plní své povinnosti. Pokud je správná edukátorka, která je trpělivá a umí s nemocným komunikovat, pacient tak lépe pochopí, co se po něm chce, nebo, že to s ním personál myslí dobře. Tím si vytvoříme přátelský vztah. Záleží i na formě komunikace, což je taky složité. Chce to kolikrát trpělivost nebo zkušenosti. Takže přínos to má.“ (S3)* Informantka S4 si své role uvědomuje a tím dokáže nabídnout pacientům lepší péči.

„Myslím, že ačkoli to ten pacient nevnímá, přínosné to pro něj je. Díky tomu vím, že mohu pacientovi „nabídnout“ více než jen to být tu pro něj jako sestra a poskytovat pouze ošetrovatelskou péči a péči, která je nezbytně nutná. To samé platí pro jeho rodinu.“ (S4)

Odpověď sestry S5: *„Myslím si, že pro pacienta to nemá žádný význam. Nebo si to asi neuvědomuji.“*

S6 popsala jednotlivé role, které plní a názorně popsal i benefity pro pacienta i jeho rodinu. *„Každá z těch rolí přináší nemocnému určitou výhodu. Nebo nevím, jak to přesně popsat. Pokud bude sestra dobrá ošetrovatelka, pacient bude dobře zajištěn, sníží se rizika infekce, bude mít zajištěný komfort a pohodlí. Pokud bude sestra vědět, jak s klientem a jeho rodinou správně komunikovat, pacient i rodina v ní získá větší důvěru a budou s ní lépe spolupracovat. Role manažerky je přínosná v tom, že bude fungovat chod oddělení tak jak má, bude dostatek materiálu pro péči o nemocné, lepší technické zařízení a proškolený personál, který nebude dělat zásadní chyby.“ (S6)*

Z odpovědí informantek označených jako S7 a S8 jsme zjistily, že pro pacienta je bezvýznamné, že si sestry uvědomují své role. Odpověď sestry S10: *„Pokud si je sestra jistá ve své práci, určitě se to odrazí i v kvalitě péče o pacienta, který má pocit, že o něj pečují skutečně kompetentní personál.“*

5.2.9.2 Podkategorie – Role dle společnosti

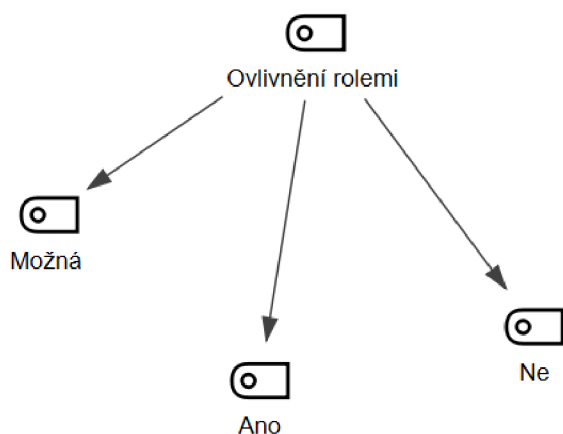
V této podkategorii nás zajímal názor informantek, jak nahlíží na role sester společnost. Jaké role plní dle společnosti? Názor informantek se jednoznačně shodl. Společnost vidí všeobecné sestry jako ošetrovatelky, které poskytují pomoc. Jsou

asistentky lékaře, které plní jeho pokyny a následně pečují o nemocné. S1 uvedla, že široká veřejnost nemá povědomí a ostatních rolí sestry. „*Myslím si, že společnost role sester znát nebude. Většina lidí ani neví, co práce na NIP obnáší natož znát role. Když přijde rodina nemocného na první návštěvu, jsou často dost vyděšení. Hlavně z přístrojů a občas také z toho, že neví, co se tady bude s pacientem dít. Možná, že kdybyste jim to vysvětlila jako mně, tak by dokázali lidi říct, že se setra stará o pacienta ve smyslu, že dáváme nemocným léky a z toho byste mohla odvodit, že sestry jsou třeba ošetrovatelky.*“ (S1) Odpověď S2: „*Myslím, že společnost si neuvědomuje role sester. Prostě jsme sestry, které se starají o jejich blízké. Kdybych tento pojem neslyšela ve škole, sama bych nevěděla, o co jde.*“ S3 odpověděla, že společnost odvozuje role sester z vlastních zkušeností. „*Myslím si, že společnost v sestrách vidí nějakou pomoc, se kterou mají třeba sami zkušenost. To znamená podávání léků, pomoc s hygienou nebo, že jsme pomocnice lékařů.*“ (S3) Zaujal nás názor sestry označené jako S4, která tvrdí, že prestiž sester zvýšila covidová pandemie. „*Myslím si, že ve společnosti plníme hlavně to, že se o někoho staráme, provádíme hygienu, nebo podáváme léky. Prestiž našeho povolání zvýšila covidová pandemie, kde společnost mohla vidět, hlavně pomocí medií, že naše práce není jednoduchá.*“ (S4) Informantka S5 odpověděla, že společnost zná pouze roli ošetrovatelky či pečovatelky, kterou odvodí z názvu či z vlastních zkušeností. „*Myslím si, že pro člověka, který se ve zdravotnictví nepohybuje je známá pouze role pečovatelky, kterou si odvodí z názvu či z vlastních zkušeností. I lidé v nemocnici, kteří jsou hospitalizováni určitě nevědí, že plníme roli edukátorky nebo manažerky. Dále mohou odvodit, že jsme asistentky lékařů, se kterými spolupracujeme. Jinak si myslím, že nás vidí jen ošetrovatelky, které dávají léky, aplikují injekce nebo se starají o pacienty.*“ (S5)

S6 poukazuje na to, že si společnost neuvědomuje náročnost práce. „*Společnost si často neuvědomuje, co obnáší práce sester. Myslím si, že je to normální a zlomí se to ve chvíli, kdy jsou buď sami v nemocnici, nebo je tam někdo z jejich blízkých. Já sama nevím, co všechno obnáší některá povolání.*“ (S6) Odpověď S7: „*Pro společnost jsem zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o jejich blízké.*“ S9 i S10 uvedly, že společnost vidí sestry jako ošetrovatelky, které pečují o nemocné.

5.2.10 Kategorie 10 – Ovlivnění rolemi

Tato kategorie zjišťuje, jestli některá z rolí sester ovlivňuje informantky jak v profesním, tak i osobním životě. Touto kategorií jsme chtěly získat objektivní názor na to, že profesní role mohou ovlivnit i osobní život.



Obr. 11 Kódování kategorie ovlivnění rolemi (Zdroj: Vlastní zpracování)

V této kategorii byla informantkám položena otázka, zdali je některá z uvedených rolí ovlivňuje v jejich profesním či osobním životě a jakým způsobem. Dotazované sestry nejprve odpověděly, že je role sester nijak neovlivňují. Následně jsme ale začaly pozorovat, že určité role, ovlivňují jejich osobní život a částečně se odrážejí i v životě profesním. Odpověď S1: „V běžném osobním životě si nemyslím, že by mě konkrétně nějaká z rolí ovlivňovala. V práci ano, tam je to o tom, jak jsem říkala, že pokud se v něčem zdokonalíte nebo třeba přijdete na jiný způsob, který není úplně obvyklý, máte z toho radost. Prostě občas se zamyslet a snažit se do pacienta vcítit. Takže si myslím, že občas nějaký z rolí práci ovlivní.“ (S1) Informantka S2 popsala, že profesní role jí zasahují částečně do osobního života, vzhledem k náročnosti práce. „Nemyslím si, že by mi nějaká z rolí zasahovala do osobního života. I když je pravdou, že z počátku jsme si nosila práci i domů. Bylo pro mě těžké, vracet se za stejnými pacienty a nevidět moc pokroky. Nevím, jestli je to ovlivnění rolemi, ale vzpomínám si, že jsem nemohla dostat z hlavy jednoho pacienta, který byl po dopravní nehodě. Mladý muž, byl to motorkář, kterého srazilo auto. Byl od krku dolů ochrnutý. Těžko jsem to snášela, protože to byl mladý kluk, který byl skoro ve věku mého syna. Péče o něj byla náročná, jelikož on sám stále věřil, že začne znovu chodit. Rodina ho neustále motivovala a ta komunikace s nimi

nebyla jednoduchá. Tady pro mě nastala otázka, jestli je uvést do kruté reality, kterou nechtěli slyšet, byli nepřijemní a nechápali, proč jejich blízký nechodí. Jak říkám, nevím, jestli je to ovlivnění rolemi, ale osobní život mi to zasáhlo. Časem si člověk na některé věci zvykne, obrní se a práci si domů nenosí. Zním i pár kolegyní, které měly doma díky práci osobní problémy v rodině. Nedokázaly se oprostít od pacientů a trápilo je to.“ (S2)

S3 uvedla příklad ze své praxe, kde ji ovlivnila role sestry jako součást multidisciplinárního týmu. „Abych řekla pravdu, myslela jsem si, že mě ovlivňuje spíše psychická zátěž z práce, ale možná je to těmi rolemi, které jsem si do dneška až tak moc neuvědomovala. Nevím, jestli vám na to dokážu správně odpovědět, ale měla jsem problém být součástí týmu. Když jsem nastoupila, měla jsem problém vyjít s kolektivem. Byly tady spíše postarší sestry, které byly ze staré školy a nechtěly se moc přizpůsobit novým postupům, prostě těžko snášely změny. Když jsem přišla na tohle oddělení, měla jsem zkušenost jen se standardním oddělením, ale škola nás učila novějšími metodám, než na které byly starší sestry zvyklé. Snažila jsem se jim některé věci vysvětlit, že by bylo lepší to dělat jinak. Takže spolupráce v týmu nebyla úplně jednoduchá. Když jsem jim vyprávěla, jaký jsem dělala ve škole výzkum, přišlo jim to nejprve vtipné. Pak jsme podstoupily asi za rok školení na vlhké hojení ran. Kolegyně nakonec uznaly, že novější techniky nejsou až tak špatné. Komunikace v kolektivu je dle mého velmi důležitá a s tím i přizpůsobit se novějšími metodám ve zdravotnictví.“ (S3)

S4 popsala své zkušenosti následovně: „Myslím, že asi každá role, jak sociální, tak i pracovní ovlivňuje člověka nebo i jeho práci a výkon. Ve chvíli, kdy dělám roli dobře, jednak si tím mohu ulehčit práci, myslím třeba postup, nebo přijít na nové řešení problému. Pokud budu plnit správně roli komunikátorky, konkrétně například v komunikaci s rodinou nemocného, získám více informací. Tyto informace mohu využít v péči o pacienta, tím budu lepší rolí ošetřovatelky, jelikož mi daná informace může pomoci třeba v bazální stimulaci, v hygieně nebo v rehabilitaci.“

S4 uvedla, že zdravotničtí pracovníci vykonávají náročné povolání, a tak je důležitá psychohygiena, aby jim jejich povolání neovlivňovalo osobní život. „Neřekla bych, že mě nějaká z rolí ovlivňuje. Jak jsem říkala, vyslechnout si starosti rodiny nebo pacientů je náročné a je důležité, aby si to člověk netahal domů. Musíte to nějak filtrovat, to znamená, že to probereme v práci, ale doma už nad tím nechci přemýšlet. Stejně tak, jako když se vám stane něco doma, nemáte se tím zabývat v práci. Naše práce není jednoduchá. Celkově práce zdravotníků je psychicky i fyzicky náročná a člověk musí starosti z práce nechat v práci.“ (S4)

S6, která je v pozici staniční sestry popsala, jak ji

ovlivňuje práce manažerky. „Momentálně mě ovlivňuje role manažerky, jelikož často i z domova řeším nějaké problémy, nebo vyřizuji věci mimo pracovní dobu. Vlastně mě to ovlivňuje i v práci, kde se snažím utužit kolektiv. Dále chci, aby chod oddělení fungoval, ale to řešíte i ve svém volném čase.“ (S6) S7 uvedla, že ji zpočátku ovlivňovala role ošetrovatelky. „Teď už ne. Ze začátku jsem měla trochu problém s určitými postupy. Ale tak je to asi vždy, když člověk přijde na nové oddělení. Ovlivnila mě asi role ošetrovatelky, která je zde trochu rozsáhlejší. Každé oddělení má své zvyklosti, takže jsem se musela naučit pracovat s konceptem bazální stimulace nebo s novým technickým zařízením. Bylo to ze začátku náročné. Vlastně i to, že pacienti zde leží dlouhodobě. Z JIP nebo z ARO jsem byla zvyklá, že pacienty přeložíme na jiná oddělení. Ale časem jsem se naučila některé věci nevnímat nebo se s nimi naučit pracovat.“ (S7)

Informantky S8 a S10 se shodly, že je nejvíce ovlivňovala role edukátorky a komunikátorky. Sestry nebyly zvyklé být v úzkém kontaktu s rodinou a spolupracovat s nimi. Jak sama uvedla informantka S8, musela se naučit být trpělivější a více komunikovat. „Asi ano. Myslím, že ze začátku jsme měla problém více spolupracovat s rodinou pacientů. Na aru nebylo zvykem rodinu zapojovat do ošetrovatelské péče. Komunikace s rodinou není lehká. Rodina je vystresovaná, má strach o pacienta, projevují mnoho emocí a vy musíte zachovat klidnou hlavu a snažit se je podpořit, i když víte, že se zdravotní stav jejich blízkého nezlepší. Párkrát se mi zde stalo, že si rodina vzala nemocného do domácí péče. Snažila jsem se jim vysvětlit třeba péči o tracheostomickou kanylu, nebo péči o invazivní vstupy jako je například PEG. Od rodiny shromažďujeme informace o klientech, což je zase psychicky náročné i pro nás. Pacient byl před úrazem akční, zdravý jedinec a stačí chvíle nepozornosti a máte zkažený celý život.“ (S8) Odpověď sestry S10: „Možná ano. Některé z rolí mě asi ovlivnily. Myslím, že role komunikátorky je náročnější, protože jak jsem již uvedla, snažíme se pomoci i rodině. Více se na ně zaměřit a podpořit. Ty blízké, které chodí pravidelně na návštěvu už znáte. Rodina očekává nějaký pokrok, který většinou nepřichází. To je pro ně demotivující a my se snažíme, aby dál docházeli a zapojovali se do péče o pacienta. V osobním životě mě poznamenaly asi všechny s uvedených rolí. Jsem obezřetnější a více předvídám. Je to taková moje pracovní deformace.“ Z odpovědi S9 jsme zjistily, že profesní role by neměly ovlivňovat osobní život sester. „Vaše profesní role ovlivňují vaši práci. Měl by to pro vás být asi určitý pohon, který by vás měl vést k zdokonalení a zlepšení vaší práce. Samozřejmě je to ovlivněno i časem. Když jsem nastoupila, nosila jsem si práci i domů. Ale jako profesionál, byste tohle dělat neměla. Pracuji tady už deset

let, a tak jsem si na některé věci zvykla a domů je nosit nechci. Kolikrát se stalo, že to odnesla rodina, jelikož jsem byla z práce unavená, našťvaná nebo smutná. To prostě takhle nejde. Mělo by vás to naopak posunout ve své profesi. Takže ano, abych to shrnula, role sester ovlivňují jak profesní, tak i osobní stránku.“ (S9)

6 Diskuse

V dnešní době je povolání sester jedno z nejnáročnějších, neboť jsou na sestry kladeny vysoké požadavky nejen na jejich profesionalitu, odbornost, ale i na samotnou osobnost člověka. Fyzická či psychická náročnost tohoto povolání se může projevit nejen v profesním, ale i osobním životě. Povolání sester prošlo mnoha změnami v krátkém časovém horizontu a neustále se formuje a rozvíjí (Lamb et al., 2018). Součástí každého povolání je očekávané a vyžadované chování, které nás zařazuje do společnosti a určuje naše postavení. Z toho vyplývá i role dané osoby, která je součástí legislativních norem (Plevová, 2018). Úkolem sestry v ošetrovatelství je prevence, primární péče, udržování a podpora zdraví, paliativní péče a spolu s tím i umírání pacientů. Rozhovory se sestrami, které pracují na následné a dlouhodobé intenzivní péči nám přiblížily, jaké role vnímají ve svém povolání. Dále nám přiblížily povědomost o rolích sester v praxi na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče, přínosy využívání těchto rolí a význam pro samotné informantky či pacienta.

V rámci diskuse budou shrnuty a zhodnoceny výsledky kvalitativního výzkumu diplomové práce zaměřeného na téma „Role sester v následné a dlouhodobé intenzivní péči“. K celkovému hodnocení kvalitativního výzkumu bylo zpracováno deset polostrukturovaných rozhovorů se sestrami pracujícími na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče. První část rozhovorů byla zaměřena na typ oddělení, dosažené vzdělání a délku praxe informantek. Délka praxe informantek se pohybuje od 2-12 let v zařízení následné či dlouhodobé intenzivní péče po celé České republice. Informace, které byly získány od sester pracujících v odlišných nemocničních zařízeních, přinesly různorodé názory a odpovědi. Obávaly jsme se, že pokud bychom provedly rozhovor se sestrami ze stejných pracovišť, byly by výsledky příliš shodné. Pro zajímavost a porovnání rolí sester jsme informantkám položily otázku, zdali mají zkušenost s praxí na jiném oddělení intenzivní péče. Následně jsme mohly porovnat role sester v intenzivní péči, které se odvíjí od jednotlivých pracovišť.

Tři sestry absolvovaly vysokoškolské vzdělání zakončené titulem bakalář, tři sestry s magisterským titulem a sedm z nich získalo odbornou specializaci. Mezi dotazovanými se nacházely i dvě sestry s dosaženým vzděláním – diplomovaný specialista. Kromě dvou sester se jednalo o informantky, které dříve pracovaly na anesteziologicko-resuscitačním oddělení nebo na jednotkách intenzivní péče s různým zaměřením. Sestry tak získaly více zkušeností, naučily se novým dovednostem, získaly

větší přehled o péči na jiných oddělení a mohou tak porovnat role sester v intenzivní péči. Změna oddělení a přestup informantek na jednotky NIP a DIOP, byl ovlivněn osobními důvody, potřebou osobnostního rozvoje, nedostatečnými pracovními podmínkami či zájmem o novou zkušenost. Zbylé dvě sestry nastoupily na jednotky NIP či DIOP po dokončení studia nebo pracovaly na standardním oddělení.

Další kategorie obsahovala informace o oddělení následné a dlouhodobé intenzivní péče. Byla zaměřena na specifičnost péče, která je poskytována hospitalizovaným pacientům. Ve výzkumném šetření popsaly sestry jednotky NIP a DIOP, jako oddělení, které plynule navazuje na intenzivní péči. Péče o pacienty zahrnuje ošetrovatelskou péči, rehabilitaci, odpojování nemocného od umělé plicní ventilace, odbornou péči o invazivní vstupy s následným odstraněním, aplikaci parenterální či enterální výživy a zaměření na koncept bazální stimulace. Dále se informantky shodly, že specifika péče se odvíjí od stanovené diagnózy a zdravotního stavu klientů. S tímto tvrzením souhlasíme a myslíme si, že sestry vyjmenovaly všechny základní specifika péče, která jsou přisuzována jednotkám NIP a DIOP.

Swiss Med Clinic (2016), popisuje hlavní cíle jednotek NIP jako pokračování v zavedené základní léčbě, snahu o odstranění závislosti podpory základních životních funkcí (zdali to umožňuje povaha onemocnění), pozvolné odpojování od UPV, poskytnutí intenzivní fyzioterapie, zahájení nácviku základních životních návyků a překlád pacienta na jednotku DIOP nebo propuštění do následné ošetrovatelské či domácí péče (Swiss Med Clinic, 2016). Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s. (2012), uvádí mezi základní cíle jednotek DIOP komplexní léčebnou a ošetrovatelskou péči, ergoterapii, rehabilitaci, logopedii, canisterapii, bazální stimulaci, ale i na duchovní pomoc (dochází nemocniční kaplan) a podporu nutriční, kterou zajišťuje nutriční terapeut (Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s., 2012). Z tohoto tvrzení vyplývá, že sestry zají hlavní cíle daného oddělení a přistupují k práci tak, aby je naplnily.

Následovala kategorie, která byla zaměřena na samotný pojem role sester. Zjišťovaly jsem, zdali jsou sestry obeznámeny s tímto pojmem, jestli se s ním někdy setkaly a co si pod ním představují. Výzkumné šetření ukázalo, že většina informantek nezná tento pojem, proto jsme jim ho částečně vysvětlily. Zajímalo nás, jak by tento pojem definovaly ony. Informantky, které tento pojem znaly, uvedly, že se s ním setkaly v rámci studia na vysoké škole. Pojem role sester popsaly, jako charakteristický rys sester, který se odvíjí od kompetencí, funkcí, postavení a pracovní pozice sestry. S tímto tvrzením částečně souhlasíme, ačkoli bychom rády doplnily, že dle Špirudové (2015),

jsou role sester definovány, jako očekávané chování jedince, které souvisí s jeho profesí. Jedná se tedy o užší vymezení sociální role (Špirudová, 2015). Po vymezení tohoto pojmu, jsme zjišťovaly, jaké role plní sestry na jednotkách NIP či DIOP a jak byly uvedené role charakterizovaly.

Z rozhovorů je patrné, že informantky jako svou hlavní roli vnímají roli ošetřovatelky, edukátorky a komunikátorky. Roli ošetřovatelky uvedly všechny z dotazovaných sester. Toto tvrzení zdůvodnily tím, že vykonávají ošetřovatelskou péči o pacienta, která zahrnuje pečování o jeho vzhled, aplikace léků, péče o dýchací cesty, ošetření akutních či chronických ran nebo aplikace bazální stimulace. Setkaly jsme se i s názorem informantky S2, která uvedla, že v rámci intenzivní péče není sestra pouze v roli ošetřovatelky, ale zároveň i v roli „specialistky“, jelikož práce v intenzivní péči vyžaduje dostatek znalostí, dovedností, zručnost a práci s technickým vybavením pracoviště.

„Z mého pohledu se jedná určitě o roli nějakého specialisty. Tím myslím, že přejí jen ta práce je tady specifická. Jedná se částečně o intenzivní péči, která už není akutní, ale stále je třeba znát postupy v intenzivní péči. Zahrnuje to zkušenosti, znalosti, zručnost a umět s technickým vybavením pracoviště jako jsou třeba ventilátory nebo dialýza. Takže asi roli specialistky.“ (S3) Dle našeho názoru spadá odbornost, načerpané zkušenosti, dovednosti, znalosti či práce s technickým vybavením do role ošetřovatelky a zároveň do nezbytných vlastností všeobecných sester.

Dále často zmiňovanou rolí pro sestry na jednotkách NIP či DIOP je role edukátorky, kterou plní hlavně v rámci edukace rodiny nemocného. Dle Plevové (2018) se sestra edukátorka aktivně podílí zejména na prevenci a upevňování zdraví. Snaží se předcházet komplikacím a vede nemocné k soběstačnosti či rozvoji sebeobslužných činností. Cílem této role je také naučit pacienta i jeho rodinu nácviku pomocných praktických dovedností a dosáhnout tak relativně spokojeného žití (Plevová, 2018). Informantky uvedly, že rodinu i samotného pacienta edukují v rámci nácviku sebepéče. Pacienta motivují a zároveň tak rozvíjí jeho dovednosti. Edukace rodiny zajistí nácvik péče o nemocného v případě propuštění člověka do domácí péče. Přínos edukace pacienta potvrzuje i autor Americké studie Cammeron (2013) který tvrdí, že vzdělávání pacientů je součástí důležité metody pro zvyšování funkčnosti a kvality života pacienta. Edukací se snižuje riziko návratu onemocnění (Cammeron, 2013). Dále bychom rády dodaly, že díky edukaci je tvořen důvěrný vztah mezi zdravotnickým personálem, pacientem i rodinou nemocného. Potvrzuje to Šulistová a Trešlová (2012) ve své knize, kde popisují,

že k dosažení cílů je důležité budování vztahu mezi sestrou a pacientem, který mezi nimi podporuje motivaci, důvěru a učení (Šulistová, Trešlová, 2012). Z výzkumného šetření jsme nabyly dojmu, že sestry vnímají roli edukátorky jako velmi přínosnou a užitečnou, jelikož napomáhá k motivaci a rozvoji učení pacienta i jeho rodiny.

Role komunikátorky, zahrnuje dle informantek komunikaci mezi sestrou a lékařem či lékařem a pacientem. S tímto názorem příliš nesouhlasíme, jelikož si myslíme, že sestra nemá kompetence ke sdělování veškerých informací. Nejsme si jistí, zdali toto není spíše moderním trendem dnešní doby. Lékař je povinen zjišťovat si informace sám a úkolem sester je sdílet informace o ošetrovatelské péči. Margaret O'Connor a Sanchia Aranda (2005) tvrdí, že lékař zaujímá mnohem formálnější vztahy s příbuznými pacientů a má jasněji vymezené kompetence pro sdělování informací o péči o pacienta (O'Connor a Aranda, 2005). Z odpovědí sester vyplývá, že role komunikátorky zahrnuje komunikační dovednosti, díky kterým lépe a šetrněji sdělují informace rodině pacientů. Zdravotní stav pacienta negativně ovlivňuje chování i jednání rodiny, která se ocitá v těžké životní situaci, a proto se očekává vlídný, empatický a milý přístup ze strany zdravotnického personálu. Komunikace opět přispívá k získání důvěry rodiny a následné kooperaci se zdravotnickým personálem. Z vlastní zkušenosti víme, že v některých případech je komunikace a spolupráce s rodinou obtížná. Zastáváme ale názor, že zdravotník je profesionál, který umí jednat a díky správným komunikačním technikám dosáhne stanoveného cíle.

Náročnost a přínosy komunikace popisuje i Vévoda et al. (2013), který tvrdí, že komunikace s rodinou je jedna z nejnáročnějších oblastí komunikace pro řadu zdravotníků. Je to však příležitost, jak získat rodinu pacienta ke spolupráci. Zdravotnický personál by se měl držet zásad komunikace s příbuznými, být taktní, vstřícný a důvěrně chránit osobní informace o nemocném. Pravidelné a opakované sdělování informací o zdravotním stavu klienta je důležité pro nemocného i pro rodinu (Vévoda et al., 2013). K tomuto názoru se přiklání i Drábková s Hájkovou (2018) které uvádí, že kontakt a spolupráce s rodinou, jsou nezbytnou součástí péče o pacienta na NIP a DIOP (Drábková a Hájková, 2018). Zdravotnický personál by se měl držet zásad komunikace s příbuznými, být taktní, vstřícný a důvěrně chránit osobní informace o nemocném. Pravidelné a opakované sdělování informací o zdravotním stavu klienta je důležité pro nemocného i pro rodinu (Vévoda et al., 2013). Dále bychom rády doplnily tvrzení informantek, že role komunikátorky zahrnuje i komunikaci v celém multidisciplinárním týmu. Tomová a Křivková (2016) popisují, že sestra komunikátorka formuje vztahy nejen

mezi sestrou a pacientem, ale i mezi celým multidisciplinárním týmem (Tomová a Křivková, 2016). Informantky navázaly na plnění role týmového hráče. Ta obsahuje budování dobrých vztahů na pracovišti, které přispívají k vzájemné spolupráci mezi personálem. S tímto názorem se ztotožňujeme, jelikož si myslíme, že příjemná atmosféra na pracovišti ovlivňuje přístup k práci, spolupráci, komunikaci, ale i vzájemnou podporu personálu.

Role mentorky obnáší dle sester pomoc při adaptačním procesu nových kolegyní či v odborné praxi studentů. Tento názor potvrzuje Špirudová (2015), která tvrdí, že mentorství neboli mentoring je proces, v němž speciálně vybraná, zkušená a školená osoba (registrovaná sestra či specialistka – mentor) podporuje a předává zkušenosti méně zkušené osobě (Špirudové, 2015).

Jak jsme již zmínily, další vnímanou rolí je asistentka lékaře. Ta je budována od nepaměti, kdy sestra byla a je pravou rukou lékaře. Kooperace lékařů a sester je dle našeho názoru základem pro uspokojení potřeb pacienta. Spolupráci sestry s lékařem popisuje Fulton et al. (2021), který uvádí, že v dlouhodobé a následné intenzivní péči musí nemocní podstupovat mnoho vyšetření či diagnosticko-terapeutických výkonů (Plevová, 2018). Hlavním úkolem sester je příprava pacienta, zajištění různých terapeutických činností a asistence lékařů (Fulton et al., 2021).

Dále nás mile překvapila odpověď sestry označené jako S6, jelikož jsme nečekaly, že tyto role budou dotazované sestry znát. Tato informantka je staniční sestrou sloučeného oddělení NIP i DIOP. Ve své odpovědi uvedla, že plní také roli výzkumnice. Tato sestra se podílela na výzkumu v době covidové pandemie. Ačkoli jsme předpokládaly, že tuto roli nebudou sestry znát, myslíme si, že role výzkumnice/nositelky změn by se měla v dnešní době více rozvíjet. Důvod pro rozšíření této role popisuje Fulton et.al. (2021), který tvrdí, že role výzkumnice je přínosná pro zkvalitnění ošetrovatelské péče, zvyšuje úroveň ošetrovatelství a je přínosem pro mezinárodní spolupráci (Fulton et al., 2021).

Prvním cílem naší práce bylo zjistit, jaké role vnímají sestry v následné a dlouhodobé intenzivní péči. Z výzkumného šetření vyplývá, že informantky plně vnímají základní role sester a ačkoli nejsou zcela informované o tomto pojmu, dokážou vysvětlit, co zahrnují jednotlivé role a uvést příklady z praxe. Popsaly, jakým způsobem jsou jmenované role přínosné, jednak pro pacienta a jeho rodinu, ale i pro ně samotné. Myslíme si, že je podstatné, aby sestry vnímaly přínosy a benefity jednotlivých rolí.

Na kategorii role sester na jednotkách NIP a DIOP plynule navazuje kategorie

odlišnost rolí. Jak jsme již zmiňovaly, zajímalo nás, zdali v minulosti pracovaly informantky v intenzivní péči. V tomto případě jsme využily informace o tom, že většina sester má zkušenost s praxí na jiném oddělení intenzivní péče. Tyto informace nás dovedly k zajímavému zjištění. Výzkumné šetření ukázalo, že na jednotkách NIP a DIOP jsou lépe využity role edukátorky a kominukátorky než na předchozím oddělení intenzivní péče, kde pracovaly. Shodly se, že na jednotkách NIP či DIOP je více prostoru pro komunikaci a edukaci rodiny. S tímto názorem souhlasíme a rády bychom doplnily, že díky dlouhodobé hospitalizaci pacienta dochází k frustraci rodiny i nemocného. Dle našeho názoru můžou sestry předcházet frustraci, stresu či obavám rodiny a klienta tím, že budou dostatečně edukovat, komunikovat a vyjadřovat empatii. Ačkoli sestry uvedly, že se o empatii a vstřícnost snaží, z praxe víme, že tomu tak vždy není. Proto by se nad tím měly sestry více zamýšlet a hledat řešení pomoci.

Tomová a Křivková (2016) uvádějí, že psychiku člověka nepříznivě působí jakákoli změna zdravotního stavu, jelikož je nucen v době hospitalizace měnit zavedený způsob svého života. Nemocný je odříznut od běžných aktivit, na které byl doposud zvyklý. Významnou roli zde hraje komunikace, která je odrazem vztahů v rodině. Rodina, kde jsou vztahy na správné úrovni, má zájem podílet se na uzdravení nemocného (Tomová a Křivková, 2016). Důležitost podpory pacienta i jeho rodiny, popisuje Drábková s Hájkovou (2018), které tvrdí že pobyt na jednotkách NIP a DIOP je velmi dlouhý, proto jsou návštěvy pro rodinu i pacienta nesnadné. V některých případech dochází postupem času k úpadku zájmu rodiny, proto jsou návštěvy jsou minimální. Přínosem pro klienta může být, i pokud je návštěva pozitivně naladěna. Pro rodinu je obtížné nevyjadřovat smutek, lítost a neprojevat negativní emoce či obavy (Drábková a Hájková, 2018).

Dále uvedly, že díky vzájemné komunikaci s rodinou získají více informací o klientech. Tyto informace jsou potřebné jednak pro získání biografické anamnézy, kterou vyplňují s rodinou nemocného, tak i pro lepší poznání klienta. Anamnéza je sestavena na základě osobních informací o nemocném, kde sestry zjišťují, co měl pacient rád, na jaké oslovení byl zvyklý nebo například jaké měl koníčky. Na základě získaných informací se sestaví plán, díky kterému je možné vykonávat koncept bazální stimulace. Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry na jednotkách NIP i DIOP plně využívají tento koncept a jsou přesvědčené o jeho funkčnosti. Z vlastních zkušeností víme, že se bazální stimulace využívá velmi zřídka. Jsme přesvědčené o tom, že této koncept by byl přínosný i mimo intenzivní péči. Naš názor potvrzuje Friedlová (2015), která tvrdí, že vnímání

sebe sama, je předpokladem k pohybu a komunikaci s okolím. Jestliže je okolní prostředí málo podnětné, z jakéhokoli důvodu může dojít k sensorické deprivaci. Pokud není dostatečná pohybová aktivita, hrozí motorická deprivace nemocného (Friedlová, 2015).

Spolupráce je výhodná v rámci edukace, v případě, že se chce rodina dobrovolně zapojit do ošetrovatelské péče o pacienta. Dostatečnou edukací lze rodinu naučit práci s nemocným, kterou mohou vykonávat v domácím prostředí, v případě, že je pacient propuštěn do domácí péče. Propuštění pacienta do domácí péče je velmi náročné. Proto se s ním informantky nesetkávají příliš často. Potvrzuje to i Tomeš et al. (2015) ve své knize, kde uvádí, že domácí péče je psychicky, fyzicky i časově náročná. Zejména, pokud se jedná o dlouhodobou péči u pacientů s vyšším stupněm závislosti. Pečující osoba zajišťuje pomoc nejen blízké osobě, ale i své rodině. Stará se o domácnost, dochází do zaměstnání a zároveň se snaží zajistit svému blízkému tu nejlepší péči (Tomeš et al., 2015). Z výzkumného šetření vyplývá, že role sester se liší dle chodu, zvyklostí a náplně práce daného oddělení. Toto potvrzuje Zacharová ve své knize (2017), která popisuje, že role sester se odvíjí podle jednotlivých pracovišť a podle kontaktů v zaměstnání. Tato role je určena podle kontaktu s pacientem, sestrami a lékařem (Zacharová, 2017).

Sestry z jednotek NIP a DIOP si uvědomují, jak je důležité spolupracovat s rodinou nemocného a jak spolupráce docílit. Využívají role komunikátorky a edukátorky, aby vytvořily důvěrný vztah s rodinou pacienta a získaly tak více informací, které využívají v rámci bazální stimulace. Z vlastní zkušenosti víme, že díky chodu a náplně práce na jednotkách intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitačním oddělení není velký prostor pro spolupráci a edukaci rodiny.

Dále navazovala kategorie, která obsahovala rozvíjení rolí sester. Tato kategorie byla zvolena, abychom zjistily, jaký je názor sester na rozvíjení své profese a zároveň, jaký způsobem ony samy rozvíjely své role. Dle našeho názoru je rozvíjení a vzdělávání sester velmi důležité, jelikož neustále dochází k modernizaci samotného ošetrovatelství, technologií, pomůcek nebo odborných postupů. Výzkumné šetření ukázalo, že více jak polovina sester podporuje své vzdělávání a rozvoj. Informantky uvedly, že role sester lze rozvíjet pomocí kurzů, školení, celoživotního vzdělávání, odbornými specializacemi a také délkou práce a zkušenostmi. S1 uvedla, že díky změnám zaměstnání získala mnoho zkušeností, které využije i na oddělení NIP. S tímto tvrzením můžeme souhlasit, jelikož si myslíme, získání zkušeností a načerpání nových dovedností rozvíjí profesi sester. Bohužel musíme konstatovat, že jsme se setkaly i s názorem, že rozvoj sester není

potřebný. Tuto skutečnost vnímáme i v rámci své profese, kde se setkáváme s nezájmem sester. Jedná se většinou o starší sestry, které jsou zvyklé na zastaralé postupy. Myslíme si, že zajímavým řešením by byla motivace zdravotnického personálu. Zacharová (2018) tvrdí, že modernizace a vzestup ošetrovatelství jde ruku v ruce s adaptací sester na rozvoj nových technologií, pomůcek, mezioborovou a mezinárodní spolupráci (Zacharová, 2017). Jsme přesvědčeni o tom, že sestry si neuvědomují, jaké role plní, alespoň ne, během své praxe. Myslíme si, že by bylo výhodné sestry dále vzdělávat a objasnit jak kompetence, tak i role, které plní. Důvod pro rozvíjení a vzdělávání sester popisuje ve knize jak Lamb et al. (2018), tak i Zacharová (2017). Povolání sester prošlo mnoha změnami v krátkém časovém horizontu a neustále se formuje a rozvíjí (Lamb et al., 2018). Součástí každého povolání je očekávané a vyžadované chování, které nás zařazuje do společnosti a určuje naše postavení. Z toho vyplývá i role dané osoby, která je součástí legislativních norem (Plevová, 2018).

V další kategorii jsme zjišťovaly, zdali spolupracují sestry s rodinou nemocného a jakým způsobem. Dle našeho názoru je kooperace zdravotnického personálu a rodiny nemocného velmi podstatná z důvodu získání dostatečného množství informací pacientovi a zlepšení tak jeho zdravotního stavu. Tyto informace potvrzuje ve své knize Zacharová (2017), která tvrdí, že rodina je aktivním činitelem v zajištění léčby a podmínek pro uzdravení nemocného. Je podstatné, aby rodina byla spojencem zdravotníků. Proto je nutné, aby se s rodinnými příslušníky pravidelně hovořilo, čímž docílíme vzájemné spolupráce, a tak i lepší spolupráce mezi pacientem a zdravotnickým personálem (Zacharová, 2017).

Dotazované sestry nás utvrdily v našem názoru. Výzkumné šetření ukázalo, že kooperace zdravotnického personálu s rodinou nemocného je výhodná pro získávání veškerých informací o pacientovi, zlepšení zdravotního stavu nemocného a vytvoření přátelského vztahu mezi rodinou a zdravotníky. Sestry zde mohou uplatnit své znalosti, komunikační dovednosti a tím rozvíjet i své role. Podstatu edukace, spolupráce a komunikace jsme popisovaly již v předešlé kapitole. Jak informantky uvedly, rodinné příslušníky edukují již při příchodu na oddělení, kde se jim snaží vše vysvětlit a tím zároveň motivovat či zbavit strachu. Strach rodiny vzniká díky nedostatku informací, nevědomostí nebo respektu z přístrojové techniky, díky které je pacient monitorován či ventilován. Sestry přibližují a vysvětlují denní režim oddělení, přístrojovou techniku či jednání s pacientem. Jak sestry podotkly, rodina pocítuje strach a nejistotu při první návštěvě jejich blízkého, který je eliminován právě edukací. Tím, že je rodina zapojena

do ošetrovateľskej péče, získá povedomí o náročnosti práce sestier a zároveň dopomáha k psychickej pohode pacienta. Medlíková (2021), popisuje motiváciu ako vnútornú komparáciu, ktorým dokážeme uspokojiť potreby a je dôsledkom úspešne vykonávanej činnosti (Medlíková, 2021).

Druhým cieľom našej práce bolo zistiť, akou rolou vnímajú sestry ako najdôležitejšie pre prácu v následnej a dlhodobé intenzívnej péči. Výsledky sú zaznamenané v kategórii s názvom najdôležitejšie role sestier, ktorá popisuje názor informantiek, ktoré uvedli, že medzi najdôležitejšími rolami patrí role ošetrovateľky a edukátorky. Sestry svoje odpovede zdôvodnili tým, že role ošetrovateľky obnáša široké spektrum výkonov. Role edukátorky je nevyhnutná pre spoluprácu rodiny. Otázkou je, ktorá z rolí je opravdivo najdôležitejšia pre sestru v následnej či dlhodobé intenzívnej péči? Výskumné šetrenie teda ukázalo, že väčšina sestier považuje role ošetrovateľky za najdôležitejšie. Špirudová (2015) popisuje vo svojej knihe, že profesná role sestier sa vývojom profesie mení. Jednoznačne vymedziť role sestier, nie je možné, pretože táto profesia je veľmi rôznorodá a je viazaná na danú kultúru, socio-politický a ekonomický systém (Špirudová 2015). Mohli bychom říci, že sestry majú pravdu, akoby my si myslíme, že každá z uvedených rolí sestier je nevyhnutná pre vlastný rozvoj osobnosti a k rozvoju tejto profesie. Špirudová (2015) tvrdí, že okrem ošetrovateľských intervencií, vykonávajú sestry i role, ktoré prispívajú nejen k rozvoju ošetrovateľstva, ale i k rozvoju vlastnej osobnosti (Špirudová, 2015).

Zbývajúce informantky odpovedeli, že všetky uvedené role sú dôležité a vzájomne sa prelínajú. Sestry sa tak zamyslely nad najdôležitejšími prvkami profesie sestier na jednotkách NIP a DIOP. Usúdily, že díky komplexnosti péče a požiadavkám, ktoré sú na sestry v intenzívnej péči kladené, plnia všetky uvedené role, ktoré považujú za dôležité.

Ďalšia kategória zisťovala, či je prínosné pre pacienta, pokiaľ si sestry uvedomujú svoje role. Informantky sa shodli, že akoby si uvedomujú kompetencie sestier a náplň práce, svoje role si príliš v praxi neuvedomujú. Z odpovedí sme pochopili, že sestry nemajú potrebu sa nad týmto témom zamýšľať. V konečnom dôsledku nás ale prekvapily odpovede informantiek. Z rozhovorov vyplýva, že sestry si svoje role v praxi príliš neuvedomujú, ale díky rozvoju rolí sestier, nachádzajú informantky tvoriaci spôsob péče, ktorý môže byť pre pacienta komfortnejší a šetrnejší, keď péče o nemocného nie je stereotypná.

V ďalšej kategórii nás ďalej zaujímalo, aké role plnia sestry dle spoločnosti. Akoby sa spoločenské postavenie sestier počas posledného storočia výrazne zmenilo, sme presvedčení, že široká verejnosť nemá povedomí, čo všetko obnáša zamestnanie sestier.

S tímto názorem se ztotožnily i informantky, které uvedly, že společnost by mohla sestřím přisoudit roli ošetřovatelky/ pečovatelky, která se stará o vzhled nemocného, nebo aplikuje léky. Sestra je osobou, která asistuje a plní ordinace lékaře. Setkali jsme se i s názorem, že pokud nemá veřejnost vlastní zkušenost s hospitalizací či častými návštěvami lékaře, nemůže vědět, jaké role plní sestry. Anon (2006) popisuje, že ačkoli byla dříve sestra vnímána, jako pravá ruka lékaře a byla považována spíše za pomocný personál, v dnešní společnosti je k ní chována větší úcta či respekt (Anon, 2006). Zvýšení prestiže přisuzujeme navýšení kompetencí a samostatnosti sester. Zajímavým byl názor informantky S4, která uvedla, že k zvýšení prestiže povolání sester napomohla covidová pandemie. Díky mediím byla veřejnosti představena náročnost a vyčíženost této profese. Mimo rozhovor uvedla sestra, že v době covidové pandemie, bylo na jejím pracovišti hospitalizováno mnoho pacientů s post covidovým syndromem. Tato informace nás překvapila. Problematiku post covidového syndromu potvrzuje článek od Rousseau et al. (2021), který uvádí, že u mnoha pacientů po onemocnění Covid-19, se vyskytují fyzické, duševní a neurokognitivní poruchy, které ovlivňují kvalitu života a vyžadují tak následnou intenzivní péči (Rousseau et al., 2021). Výzkumné šetření tedy ukázalo, že z pohledu sester nemá společnost povědomí o tom, jaké role plní. Věříme, že díky modernizaci a vývoji ošetřovatelství se prestiž této profese vzroste.

Na závěr jsme zjišťovaly, zdali některé z uvedených rolí ovlivňuje profesní nebo osobní život informantek. Výzkumné šetření ukázalo, že profesní role mohou částečně ovlivňovat jak profesní, tak i osobní život. Práce na jednotkách NIP nebo DIOP je psychicky, fyzicky i časově náročná. Náročnost přisuzujeme i k délce hospitalizace pacientů. Jelikož se jedná převážně o stálé pacienty, kteří nemají možnost propuštění do domácí péče nebo překlady na jiné oddělení, dochází zde k projevu pozitivních i negativních emocí. Díky psychické náročnosti práce je nezbytná psychohygienu, kterou předcházíme syndromu vyhoření. Ten se dle našeho názoru a zkušeností vyskytuje u zdravotnického personálu velmi často. Sestra S2 je toho názoru, díky času stráveném na těchto jednotkách si člověk utvoří jakýsi obranný mechanismus.

Důležitost psychohygieny, která má pozitivní dopad na člověka popisuje Čelevová a Čeleva (2010), kteří tvrdí, že pozitivně zaměřené je aktivní vytváření a podporování orientace na hlavní oblasti duševního zdraví s důrazem na vlastní odpovědnost. V tomto pojetí je nutné respektovat individualitu každého člověka a podpořit jeho individuální přístup k hledání a nalézání optimální životní cesty (Čelevová a Čeleva, 2010). Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry si plně uvědomují náročnost a psychické vypětí

jejich práce. Znalí zásady prevence a dokážou se s touto profesí vypořádat tak, aby jim nezasahovala do osobního života. Role komunikátorky zahrnuje i nepříjemné rozhovory s rodinou a emočně vypjaté situace. Díky profesionálnímu chování se sestry oprostí od psychického vypětí a zabrání tak újmě nebo psychickým problémům.

7 Závěr

Diplomová práce je zaměřena na role sester v dlouhodobé a následné intenzivní péči. Cílem bylo zmapovat, jaké role vnímají sestry pracující na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče a zjistit, která z rolí sester je nejdůležitější. K naplnění cílů výzkumné práce byla zvolena technika kvalitativního šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumnou skupinu tvořilo deset sester pracujících na oddělení následné a dlouhodobé intenzivní péče z různých krajů České republiky. Jednalo se pouze o všeobecné sestry, které dosáhly vysokoškolského titulu bakalář či magistr a sestry s odbornou specializací. Výzkumné šetření diplomové práce proběhlo během února roku 2023. Po důkladné analýze získaných dat a informací vznikly hlavní kategorie, podkategorie a jednotlivé kódy. Analýza potvrdila uspokojivé výsledky výzkumu.

Z rozhovorů sester jsme přesvědčené, že ačkoli většina informantek nezná pojem role sester, znají základní role a umí vysvětlit, proč tyto role plní. Většina z nich má zkušenost s praxí na jiném oddělení intenzivní péče, a proto jsme mohly porovnat rozdílnost rolí, která je ovlivněna daným oddělením, nikoli profesí. Mezi základní role, které v rámci své profese patří role ošetřovatelky, edukátorky, komunikátorky, mentorky a manažerky. Role sester se vzájemně prolínají a tvoří tak komplexní stránku sesterské profese. Ačkoli se může zdát, že povolání sester zastává stejné role, ukázalo se díky rozmanitosti a specifičnosti každého oddělení, plní každá sestra své role jiným způsobem. Na jednotkách následné a dlouhodobé intenzivní péče je kladen velký důraz na spolupráci s rodinou. Díky edukaci a komunikaci dochází ke kooperaci mezi zdravotnickým personálem a rodinou pacienta. Vzájemná spolupráce poskytuje dostatečné množství informací o klientech, vytváří přátelský vztah s rodinou a buduje důvěru ve zdravotnický personál. Pro rozvíjení rolí a samotné osobnosti sester je nezbytné celoživotní vzdělávání a rozšiřování znalostí a dovedností, které mohou uplatnit v praxi. Tím, že si sestry budou uvědomovat své role, které budou průběžně rozvíjeny, mohou ovlivnit i péči o pacienta a přispět tak ke zlepšení zdravotního stavu nemocného. Ačkoli je profese sester stále podceňována, věříme ve zvýšení její prestiže a zároveň i ocenění společností.

8 Seznam literatury a informačních zdrojů

1. ANON, 2006. *Vzdělání je pro sestry klíčové*. *Komfort* [online]. Slaný: Linet, 3(2), 4-6 [cit. 2023 – 03 – 28]. Dostupné z: <http://www.linet.cz/zdravotnicka-technika/ospolecnosti/casopis-komfort/Komfort-2-2006/27714/Vzdelani-je-pro-sestry-klicove>
2. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752s. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BENEŠ, J. et al. 2015. *Základy fyziky pro lékaře a zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 236 s. ISBN 978-80-247-4712-5.
4. BULAVA, A., 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0.
5. CAMERON, V., 2013. *Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review*. *Medsurg Nursing* [online]. 22(1), 51.
6. ČELEDOVÁ, L., ČELEVA R., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
7. ČERNÁ PRAŽÍKOVÁ, R. et al., 2015. *Opatrovník a zástupný souhlas u pacientů v intenzivní péči*. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 26(1), 42-45. ISSN 1214-2158
8. ČIHÁK, J., AUGUSTYNEK, M., 2013. *Infuzní technika a hemodialyzační technika a technologie*. Ostrava: VŠB-Technická univerzita Ostrava. 373 s. ISBN 978-80-248-3100-8.
9. DJAKOW, J., 2020. *Rok 2020 v přehledu-intenzivní péče*. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 31(6), 305-309. ISSN 1214-2158
10. DOLEŽIL, D., 2010. *Paliativní péče u pacientů ve vegetativním stavu*. *Neurologie pro praxi*, 11(1): 20-22, ISSN 1213-1814
11. DOSTÁL, P. et al., 2018. *Základy umělé plicní ventilace*. 4.vyd. Praha: Maxdorf, Jessenius. 437s. ISBN 978-80-7345-562-0.
12. DRÁBKOVÁ, J., 2007. *Víte, co je OCHRIP-minirozhovor*. In: *Medicína.cz* [online]. [cit. 2022-02-01]. Dostupné z: <http://medicina.cz/clanky/7132/34/Vite-co-je-OCHRIPminirozhovor/>

13. DRÁBKOVÁ, J., HÁJKOVÁ, S., 2018. *Následná intenzivní péče*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. 608s. ISBN 978-80-204-4470-7.
14. DRÁBKOVÁ, J., PROCHÁZKA, J., 2008. *Dlouhodobá / chronická resuscitační / intenzivní péče*. Postgraduální medicína [online]. 10(4), 368-371. [cit. 2021-12-12] ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/dlouhodobochronicka-resuscitacni-intenzivni-pece-360466>
15. DRUML, C. et al., 2016. *ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration*. Clin Nutr [online]. Roč. 35, č. 3, s. 545-556 [cit. 2022-01-03]. ISSN 0261-5614. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26923519>.
16. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2.vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
17. FRIEDLOVÁ, K., 2015. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 216 s. ISBN 978-80-904668-9-0.
18. FULTON, J. et al., 2021. *Clinical Nurse Specialist Role and Practice*. Springer International Publishing. 299 p. ISBN 978-3-319-97102-5.
19. HAHN, A. et al., 2019. *Otorinolaryngologie a foniatrye v současné praxi*. 2 vyd. Praha: Grada. 440s. ISBN 978-80-271-0572-4.
20. HAUGDAHL, H. S. et al. 2018. *From breaking point to breakthrough during the ICU stay: A qualitative study of family members' experiences of long-term intensive care patients' pathways towards survival*. Journal of Clinical Nursing [online]. 27(19-20), 3630-3640 [cit. 2022-02-03]. DOI: 10.1111/jocn.14523. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.14523>
21. HEKELOVÁ Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4032-4
22. HEROLD, I., 2013. Umělá plicní ventilace po 60 letech – dvousečný meč. Příloha: Lékařské listy, roč. 62, č. 7, s. 15 - 17. ISSN 0044-1996.
23. HEŘMANOVÁ, J. et al, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
24. IVANOVÁ, Kateřina, 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických

oborů v Brně. ISBN 80-7013-442-9

25. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetřovatelství založené na důkazech*. Praha: Grada Publishing. ISBN:978-80-247-5345-4

26. JEŘÁBEK, H. et al., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: SLON. ISBN 978-80-7419-117-6

27. JEŽOVÁ, L., KVAPILOVÁ, B., 2013. *Ošetřovatelství založené na důkazech*. *Sestra*. 23(2), s. 27-30. ISSN: 1210-0404

28. JUKLOVÁ, K. et al., 2015. *Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus. 160s. ISBN 978-80-743-5427-4.

29. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

30. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400s. ISBN 978-80-247-4026-3.

31. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 2.vyd. Grada Publishing. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

32. KIANIČKA, B. 2012. *Využití perkutánní endoskopické gastrostomie přehled indikací, popis techniky a současné trendy v neurologii*. [online]. *Cesk Slov Neurol N* [cit.2022-04-02]. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/ceskaslovenska-neurologie-clanek/vyuziti-perkutanni-endoskopicke-gastrostomieprehled-indikaci-popis-techniky-a-soucasne-trendy-v-neurologii-37557>

33. KLIMEŠOVÁ, L., KLIMEŠ, J., 2011. *Umělá plicní ventilace*. Brno, Czechia: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 110s. ISBN 978-80-7013-538-9.

34. KOČOVÁ, H. et al., 2017. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada. 352s. ISBN 978-80-247-5705-6.

35. Krajská nemocnice Tomáše Bati, a. s., 2012. *ČLENĚNÍ ODDĚLENÍ- ARIM*. [online]. Zlín: Krajská nemocnice T. Bati, a. s, Copyright 2012 [cit. 2021-01-04]. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/arim>

36. KRŠKA, Z. et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.

37. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
38. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
39. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
40. LAMB, A. et al., 2018. *Describing the leadership capabilities of advanced practice nurses using a qualitative descriptive study*. Nursing Open [online]. 5(3). ISSN 20541058. Dostupné z: doi:10.1002/nop2.150
41. LINET CZECH REPUBLIC®. Lůžka pro intenzivní péči. Multicare [online]. [cit. 2021-10-26]. Dostupné z: <https://www.linnet.com/cs/zdravotnictvi/luzka/luzka-pro-intenzivni-peci/multicare>
42. LUKÁŠ, K. et al., 2010. *Chorobné znaky a příznaky*. Praha: Grada Publishing. 519 s. ISBN 978-80-247-2764-6.
43. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
44. MARCIÁN, P. et al., 2011. *Elektrická kardioverze a defibrilace*. *Intervenční akutní kardiologie*, 10(1), s. 24 - 29. ISSN 1803-5302.
45. MAREČKOVÁ, Jana a Darja JAROŠOVÁ, 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-058-0.
46. MEDLÍKOVÁ, O., 2021. *Umění motivace: návody a tipy pro pracovní i rodinný život*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-3005-4.
47. MICHALÍK, J., 2010. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno: Moravskoslezský kruh. ISBN 978-802-5473-337.
48. MICHÁLEK, P. et al., 2012. *Anestezie a pooperační péče v cévní chirurgii*. Praha: Galén. 443s. ISBN 978-80-726-2891-9.
49. MÜLLER, O. et al., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
50. O'CONNOR, M., ARANDA. S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd.

1. české. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.
51. ONDRIOVÁ, I., FERTAĽOVÁ, T. 2021. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80271-1728-4.
52. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I. 2.* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
53. POLICAR., R., 2014. Pravidla pro rozhodování pacientů o poskytování zdravotní péče. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 25(6), 446-451. ISSN 1214-2158
54. PRŮCHA, J., 2013. *Moderní pedagogika*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0456-5.
55. PRUSENOVSKÁ, M., ZELENÍKOVÁ, R., 2016. *Komunikace sester s pacientem na umělé plicní ventilaci* [online]. Florence. č. 4/2016. s. 22-23. [cit. 2022-02-04]. ISSN 2570- 4915. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/4/>
56. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
57. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2020. *Naděje v medicíně*. Praha: Grada, 440 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3077-1.
58. RICHTEROVÁ, A. 2017. *Přístrojová technika na anesteziologicko-resuscitačním oddělení*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
59. ROUSSEAU, A. F., et al., 2021. *Post e care syndrome after a critical COVID-19: cohort study from a Belgian follow-up clinic*. *Ann Intensive Care*. 29;11(1):118. doi: 10.1186/s13613-021-00910-9. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34324073/>
60. ROZSYPAL, H. et al., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum. 396 s. ISBN 978-80-246-2197-5.
61. SLAMKOVÁ, A., POLEDNÍKOVÁ, L., 2013. *Klinické a ošetrovatelské aspekty paliativnej starostlivosti*. Osveta. 148 s. ISBN 978-80-8063-379-0.
62. STREITOVÁ, D. et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
63. STRUDWICK, G. et al., 2019. *The Role of Nurse Managers in the Adoption of Health Information Technology*. *JONA: The Journal of Nursing Administration* [online]. 49(11). ISSN 1539-0721. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31651615/>

64. SURGAL CLINIC, 2016. Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP). SurGal Clinic [online]. 2016 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <https://www.surgalclinic.cz/index.php?pg=intenzivni-pece--dlouhodob-intenzivni-osetrovatelska-pece-diop>
65. SWISS MED CLINIC, 2016. *NEMOCNIČNÍ PÉČE - Následná intenzivní péče*. Swiss Med Clinic [online]. 2016 [cit. 2021-12-04]. Dostupné z: <http://www.klinikasmc.cz/nasledna-intenzivni-pece.html>
66. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136s. ISBN 978-80-247-3223-7.
67. ŠEVČÍK, P., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. vydání. Praha: Galén. 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
68. ŠEVČÍKOVÁ, A., 2015. *Využití bazální stimulace u poskytovatelů zdravotních služeb*. Zlín. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Hana Jůzlová.
69. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 144 s. Sestra 1(Grada). ISBN 978-80-247-5711-7.
70. ŠULISTOVÁ R., TREŠLOVÁ M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky: pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-246-5
71. TESAŘ, V. et al., 2015. *Klinická nefrologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 560 s. ISBN 978-80-247-4367-7.
72. THAM, T. C. K. et al., 2017. *Urgentní gastroenterologie*. Praha: Grada. 392 s. ISBN 978-80-271-0157-3.
73. TOMEŠ, I. et al., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.
74. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136s. ISBN 978-80-271-0064-4.
75. TRUHLÁŘ, A., 2015. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC: Souhrn doporučení.

Urgentní medicína, roč. 18, s. 20. ISSN 1212-1924.

76. ÚZIS ČR, 2016. *Závazné pokyny pro vyplňování statistického formuláře A (MZ) 1-01: Roční výkaz o činnosti poskytovatele zdravotních služeb pro příslušný obor anesteziologie a intenzivní medicína.* ÚZIS ČR [online]. 2016 [cit. 2021-12-03].

Dostupné také z:

https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2017_K10_a025_help_16_anesteziologie_intenzivni_medic%C3%ADna.pdf

77. VEVERKOVÁ, E. et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I.* Praha: Grada Publishing. 226s. ISBN 978-80-247-2747-9.

78. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví.* Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

79. Vyhláška č. 284/2017 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, 2017.[online]. [cit. 2022-02-03]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 100, s. 3162-3165. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2017/100-2017.pdf>

80. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. 2012 [online]. [online].[cit. 2022-01-03]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1686-1730. Dostupné z:

https://zdravotni.praha.eu/public/73/f7/c/1333565_225899__2012_99_vyhlaska_personalni_vybaveni.pdf

81. VYTEJČKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část.* Praha: Grada, 288 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3420-0.

82. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.* Praha: Grada Publishing. 256s. ISBN 978-80-247-3419-4.

83. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III.* Praha: Grada Publishing, 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.

84. WEIL, H.M., TANG, W. 2011. *From Intensive Care to Critical Care Medicine, a Historical Perspective*[online]. American Journal of Respiratory and critical Care Medicine [cit.2021-12-11]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21257788/>

85. ZADÁK, Z. et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80- 271-0282-2.

86. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). 264 s. ISBN 978-80-271- 0155-9.
87. ZACHOVÁ, M. et al., 2013. *Využití konceptu bazální stimulace u pacienta s apalickým syndromem*. *Diagnóza v ošetrovatelství: Interní ošetrovatelství* [online]. 2013, 5. 12., roč. 9, č. 6, s. 34-35 [cit. 2022-03-04]. Dostupné z:https://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_apalicky.pdf
88. Zákon 89/2012 Sb., občanský zákoník, 2012. [online] [cit.30.1.2023] Dostupné z:[file:///C:/Users/Admin/Downloads/Verejne_opatrovnictvi-prakticky_pruvodce_a_radce_urednika%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Verejne_opatrovnictvi-prakticky_pruvodce_a_radce_urednika%20(1).pdf)
89. Zákon 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, 2004.[online] [cit. 2021-01-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
90. Zákon č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, 2011.[online]. *Zákony pro lidi* [cit. 2021-01-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
91. Zákon č. 268/2014 Sb., o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, 2014. [online]. [cit. 2021-01-03]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 36, s. 811-834. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/03/Z%C3%A1kon-%C4%8D.-90_2021-Sb..pdf
92. ZANTEN, A. et al.,2019. Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. *Critical Care* [online]. 23(1). ISSN 1364-8535. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31752979/>
93. ZRUBÁKOVÁ, K., et al., 2016. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada Publishing a.s., 224 s. ISBN 978-80-247-5229-7.

9 Přílohy

Příloha č. 1 Podklad k vedení polostrukturovaného rozhovoru

Příloha 1 – Podklad k vedení polostrukturovaného rozhovoru (zdroj vlastní)

Podklad k vedení polostrukturovaného rozhovoru

1. Na jakém oddělení pracujete?
2. Jaké je vaše dosažené vzdělání?
3. Jaká je délka praxe na tomto oddělení?
4. Máte již zkušenost s praxí v intenzivní péči?
5. Jaká jsou specifika péče na oddělení, ve kterém pracujete?
6. Dokážete vysvětlit pojem role sestry?
7. Setkala jsem se někdy s tímto pojmem?
8. Jaké role si myslíte, že plníte jako sestra v následné a dlouhodobé intenzivní péči?
9. Popište, jak konkrétně plníte ve vašem povolání role, které jste uvedla.
10. Liší se role sestry v následné/dlouhodobé péči od rolí sester na jednotkách anesteziologicko-resuscitačním oddělení? Pokud ano, v čem? Jaký je zde rozdíl? (v případě, že sestra pracovala na Aru nebo na JIP)
11. Myslíte si, že by se role sester měly vyvíjet a rozlišovat? Pokud ano, jak?
12. Čím jste konkrétně vy rozvíjela role sestry ve svém povolání? (Kurzy, školení, další studium)
13. Myslíte si, že je důležité znát role, které obnáší vaše povolání? Pokud ano, proč?
14. Spolupracujete s rodinou pacienta? Jestli ano, jak?
15. Myslíte si, že je spolupráce s rodinou nemocného důležitá?
16. Jaká je dle vás nejdůležitější role sester v následné/ dlouhodobé intenzivní péči?
17. Myslíte si, že je přínosné uvědomit si některé z uvedených rolí pro práci v intenzivní péči? Pokud ano, jaký to má přínos?
18. Jaký to má přínos pro pacienta?
19. Ovlivňuje Vás či Vaši práci některá z jmenovaných rolí? Pokud ano, jak?
20. Myslíte si, že by si sestry měly své role uvědomovat? Pokud ano, proč?
21. Jakou nejčastější roli plníte dle společnosti?

10 Seznam symbolů a zkratk

AED - automatizovaný externí defibrilátor

ARIP-vzdělávací program v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

ARO - anesteziologicko-resuscitační oddělení

Bc.- titul bakalář

CPR - cardiopulmonary resuscitation

ČSARIM - česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny

DIOP - dlouhodobá intenzivní péče

Dis. - diplomovaný specialista

DUPV- domácí umělá plicní ventilace

EKG - elektrokardiografie

EtCO₂ - kapnografie

HbA - hemoglobin dospělých

HME - heat and moisture -

IMP-intermediální péče

I - fyzikální označení proudu

JIP - jednotka intenzivní péče

KO - krevní obraz

KPR- kardiopulmonální resuscitace

LCD - liquid crystal display - displej z kapalných krystalů

Mgr. - titul magistr

NIP- následná intenzivní péče

OCHRIP-oddělení chronické a resuscitační a intenzivní péče

pH- míra kyselosti

PEEP - positive end expiratory pressure - pozitivní přetlak

PEG-perkutánní endoskopická gastrostomie

PEJ - perkutánní endoskopická jejunostomie

R - fyzikální označení elektrického odporu

SpO₂ - nasycenost krve kyslíkem (saturaci krevního hemoglobinu kyslíkem)

TSK - tracheostomická kanyla

U - fyzikální označení pro elektrické napětí

UPV - umělá plicní ventilace

WHO - World Health Organization