

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ondřej Vykoukal

**Role sanitáře při poskytování ošetrovatelské péče
na oddělení následné intenzivní péče**

*Role of a nursing assistant in providing nursing care
at the follow – up intensive care unit*

Bakalářská práce

Praha, květen 2022

Autor práce: Ondřej Vykoukal

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

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

Předpokládaný termín obhajoby: 23. června 2022

Prohlášení

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

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

V Praze dne: 23. června 2022

.....
Ondřej Vykoukal

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval především paní PhDr. Marii Zvoníčkové za její odborné vedení při psaní práce, cenné rady a velkou pomoc při ujasňování faktů, které vedly k sepsání mé bakalářské práce. Dále bych rád poděkoval celému týmu oddělení následné intenzivní péče na Rehabilitační klinice Malvazinky, zejména pak paní Bc. Petře Radové, která mi pomáhala s legislativní stránkou věci. Mé další poděkování patří mé rodině a partnerce za neustálou podporu během náročného bakalářského studia. Poslední poděkování patří mé mamince paní Bc. Ludmile Vykoukalové, která mě neustále motivovala do dalšího studia, a se kterou sdílíme společný obor, který nás v rámci studia velice sblížil.

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na roli sanitáře při poskytování ošetrovatelské péče na oddělení následné intenzivní péče. Cílem práce je poukázat na hodnoty a důležitost role sanitáře na oddělení následné intenzivní péče a vyzdvihnout postavení této role v rámci celého ošetrovatelského týmu. Další dílčí cíl je zdůraznit důležitost správné komunikace v rámci ošetrovatelského týmu a poukázat na zvládání určitých situací při nedostatku personálu. Celá práce vychází z mých vlastních zkušeností sanitáře. Teoretická část práce je zaměřena na etnografii a autoetnografii, vysvětlení jejího významu a jak je možné aplikovat tuto techniku ve výzkumu. Dále se zaměřuje na skladbu týmu a na to, jakým způsobem je možné získat odbornou způsobilost k výkonu povolání a jaké kompetence sanitář má. Praktická část se zaměřuje na použití metodologie a techniky etnografie a autoetnografie. V této části je blíže popsáno oddělení, na kterém byl prováděn výzkum, pacienti, kteří jsou na oddělení hospitalizováni. V poslední části je popsán vlastní výzkum a oblasti, které z výzkumu vplynuly. Tyto oblasti jsou dále detailněji popisovány a rozebírány v části interpretace. Výsledkem mého výzkumu je několik oblastí, ve kterých je nezbytná přítomnost sanitáře. Díky plnění těchto oblastí sanitář ulehčuje práci ostatnímu personálu a přispívá ke klidnému a plynulému chodu oddělení.

Klíčová slova:

Sanitář, následná intenzivní péče, spolupráce, role sanitáře, ošetrovatelský tým, péče.

Abstract

The bachelor thesis focuses on the role of a nursing assistant in providing nursing care at the follow – up intensive care unit. The aim of the work is to point out the values and importance of the role of a nursing assistant at the follow – up care unit and to point out the position of this role in the whole nursing team. Another partial goal is to draw attention to the importance of proper communication within the nursing team and to draw attention to the management of certain situations in the event of a shortage of staff. The whole work is based on my own experience as a paramedic. The theoretical part of the work is focused on ethnology and autoethnology, explains its importance and how this technique can be applied in research. It also focuses on the composition of the team and how to obtain a professional qualification and what competencies the sanitary technician has. The practical part is focused on the application of methodology and techniques of ethnography and autoethnography. In this section, the ward where the research was conducted is more sedentary by the patients who are hospitalized on the ward. The last section describes the research itself and the areas that emerged from the research. These areas are further detailed and discussed in the interpretation section. As a result of my research, there are several areas in which the presence of an orderly is essential. By filling these areas, a nursing assistant makes it easier for other staff to work and contributes to the calm and smooth running of the department.

Key words:

Nursing assistant, follow-up intensive care, collaboration, role of a nursing assistant, nursing team, care.

Obsah

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Etnografie.....	11
1.1 Vidět a formulovat výzkumný problém	12
1.2 Seznámení s terénem.....	12
1.3 Poznámky z terénního výzkumu	13
1.4 Vztah prostředí a výzkumníka	14
2 Autoetnografie.....	15
3 Tým	16
3.1 Vůdce týmu	17
3.2 Týmová spolupráce	17
4 Podmínky získání a uznání způsobilosti zdravotnického pracovníka a jeho pracovní činnosti	18
4.1 Odborná způsobilost k výkonu povolání sanitáře	18
4.2 Činnosti sanitáře.....	20
VÝZKUMNÁ ČÁST	22
5 Metodologie	22
6 Cíl výzkumu	23
7 Sběr dat.....	23
8 Osoba výzkumníka.....	24
9 Popis oddělení NIP Malvazinky	29
9.1 Pacienti	30
9.2 Složení ošetrovatelského týmu.....	30
10 Analýza sebraných dat	32
11 Interpretace dat.....	32
11.1 Hygienická péče	32

11.1.1	Hygiena v rámci lůžka	33
11.1.2	Hygiena na aquarelu (pojízdná vana).....	35
11.1.3	Hygiena na pojízdné sedačce	37
11.2	Vyprazdňování	38
11.2.1	Vyprazdňování pacienta na lůžku	38
11.2.2	Vyprazdňování pacienta na aquarelu	41
11.2.3	Vyprazdňování pacienta na toaletě	42
11.2.4	Vyprazdňování moči	43
11.3	Polohování	44
11.3.1	Polohování před stravováním.....	44
11.3.2	Polohování při provádění hygieny	45
11.3.3	Polohování během dne	46
11.4	Podávání stravy	49
11.4.1	Podávání snídaní	50
11.4.2	Podávání obědů	51
11.4.3	Podávání svačnin.....	53
11.4.4	Podávání večeří	53
11.5	Zacházení s infekčním odpadem a jeho transport	55
11.6	Zacházení s prádlem a jeho transport.....	58
11.7	Zacházení s materiálem a jeho transport	61
	Diskuse.....	65
	Závěr	67
	Seznam použité literatury.....	68

Úvod

Téma mé bakalářské práce „*Role sanitáře při poskytování péče na oddělení následné intenzivní péče*“ jsem si vybral hlavně kvůli tomu, že již tři roky, od listopadu 2019, na oddělení následné intenzivní péče jako sanitář pracuji. Také se jedná o téma, kterému není věnována skoro žádná pozornost. Právě díky mé pracovní pozici se v rámci práce jednalo o ideální postavení pro provedení výzkumu a sběru dat. Výzkum byl proveden pomocí metody etnografie a autoetnografie. V rámci zdravotnictví není tato metoda příliš známá, ale má spousty výhod, které jsem chtěl ve své práci uplatnit.

Práce se zabývá především hodnotami sanitářské práce, ukázkou její náročnosti a důležitosti komunikace v rámci ošetrovatelského týmu a vzájemné spolupráci při plnění zadaných úkolů. Právě správná komunikace a spravedlivé rozdělení pracovních úkonů může mít vliv na celkový průběh pracovního dne a atmosféru na celém oddělení. Práce také seznamuje s použitými metodami etnografie a autoetnografie a jejich výhodami při užití ve výzkumu ve zdravotnickém prostředí.

Cílem mé práce je poukázat na důležitou a nenahraditelnou roli sanitáře na oddělení následné intenzivní péče a seznámit čtenáře s hodnotami, které jsou součástí práce sanitáře. Dalším dílčím cílem práce je poukázat na řešení situací, kdy je třeba vyrovnat se s nedostatkem personálu na oddělení.

Teoretická část práce je věnována vysvětlení a výhodám výzkumné techniky etnografie a autoetnografie, nadále skladbě týmu a spolupráci. Nadále zde popisují, jak je možné získat odbornou způsobilost k výkonu povolání sanitáře a jaké kompetence sanitář má.

V praktické části se věnuji metodologii práce, do které spadá užití metod etnografie a autoetnografie, sběru dat jejich zpracování a následné interpretaci. V rámci užití těchto metod je důležité stát se součástí týmu a popisovat pravdu tak jak opravdu je a nezkreslovat jednotlivá fakta. Další částí práce je seznámení

s osobou výzkumníka, popis sorty pacientů, kteří jsou hospitalizováni na oddělení následné intenzivní péče a seznámení s oddělením, kde byl prováděn výzkum.

V části zabývající se interpretací dat jsem, po předchozí analýze a určení hlavních oblastí, kterými jsem se zabýval, popsal jednotlivé situace, které musí sanitář řešit, a při kterých je jeho role nezastupitelná. V těchto situacích je důležité, aby sanitář správně komunikoval s ostatními členy ošetrovatelského týmu, a aby prováděl správně svou práci. Díky roli sanitáře je chod oddělení následné intenzivní péče klidnější a může probíhat plynuleji.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Etnografie

Dalo by se říci, že terénní výzkum každý z nás provádí každý den. Pro provádění takového výzkumu není podmínkou, že daná osoba, musí být expertem v nějaké vědní oblasti. Každý, kdo dokáže nad danou situací či problémem projevit údiv, pozorovat okolní situace bez pohodlí samozřejmosti a jasného dání může být terénním výzkumníkem. Často však bývá samotný terénní výzkum popisován jako něco, co lze jen ztěžka naučit nebo vysvětlit. Samotný terénní výzkum provádějí daní lidé. Tito lidé mají osvojené konkrétní jednání zahrnující mnoho daných kroků, dilemat a rozhodnutí. Tyto skutečnosti se dějí na pozadí situací a vztahů. Navíc jsou tyto skutečnosti většinou motivovány nebo legitimizovány typickými sociálněvědními diskurzy (4).

Dle Schwandta je etnografie definována jako „*proces a produkt popisující dané kulturní chování*“ (5, s. 99). Dle Ropera a Shapira lze etnografii vyjádřit jako proces výzkumu, který se zaměřuje na poznávání lidí tím, že se od nich učí. Jedná se o pravdivý popis, kdy jsou popisovány příběhy lidí, podle jejich vlastních slov a místního kontextu. Výzkumník má za úkol se vžít do sociálního světa daných účastníků. Jeho úkolem je pochopit správně významy za sociálním chováním účastníků v této kultuře (6,7).

Abych blíže vystihl charakteristiku terénního výzkumu, použiji frázi, kterou sdělil děda Simpson v jednom díle stejnojmenného animovaného seriálu, a která byla uvedena v publikaci, ze které jsem čerpal: „*Spoustu let jsem pěstoval brambory, ale ve skutečnosti ty brambory pěstovaly mě.*“ (4, s 113). Pokud tento výrok spojíme s výrokem britského antropologa Boba Simpsona (shoda jmen je v tomto případě zcela náhodná), lze dohromady utvořit parafrázi, které vysvětluje kontext etnografického výzkumu: „*Neděláme terénní výzkum, on dělá nás.*“ (4, s 113). Z této parafráze lze pochopit, že samotný terén není pouze pasivním účastníkem pro jakousi připravenou a kontrolovanou aktivitu ze strany osoby konající výzkum (výzkumník, výzkumnice). Terén si vytváří vztah k výzkumníkům, který je ovlivňuje (4).

1.1 Vidět a formulovat výzkumný problém

K samotnému výzkumnému problému může výzkumník dojít různými cestami. Důležitý je vždy začátek, kdy výzkumníka provází jakási zvědavost. Výzkumník je v této fázi zaujat něčím, co je mu nejasné, co je neprozkoumané, liší se to od ostatního, je rozporuplné, nové nebo neznámé. Samozřejmě může výzkumník zkoumat i něco co se z druhé strany naopak zdá přirozené, jasné až banální a neproblematické. V tomto případě je třeba, aby výzkumník nahlédl za tuto zjevnou samozřejmost. Občas se může jako podněcovač naší zvědavosti a následného odkrytí problému projevit i obyčejná náhoda. Zároveň si však výzkumník musí uvědomovat, že samotná povaha a rozpoložení etnografie jsou velice křehké. Pokud si výzkumník nedá dostatečný pozor, může dojít k znehodnocení etnografického výzkumu, i když s dobrým úmyslem (4).

V rámci kroku ujasňování výzkumného záměru dochází k takzvanému zcitlivování, které souvisí s vyladováním na téma nebo daný problém. Tyto dva kroky vkládají do textu vstupní znalost a minimální nástroje. Díky těmto nástrojům jsme schopni uchopit téma a následně načrtávat kontury jeho možných různorodých dimenzí. Jak jsem již zmiňoval v začátku této části, terénní výzkum je proces, ve kterém dochází k neustálému divení, podivování se a přiznávání neznalosti ohledně informací, které se týkají daného problému (4).

1.2 Seznámení s terénem

Etnografický výzkum bývá občas mylně vysvětlen jako zkoumání něčeho vzdáleného, exotického, nebezpečného nebo nepřístupného. Tyto přívlastky jsou však chybné. Žádný z nich nevystihuje samotnou podstatu etnografického výzkumu, vztaženo ke strategii, kterou se provádí. Přívlastky by spíše vystihovaly výběr výzkumného problému. Etnografický výzkum je třeba provádět opakovaně. Jednotlivá pozorování a setkávání s prostředím vždy formulují nový význam předchozích setkání. Zároveň s každým novým setkáním se starší pozorování upravují, jsou odstraněny potencionální možnosti, uzavírají se některé alternativy a zároveň se otevírají nové, které osobu výzkumníka do té doby vůbec napadnout

nemusely. Tato nová poznání se ve výsledku ukazují jako nejlepší možná řešení (4).

Hlavním předpokladem výzkumné práce je dobrá orientace v terénu. Je třeba terénu dobře porozumět a vyznat se v komplexní vztahovosti. Na základě těchto znalostí by se výzkumník měl v terénu pohybovat s jistotou. Často se však výzkumník setkává se skutečností a je nucen částečně vnímat to, že pozorovaný terén má svůj vlastní život bez ohledu na přítomnost výzkumníka. To souvisí s tím, že aktéři a aktérky daného místa mohou osobu výzkumníka používat (a používají) k uskutečnění svých vlastních cílů a přání. Také tito aktéři a aktérky vědomě vedou výzkumníka určitými cestami a cesty, které nechtějí výzkumníkovi ukázat, raději zamlčí nebo jeho pozornost svedou na cesty jiné. To souvisí s tím, že výzkumníkovi často nejsou ukázány všechny situace nebo všichni lidé přítomní v daném prostředí (4).

Erving Goffman, v roce 1989, během jedné ze svých přednášek radil přítomným studentům, aby při etnografickém výzkumu vždy pozorovali a pohybovali se v terénu odspoda nahoru. Jednoduše to znamená, že by výzkumník měl vždy začínat s rozhovory při výzkumu od jedinců, kteří jsou statusově postavení níže, poté teprve přecházet na rozhovory s výše postavenými jedinci (4).

V terénu může nastat situace, že něčemu výzkumník úplně nerozumí. Mnohem horší však je, pokud nastane situace, kdy si výzkumník uvědomí, že nechápe, že něčemu nerozumí. Reflektované neporozumění vede výzkumníka k prozkoumání dané problematiky, kterou zdokumentoval. Pokud však nemá výzkumník tušení, že něčemu neporozuměl, může to mít zkreslující důsledky pro následnou interpretaci (4).

1.3 Poznámky z terénního výzkumu

Hlavní rolí výzkumníka v terénu je vytváření poznámek. Podle Emersona, který v roce 1995 uvedl ve své publikaci: „*Psaní terénních poznámek není ve svém výsledku fotografickým otiskem reality.*“ (4, s. 118). Ve správných

poznámkách se odráží naše dosavadní vzdělání, vědění, osobní zkušenosti, emoce a mezilidské vztahy (náklonosti, antipatie). Pokud zkombinujeme dohromady všechny tyto skutečnosti, tvoří se nám při pozorování partikulární pohled, ze kterého výzkumník popisuje realitu. Pozice, kterou tento přístup utváří, je charakteristická nejen pro samotný terénní výzkum, ale i pro celou formu etnografického psaní. Během procesu získávání a interpretace dat by měla být perspektiva, kterou výzkumník píše jasná a srozumitelná pro čtenáře. K tomu právě slouží pečlivá dokumentace během terénního pozorování (4).

Samotná interpretace dat je branná jako jiná forma etnografického textu. Interpretace dat navazuje a v ten samý okamžik se překrývá se zapisováním terénních poznámek. Samotné poznámky jsou již interpretací, protože výzkumník jim připisuje danou hodnotu toho, co během svého pohybu v terénu pozoruje a zapisuje. Dalo by se tedy říct, že neexistuje neinterpretovaná realita, u které je třeba čekat na výzkumné uchopení. S poznámkami je třeba po jejich sběru dále pracovat, analyzovat je a přizpůsobit jejich zpracování podle vědní disciplíny, ze které jsou sebrány (4).

Etnografický výzkum je složen ze vzájemně provázaných částí. Díky oddělení má výzkumník možnost zpětně pohlížet na své výzkumné otázky a předpoklady, které si stanovil. Při návratu do terénu se poté může zaměřit na jejich ověřování. Při etnografickém výzkumu nelze spoléhat na čistě lineární vedení v oblasti hypotéz (ověřeno/zamítnuto) nebo konkrétně na procentuální výsledky korelací, které výzkumník našel. Ve výsledné prezentaci výsledků je důležité čtenáře seznamovat i s cestami, které skončily slepým nebo zavádějícím pozorováním. Při odhalení těchto cest dochází v pozdějších částí výzkumu k nalezení správných otázek a odpovědí (4).

1.4 Vztah prostředí a výzkumníka

„Jedna ruka kreslí druhou“ (4, s. 122) - tato fráze vychází z obrázku M. C. Eschera, na kterém jsou znázorněny dvě ruce, které drží každá jednu tužku a vzájemně se dokreslují. Svými pozicemi tvoří pomyslný kruh. Pro bližší vysvětlení souvislosti etnografického výzkumu a tohoto obrazu lze jednu ruku

chápat jako výzkumníka, který zaznamenává události, situace a vazby. Tyto věci dohromady utváří jednu polovinu kruhu. Touto polovinou je terén, který výzkumník zkoumá. Terén utváří vůči výzkumníkovi druhou polovinu kruhu, neboť právě terén ustanovuje pozorovatele jako výzkumníka. Součástí popisování terénu je i reflexe pozice a role výzkumníka. Celkově se dá výzkum popsat jako kreslení mapy terénu, ve které je zaznamenána naše pozice a úloha v terénu (4).

Ačkoli jsem obraz popsal jako pomyslný kruh, při popisování terénu je třeba postupovat po lineární cestě. Vytvořením této cesty získáme text, který větu za větou popisuje danou situaci. Je možné postupovat při psaní i směrem dopředu, ale pouze v situacích, kdy použijeme interpretace, které jsou vzájemně propojeny. Výsledkem tohoto popisu je strukturovaný obraz, ze kterého musí čtenář jasně pochopit, jak vypadá terén, ve kterém je prováděn sběr dat. Při tomto postupu nesmí výzkumník zapomenout na to, že hraje zprostředkovatelskou roli, ve které popisuje terén jako text z určité perspektivy (4).

2 Autoetnografie

Samotné autoetnografické sebevyprávění je charakteristické tím, že může být psáno více formami a vycházet z více řečnických pozic. Ve své práci zdůrazním pozici, kdy výzkumník přemítá o setrvání ve známém terénu. Jedná se tedy o „*domorodou etnografii*“ (9, s. 1666). Pro každý typ autoetnografie je typické, že autoři zkoumají, zveřejňují a reflexivně přeprocovávají své sebepochopení způsobem, aby ostatní pochopili, jak utvořit chápání daného světa ve světě širším (9).

Metodu autoetnografie popsala jednoduše spisovatelka Joan Didionová: „*Vyprávíme příběhy, abychom mohli žít.*“ (8, s. 1). Samotná autoetnografie je příběh o sobě samém, který je vyprávěn skrze optiku kultury. V autoetnografických příbězích nebo pracích se badatel zaměřuje jak na uměleckou, tak analytickou stránku toho, jak je možné poznávat, pojmenovávat a interpretovat osobní i kulturní prožitky. Hlavním údělem v autoetnografii je přednesení svých zkušeností, díky kterým zapojujeme sebe, ostatní účastníky,

kulturu, politiku a sociální výzkum. Autoetnografií lze pochopit jako výzkumnou metodu, která:

- Klade důraz na využití osobních zkušeností badatele k popisu a kritice kulturního přesvědčení, praxe a zkušeností. Důležitou součástí je uznání a vážení si vztahů badatele s ostatními členy výzkumu.
- Dále využívá hlubokou a pečlivou sebereflexi – k definování a vyslýchání průsečíků mezi osobou badatele a společností, obecným a konkrétním, osobním a politickým.
- Představuje tzv. „*lidi v procesu vymýšlení, co dělat, jak žít a smysl jejich boje*“ (8, s. 2). Snaží se dorovnávat samotnou intelektuální a metodickou přísnost, emoce zjištěné z výzkumu a kreativitu, která je do výzkumu zapojena. Celkově se autoetnografie snaží o sociální spravedlnost a o celkové zlepšení života (8).

3 Tým

V pracovním odvětví, kterým je zdravotnictví, není reálná možnost, aby celkovou komplexní péčí o zdraví lidí zajišťovala pouze jedna osoba. Aby mohly být dosaženy cíle, mezi které se řadí udržení nejvyšší možné kvality života ve zdraví jednotlivců, uzdravení v rámci nemoci nebo eliminace jejich diskomfortu, který vyplývá z onemocnění, je třeba správná spolupráce jednotlivců. Je tak nutné brát v potaz, že s neustále se zvyšujícími požadavky na jak medicínskou, tak ošetrovatelskou péči, nelze v rámci zdravotnictví činnosti vykonávat bez multidisciplinárního týmu (1).

Pokud bychom vycházeli ze základních definic týmu, který pracuje ve zdravotnictví, mnoho bychom toho nenalezli. Většina slovníků, které se zabývají ošetrovatelstvím a medicínou zmiňují spíše definici týmové praxe nebo týmového ošetrovatelství. Dále se definice týmu nevyskytuje ani v širší literatuře, která se zabývá ošetrovatelstvím. Jednou z mála definic, je definice týmu zdravotní péče, který je dle Světové zdravotnické organizace definován jako: „*Skupina, která sdílí společné zdravotní cíle a společné cíle stanovené potřebami komunity, k jejichž dosažení přispívá každý člen v souladu se svými schopnostmi a dovednostmi a v koordinaci s funkcemi ostatních.*“ (3, s. 235).

Z obecné definice týmu, dle Lenky Kolajové, vyplývá, že tým je tvořen třemi a více jedinci, kteří mezi sebou vzájemně interagují. V rámci interakce dochází k utvoření pocitu společné identity. Při provádění své činnosti se snaží dospět ke stejnému cíli. Díky tomu dodržují mnoho nepsaných norem či pravidel, které slouží při práci, k dobrovolnému jednání z vlastní vůle (2). V týmu jsou na sobě jednotliví členové vzájemně závislí, neboť jsou společně zodpovědní za dosažení společného cíle (1).

3.1 Vůdce týmu

Důležitou osobou, která vede celý tým je vůdce týmu. Každý vůdce týmu má určité rysy, které celý tým ovlivňují např. jeho osobnost a styly řízení, které používá. Lepších výsledků dosahují týmy, které jejich vůdce vede pomocí svých schopností, které jsou založeny na pozitivním přístupu, díky kterému dokáže přimět členy týmu, aby ho následovali nebo plnily jím zadané úkoly s radostí. Je důležité zdůraznit, že vůdce týmu nemá neomezenou moc nad celým týmem, dostává pouze příležitost koordinovat práci týmu a je v týmu posazen téměř na stejné úrovni jako ostatní členové (2).

3.2 Týmová spolupráce

Dříve nebylo v žádné lékařské nebo ošetrovatelské literatuře či slovníku psáno, jak by bylo možné definovat týmovou spoluprací ve zdravotnictví. (3) Až v roce 1976 Naomi I. Brill definovala týmovou práci jako *„práci, kterou vykonává skupina lidí, kteří mají individuální odborné znalosti, kteří jsou zodpovědní za individuální rozhodnutí, kteří mají společný cíl a kteří se společně setkávají, aby komunicovali, sdíleli a upevňovali znalosti, na jejichž základě se vytvářejí plány, ovlivňují budoucí rozhodnutí a určené akce“* (10, s. 16).

Spolupráce v týmu se dá vyjádřit jako systematická integrace úsilí jednotlivých členů týmu. Při tomto úsilí se jedinci snaží dosáhnout společného cíle. Důležité je sloučení dvou faktorů. Prvním je součinnost, díky které členové týmu spolupracují v procesu plnění úkolu nebo jeho jednotlivých částí. Zároveň se jedná o sdílení odpovědnosti za výsledek. Druhým faktorem je poté koordinace,

jejímž výsledkem je společná odpovědnost za úkol. Členové týmu zadaný úkol plní postupně. Určitá část týmu vykonává první část, určitá druhou atd. Koordinace je řazena jako náročnější část z pohledu efektivity týmu, protože pokud dojde k výpadku nebo chybě v jedné části, může to podstatně ovlivnit výsledek práce celého týmu (2).

Týmová spolupráce je nedílnou součástí ošetrovatelství. Ve zdravotnictví je možné díky mnoha intervencím, které poskytují profesionálové vyléčit pacienta. V rámci ošetrovatelství nelze tvrdit, že by se bez týmové spolupráce obešlo. Každá část má však své pro i proti. Mezi pozitiva týmové spolupráce lze např. řadit větší kolektivní znalost, rozvoj týmu, vytvoření pracovní atmosféry, zvýšení výkonnosti atd. Naopak mezi negativa týmové spolupráce můžeme např. zařadit nebezpečí vzniku konfliktů, potlačování jisté individuality, neschopnost vycházení s ostatními kolegy, nutnost společného cíle a časovou náročnost spojenou se spoluprací (1).

4 Podmínky získání a uznání způsobilosti zdravotnického pracovníka a jeho pracovní činnosti

Podmínky získávání a uznání způsobilosti zdravotnického pracovníka a též jeho kompetence nalezneme v zákoně č. 96/2004 Sb. Jedná se o zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. V zákoně jsou obsaženy podmínky pro všechny zdravotnické profese. Pro účel práce budu používat konkrétně §42 z tohoto zákona, který hovoří o odborné způsobilosti k výkonu povolání sanitáře (11).

4.1 Odborná způsobilost k výkonu povolání sanitáře

Povolání sanitáře bývá označeno jako pomocné. Dalo by se o sanitáři hovořit jako o pomocném pracovníkovi, který pomáhá při poskytování zdravotnických služeb. Jakožto zdravotnický pomocný pracovník provádí svou činnost pod odborným dohledem nebo přímým vedením nadřízeného zdravotnického pracovníka. Za nadřízeného zdravotnického pracovníka je

pokládán ten, kdo získal způsobilost k výkonu povolání bez potřebného odborného dohledu.

V zákoně 96/2004 Sb. je psáno, že fyzická osoba získává odbornou způsobilost k výkonu povolání sanitáře po absolvování akreditovaného kurzu, který musí mít řádnou kvalifikaci tomu odpovídající. Nadále mohou profesi sanitáře vykonávat i fyzické osoby, které absolvovaly určitou část studia. Tato část studia musí být uskutečněna v rámci akreditovaných zdravotnických studijních oborů, které uskutečňují vysoké školy, dle jiného právního předpisu. Toto ustanovení platí i pro obory na vyšších odborných zdravotnických školách nebo středních zdravotnických školách.

V zákoně jsou ustanoveny čtyři body, které specifikují, za jakých podmínek je možné vykonávat povolání sanitáře. Pro výkon povolání sanitáře stačí absolvovat jeden z těchto bodů:

- a) 3 semestry magisterského studijního oboru všeobecného lékařství, který podléhá zdravotnické akreditaci a úspěšně splnit zkoušky týkající se ošetrovatelské péče,
 - b) 2 semestry bakalářského studijního oboru, který podléhá zdravotnické akreditaci, a to konkrétně pro přípravu sester všeobecných, dětských, porodních asistentek nebo zdravotnických záchranářů nebo příslušného oboru vzdělání na vyšší odborné zdravotnické škole,
 - c) Absolvování 3 ročníků, ve formě denního studia nebo 4 ročníků, ve formě dálkového studia v oborech zdravotnický asistent nebo praktická sestra na střední zdravotnické škole nebo 2 ročníků, ve formě denního studia nebo 3 ročníků, ve formě dálkového studia v oborech pro sestry zdravotní, dětské a všeobecné na střední zdravotní škole nebo 1 ročníku dvouletého navazujícího studia (kvalifikační, nástavbové) pro absolventy středních škol, kteří absolvovaly střední zdravotnickou školu v sesterských oborech sestra zdravotní, dětská, ženská, praktická nebo porodní asistentka a zdravotnický asistent,
 - d) Absolvování 3 ročníků v oboru ošetrovatel na střední zdravotnické škole
- (11).

4.2 Činnosti sanitáře

O vymezení činností sanitáře v zákoně hovoří vyhláška vztahující se k zákonu č. 96/2004 Sb., a to vyhláška 55/2011 Sb. ze dne 1. 3. 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. O dané problematice se hovoří ve vyhlášce v § 43. Jsou zde jmenovány činnosti, které sanitář smí, podle § 3 odst. 2 dále vykonávat pod odborným dohledem způsobilého zdravotnického pracovníka, který smí provádět činnosti bez odborného dohledu. Jedná se o pomocné a obslužné činnosti vedoucí k zajištění péče ošetrovatelské, preventivní, diagnostické, léčebně rehabilitační, léčebné, lékárenské, paliativní, klinickofarmaceutické a zdravotní v rámci patologie. Zejména sanitář pod odborným dohledem může vykonávat následující činnosti:

1. hygienickou péči o pacienta, prostředí, lůžka a zdravotnických pracovníků,
2. asistovat při činnosti polohování, fixaci pacientů a napomáhat při manipulaci s pacienty (týká se i prevence dekubitů a úpravy lůžka pacienta či operačního stolu),
3. zajišťovat stravování pacientů a činnosti související s tímto výkonem,
4. zajišťovat péči při vyprazdňování pacientů,
5. měřit hmotnost, výšku a tělesnou teplotu,
6. transportovat, centrifugovat a třídít biologický a zdravotnický materiál, provádět přepravu laboratorních výsledků a obstarávat potřebné pochůzky pro pracoviště a pacienty,
7. v rámci své odborné způsobilosti zajišťovat přesun dospělých pacientů a provádět činnosti při příjmu pacienta,
8. v rámci své odborné způsobilosti manipulovat, kontrolovat, transportovat a přijímat zdravotnické prostředky a materiál potřebný pro oddělení,
9. v rámci své odborné způsobilosti přejímat, kontrolovat a manipulovat s léčebnými přípravky, ve kterých jsou uloženy medicínské plyny,
10. provádět úkony s tlakovými nádobami,
11. v rámci své odborné způsobilosti provádět manipulaci a jiné úkony s tělem zemřelého,
12. dbát o přípravu potřebného specifického obvazového materiálu,
13. pomáhat při přikládání obvazových materiálů a snímat tvrdé obvazy pacienta,

14. připravovat potřebný materiál pro zajištění odběrů všeho druhu a zajištění dalšího biologického materiálu,
15. provádět pravidelnou kontrolu chladících a mrazících zařízení,
16. v souladu s právními předpisy manipulovat a likvidovat biologický materiál a užitý kontaminovaný spotřební materiál,
17. pomocnými činnostmi napomáhat při zaznamenávání dárců a odběru včetně označování vzorků,
18. poskytovat péči o dárce při odběrech,
19. provádět pomocné činnosti v rámci přípravy léčebných přípravků, zkoumadel a diagnostických zdravotnických prostředků (in vitro),
20. po technické stránce manipulovat s lůžky, operačními stoly, stoly pro vyšetření pacientů a jinými zdravotnickými prostředky,
21. provádět přípravu a aplikaci léčebných zábalů,
22. provádět pomocné úkony při ergoterapii,
23. provádět přípravu a aplikaci částečných i celkových koupelí, včetně koupelí přísadových a základních vodoléčebných procedur,
24. podílet se na přípravě těl zemřelých k pitvě, provádět jejich úpravu po pitvě včetně oblékání a předávání pohřební službě,
25. připravovat potřebné nástroje, rukavice a nádoby k odběru materiálu včetně fixačních roztoků,
26. asistovat při výkonu pitvy a vyjímání orgánů,
27. v rámci své odborné způsobilosti provádět činnosti spojené s evidencí těl zemřelých, jejich oblečení, cenností a dokumentace o styku s pohřební službou (12).

V rámci poskytování specializované ošetrovatelské péče může sanitář pod přímým vedením způsobilého zdravotnického pracovníka (všeobecné, dětské, praktické sestry a porodní asistentky) vykonávat některé z činností, které jsem specifikoval výše. Tyto činnosti jsou uloženy pod body 1 až 4, 7 a 11.

Pokud všeobecná sestra, dětská sestra či porodní asistentka mají specializovanou způsobilost v oboru, sanitář je oprávněn vykonávat pod jejich přímým vedením následující činnosti, které jsou zmíněny pod body 1 až 4, 7 a 11 nebo úkony spadající do vysoce specializované ošetrovatelské péče (12).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Metodologie

Má bakalářská práce je sestavena jako kvalitativní výzkum, při kterém používám metody etnografického a autoetnografického mapování, které jsem popisoval v teoretické části své práce. Tyto metody nejsou zcela typické pro obor ošetrovatelství, avšak v posledních letech jsou využívány čím dál častěji. Výhodou těchto metod je, že se nezaměřují na zjištění pouze jedné hodnoty, ale mapují skutečnost. Dávají tedy výzkumníkovi a čtenáři možnost nahlédnout do situací, které skutečně proběhly (4).

Za účelem splnění všech kritérií, které je třeba u etnografického a autoetnografického výzkumu dodržet, jsem zaznamenával poznámky během mého pozorování a prováděl jejich přepis nejpozději 24 hodin po ukončení aktivního výzkumu. Jelikož na oddělení, kde byl prováděn výzkum už pracuji delší dobu, do popisů směny jsem nepopisoval detailně určité situace, které už mám natolik zažité, že jsem nepokládal za nutnost si je v danou situaci psát. Při sepisování pozorování a následné interpretaci jsem však tyto situace zařadil do mé práce s úmyslem co nejvíce přiblížit čtenáři problematiku, kterou se zabývám.

V moment, kdy jsem si uvědomil, na co se bude zaměřovat má práce, tedy na popis činností sanitáře, které vykonává na oddělení, jsem si uvědomil, že jsem určil hlavní výzkumný problém, o kterém má práce bude. Z jedné z publikací, které jsem použil při zpracování mé práce je uvedeno, že „výzkumník může zkoumat i něco, co se z druhé strany naopak zdá přirozené, jasné až banální a neproblematické“ (4, s. 113). Jak však bude z následujících částí mé práce vycházet zaměřil jsem se i na jednotlivé situace, kdy bylo třeba komunikovat a spolupracovat s ostatním personálem.

Ve svém pozorování jsem měl značnou výhodu, protože jsem nemusel procházet fází seznámením s prostředím nebo jsem nemusel řešit větší přípravu,

abych věděl, jak se v daném prostředí pohybovat, neboť i tato část spadá do přípravy výzkumníka, než začne provádět samotný terénní výzkum (4).

Novinkou, se kterou jsem nepočítal, bylo sledování působení prostředí na mě samotného, jako osobu výzkumníka. Nikdy předtím jsem si tento faktor neuvědomil. Ačkoli oddělení, na kterém pracuji znám velice dobře, začal jsem si postupně všimnout věcí, kterých jsem si před začátkem vypracování mé práce nevšiml. To mělo někdy pozitivní dopad, někdy negativní. Opravdu, jak bylo řečeno v knižním díle Romana Švaříčka a Kláry Šedové „*Jedna ruka kreslí druhou*“ (4, s. 122) i přes fakt, že mnohé mé kolegyně a kolegové si to neuvědomují (4). Kdybych se jich tázal konkrétně na tuto otázku, myslím si, že by odpověď byla jednoznačná.

6 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je představit čtenáři nezastupitelnou roli sanitáře při poskytování ošetrovatelské péče na oddělení následné intenzivní péče, a hlavně poukázat na hodnoty, které jsou často v rámci sanitářské práce přehlíženy. Další dílčí cíl, který jsem si stanovil až po seznámení s možným průběhem směn je o týmové spolupráci při nedostatku personálu na tomto oddělení.

7 Sběr dat

Data potřebná ke zpracování mého výzkumu jsem shromáždil v rámci svého zaměstnání na oddělení následné intenzivní péče, které je součástí Rehabilitační kliniky Malvazinky. Mým prvním krokem, kterým svým způsobem, začalo formování této práce, bylo seznámit vrchní sestru paní Bc. Petru Radovou s koncepcí a tématem mé bakalářské práce. Paní vrchní sestra Bc. Petra Radová neměla žádný problém s tím, abych výzkum ke své bakalářské práci prováděl na tomto oddělení. Seznámila mě však s faktem, že potřebuji souhlas vedení kliniky. Proto jsem skrze vrchní sestru podal žádost, kterou mi následně o několik dní později schválila ředitelka pro ošetrovatelskou péči paní Mgr. Kateřina Zajíčková.

V počátcích svého výzkumu jsem provedl pilotní šetření, které jsem uskutečnil během jedné noční směny, která nakonec nebyla zařazena do celkového výzkumu. Cílem pilotního šetření bylo vyzkoušet si sběr dat a jejich následný přepis. Takto zhotovené první pozorování jsem odeslal na kontrolu mé vedoucí práce. Ta mi zpětně poslala okomentované šetření, díky kterému jsem věděl, na které situace se mám více zaměřovat, aby byl celkový výzkum co nejkvalitnější.

Následovala hlavní fáze. Byl jsem plně připraven na sběr dat. Jedinou nevýhodou bylo, že jsem přesně nevěděl, kdy daná data budu sbírat, neboť směny se vždy udávají měsíc dopředu. Mému výzkumu však tato skutečnost nestála v cestě, proto jsem dále pokračoval svůj výzkum, který probíhal od prosince 2021 do února 2022. Při zaznamenávání svých poznámek jsem zvolil chronologickou posloupnost, proto jsem vždy začínal záznam příchodem na směnu a končil ho odchodem ze směny. Později jsem zjistil, že má úvaha byla správná, neboť při zapisování chronologickou cestou lze sledovat, jak jsou dané situace časově náročné. Výzkum jsem prováděl pouze na denních směnách, avšak do interpretace výzkumu jsem zařadil i část zkušeností z nočních směn v daných tématech, u kterých mi připadalo důležité zmínit i náplň práce sanitářů během noční směny. Pokud bych tak neučinil, některé informace by se k čtenáři nikdy nedostaly a chyběl by celkový rámeček interpretace dat.

S jednotlivými sebranými daty jsem byl neustále v kontaktu, neboť jsem zápisy pořád dokola pročítal a upravoval. Samozřejmě jsem neupravoval již starší data, neboť bych mohl popsáním situace z jiné směny zkreslit a ve výsledku znehodnotit sebraná data. Celkem jsem prováděl pozorování na 6 denních směnách a 1 noční směně, avšak jak jsem již zmiňoval, noční směna byla pouze pilotním pozorováním, které jsem z celkového výzkumu vyřadil.

8 Osoba výzkumníka

Už z názvu autoetnografie je zřetelné, že je třeba odhalit určité soukromé, někdy i intimní informace o osobě, která provádí výzkum. Důležité je přiblížit čtenáři identitu výzkumníka, jeho hodnoty a předchozí zkušenosti. Autor práce,

tedy výzkumník, musí vystoupit z anonymity a sepsat, podle mého názoru, jednu z nejtěžších částí celé práce – charakteristiku sebe samotného.

Dříve než začnu se svou charakteristikou, chtěl bych čtenáře seznámit s okolnostmi, které vedly k sepsání mé práce. Poprvé jsem se o etnologii a autoetnologii dozvěděl ve 2. ročníku na 3. Lékařské fakultě od paní PhDr. Hany Svobodové, Ph.D. V rámci předmětu, Seminář bakalářské práce I., jsme měli připravit několik informací, o tématu, kterým by se mohla v budoucnu zabývat naše bakalářská práce. Tehdy jsem absolutně netušil, o čem bych měl psát. Těsně před termínem odevzdání jsem byl ve skoro zoufalé situaci. Napadlo mě, že jako jeden z mála mých spolužáků, mám náhled do světa intenzivní péče díky svému zaměstnání. Sepsal jsem tedy několik řádků o své pracovní pozici a oddělení, na kterém pracuji. Po skončení prezentace mé práce si vzala slovo paní PhDr. Hana Svobodová, Ph.D. a sdělila mi, že má práce by se mohla ubírat právě směrem etnografie či autoetnografie. Když přišel čas, zašel jsem za paní PhDr. Marií Zvoníčkovou a zeptal se jí, zda by měla zájem mou práci vést. Ta souhlasila a od té doby spolu na práci spolupracujeme.

Nyní již k mé samotné charakteristice. Narodil jsem se v Praze. Po roce a půl se mí rodiče rozhodli, že se přestěhujeme do Milovic, což je město 35 kilometrů od Prahy, ve Středočeském kraji, kousek od Benátek nad Jizerou a Lysou nad Labem. V tomto městě jsem bydlel celé dětství, přes období základní, střední školy, až do druhého semestru prvního ročníku na vysoké škole. Poté jsem se rozhodl přestěhovat na kolej do Prahy, protože mě přestalo bavit dojíždět na výuku, a také do práce takovou dálku.

Co se týče mého studia na základní škole patřil jsem k žákům, kteří se nemuseli učit ani jinak náročně připravovat. Pamatuji si, že na testy jsem se zásadně učil přestávku před hodinou a proplul jsem základní školou s vyznamenáním. O to větší šok pro mě byl příchod na střední školu. Původně jsem měl přihlášky na dvě střední školy. První bylo přírodovědné lyceum v Poděbradech, kde mi ředitel po osobní schůzce oznámil, že s mým průměrem se nemám bát, zda bych nebyl přijat. Druhou vybranou školou bylo, na přání mé

maminky, gymnázium. Já jsem na gymnázium nechtěl nastoupit, ale nakonec jsme vybrali přírodovědné gymnázium Botičská, které se nachází na Praze 2. Tehdy se přijímací zkoušky dělaly právě jen na gymnázia, proto na mě čekala má první větší životní výzva. Přijímací zkoušky. Upřímně si moc nepamatuji, jaké jsem měl pocity, neboť jsem na gymnázium nechtěl, ale pamatuji si, že jsem své první přijímací zkoušky absolvoval v učebně, kam jsem poté čtyři roky chodil na hodiny biologie. Po zveřejnění výsledků přišlo mé první velké životní zklamání. Na gymnázium jsem se nedostal. Ten rok přijímali 90 nových žáků, já byl 91. první pod čarou. Pamatuji si, že jsem měl velice smíšené pocity. Sice jsem na gymnázium nechtěl, ale bylo to pro mě zklamání. Naštěstí jsem se po podání odvolání na gymnázium úspěšně dostal.

Studium na střední škole jsem tak nějak proplouval. Při příchodu na gymnázium jsem se na truc mamince zařekl, že jestli gymnázium dodělám, půjdu pracovat do zdravotnictví. Má maminka mnoho let pracuje jako instrumentářka na operačních sálech a mým rozhodnutím nebyla vůbec nadšená, takže můj pubertální plán klapal jako hodinky, ale když se zpětně ohlížím, byla to právě moje maminka, která mi poskytla náhled do světa ošetrovatelství. Byla to ona, se kterou jsem se později mohl otevřeně bavit o problematice ošetrovatelské praxe, to ona mi ve všem rozuměla a dokázala mi pomoci tyto útrapy překonat. Byl jsem trochu extrémista. V předmětech, které mě bavily, jako biologie, chemie, dějepis jsem dosahoval výborných výsledků, až na občasné výjimky. Zatímco středoškolská matematika se pro mě stala noční můrou. Neměl jsem na ní buňky a ačkoli jsem měl dobré výsledky, musel jsem nad ní trávit více času, než bych chtěl. Po absolvování gymnázia, které bylo zakončeno maturitní zkouškou, kterou jsem úspěšně splnil, jsem se rozhodl si podat přihlášky na medicínu. První rok jsem psal přijímací zkoušky celkem na čtyřech lékařských fakultách. Ani na jednu z fakult jsem však nebyl přijat. Proto jsem po dohodě s rodiči nastoupil na nejmenovanou vysokou zdravotnickou školu, mým oborem bylo ošetrovatelství. Program byl veden formou denního kombinovaného studia, což znamenalo v původním podání vedoucího oboru, že do školy budeme dojíždět „příležitostně“. Pravda byla taková, že jsem ve škole seděl prakticky každý týden od pátku do neděle v časovém rozmezí dvanácti hodin (od 8:00 do 20:00). Tato organizace

výuky mě absolutně nevyhovovala, neboť jsem si před začátkem školního roku našel pracovní místo na Rehabilitační klinice Malvazinky, oddělení následné intenzivní péče. Má pracovní pozice byla pomocná pracovní síla, na nic jiného jsem tehdy neměl potřebné vzdělání. Ve skutečnosti jsem plnil standartní pracovní náplň sanitáře, akorát jsem neměl tak velké peněžní ohodnocení. Na stejném oddělení jsem setrval do dnes a plánuji na něm po ukončení studia nastoupit jako všeobecná sestra. Po dvou měsících na škole jsem se domluvil s rodiči, že tohle nikam nevede. Přes týden jsem byl zavřený v práci a o víkendu seděl v učebně, kde mi připadalo, že náročnost výuky probíhá v rozsahu mého 3. ročníku na střední škole. Studium jsem tedy ukončil a věnoval se přípravám na přijímací zkoušky na medicínu, které měly proběhnout příští rok, přičemž jsem chodil stále do práce.

Další rok jsem dělal přijímačky zase na čtyřech fakultách. Jednalo se 1. Lékařskou fakultu – medicína, 2. Lékařskou fakultu – medicína a všeobecné ošetřovatelství, 3. Lékařská fakulta – medicína a všeobecné ošetřovatelství a poslední fakultou byla Lékařská fakulta v Plzni – medicína. I přes mou přípravu jsem však na medicínu nedosáhl. Úspěšně jsem složil přijímací zkoušky na medicínu akorát na Lékařské fakultě v Plzni, kam jsem však pro veliký počet účastníků nebyl přijat. Zatím co na obory Všeobecného ošetřovatelství jsem se dostal v předních příčkách. V tu dobu jsem si uvědomil, že bych chtěl studovat 3. Lékařskou fakultu. V cestě mi stálo pouze druhé kolo přijímacího řízení, které bylo formou ústního pohovoru. Před pohovorem jsem byl nervózní. Dostali jsme na 15 minut text, který jsme si měli přečíst a co nejlépe zapamatovat. Poté jsme byli posláni k jednotlivým komisím. Já si pamatuji, že předsedkyní mé zkušební komise byla právě paní PhDr. Marie Zvoníčková. Při jejich prvních slovech jsem se lehce opotil, neboť z ní vyzařovalo něco, co ve mně vzbuzovalo nervozitu. Byla pro mě od začátku přirozenou autoritou. Celý pohovor však proběhl bez komplikací a dostal jsem za něj skoro plný počet bodů. Takže jsem byl na 3. Lékařskou fakultu přijat. Teprve s odstupem času mi došlo, že v druhém kole nešlo o to hodnotit uchazeče jen ohledně schopnosti si zapamatovat text (který se tehdy týkal kurdějí a jejich léčení), ale šlo o to, aby se vyučující dozvěděli něco o našem životě.

Příchod na vysokou školu pro mě nebyl ničím novým. Pro tentokrát jsem se ale zařekl, že se na ni budu soustředit, a že školu dodělám, ať to stojí, co to stojí. Občas je obtížné skloubit školu s prací, ale myslím, že po dobu celého studia jsem se s tím úspěšně pral a zvládl tuto situaci. V rámci studia jsem získával a stále získávám nové poznatky. Také jsem si během studia zvýšil své kompetence a po absolvování tří semestrů na vysoké škole mohl vykonávat plnohodnotně práci sanitáře. Ne, že by se něco v mé práci změnilo, ale lepší platové ohodnocení vždy potěší. Zatím si myslím, že studium na vysoké škole probíhalo v pořádku, ale ta největší zkouška mě teprve čeká. Státní závěrečná zkouška.

Co se týče mého osobního života. Během základní školy a celé střední školy jsem aktivně trénoval korejské bojové umění – Taekwondo. Bohužel jsem v druhém semestru na vysoké škole přestal časově stíhat tréninky, a proto jsem na ně přestal docházet. Ale v budoucnu bych se tomuto bojovému umění chtěl zase začít věnovat. Dalším mým koníčkem je poslech hudby, čtení sci-fi literatury a přiznám se, že i hraní počítačových her.

Jako zdravotník jsem se poprvé opravdu cítil, když můj, dnes už zesnulý dědeček, prodělal lehkou cévní mozkovou příhodu. Pamatuji si, že v ten den, kdy mi táta zavolal, že se tato situace stala mi mozek začal pracovat na plné obrátky. Děda byl tehdy hospitalizován na interním oddělení ve nejmenované nemocnici. Chodil jsem ho společně s babičkou a širším kruhem rodiny navštěvovat. Po oné příhodě jsem měl smíšené pocity. Dědeček byl původně hospitalizován na oddělení kvůli odstranění nezhoubných kožních nádorů. Jednoho dne však přestal komunikovat. Tehdejší ošetřovatelský personál dával celou situaci za vinu dědečkovi. Abych citoval svou maminku: „Personál mi sdělil, že se dědeček urazil a nechce s nimi komunikovat.“ Tehdy napadlo na mou maminku zeptat se dědečka na jednoduchou otázku: „A tatínku, můžete mluvit?“. Dědeček zakýval hlavou, že ne.

Když jsem se dozvěděl tuto informaci, tak jsem zuřil, ale zároveň jsem cítil velkou lítost k dědečkovi. Při mé další návštěvě jsem před sebou už neměl toho

dědečka, kterého jsem znal. Byl to starý zlomený pán. Od toho okamžiku jsem si začal všimnout drobností, chodil jsem „otravovat“ personál i s maličkostmi (prosáklé obvazy, znečištěné lůžko atd.). Myslím, že jsem tehdy nepatřil k oblíbeným návštěvám, ale měl jsem to ošetrovatelskému personálu za zlé. Od této události jsem i ve své vlastní praxi začal používat metodu, že každá stížnost pacienta se nemá brát na lehkou váhu a vše je třeba prošetřit, popřípadě vyřešit. Možná právě tato zkušenost byla jedna z těch, které mě opravdu utvrdily v tom, že chci pomáhat lidem. Od té doby jsem již nikdy nepochyboval, že chci pracovat ve zdravotnictví.

Závěrem bych chtěl napsat, že za těch pár let, co pracuji ve zdravotnictví mi tato profese přirostla k srdci. Zdravotnický personál zastává složitou roli. Nikdy jsem si nedokázal představit, že bych se dokázal poměrně „lehce“ vyrovnat s utrpením, beznadějí či smrtí pacientů. Ale na druhou stranu, pokud zdravotník vidí, jak se pacient z kritického stavu probojuje do plného zdraví, má další motivaci pro to, vykonávat svědomitě své zaměstnání. Během praxí na vysoké škole jsem prošel spousty oddělení, které mi ukázalo různorodost práce, kterou je třeba ve zdravotnictví zastávat.

9 Popis oddělení NIP Malvazinky

Tři roky pracuji na oddělení následné intenzivní péče Rehabilitační kliniky Malvazinky a vykonávám pracovní náplň sanitářské práce. Oddělení následné intenzivní péče se nachází v prostorách pavilonu B, ve druhém patře.

Na oddělení se nachází celkem 23 lůžek. U každého lůžka je umístěn monitor, který uloženého pacienta monitoruje celých 24 hodin. Součástí každého lůžka je nadále přístroj pro umělou plicní ventilaci, popřípadě přístroj sloužící k weaningu, odsávací zařízení a pojízdný stolek pro pacienta. Ke zpestření pobytu pacienta na oddělení slouží televizory, které jsou umístěné na všech boxech a pokojích tak, aby na ně každý z hospitalizovaných pacientů viděl. Na oddělení následné intenzivní péče jsou v současné době umístěna polohovací lůžka, která značně ulehčují manipulaci s pacienty. Zároveň jsou lůžka pro ošetrovatelský

personál přístupná ze tří stran. Občas je manipulace s lůžky náročná vzhledem k stísněným prostorám pokojů či boxů.

Celkem je oddělení rozdělené na jeden dvoulůžkový pokoj, tři trojlůžkové pokoje a tři boxy, na kterých pacienti leží po čtyřech. Na pokojích je zaveden kamerový systém a společně s kontinuální monitorací pacientů je přeměřován na centrální monitory, které jsou umístěny na centrální pracovně sester. Nadále se na oddělení nachází denní místnost pro personál, kuchyňka pro pacienty, patientská koupelna, čistící místnost, sklad s materiálem a poslední v řadě kancelář vrchní sestry.

9.1 Pacienti

Pacientům, kteří jsou hospitalizováni na oddělení následné intenzivní péče na Rehabilitační klinice Malvazinky, selhávají základní životní funkce, přičemž u nich je tento stav dlouhodobý. Většina z pacientů potřebuje pomoc umělé plicní ventilace. Nadále jsou na oddělení hospitalizováni pacienti, kteří potřebují léky, které jsou nezbytné k podpoře srdeční činnosti. Další širokou škálou pacientů na oddělení jsou pacienti, kteří prodělali krvácení do mozku nebo mají závažné poruchy vědomí po úrazu hlavy. Jedná se o uzavřené oddělení, na které má přístup pouze personál kliniky a předem domluvené návštěvy pacientů. Po dobu pandemie COVID – 19 byly návštěvy, až na jisté výjimky, striktně zakázány.

9.2 Složení ošetřovatelského týmu

Ošetřovatelský tým tvoří jádro oddělení následné intenzivní péče. Právě členové ošetřovatelského týmu jsou s pacienty v nejbližším kontaktu a poskytují jim největší část péče. Vedoucí celého oddělení je paní Bc. Petra Radová, která zastává funkci vrchní sestry. Celkově se ošetřovatelský tým skládá ze 47 sester. Do tohoto počtu jsem započítal i vrchní sestru, neboť pokud se naskytne situace, kdy je třeba pomoci, vrchní sestra se také zapojuje do běžného provozu oddělení. Ze zmíněných 47 sester pracuje 23 sester na plný úvazek, 12 sester na částečný úvazek a 12 sester má s klinikou uzavřenou dohodu o provedení práce.

Co se týká počtu sanitářů na oddělení, celkem pracuje na oddělení 27 sanitářů. Z tohoto počtu jich 18 pracuje na plný úvazek, 6 sanitářů pracuje na částečný úvazek a 3 mají s klinikou uzavřenou dohodu o provedení práce.

Ačkoli se může zdát, že velká část ošetrovatelského týmu nepracuje na oddělení stále, nemění to nic na schopnosti jednotlivých členů týmu. Každý ze členů týmu, který nastupuje na oddělení si prochází zaškolovacím procesem, ať už nastupuje na jakoukoli pozici v rámci ošetrovatelského týmu. Tudíž znalosti by po zakončení zaškolovacího procesu měly být totožné a záleží na jednotlivých členech týmu, jak ke své práci přistupují a jak chtějí prohlubovat své znalosti.

Členové ošetrovatelského týmu, kteří pracují na plný úvazek jsou rozděleni do čtyř pracovních skupin. Tyto skupiny, pokud nejsou plně obsazeny, doplňují zbývající členové ošetrovatelského týmu, vždy na své pozice. Dalo by se říci, že pracovní skupiny jsou rozděleny napůl. Vzhledem k tomu, že se na oddělení začíná směna v sedm hodin ráno nebo v sedm hodin večer, slouží vždy dvě pracovní směny proti sobě. Aby bylo hodinové vyvážení a prostřídání denních a nočních směn rovnoměrné, slouží se ve směnném provozu na krátký a dlouhý týden. Během krátkého týdne má sloužící směna pouze dvě směny (noční nebo denní) a během týdne dlouhého má směna služeb pět. Hlavní postavou každého pracovního týmu je vedoucí směny. Z pravidla to bývá sestra, která má z přítomných členů největší zkušenosti či dosáhla nejvyššího vzdělání. Vedoucí směny zaštiťuje ostatní kolegy a má v rámci směny hlavní slovo.

Nepsaným pravidlem na oddělení je, že každý přichází na směnu o 15 minut dříve, aby mohlo v klidu proběhnout předání směny. Vrchní sestra slouží každý den ranní službu, která je od 7 do 15 hodin během pracovních dnů. V rámci denních služeb je přítomno na oddělení v plném stavu osm sester a šest sanitářů. Během nočních směn je na oddělení přítomno sester šest a sanitáři jsou čtyři. Vzhledem k tomu, že oddělení je v provozu celých 24 hodin, složení týmu se neliší ani o víkendech či státních svátcích.

10 Analýza sebraných dat

Po úspěšném sběru dat jsem začal data postupně analyzovat. Hlavním bodem analýzy bylo vytvořit si systém, který sloužil k oddělení jednotlivých dat od sebe. Zvolil jsem systém odlišování pomocí barev. Pro každou z kategorií, které jsem na konec určil jsem vybral jednu barvu a ve všech sebraných datech oddělil situace a poznámky, které se vztahovaly k jednotlivým kategoriím. Vybrané kategorie, celkem jsem jich určil sedm, se týkají činností, které sanitář provádí během denních směn a ukazují hodnoty, které náleží sanitářům, jakožto členům ošetrovatelského týmu na oddělení následné intenzivní péče.

11 Interpretace dat

Jak jsem již zmínil, celkem jsem určil sedm kategorií, které jsem popsal a přiřadil k nim jednotlivé situace z proběhlého výzkumu. Dalo by se říci, že všechny tyto kategorie probíhají každou denní směnu, ačkoli sanitář v nich může pokaždé zastávat jinou úlohu. Jedná se o tyto kategorie:

- hygienická péče
- vyprazdňování
- polohování
- podávání stravy
- zacházení s infekčním odpadem a jeho transport
- zacházení s prádlem a jeho transport
- zacházení s materiálem a jeho transport

11.1 Hygienická péče

Sanitáři, jedna z klíčových rolí sanitářů na oddělení následné intenzivní péče na Rehabilitační klinice Malvazinky spočívá v poskytování hygienické péče. Každé dopoledne, probíhá dopolední program, který si organizují sanitáři. Vedoucí směny (z řad sester) vždy určí, jak bude probíhat koupání pacientů na oddělení. Sanitáři si poté rozdělí role, které budou zastávat a následně probíhá hygiena pacientů. Situace na oddělení však nemusí být vždy ideální. Hygienická péče o pacienta probíhá ve třech stupních.

Citace: Co se týče hygien na lůžku, vedoucí směny řekl, že si sestřičky navzájem dnes pomůžou, protože je nedostatek sanitářů.

11.1.1 Hygiena v rámci lůžka

Prvním stupněm je hygiena na lůžku. Při tomto typu hygieny je vždy přítomna sestra, aby bylo na hygienu z odborné stránky dohlédnuto. Hygiena na lůžku je prováděna u pacientů, kteří jsou odkázáni na kontinuální podávání léčiv nebo musí být celou dobu připojeni na umělou plicní ventilaci nastavenou na frakci kyslíku 60 procent a výše. U těchto pacientů je třeba dbát na vyšší opatrnost při manipulaci, neboť může při nesprávných pohybech dojít k poškození pacienta. Sanitář si vždy před provedením hygieny u pacientů na lůžku nachystá potřebné pomůcky tak, aby hygiena mohla probíhat bez přerušení a sanitář nemusel odbíhat pro potřebné pomůcky. To zahrnuje připravení lůžkovin, lavoru na hygienu, jednorázové podložky, ručníky a perlan. Všechny tyto pomůcky jsou umístěny na vozík. Pokud má pacient k dispozici vlastní hygienické pomůcky jako je mýdlo, šampón, kartáček na zuby a zubní pastu, tak se použijí osobní prostředky pacienta. Pokud u pacienta nejsou přítomny tyto pomůcky, používají se pomůcky, které jsou k dispozici na oddělení (jednorázové kartáčky, ústní voda plus sestra může použít odsávací cévku se speciálním nástavcem, který je určený k hygieně dutiny ústní a Cyteál-mýdlo/šampón, pěna).

Při hygieně na lůžku je důležitá spolupráce sestry a přítomného sanitáře. Sanitář připraví do lavoru teplou vodu a umístí ho na pojízdný vozík. Hygiena začíná v oblasti obličeje. Čistou vodou je pacientovi omyt obličej. Pokud je potřeba přináší se k lůžku nafukovací umyvadlo sloužící k hygieně vlasů. Na vyžádání sestry sanitář přiváží stojan s ruční sprchou, pomocí které je provedena hygiena vlasů. Poté, co je provedena očista hlavy, přechází se na zbytek těla. Následně sestra společně se sanitářem provádí hygienu horních končetin, trupu, dolních končetin a v poslední řadě genitálu. Po celkovém omytí se provádí důkladné osušení pacienta. Následně se sanitář se sestrou domluví, na kterou stranu budou otáčet pacienta (pokud je známá strana, na kterou je pacient hůře polohován, pro svou diagnózu, volí se vždy strana, na které vydrží pacient déle).

Provede se otočení pacienta na domluvenou stranu, při tomto procesu se nejen odstraní staré lůžkoviny, ale provede se i dezinfekce lůžka. Během procesu otočení se pacientovi omyjí záda a hýždě, po tomto kroku se pacient osuší stejně jako zepředu. Na lůžku provede jeden z účastníků hygieny ustlání nových lůžkovin, jež jsou vsunuty pod pacienta. Sestra se sanitářem provede otočení na druhý bok. Po přetočení je proveden stejný postup na druhé polovině lůžka. Pokud je sestra připravena provádí se převazy, např.: má-li pacient dekubitus, je provedeno v rámci kompetencí sestry zhodnocení aktuálního stavu dekubitu. Sestra provede převaz dle ordinace lékaře, přičemž dbá na svůj úsudek a dle pozorování a zhodnocení stavu rány provádí potřebný převaz. Sanitář odváží použité lůžkoviny a ručníky a provádí jejich následnou třídění a přípravu k transportu

Sanitář provádí likvidaci veškerého použitého materiálu, včetně použitých lůžkovin. Následně provádí dezinfekci latoru a stolku použitého při hygieně pacienta.

Citace : Já jsem na svém pokoji společně s kolegou provedl hygienu na lůžku u pána, kterému byl podáván kontinuálně Noradrenalin na stabilizaci tlaku. Hygienu na lůžku by vždy měli provádět společně ošetřující sestra a sanitář. Samozřejmě nastávají i situace, že hygienu na lůžku provádí dva sanitáři. Ošetřující sestra bývá ve většině těchto případů přítomna na boxu nebo na pokoji, přičemž provádí neodkladné úkony (ředění kontinuálních léků atd.) Při hygieně na lůžku je důležité se vše dopředu pečlivě připravit, aby nebylo nutné po započetí od pacienta odbíhat. Plánování hraje v rámci hygieny důležitou roli. Opět zdůrazňuji, že je třeba se připravit, domluvit se na postupu hygieny a dle domluveného postupu provádět hygienu. Proto jsem si vše s kolegou připravil a začali jsme. Jako první jsem umyl pacientovi obličej, následovala horní část těla, končetiny a nakonec genitál. Poté jsme si připravili potřebné pomůcky pro převlečení postele a já jsem si pána natočil na bok obličejem k sobě. Kolega pánovi umyl záda a pozadí, poté začal vyměňovat ložní prádlo. Po částečné výměně si kolega natočil pána na sebe a já výměnu dokončil. Při této manipulaci je třeba dbát zvýšené opatrnosti, aby nebyl poškozen PŽK, CŽK, PMK, NGS, PEG

a jiné katétry, které může mít pacient zavedeny. Po dokončení hygieny jsme pána připojili na kontinuální monitoraci (EKG, SpO2) a já šel roztřídit špinavé prádlo a uklidit věci po hygieně. Na našem oddělení nemáme rádi, když se hygiena na lůžku provádí „suchým hadrem“, proto by se dalo říct, že občas pacienti na posteli plavou. Právě kvůli tomu máme povlaky na antidekubitární matrace povlečeny do neprodyšných povlaků, které nepropouští vlhkost. Pacienta vždy ukládáme do čistého a suchého povlečení.

11.1.2 Hygiena na aquarelu (pojízdná vana)

Druhý stupeň je provádění hygieny na aquarelu. Aquarel, jinak pojmenován jako pojízdná vana, je pomůcka, díky které je možné provést hygienu pacienta v k tomu přizpůsobené koupelně. Aquarel se skládá z pojízdné konstrukce, na které je umístěna samotná vana. Vano tvoří čtyři stěny, které zabraňují, aby pacient během manipulace spadl. Postranní dvě stěny se dají při přesunech pacientů sundat. Po stranách aquarelu jsou umístěny drážky, kterými odtéká voda do dolní části, kde se nachází výpust. Z výusti je voda vedena do odpadu. Opět je důležitá příprava pomůcek. Na pojízdný vozík si sanitář umístí dezinfekci, oplach na vanu, který se skládá z kyblíku, ve kterém je voda, kterou se splachuje vana po aplikaci dezinfekce. Aplikace vody se provádí pomocí perlanu (jednorázová mycí pomůcka). Dále rukavice určené na koupání (liší se od standardních rukavic v délce) a do spodní části vozíku sanitář umístí pytel na infekční odpad. Je důležité dbát na výměnu rukavic u každého pacienta.

Při příjezdu akvarelem k lůžku pacienta je pacient odpojen z UPV nebo weningu. Pokud se jedná o pacienta odpojeného z UPV připojí se, před samotnou manipulací s pacientem, filtr na ambuvaku v aquarelu. Odpojení od UPV provádí vždy pracovník, který je na straně UPV. Před odpojením vždy předchází otázka, ze strany sanitářů, kdy je třeba zdůraznit, že je pacient odpojován od UPV. Po odpojení pacienta mají sanitáři pouze několik vteřin, aby přesunuli pacienta na aquarel a připojili ho k ambuvaku. Sestra provádí během celého procesu hygienické péče ambuing. Pokud je třeba, na ambuvak je napojena kyslíková bomba, a sestra udá sanitářovi jaký průtok kyslíku je třeba aplikovat pacientovi.

Po příjezdu do koupelny je pacient přepojen na velkou kyslíkovou bombu, kde je nastaven stejný průtok kyslíku, který udá sestra při připojení na pokoji.

Hygiena pacienta je prováděna od obličeje po genitál, stejně jako je specifikováno v předešlé části v rámci hygieny na lůžku. Rozdílem je aktivní sprchování pacienta na všech částech jeho těla. Sanitáři musí dbát zvýšené opatrnosti kolem zavedení tracheostomické kanyly, aby nedošlo k zatečení vody do prostor kanyly. Pro mnoho pacientů je tato součást denní péče jedna z nejpříjemnějších částí z celého dne. Většina pacientů se na tuto část dne velice těší a jsou rádi, že ji mohou absolvovat. Sestra během celého procesu, který provádí sanitáři v rámci hygieny provádí aktivní ambuing. Sanitáři musí dbát na důležitost vstupů, které by neměly být poškozeny. Často se během hygieny sanitáři ptají sester, jak zacházet s jednotlivými vstupy, aby nedošlo k jejich poškození. Sanitáři také provádí odstranění veškerého převazového materiálu, který na sobě pacient má (krytí dekubitů, krytí pooperačních ran) Po celkové hygieně je pacient osušen předem připravenými osuškami. Pod pacienta je umístěna jedna polohovací podložka, která se využije při přesunu pacienta na lůžko. Pokud má pacient dekubitus nebo jiné defekty (rány), sanitáři provádí dezinfekci za pomoci předem připraveného roztoku (Aqitox) a zabalí příslušné rány do předem připravených jednorázových zelených podložek. Dále probíhá transport pacienta zpět k lůžku, kde je po odpojení z ambuvaku pacient přesunut na lůžko a opět napojen na UPV nebo wening. Průběh přesunu pacienta na lůžko probíhá za pomoci polohovací podložky uložené pod pacientem. Po vyjmutí podložky je pacient ošetřen krémy nebo mastičkami a uložen zpět do lůžka.

Veškeré pomůcky včetně přesouvací podložky a lůžkovin jsou po ukončení hygieny sanitářem umístěny do pytlů na špinavé prádlo nebo do pytlů na infekční odpad. Tuto činnost provádí sanitář, který se stará o aquarel v době hygieny. Sanitář pomůcky umístí do předem připravených pytlů. Po ukončení koupele je aquarel dezinfikován dle standardu oddělení a umístěn na koupelnu.

Citace: Při funkci koupání se vždy najede s vanou k lůžku pacienta, sestřička pacienta odsaje, vyveze se postel nad úroveň vany, odpojí se pacient od ventilátoru či Pegasu a potom pomocí polohovací podložky se pacient přesune na

vanu. Na vaně je pacient připojen na ambuvak (pomocí kladla a filtru), který je připojen na kyslíkovou lahev a sestra vždy udá, jaký má být průtok kyslíku. Ambuing provádí sestra a sanitáři ovládají vanu. V koupelně je pacient připojen na velkou lahev s kyslíkem. Sanitáři pacienta otočí na obě strany, vyndají všechno prádlo a zelenou podložku. Dále se nastaví voda na teplotu, která je pacientovi příjemná a provede se hygiena. Jeden ze sanitářů umývá vlasy (pokud je potřeba), obličej, hrudník, ruce a břicho. Sestra mezitím provede hygienu dutiny ústní a aktivně provádí ambuing. Druhý sanitář myje dolní končetiny a genitál. V poslední řadě si jeden ze sanitářů otočí pacienta směrem na sebe a druhý umyje záda a hýždě. Poté se pacient utře do sucha pomocí polohovacích podložek, vsune se pod něho po otečení suchá podložka. Ambuvak je přepojen na malou kyslíkovou lahev a odjíždí se ve stejném smyslu jako se přijíždí zpět na pokoj. Pacient je přesunut na lůžko, připojí na Pegas nebo ventilátor, dosuší, promaže a umístí se na něho saturační čidlo, aby byl monitorován.

11.1.3 Hygiena na pojízdné sedačce

Třetím stupněm je provedení hygieny na sedačce. K hygieně na sedačce jsou indikováni pacienti, kteří již v rámci rehabilitace zvládají chůzi po chodbě a jejich ventilační režim jim dovoluje být odpojen od UPV a weningu. Tito pacienti jsou běžně schopní se postavit a přesunout se jak v rámci lůžka, tak mimo něj. Sanitáři mají v tomto způsobu hygieny hlavní roli. Jejich úkolem je přesunout pod dozorem sestry pacienta z lůžka na pojízdné křeslo. Pokud se jedná o dekanylované pacienty není problém s provedením hygieny na koupelové sedačce. Pokud jsou převedeni na wening umisťuje se na konec tracheostomické kanyly tzv. „nos“, na který je napojena kyslíková bomba. Průtok kyslíku, který je aplikován pacientovi určuje sestra. Sanitář dbá na správný průtok kyslíku a celkový stav pacienta během hygieny. Sanitář odváží pacienta do koupelny a provádí či dopomáhá při celkové hygieně. Většina pacientů je již schopna se o sebe v rámci základní hygienické péče postarat sama. Sanitář pouze dohlíží na správnou hygienu částí těla, kde toho pacient není schopen sám. Po příjezdu do koupelny sanitář umístí na předem připravené lanko závěs, aby pacient mohl provádět koupel v soukromí. Jako první provede pacient hygienu ústní dutiny, následně pokračuje s hygienou celého zbytku těla. Role sanitáře spočívá hlavně

v hygieně zadní části těla, genitálu a hýždí. Tyto části si není většina pacientů schopna umýt sama. Po důkladné hygieně jsou pacienti osušeni a následně převezeni k lůžku. Lůžko je mezitím převlečeno do čistých lůžkovin (tuto část zařizuje většinou jiný sanitář). Pacientovi sanitář dosuší dolní končetiny, aby nedošlo k pádu pacienta. Pacient je uložen na lůžko a převeden na ventilační režim, který má stanovený doktorem (wening). Sanitář provádí dezinfekci křesla, které je dezinfikováno příslušnými roztoky. Tyto roztoky jsou předem nařaděny ve směšovačích. Po aplikaci, pomocí směšovače, na pojízdné křeslo provede sanitář mechanické očištění křesla a následně křeslo opláchne.

11.2 Vyprazdňování

Druhou oblastí, na kterou se sanitáři se sestrami zaměřují je vyprazdňování pacientů, které úzce souvisí s hygienou. Jedná se pro pacienty o velice intimní záležitost a není neobvyklé, že někteří pacienti mají s tímto úkonem na oddělení problém. Na oddělení následné intenzivní péče jsou často hospitalizováni pacienti, kteří si samovolně nemohou dojít na toaletu. Stává se pouze výjimečně, že by personál doprovázel pacienty na toaletu. Proto jsou pacienti odkázáni na pomoc ošetřovatelského personálu, a především právě sanitářů.

Citace: ... následně mě pacient na „akvátku“ (prosklený box naproti centrále) poprosil, zda bych mu nedal mísu. Tento úkon jsem provedl, pacient mi poděkoval a šel jsem s kolegy připravovat věci na dopolední program...

11.2.1 Vyprazdňování pacienta na lůžku

Jak jsem již v úvodu zmínil, velmi malá část pacientů je schopná si sama dojít na toaletu. Tato skutečnost je spojena s komplikovanými diagnózami a celkovým stavem pacientů, kteří jsou hospitalizováni na oddělení následné intenzivní péče. Pacienti jsou plně závislí na pomoc ošetřujícího personálu – sanitářů a sester.

Pacienti by se v tomto ohledu dali rozdělit na dvě skupiny. První skupinou jsou pacienti, kteří nevnímají, že mají potřebu se vyprazdňovat a vykonávají svou potřebu dle libosti, aniž by na to upozornili ošetřovatelský personál. V takovém

případě nemá ošetřující personál jinou možnost, než pacienty pravidelně kontrolovat a provádět vždy po vykonání potřeby hygienu na lůžku, vztahující se k hýždím a jejich okolí.

Citace: Po skončení koupání poloviny oddělení nám několik sestřiček přišlo říci, že na svých pokojích mají pacienty, kteří mají opravdu velkou stolici a potřebovali by také vzít na vanu.

Jak je zmíněno v citaci, pokud je situace, dalo by se říci kritická, sanitáři se sestrou nemají jinou možnost než opět naložit pacienta na pojízdnou vanu a provést hygienu v koupelně. V těchto případech třetí sanitář provede dezinfekci a přípravu celého lůžka, neboť bývá pravidlem, že kvůli velkému množství stolice je znečištěno ložní prádlo. Pacient je tedy na pojízdnou vanu přesunut i s ložním prádlem, které je zpod něho v koupelně vyňato a uloženo do patřičných pytlů na špinavé prádlo (žluté pytle – znečištěné prádlo). Po provedení hygieny na vaně je pacient opět umístěn do lůžka a ošetřovatelský personál už může jen doufat, že se tato akce nebude opakovat. Kolikrát se ale jedná o nejlepší možné řešení. Zároveň dělá ošetřovatelský personál různá opatření, aby k oné nehodě nedošlo znovu. Umisťuje se na lůžko pacienta více jednorázových plen, nandává se plena pacientovi a sestry řeší medikaci, kterou by pacientovi např. při průjmu mohly podat.

Samozřejmě ne všechny situace musí být kritické. Pokud pacient vykoná potřebu v lůžku a jedná se o „normální“ stolici, provede se hygiena na lůžku, na kterou jsou potřeba zpravidla dva členové ošetřovatelského týmu. Většinou hygienu provádí sestra a sanitář, čas od času se spolu sanitáři domluví, že provedou hygienu spolu a pokud jde o pacienty s komplikovanou diagnózou (např. vysoké poranění páteře) sejde se kvůli hygieně více ošetřovatelského personálu. V tuto chvíli se jedná o týmovou práci a vše zpravidla musí být provedeno v tempu. Pokud se jedná právě např. o zmíněnou situaci, ošetřující sestra zpravidla fixuje hlavu a velí celé akci.

Jestliže však hovoříme o klasicky vykonané potřebě do zelené jednorázové podložky, poradí si sestra s jedním sanitářem. Záleží na jejich vzájemné domluvě, zda sanitář bude pomáhat s otočením pacientovi na bok nebo zda si bude sestra točit pacienta. Důležité je, že před provedením hygieny je třeba si namočit jednorázové žínky nebo perlan, připravit si pěnu na hygienu, pokud by bylo třeba, novou zelenou jednorázovou podložku a pokud sestra požádá, tak i mast na namazání hýždí.

Při prvním otočení jeden z dvojice drží pacienta na boku a dohlíží na monitor, kvůli možným změnám fyziologických funkcí, také hlídá okruh od ventilátoru a tracheostomickou kanylu, u které by vlivem špatné manipulace mohlo dojít až k dislokaci. Druhý z dvojice provádí hygienu. Po jejím dokončení je špinavá podložka se stolicí a použitým materiálem zabalena a vsunuta pod pacienta. Zároveň je třeba pod pacienta umístit zrcadlově podložku čistou. Pacienta si tentokrát otočí druhý z dvojice a provádí monitoring. Vyjme se špinavá podložka se stolicí a použitými pomůckami, následně se vytáhne z pod pacienta připravená čistá podložka a pacient s e může opět položit na záda. Špinavá podložka s obsahem se vyhazuje do koše na infekční odpad. Následuje pouze umístění pacienta do vhodné polohy.

Citace: Následně jsem v 15:20 pomohl kolegyni na pokoji VIP s hygienou pacienta po stolici.

Druhou skupinou jsou pacienti, kteří si svou potřebu plně uvědomují a dožadují se ošetřovatelského personálu o přenosnou mísu. Na oddělení následné intenzivní péče na Malvazinkách se vkládají do umělohmotných mís mísy z recyklovaného papíru, do kterých může pacient vykonat svou potřebu. Jak probíhá následně hygiena po vykonání pacientovy potřeby jsem popsal během svého pozorování v následující citaci. Jediné, co doplním, tak při hygieně se pacient otáčí na sebou zvolený bok.

Citace: V 7:45 jsem prošel proskleným boxem a jeden z pacientů mě požádal, zda bych mu nepřinesl mísu, proto jsem tak učinil. Po vykonání potřeby

pacienta jsem provedl hygienu po vyprázdnění, která zahrnuje omytí zbytků stolice z okolí konečníku a zpětné uložení pacienta do lůžka. K omytí se používají jednorázové žínky nebo perlan, které sanitář namočí do vody. Pokud je potřeba, tak pěna na hygienu. Po uložení pacienta zpět do postele sanitář odnáší papírovou mísu na čističku a podložní umělohmotnou mísu zanechává v blízkosti lůžka pacienta. Papírovou mísu vkládá do přístroje, který mísu rozmočí. Do přístroje se mohou vkládat pouze samotné papírové mísy, veškerý obsah musí být vyjmut a vyhozen do koše na infekční odpad, který je na čističce umístěn.

Často bývá rozhodující čas. Vzhledem k nepřítomnosti patientských zvonků na oddělení se může stát, že ošetrovatelský personál nepřijde včas. Dle mého názoru, jsou některé sestry i lehce přecitlivělé. Občas zažívám situace, že místo toho, aby sestra po vyžádání pacienta, že potřebuje na mísu, navlékla rukavice a mísu pacientovi pomohla umístit na správné místo, hledá sestra sanitáře, který má na starosti její pokoj, po oddělení, aby mu oznámila, že pacient chce mísu. Tato úvaha je absolutně nelogická, když se jedná o úkon, který zabere přibližně 30 vteřin.

11.2.2 Vyprazdňování pacienta na aquarelu

Pokud hovoříme o vyprazdňování na aquarelu (pojízdné vaně), jedná se dle mého názoru o ideální provedení vyprazdňování. Samozřejmě zase záleží na pocitech pacienta. Někteří pacienti tento úkon zvládají bez obtíží a někteří ho prostě nezvládnou vykonat. Jak jsem zmínil, dle mého názoru jde o nejlepší možnou situaci. Pokud pacient právě podstupuje hygienu na pojízdné vaně a potřebuje vykonat svou potřebu, sanitáři i sestry ho k tomu vybídnu. Problémem může být opět intimita, neboť se na pacienta v ten moment dívají tři lidé, kteří ho musí monitorovat. Avšak ihned po vykonání potřeby je u pacienta provedena celková hygiena, kterou jsem popisoval v předešlé části. Občas se stává, že pacient značně cítit potřebu v moment, kdy se během hygieny otáčí na jednotlivé boky a vyvine se tak tlak na určité části břicha. Sanitáři si v tento moment musí dávat pozor, aby je pacient neznečistil. Proto jsou během hygieny používány předepsané osobní ochranné pracovní pomůcky (umělohmotná zástěra, rukavice, respirátor nebo nano rouška).

V situaci, kdy pacient již více dní neměl stolici a nepomáhají ani glycerinové čípky, může být na pojízdné vaně proveden klystýr. Ten provádí zpravidla ošetřující sestra, přičemž jeden ze sanitářů v tuto chvíli zastává pozici u ambuvaku a provádí aktivní ambuing. Často se však tato metoda na oddělení nepoužívá. Ošetřující personál se snaží v počátku zvolit méně radikální cestu, jako použití projímadla nebo zmíněných glycerinových čípků, které jsou pacientovi zavedeny per rectum.

11.2.3 Vyprazdňování pacienta na toaletě

Ačkoli, jak jsem již v úvodu zmiňoval se příliš často nestává, aby pacienti docházeli na toaletu, i takové případy se oddělení čas od času naskytnou. Podmínky, aby si pacient mohl dojít na toaletu jsou následující. Pacient již nesmí být závislý na UPV, jedná se tedy o dekanjlované pacienty nebo pacienty, kteří jsou převedeni na weaning. Nadále musí být pacient schopný si do koupelny, kde se nachází patientská toaleta, dojít. Hodnocení stavu pacienta ohledně pohybových funkcí hodnotí rehabilitační pracovníci.

Pokud se jedná o dekanjlovaného pacienta, postup je jednoduchý. Pacient oznámí ošetřujícímu personálu, že by si potřeboval dojít na toaletu. Pokud se jedná o sestru, může pacienta osobně doprovodit na toaletu a zase zpět, přičemž při odchodu sestry od pacienta musí být pacient napojen na kontinuální monitoraci a uložen v lůžku. Pokud pacient svou potřebu sdělí sanitáři, musí sanitář informovat ošetřující sestru, že se bude v této problematice s pacientem hýbat. Sanitář poté opět doprovází pacienta na toaletu a zpět, přičemž platí stejná pravidla jako u sestry. Jedná – li se o pacienta, který je převeden na weaning, je pacient odpojen od okruhu a na konec tracheostomické kanyly se umístí „nos“, jednorázová pomůcka, přes kterou je možné pacientovi podat kyslík z kyslíkové bomby. Kyslík je podán skrze kyslíkovou hadičku a jeho průtok stanovuje ošetřující sestra. Společně poté pacient a sestra nebo sanitář opět odchází do koupelny k záchodu. Pravidla při návratu na lůžko jsou opět stejná, až na to, že ošetřovatelský personál musí sejmout „nos“ a připojit pacienta opět na okruh k weaningu.

11.2.4 Vyprazdňování moči

Hned na začátek je dobré uvést, že zpravidla všichni pacienti mají zavedený permanentní močový katétr nebo jiné katétrů sloužící k odvodu moči. Je to hlavně kvůli sledování bilancí tekutin pacientů. Opravdu málokdy se stává, že by pacienti neměli zavedený permanentní močový katétr. V takovém případě sanitář na postranici lůžka pacienta umísťuje držák s plastovou lahví na sběr moči. Hodnoty diurií se však stále zapisují do pacientovy dokumentace. Pokud se jedná o ženu, vykonává svou potřebu do mísy, vždy jsem se však setkal se situací, že pacientka prováděla svou potřebu do mísy, až pokud nebylo třeba monitorovat její bilance.

V mých pozorováních je zmíněné, že slévání močí provádějí výhradně sanitáři. Provádí se 4x za 24 hodin v pravidelných intervalech. Jeden ze sanitářů si vždy v příslušnou hodinu vezme záznamový arch pro všechny pacienty na oddělení a obejde oddělení, přičemž do archu zapisuje hodnoty, které vidí ve sběrných sáčcích na moč, popřípadě v plastových lahvích. Další dva sanitáři si vezmou nádobu na slévání močí a každý slévá půlku oddělení. Moč vylívají do výlevky, k tomu určené, která se nachází na čistící místnosti.

Citace: Přibližně v půl 12 jsme šli zapsat a slít diurézy. I tato věc spadá pod práci těchto sanitářů během dopoledne.

Citace: Po večerích, přibližně v 18:00 jsem šel sepsat večerní diurézy a šel slévat jednu půlku oddělení. Nevím, jestli jsem to již zmiňoval, ale vždy si sanitáři dělí oddělení na „chodbu“ a „vnitřek“ a každá po jednom slévají jednu půlku oddělení.

Po ukončení činnosti sanitáři provádí výplach a dezinfekci slévacích nádob pomocí dezinfekce, která je předem na čistící místnosti připravena ve směšovači. Jedenkrát týdně, konkrétně v pondělí, se provádí mechanická očista nádob na slévání moči, a to v rámci harmonogramu noční směny, úklid čistící místnosti.

Z hlediska intimity si osobně neumím představit ani jednu z variant, avšak pacienti jsou v situaci, kdy nemají na výběr. Pokud bych já osobně neměl na

výběr, chtěl bych být v situaci, kdy bych si mohl sám docházet na toaletu, ačkoli, jak jsem psal, takových pacientů je na oddělení minimum. Druhou, pro mě nepředstavitelnou, situací je mít zaveden permanentní močový katétr. Doufám, že ještě nějakou dobu, a to co nejdéle, se mi tento úkon vyhne.

11.3 Polohování

Tato činnost patří neodmyslitelně k práci, ke které mají sanitáři kompetence. Na oddělení následné intenzivní péče na Malvazinkách by jen velmi těžko mohlo probíhat polohování tak, jak probíhá, kdyby sanitáři nebyli na směnách přítomní. Polohování tvoří, krom jiných pomůcek a dalších úkonů, nedílnou součást prevence vzniku proleženin. Důležitou součástí polohování je spolupráce. Jedná se o spolupráci sester a sanitářů nebo pouze sanitářů. Také je důležité vždy znát stav pacienta, aby nedošlo k chybné manipulaci, která by mohla poškodit pacienta. Rozhodl jsem se, že v této části věnované právě polohování budu chronologicky popisovat s jakých situacích a jakým způsobem sanitář ve spolupráce s ostatními členy týmu polohuje pacienty.

11.3.1 Polohování před stravováním

První situace, kdy se sanitář během denní směny setkává s polohováním je při podávání snídaní, pokud nemá na starost pokoj, na kterém by byli umístěni pacienti, kteří nepřijímají per os. Já osobně vždy před podáním jídla přijdu na pokoj k pacientům, kterým budu podávat jídlo a předem si sestavím plán, jak bude podávání snídaní probíhat. Tento vzorec aplikuji i při obědech, svačinách a večeřích. Před samotnou přípravou jídla je třeba pacienty umístit do správné polohy. Správnou polohou je myšleno, že pacient je v lůžku umístěn na zádech a pomocí ovladače lůžka provede sanitář zdvižení horní části těla do polohy, ve které je zamezeno aspiraci podávaného jídla.

Na druhou stranu je třeba dbát, aby byla poloha příjemná i pacientovi, tudíž nelze pouze upravit lůžko, ale mnohdy, pokud je poloha pacienta v lůžku nevyhovující, je třeba zavolat jiného člena týmu, sestru nebo druhého sanitáře a pacienta v lůžku upravit do požadované polohy. Při nesprávné manipulaci s pacientem, ať se týká ošetřovatelského personálu nebo díky mechanickému

lůžku, vzniká nejčastěji bolest, kterou pacient cítí. Většinou v důsledku bolesti si pacient pamatuje přípravu na podání jídla jako negativní zkušenost a může při dalších příležitostech jídlo odmítat, což neprospívá celkovému stavu pacienta.

Citace: Připravil jsem tedy svému pacientovi snídani a donesl mu ji na pokoj, společně s kolegyní jsem pacienta vysunul výše v lůžku, aby se mohl pacient pohodlně nasnídat.

Citace: Jídlo jsem tedy připravil a po umístění pacienta do vhodné polohy, kdy mi pomáhala sestřička, jsem pacienta nakrmil. Po nakrmení jsem pacienta uvedl do polohy vleže, aby si ještě před dopoledním programem mohl odpočinout.

11.3.2 Polohování při provádění hygieny

Pokud hovoříme o polohování v rámci hygieny, je spíše myšlena samotná manipulace s pacientem. Jak jsem popisoval v části, která se zabývá hygienou, při provádění dopoledního programu manipulují sanitáři se všemi pacienty. Výjimkou jsou pouze pacienti, kterým by samotná manipulace přitížila. Často se jedná o nestabilní pacienty, kolem kterých se spíše snažíme chodit v tichosti po špičkách.

Samotnou manipulaci při přesunu na pojízdnou vanu jsem popisoval v části hygiena na aquarelu (pojízdné vaně). V této části doplním, že pokud je pacient po přesunu zpět na lůžku v nevyhovující poloze (nakřivo, příliš nízko, více k jedné nebo druhé straně), provádí sanitáři přítomní u lůžka pomocí polohovací podložky polohování. Cílem je pacienta umístit do vyhovující polohy, která se následně upraví díky polohovacím lůžkům.

Citace: Mou náplní práce byl přesun pacientů, jejich polohování v posteli, promazávání pokožky, připojování pacientů na UPV a připojování SpO2 čidla.

Při polohování je důležité, aby pacient neležel na shrnutých lůžkovinách, nebo se zbytečně neotlačoval o části lůžka (čela postele, postranice). Ačkoli se může zdát, že schopný pacient si např. danou končetinu sám uvede do pohodlné

polohy, na oddělení následné intenzivní péče to tak není. Může se stát, že pacient nemá tak velkou citlivost v končetině, díky které by mohl vnímat tlak od lůžka nebo lůžkovin a při následné kontrole pokožky, kterou provádí ošetrovatelský personál se zjistí, že pacient se i přes všechnu snahu proležel. Těchto případů však na našem oddělení bývá minimum, dalo by se spíše říci, že jsou vzácností.

Citace: V rámci převlékání lůžek je nutná řádná dezinfekce lůžek a dbát na to, že je lůžko povlečeno tak, aby pacientům nevznikaly zbytečná otlačená a proleženiny (špatně přehnuté prádlo, nevhodná poloha atd.).

11.3.3 Polohování během dne

Nepsaným pravidlem na oddělení je, že každý pacient by měl být polohován minimálně 4x denně. Polohování probíhá jak během denní, tak i během noční směny. Často se však díky provádění hygieny, převazů, či jiných úkonů s pacienty manipuluje častěji. Interval se díky ostatním úkonům zkracuje na kratší dobu okolo 3 hodin. Vždy je však třeba brát v potaz, že i nadbytečná manipulace u některých pacientů může způsobit zhoršení stavu. Proto je třeba vždy brát v potaz stav daného pacienta a nesnažit se provádět polohování, jen kvůli tomu, že je třeba provést.

Citace: Vynechal jsem část, kdy jsme pacienty polohovali po obědě. Kolega usoudil, že pacienti potřebují spíše odpočívat, než abychom s nimi hýbali, když kolem 12 hodiny dokončoval s druhou sestrou hygieny.

Jinak standartně probíhá polohování po obědě a v odpoledních hodinách během denní směny, aby pacienti celou dobu neleželi na zádech. Pacienti, kteří jsou schopní se v rámci lůžka pohybovat, nemusí být polohováni. Často pouze sestra se sanitářem s pomocí pacienta provede vysunutí výše nebo výměnu podložek pod pacientem a promazání zad či hýždí. Pokud se sestra se sanitářem domluví, je možná manipulace s pacienty pouze v jednom členovi týmu.

Pokud má pacient dost sil, stačí, když daný pracovník přidrží pacientovi pokrčené nohy a pacient se v lůžku za pomoci hrazdy, která je umístěna na lůžku,

vysune výše do polohy, která mu bude příjemná. Stejně je to i při výměně podložek. Samostatným pacientům nedělá problém se otočit za pomoci jednoho člena týmu na bok a přidršet se postranní zábrany, zatímco sanitář nebo sestra provádí výměnu nebo promazání pacienta. Já jako sanitář se snažím v této části pomoci sestřám. Sám moc dobře vím, že mají také spoustu práce a pokud mi pacient pomůže provádím tato polohování sám. U některých sester se mi stává, že když přijdu na pokoj nebo box na polohování, ošetřující sestra mi řekne, že polohování u pacientů už provedla sama.

Citace: V 16:15 si mě vyžádal kolega na večerní polohování pacientů a na výměnu lůžkovin. Začali jsme s dvěma pány, kteří byli v rámci lůžka soběstační. Kolega si plnil ordinace a já provedl výměnu zelených plen a výměnu polohovací podložky. Během výměny jsem pacientům promazal záda a hýždě příslušnými prostředky, které používáme.

V případě, že je pacient odkázán na pomoc ošetřovatelského personálu, provádí polohování během dne sanitář společně se sestrou. Sestra před začátkem polohování sdělí sanitáři, jakým způsobem se bude pacient polohovat. Pokud je to možné, zpravidla se pacienti během dne polohují na boky a přes noc leží na zádech.

Umístění pacienta na bok probíhá tak, že sestra určí, jakým směrem bude pacient koukat (dbáme na prosby pacientů).

Citace: Přišlo na řadu polohování pacientů. První pacientku jsme uložili na pravý bok, druhého pacienta jsme uložili na pravý bok dle jeho žádosti.

Následně se pacient uvede v lůžku do vodorovné polohy a pomocí polohovací podložky je pacient přisunut blíže k jedné straně lůžka. Po přisunutí pacienta k jedné straně vezme polohovací podložku jeden z dvojice na protilehlé straně a přitáhne pacienta blíže k sobě. Druhý z dvojice umístí za pacienta polohovací klín, o který se pacient opře, a tudíž má odlehčená záda a kyčle. Následuje umístění ostatních polohovacích pomůcek do lůžka pacienta.

Polohovací pomůcky se umísťují mezi kolena a kotníky. Díky tomuto umístění má pacient kyčle ve správné poloze a nedochází k otlaku kolen a kotníků. Poté jsou umístěny polohovací pomůcky pod horní končetiny. Zde se jedná opět o prevenci dekubitů, ale také o prevenci otoků. Při poloze na boku by měl být pacient položen tak, aby nedocházelo k vyvíjení tlaku na rameno, které má pacient pod sebou. Pokud poloha po přiložení polohovacího klínu je moc „ostrá“, provede první z dvojice tah za polohovací podložku. Díky tomuto tahu si pacient více lehne na záda a rameno se uvolní. Posledním krokem je úprava lůžka pomocí ovladače. Lůžko se zvedne pod nohama (aby se pacient nesesunul do dolní části) a dále pod hlavou. Pacient bývá pod hlavou zvednut pod úhlem 35° - 45°. Důležité je dbát, aby pacient neležel na žádných kabelech, které vedou informace o jeho vitálních funkcích a tlaku do monitoru. Opět by mohly vzniknout proleženiny. Po skončení polohování se sestra nebo sanitář zeptají pacienta, zda mu je poloha pohodlná. Pokud má pacient nějakou připomínku, provede se úprava polohy. Přeci jenom, jak jsem již zmiňoval, při nesprávné poloze by mohl být pacient bolestivý, a to nikdo z ošetrovatelského týmu nechce.

Citace: Také jsem v tomto čase s kolegou, který měl na starost pokoj 308 napolohovali pacienty na boky (1. pán – pravý bok, 2. pán – pravý bok, 3. pán – pravý bok).

Citace: ... jsem se domluvil se sestrou z pokoje 308, že půjdeme provést večerní polohování pacientů. Aby se nevyšly komplikace, všichni 3 pacienti byli po konci polohování umístěni „směrem ke dveřím“. Tzn. první dva pacienti byli napolohováni na pravý bok a poslední pán byl napolohován na levý bok. Za záda pacientů byl umístěn klín a pacienti byli řádně vypořádáni. Toto polohování jsme prováděli přibližně do 18:15, přičemž si ošetřující sestra pacienty poodsávala podala jim večerní medikaci.

Při provádění polohování v odpoledních hodinách provádí sanitář se sestrou krom samotného polohování výměnu zelené jednorázové podložky a polohovací podložky. Pokud není kvůli stavu pacienta kontraindikace, provádí se zpravidla polohování na druhý bok. Sanitář po skončení polohování vyhodí použitou

jednorázovou podložku do koše na infekční odpad a použitou polohovací podložku vyhazuje do modrého pytle na použité ložní prádlo. Pokud okolnosti vyžadují (těžký pacient, potřeba fixace hlavy atd.) provádí polohování pacientů se sestrou i více sanitářů.

Citace: Okolo půl páté mě kolega vyzval, že půjdeme provést odpolední polohování. Jednalo se o pacienty na pokoji č. 308. Pacienty jsme přepolohovali na druhý bok, přičemž jsme vyměnili látkové podložky, zelené podložky a pacienty promazali (záda mentolovou masťou a hýždě + genitál „Rybilkou“).

11.4 Podávání stravy

Abych byl upřímný, podávání stravy pacientům patří k mé nejméně oblíbené činnosti. Nevím, proč tomu tak je, ale tuto činnost nemám rád. Samozřejmě se jedná o jednu z nejdůležitějších činností, kterou sanitáři vykonávají. Pacient dokáže přežít několik dní bez provedení hygieny, ačkoli mu to nebude příjemné, ale pokud by několik dní nedostal najíst, bude to mít negativní vliv na jeho celkový stav. Jak jsem již zmínil, stravování (myšleno podávání jídla per os) je na oddělení následné intenzivní péče na Malvazinkách z 90% prací sanitářů. Sestry zastávají v podávání stravy také důležitou roli, neboť podávají výživu skrze nasogastrickou sondu (NGS) nebo perkutánní endoskopickou gastrostomii (PEG).

Citace: První dva pacienti z pokoje 310 si spokojeně večeři snědli. Třetí pacient tentokrát odmítl večeři, že nemá hlad, proto ho sestra dokrmila skrze NGS.

V podávání stravy sanitáři pracují jako tým. Sice má každý sanitář na starost svůj pokoj nebo více pokojů, ale pokud na některých pokojích je více pacientů, co přijímají per os než na jiných, tak si vzájemně sanitáři pomáhají. Při podávání jídla pacientům používají sanitáři osobní ochranné pracovní pomůcky (respirátor, rukavice a umělohmotnou zástěru).

11.4.1 Podávání snídaní

Snídaně je první jídlo dne. Snídaně se na oddělení podávají kolem 7 hodiny ráno, po příjezdu přepravního boxu s jídly na oddělení. Před přípravou a rozdáním jídel pacientům je provedena kontrola jídel podle seznamu, který je umístěn na centrální místnosti. Kontrolu provádí buďto staniční sestra nebo některá ze sester. Důležité je, aby se jídla shodovala se seznamem, včetně diet, které jsou na tomto seznamu uvedeny.

Citace: Před 7:00 jsem došel pro přepravní box na tablety se snídaněmi. Pro tento box se chodí do suterénu, kde se nachází kuchyně. Pro přepravní box se vždy chodí až po zavolání z kuchyně, někdy se však stane, že se nikdo dlouho neozývá a box stojí již na svém místě před kuchyní, což byl případ dnešního dne. Aby s jídly v době nepřítomnosti příslušného personálu nikdo nemohl manipulovat, je přepravní box opatřen zámkem. K zámku mají klíč pouze zaměstnanci kuchyně a personál na daném oddělení, pro které je jídlo určeno (konkrétně pro pacienty). Na našem oddělení je klíč přiřazen ke svazku klíčů, kde se nacházejí klíče od trezoru s opiáty, klíče od lékárny, klíče od skříně s chemickými látkami atd. Tento svazek klíčů u sebe vždy v kapse nosí některá ze sester, často to bývá vedoucí směny. Po vyzvednutí boxu na tablety jsem pomocí výtahu dopravil box na oddělení.

Sanitář před podáním jídla připraví pacienta tak, že ho umístí do polohy, ve které nedojte k aspiraci jídla (polosed) a připraví pojízdný patientský stolek, na který je jídlo po přinesení umístěno. Pokud je pacient v rámci lůžka samostatný, přináší sanitář z tabletu jeho obsah a pacient si snídaní připraví sám. Pokud by si pacient nezvládl jídlo připravit, provede sanitář přípravu jídla a nakrájí např. pečivo na menší kousky. Pacient si následně připravenou snídaní sní. Poslední možností je, že pacient neovládá svoje ruce natolik, aby se byl chopen sám najíst. V tomto případě sanitář pacienta krmí. Sanitář musí dbát, aby pacientovi nenutil celé jídlo, za každou cenu. Pacientovi by se mohlo udělat nevolno a při dopoledním programu by mohl začít zvracet.

Citace: ...proto jsem v 7:00 po kontrole správnosti jídel v boxu přinesl jídlo pacientům na pokoj. Ještě před přisunutím patientského stolku bylo třeba pacienty uvést do správné polohy v sedě, aby nedošlo k aspiraci jídlo nebo pití.

V rámci snídání si mají možnost pacienti dát kávu. Sanitář, který přináší jídlo pacientovi se ptá, zda pacient kávu chce nebo ne. Pro některé pacienty může být i káva příjemným zpestřením jinak pořád se opakujícího dne a již mnohokrát jsem viděl pacienty, kteří tvrdili, že káva je ta jediná věc, na kterou se každý den těší. Po skončení pacienta se snídání přichází sanitář sebrat použité nádoby, které vkládá zpět do tabletu a umísťuje pacienta do vhodné polohy pomocí ovladače na lůžku.

Citace: Po nakrmení jsem pacienta uvedl do polohy vleže, aby si ještě před dopoledním programem mohl odpočinout.

Dále sanitář ošetřující sestře hlásí, kolik toho pacient snědl, aby pokud byl příjem pacienta malý a pacient má stále NGS nebo PEG, mohla sestra pacienta dokrmit výživou. Tablety jsou umístěny zpátky do přepravního boxu na jídla. Podmínkou umístění tabletu se špinavým nádobím je, že se v boxu nesmí vyskytovat tablety s „čistými“ jídly.

11.4.2 Podávání obědů

Podávání snídání probíhá kolem 12:00 po dokončení dopoledního programu, kterým jsou hygieny pacientů. Po otevření přepravního boxu na jídla opět probíhá kontrola správnosti jídel některou ze sester. Pacienti mají vždy teplý oběd, který je podáván v podobném duchu, jako snídaně. Jelikož vždy jistá část pacientů začíná s přijímáním stravy per os, je vždy jistá část jídel dle dietního režimu 3ml. Proto sanitář při oznámení, že se budou podávat obědy přinese pacientům, kteří jedí, ručník, který jim umístí pod krk přes tracheostomickou kanylu a košile.

Citace: Ve 12:00 přivezl kolega finesu s jídly pacientů a po kontrole jsme opět rozdali jídla pacientům (já svým dvěma pánům a opět jsem pomohl kolegyni s krmením pána na „VIP“).

Následně přináší jídla na svůj pokoj nebo pokoje, které umisťuje na pojízdný patientský stolek. Pacienti, kteří jsou schopni jíst sami se najedí, u pacientů, které je třeba krmit já osobně upřednostňuji, hlavní jídlo před polévkou. Pokud pacientům nechutná hlavní jídlo nebo ho nezvládají sníst, poté přichází na řadu polévka, kterou sanitář pomocí lžice nakrmí pacienta. Malou vychytávkou našeho oddělení jsou tlustá brčka, díky kterým si může pacient polévku sníst a není třeba používat lžici. K obědu si někteří pacienti vyžadují pečivo, což jsem nikdy nepochopil, ale jelikož chodí k obědům i pečivo, pokud si pacient přeje rohlík, není problém mu rohlík dát. Pokud pacienti začínají jíst a nemají prozatím zajištěné jídlo, sanitář podává z patientské lednice nutridrinky nebo na kuchyňce vezme ze skříně ovocné pyré, které je vždy na oddělení. Pacienti v počátcích přijímání stravy per os jsou většinou vděční za jakékoli jídlo. Mnohokrát jsem se setkal s tím, že pacient při prvních několika soustech, jako by znovu narodil. Většina pacientů je velice ráda, že můžou ústa při jídle zaměstnat a vychutnávají si každé sousto, které od sanitáře dostanou.

Citace: ...po přijetí jídelního boxu začali s podáváním obědů. Svým pacientům jsem podal oběd a šel se věnovat třetímu pánovi, kterému jsem měl dát v poledne výživu. Pacient ochotně spolupracoval a celou výživu snědl + vypil ze stříkačky 150 ml vody.

Po nakrmení pacientů a konci jídla pacientů, kteří jedí sami, sanitář posbírání nádobí z pokoje a umisťuje ho, za stejných podmínek, jako při snídaních do přepravního boxu na jídla. Následně provádí sanitář sběr ručníků, které na sobě měli pacienti a vyhazuje je do modrého pytle na špinavé prádlo. Pacienty sanitář před odchodem z pokoje umístí do pohodlné polohy, aby si mohli v klidu po dopoledním programu a obědě odpočinout. Jeden ze sanitářů úplně na konec odváží přepravní box s jídly opět do kuchyně, kde ho předává personálu starajícimu se o mytí nádobí.

11.4.3 Podávání svačín

Svačiny sanitář podává v 15:00. Prvním krokem je domluvit se s pacienty, kteří jí, zda vůbec budou chtít svačinu. Někteří pacienti nejsou zvyklí svačit, a proto svačinu odmítají, ale naopak některým pacientům přijde další jídlo k chuti. Ke svačinám se podávají zpravidla jogurty, přesnídávky, výživy nebo jiné věci, které donese rodina pacientům a jsou umístěny v patientské lednici. Já osobně vždy dávám pacientům vybrat, co si budou chtít dát ke svačině. Taky bych se asi necítil moc dobře, kdyby někdo přišel, postavil mi na stolek bílý jogurt s jednorázovou lžičkou a odešel. Komunikace je obecně v podávání jídla zásadní věcí. Pokud je třeba, sanitář při svačinách pomáhá s jídlem pacientům, kteří pomoc potřebují. Po skončení svačiny provede sanitář úklid patientského stolku a odchází z pokoje.

Citace: Následovaly svačiny, kdy jsem druhému pacientovi přinesl puding z jeho úložného boxu z lednice pro pacienty (zapomněl jsem v předešlém reportu zmínit, že v patientských lednicích má každý pacient svůj box, kde má uložené osobní potraviny).

Citace: Na pokoji 310 si samostatní pacienti poručili přesnídávku, kterou jsem jim společně s jednorázovými lžičkami dal. Třetí pacient mi sdělil, že stále nemá hlad, ale přesvědčil jsem ho, ať to alespoň zkusí a pán snědl celý bílý jogurt a vypil jedno pítko. To jsem následně nahlásil ošetřující sestřičce.

11.4.4 Podávání večeří

Večeře jsou během týdne většinou teplé, avšak o víkendu se podávají večeře studené. Na sanitáři je, opět po kontrole správnosti jídel, přinést samostatnějším pacientům obsah tabletu, aby si mohli sami připravit večeři nebo provést přípravu večeře pro pacienty, kteří si sami nezvládnou večeři připravit. V případě, že pacienti nejsou schopni se sami najíst, pomůže jim sanitář. Stejně jako při obědě před podáním jídla donáší sanitář na svůj pokoj pacientům ručník, který umísťuje pod bradu přes tracheostomickou kanylu a košili, aby se pacienti neznečistili. Po konci konzumace jídla odnáší opět sanitář nádoby do přepravního boxu na jídla za stejných podmínek jako při snídaních a obědech. S ručníky od pacientů

manipuluje sanitář také stejným způsobem. Když dojí i poslední pacient jeden ze sanitářů odváží zavřený box na jídla ke kuchyni, kde si ho převezme daný personál.

V první části jsem zmiňoval, že sanitář hlásí sestře, kolik toho pacient snědl. Tuto činnost provádí sanitář samozřejmě po každém jídle, aby mohla sestra dle potřeby dokrmit pacienta a měla přehled, jak pacient přijímá per os. Ze strany dokumentace pacientů je pro sestru zásadnější kolik toho pacient vypil (kvůli bilancím tekutin), ale monitoring stravování nemůžeme opomíjet. Díky sledování příjmu per os se dá vypořádat spousta ošetrovatelských problémů.

Citace: Čtvrtá pacientka odmítla cokoli ke snídani sníst. Vše jsem nahlásil ošetřující sestře, která mi sdělila, že čtvrtou pacientku dokrmí do NGS.

Citace: Třetí pacient tentokrát odmítl večeři, že nemá hlad, proto ho sestra dokrmila skrze NGS.

Jako poslední částí je příprava pití pro pacienty. Pacienti mají na výběr buďto obyčejnou neperlivou vodu, černý čaj nebo sladký čaj s příchutí ovoce. Záleží vždy, jakou příchut' nám z kuchyně doručí. Sanitář provádí během dne kontrolu konvic pro pacienty, které mají umístěny na svých stolcích. Pokud pacientovi rodina přinese jiný čaj či šťávu apod., může sanitář připravit i tento nápoj. Vyžádá – li si pacient teplý nápoj, sanitář dojde na patientskou kuchyňku, kde jsou umístěny nádoby s horkou převařenou vodou a připraví pacientovi teplý nápoj. Je důležité dbát, aby se pacient neopařil, tudíž, pokud je voda příliš teplá, sdělí sanitář pacientovi, že bude muset chvíli počkat, až vychladne voda a poté mu nápoj připraví.

Podávání stravy je důležitou a záslužnou částí práce sanitářů, protože kdyby sanitáři nebyli na oddělení přítomní, zatěžovala by tato činnost sestry, které by následně musely přehodnotit svůj časový plán ohledně ostatní ošetrovatelské péče. Sestry z mé vlastní zkušenosti mají tendenci zmatkovat a spěchat. Pacient však na jídlo potřebuje klid a čas, tudíž je dobře, že tuto činnost provádí právě sanitáři,

kteří, opět z vlastní zkušenosti, většinou nikam nespěchají a mohou se v klidu věnovat pacientovi, který např. potřebuje nakrmit, i kdyby u něho měli stát půl hodiny.

11.5 Zacházení s infekčním odpadem a jeho transport

Součástí práce sanitáře je i zacházení s infekčním odpadem a jeho transport po oddělení. Sanitář při této činnosti spolupracuje s personálem, který má na starost úklid na oddělení. Mezi infekční odpad patří veškerý biologický materiál a jednorázové pomůcky, které přišly do kontaktu s pacientem a nemají již dalšího využití. Na sběr infekčního odpadu slouží červené koše na infekční odpad, ve kterých jsou umístěny speciální červené pytle s předtištěným popisem, že se jedná o pytle na infekční odpad.

Tuto část rozdělím na dvě části. První část se bude zabývat sběrem pytlů na infekční odpad, kam se umisťují a co se s nimi poté děje. Druhou částí bude představení sobotního harmonogramu, kdy probíhá dezinfekce a mytí košů na infekční odpad.

Pytle na infekční odpad jsou, jak jsem již zmiňoval, umístěny na každém pokoji. V části oddělení na pokojích 308, 310, 311 a 312 (VIP) jsou umístěny 2 menší koše na infekční odpad a jeden velký koš na infekční odpad. Ve vnitřní části oddělení tzn. na pravém a levém boxu jsou umístěny tři malé koše na infekční odpad a jeden velký koš na infekční odpad. Poslední částí oddělení je prosklený box naproti sesterské centrále. Zde jsou umístěny čtyři malé koše na infekční odpad a dva velké koše na infekční odpad. Nadále se na oddělení nachází další tři velké koše na infekční odpad. První z nich je umístěn u vchodu, kam vyhazují ochranné pomůcky hlavně návštěvy (použité návleky na obuv a jednorázové pláště), druhý z nich se nachází během dopoledního programu na koupelně. Do tohoto koše vyhazují sanitáři, kteří provádí hygienu pacientů v koupelně všechny použité pomůcky. Třetí je umístěn na čistící místnosti. Tento koš slouží hlavně ke skladování odpadu z jednorázových mís na vyprazdňování, před jejich likvidací. Detailně jsem tento úkon popsal v části, která se zabývá vyprazdňováním.

Citace: Do přístroje se mohou vkládat pouze samotné papírové mísy, veškerý obsah musí být vyjmut a vyhozen do koše na infekční odpad, který je na čističce umístěn.

Na každém pokoji nebo boxu jsou nadále umístěny malé kontejnery na sklo, do kterého sestry umísťují prázdné lahvičky od infuzí nebo látek, které připravují pacientům do infuzí.

Úkolem sanitářů je jak během denní, tak noční směny vždy v daný čas (kolem 12:00 a 24:00) provést výměnu pytlů v koších na svých boxech a provést vynesení kontejnerů se sklem.

Citace: Následuje sbírání pytlů s infekčním odpadem. Pytle musí být na každém pokoji po 12-ti hodinách měněny, včetně pytlů v menších koších.

Nové pytle na infekční odpad se nacházejí v regálu na čisticí místnosti, kde si je sanitáři dle libosti berou a umísťují je do košů na infekční odpad. Výměna pytle na čisticí místnosti se provádí vždy jednou za 24 hodin během nočního harmonogramu sanitářů, kdy probíhá úklid čisticí místnosti. Pytel v koupelně vždy automaticky sbírá jeden z dvojice sanitářů, kteří provádí hygieny pacientů, a to po jejich dokončení. Třetí pytel v koši u vchodu na oddělení vyměňuje sanitář, který v rámci noční směny má na starost úklid a přípravu koupelny.

Výměna pytlů probíhá následovně. Z malých košů umístěných na boxech a pokojích se použité pytle na infekční odpad umísťují do velkého koše na infekční odpad. Poté sanitář vymění i velký pytel na infekční odpad a odnáší ho na čisticí místnost. Zde po výměně všech pytlů na svých pokojích nebo boxech provede sanitář zavázání pytlů pomocí provázku nebo tkalounu. Posledním krokem je podepsání pytle permanentním fixem. Na pytel se vždy píše ve zkratce název kliniky (RKM), název oddělení (NIP), datum a čas, kdy byl pytel sebrán a v poslední řadě se sanitář podepíše, aby bylo jasné, kdo provedl sebrání pytle. Po sebrání pytlů sanitář provádí vynesení kontejneru na sklo. Sklo sanitář vysype do připraveného zeleného pytle umístěného na čisticí místnosti.

Citace: Protože jsme dnes byli na směně v 5 sanitářích, domluvili jsme se, že pytle s infekčním odpadem na svých boxech si každý sebere sám. Normálně tuto práci vykonávají sanitáři, tzv. „ficky“, ale kolegyně dnes byla na všechnu práci sama, tak jsme jí alespoň s tímto výkonem pomohli.

Přípravu zeleného pytle na transport provádí vždy noční směna, konkrétně sanitář, který jako poslední provede sběr skla na svém pokoji nebo boxu. Tento sanitář zaváže pytel se sklem a přinese z centrály štítek, na kterém je třeba doplnit popis (název oddělení, datum a čas). Tyto štítky se nachází na centrále v deskách na štítky, které jsou umístěny v policičce s dalšími potřebnými dokumenty.

Krom výměny pytlů a nakládáním s použitým sklem se mezi infekční odpad, který bych chtěl zmínit, řadí vaky v odsávacích zařízeních a kontejnery na ostré předměty. Vaky v odsávacích zařízeních se vyměňují vždy, když jejich objem dosáhne hodnoty 1800 mililitrů.

Citace: Dále na pokoji zkontroluje hladiny odsávacích vaků. Pokud je hladina vyšší jak 1800 ml, vak vymění.

I tato výměna je součástí sanitářské práce. Vaky se vyměňují individuálně, neboť u každého pacienta je této hodnoty dosaženo v jinou dobu. Jedinou výjimkou je páteční harmonogram noční směny sanitářů, kdy se provádí výměna pomůcek k odsávání a dezinfekce nádoby, do které je u odsávacího zařízení umístěn odsávací vak. Sanitář provádí výměnu odsávacího vaku tak, že použitý vak uzavře pomocí jednorázového špuntu, který je součástí vaku a poté ho umístí do koše na infekční odpad. Následuje zasazení nového vaku do nádoby a připojení k odsávacímu zařízení. Posledním krokem je zkouška, zda odsávací zařízení pracuje správně.

Ohledně nádob na ostré předměty, o které se starají sanitáři, jsou tyto nádoby umístěny na každém pokoji nebo boxu. Na proskleném boxe jsou nádoby dvě, na každé lince jedna. Dále nalezneme nádobu na centrální pracovně sester, a to pod přístrojem na POCT analyzátořem krevních plynů. Nádoby musí být vždy

popsány datem a časem, kdy byly umístěny na dané místo a zpravidla zde nádoby zůstávají maximálně 24 hodin. Pokud je třeba nádobu vyměnit, uzavře sanitář nádobu umělohmotným víkem, které je připevněno k nádobě a napíše na ni permanentním fixem datum a čas se svým podpisem, kdy uzavřel nádobu. Takto připravenou nádobu umísťuje na čistící místnost do prostor pro infekční odpad.

Infekční odpad z oddělení vždy odváží pomocný personál, který má na starost úklid. Tento personál transportuje infekční odpad pomocí vozíku na předem určené sběrné místo. Z tohoto místa dále probíhá transport infekčního odpadu k řádné likvidaci.

11.6 Zacházení s prádlem a jeho transport

Prádlo se na oddělení následné intenzivní péče točí ve velkém. Není se ani čemu divit. Prádlo se využívá při hygienách, polohování, podávání stravy a jiných úkonech, které jsou součástí poskytované péče. Úkolem sanitáře je vědět, kde je prádlo uloženo, kdy je potřeba připravit prádlo k použití a jak nakládat s prádlem, které bylo použito.

Klinika Malvazinky nemá svou vlastní prádelnu. Prádlo je tedy třeba dle potřeby a počtu prádla objednat. Objednání provádí vždy sestry z noční směny. Ačkoli se může zdát, že se jedná o jednoduchou věc, čas od času se stane, že někdo zapomene a je třeba řešit problém s nedostatkem prádla nebo naopak se někdo upíše a místo 30 látkových podložek najednou přijde 300. Z mé vlastní zkušenosti je lepší, když je prádla více než méně. Prádlo přijíždí na oddělení v kovových klecích. Ty na naši kliniku dováží firma Chrištof. O transport prádla na oddělení se starají pouze sanitáři. Kdybych měl celý koloběh prádla shrnout, je celkem jednoduchý. Prádlo přijede čisté a složené v komínkách v klecích a odjíždí již použité v příslušných pytlích s označením opět v kovových klecích.

Během denní směny mají transport čistého prádla na starosti hlavně sanitáři, kteří zastávají roli tzv. „ficek“. Transportují jak prádlo pro pacienty, tak personální prádlo v klecích po oddělení a provádějí jeho uložení do skříní.

S každou objednávkou prádla je vždy doručena faktura za objednané prádlo. Tuto fakturu předává sanitář vrchní sestře.

Citace: Po návratu z kolečka po klinice jde první sanitář, tedy já pro tento den, převážet klece s prádlem a doplňuje potřebné prádlo, jak lůžkové, tak personální do skříní s prádlem.

Jak je v předešlé citaci zmíněno, sanitáři zastávající roli tzv. „ficek“ mají na starost i koše na prádlo. Celých 24 hodin je na oddělení umístěno pět košů, ve kterých jsou vždy pytle na použité prádlo. Ve třech z těchto košů jsou umístěny žluté pytle určené na infekční prádlo, které bylo znečištěno biologickým materiálem. Jeden z nich se nachází na chodbě, dva jsou umístěny v koupelně, přičemž jeden z nich slouží pouze na odkládání prostěradel. Nadále jsou na chodbě umístěny jeden modrý pytel na ostatní prádlo a jeden zelený pytel na prostěradla. Při přípravě žlutých pytlů na odvoz je třeba pytle zavázat a popsat jako infekční a čím byli znečištěny. Pokud se jedná o žlutý pytel s prostěradly, sanitář na něj navíc umístí nalepovací štítek „prostěradla“. Takto připravené žluté pytle mohou být uloženy do klece, ve které se již nenachází čisté prádlo.

Citace: ...já jsem pomohl zlikvidovat pytle s infekčním prádlem (žluté – musí být označené jako infekční + popis z jakého důvodu jsou infekční, tentokrát to byl pouze biologický materiál), pytle s prostěradly po označení, pytle s ostatním prádlem...

Při provádění hygien se používají pojízdné koše, aby sanitáři nemuseli pořád nosit použité prádlo po oddělení. Jeden koš s modrým pytle je umístěn na koupelně. Do tohoto koše přichází veškeré prádlo, které sanitáři, provádějící hygienu, po otočení vyjmou z podpacienta. Další pojízdný koš si během dopoledního programu hygien bere na pomoc sanitář, který převléká polohovací pomůcky a připravuje pacienty na hygienu. Opět je v tomto koši umístěn modrý pytel, kam sanitář vkládá použité prádlo. Poslední pomůckou je pojízdný dvojkoš. Ten má na pomoc sanitář provádějící přípravu lůžka v době, kdy je pacient v koupelně. Ve dvojkoši je umístěn jak modrý pytel na použité prádlo, tak zelený

pytel na prostěradla. Sanitáři zastávající roli tzv. „ficek“ by měli během dopoledního programu stíhat vyměňovat plné pytle s prádlem a připravovat je na transport, avšak pokud není zbylí, provádí tuto činnost sanitář, který má zrovna čas.

Citace: Dalším krokem je kontrola pytlů s použitým prádlem, které během dopoledne likvidují právě tyto dva sanitáři, včetně koše na prádlo, který je umístěn v koupelně a košů , které u sebe mají sanitáři, kteří převlékají polohovací pomůcky nebo převlékají lůžko.

Příprava plných modrých pytlů na transport není nijak náročná. Modré pytle sanitář vyjme z koše, zaváže a umístí do klece. U zelených pytlů je třeba navíc umístit na pytel nalepovací štítek „prostěradla“. Samozřejmě během denní směny probíhá výměna pytlů v koších na prádlo, kdykoli je potřeba, neboť nikdy nelze říci, kolik se za danou směnu protočí na oddělení prádla

Citace: Pro mou roli to znamenalo uklidit pytle se špinavým prádlem, řádně označit zelený pytel s prostěradly samolepkou „PROSTĚRADLA“, modrý pytel s ostatním prádlem, stejně tak jako zelený zavázat a vložit do přepravní klece se špinavým prádlem.

Velká část týkající se manipulace s prádlem probíhá během noční směny, kdy sanitáři opět doplňují skříně s prádlem. Hlavně ale probíhá úklid koupelny, jehož součástí je převezení plných klecí s použitým prádlem a pomůckami před oddělení, kde si prádlo druhý den přebírá dopravce. Při této manipulaci sanitář sepisuje použité pomůcky do speciálního archu, který zanechává u jedné z klecí. Je to z toho důvodu, aby se stejný počet pomůcek vrátil zpět na oddělení. Použité pomůcky se umísťují do modrých pytlů na vršek klece. Při vyplňování archu sanitář vždy vyplní, jaké pomůcky byly předány, kolik jich bylo, datum, kdy proběhlo předání a podepíše se. Dopravce v ranních hodinách doplní svůj podpis a arch si nechává u sebe.

Nadále sanitář, který provádí úklid koupelny donáší do koupelny dostatečné množství polohovacích podložek, které slouží během dopoledního programu jako ručníky. Podložky bere buďto z klece nebo ze skříně, kde jsou podložky umístěny. V rámci harmonogramu noční směny provádí sanitáři každou neděli úklid skříní s prádlem, který spočívá ve vyndání prádla ze skříně, dezinfekci ploch, na kterých je prádlo umístěno a následné naskládání prádla zpět do skříní.

11.7 Zacházení s materiálem a jeho transport

Poslední část, kterou budu popisovat, se týká zacházení sanitáře s materiálem a jeho transport po oddělení. Opět zde popíši situace, které jsem zachytil z pozorování, ale doplním i situace, které se dějí pouze během noční směny, protože jsou v této kapitole důležité. Jako první bych chtěl pouze okrajově zmínit, že materiál se na oddělení dostává vždy s pomocí některého ze sanitářů v době tzv. „fasování“, které probíhá většinou v úterý. „Fasování“ provádí zpravidla jeden ze sanitářů, který ví, co všechno je při této činnosti potřeba udělat. Já osobně jsem třeba ještě nikdy sám „fasování“ neprováděl. Už mnohokrát jsem při něm pomáhal umisťovat materiál, tam kam patří, ale nikdy jsem ho přímo nevedl.

Materiál je na oddělení umístěn ve skříních, které jsou popsány, podle toho, jaký druh pomůcek se v nich nachází (např. obvazový materiál, výživy, roztoky atd.). Nadále jsou některé pomůcky umístěny v čistící místnosti v regálech, kde je pro ně vyhrazeno místo. Pomůcky nalezneme také ve skladu, který se nachází v přízemí a jedná se tedy o jedinou místnost, která se nachází mimo oddělení. Druhý sklad je umístěn přímo na oddělení. Pomůcky spojené s hygienou se z velké části nachází v koupelně v regálu a samozřejmě v poslední řadě je materiál umístěn na každém pokoji nebo boxu, aby ho mohli využívat jak sestry, tak sanitáři, když je potřeba.

Krom proskleného boxu, je na každém pokoji přítomný převazový vozík, který obsahuje všechny pomůcky, které by mohl ošetřující personál během dne potřebovat k poskytování péče. Převazový vozík tvoří dvě řady přihrádek (po pěti) a čtyři šuplíky. V první řadě zleva jsou umístěny stříkačky 2 ml, stříkačky 5 ml,

jehly, bezjehlové vstupy s kombi zátkami a špunty na NGS se spojkami do odsávacích zařízení. Druhou řadu zleva tvoří stříkačky 10 ml, stříkačky 20 ml, kanyly a krytí na kanyly a v poslední přihrádce se nachází inzulinové stříkačky, pomůcky k odebrání ASTRUPu, stříkačky s předplněným fyziologickým roztokem a špachtle. V prvním šuplíku se nachází sterilní a nesterilní tampónky, sterilní čtverce velikosti 7,5 x 5 cm a 10 x 10 cm, wrapové spojky, sterilní čtverce pod tracheostomickou kanylu, jednorázové pinzety, EKG elektrody a většinou několik mastiček. Ve druhém šuplíku nalezneme klasické infuzní sety a infuzní sety určené do lineárních dávkovačů a pump, stříkačky do lineárních dávkovačů, břišní roušky, obinadla, nesterilní čtverce 7,5 x 5 cm a 10 x 10 cm, krátké spojovací hadičky, dlouhé spojovací hadičky a ostatní hadičky, které se používají u aplikace některých léčiv, trny, kohouty, tzv. „nosy“ a Ayerova T. Ve třetím šuplíku můžeme nalézt jednorázové emitní misky, perlan, nástavce se speciální hlavicí na hygienu dutiny ústní, umělohmotné držáky na sběrné pytlíky a sběrné pytlíky. V posledním čtvrtém šuplíku se nachází pomůcky potřebné k hygieně pacienta (buničina, jednorázové žinky, pleny a zelené jednorázové podložky). Důležitým úkolem sanitáře je dbát, aby bylo pomůcek v převazovém stolku dostatek, proto sanitáři provádí v odpoledních hodinách kontrolu těchto převazových stolků, během kterého doplňují materiál, který chybí. Samozřejmě se může stát, že sestře dojde materiál např. během provádění hygien pacientů během dopoledne, ale většina sester nemá problém si dojít do skříní, kde je materiál uložen a potřebný materiál si přinést.

Po kontrole převazového vozíku provádí sanitář kontrolu ostatních pomůcek, které se nacházejí na pokoji či na boxu. Jedná se odsávací cévky, které jsou umístěny v zásobníku u každého odsávacího zařízení, filtry a Hepafiltry, které jsou umístěny buďto v krabici poblíž ventilátoru nebo v koších, které na sobě mají držáky na ventilátory přidělané.

Citace: Práce na pokoji přes den zahrnuje doplnění materiálu do převazových vozíků, kontrolu odsávaček, kontrolu filtrů a odsávacích cévek...

Citace: ...jsem provedl kontrolu materiálu na pokoji, zkontroloval dostatek odsávacích cévek u odsávaček, doplnil potřebné filtry (včetně Hepafiltrů) k ventilátorům...

Pokud je pacient připojen na weaning, starají se sanitáři během dne, aby byla nádoba, která slouží jako zásobník dostatečně plná. Na oddělení používáme dva druhy tzv. „Pegasů“. První typ sanitář dolévá sterilní vodou, kterou mívají pacienti umístěni blízko tzv. „Pegasu“. Pokud není voda přítomna na pokoji, skládá se ve skříni na chodbě. Odtud ji sanitář přinese na pokoj.

Citace: K doplňování se používá sterilní voda, kterou má pacient umístěnou na rampě u lůžka. Pokud se zde tato voda nenachází, je třeba ji doplnit, označit slovem „PEGAS“ a napsat na ní jméno pacienta, datum a čas, kdy byla otevřena.

Druhým typ se automaticky doplňuje skrze set napojený na láhev, ve které je Aqua. V tomto případě sanitář kontroluje, jestli je dostatečné množství roztoku v lahvi. Pokud není, provede sanitář výměnu láhve. V rámci kontroly pokoje kontroluje sanitář také množství odpadu ve vacích u odsávacích zařízení a naplnění láhví u odsávacích zařízení, ve kterých je obyčejná voda z vodovodu. Ta složí k propláchnutí odsávacích hadic po použití odsávacího zařízení.

Citace: Dále na pokoji zkontroluje hladiny odsávacích vaků. Pokud je hladina vyšší jak 1800 ml, vak vymění.

V případě proskleného boxe je situace trochu odlišná. Na proskleném boxe se nachází dvě linky sloužící k ředění roztoků. Pomůcky uložené v linkách jsou stejné jako v převazových boxech a některé pomůcky jsou zde navíc. Konkrétně v levé lince jsou ve třetím šuplíku umístěny sterilní nástroje (nůžky a peány) a na vrchu poliček nad linkou se nachází „chirurgický“ kufřík, ve kterém jsou umístěny sterilní nástroje, které se běžně na oddělení nevyužívají, ale mohly by se hodit. Naopak na pravé straně jsou ve třetím šuplíku umístěny lahvičky na odběr hemokultur.

V rámci nočního harmonogramu za úterý, kdy sanitáři provádí úklid linek a kontrolu všech expirací se prochází jak všechny sterilní nástroje umístěné v šuplíku a kufříku, tak všechny lahvičky na odběr hemokultur. Součástí linek jsou i různé roztoky, které potřebují sestry k přípravě infuzí. Sanitáři během pravidelně provádí jejich doplnění na tyto linky, například při větší spotřebě.

Citace: ...na boxu se nacházejí 2 linky, u kterých je třeba doplňovat 10% roztok NaCl a na druhé straně 7,45% roztok KCl + ostatní roztoky (Isolyte, fyziologické roztoky, glukózu, Plasmalyte atd.). Také se zde nacházejí vysterilizované nástroje a připravené lahvičky na odběr hemokultur.

Větší část práce s materiálem provádí sanitáři během noční směny, kdy krom doplnování pokojů a boxů, tak jak jsem ho popisoval, mají na starost doplnění skříní ze skladů, aby bylo během denní směny kde brát potřebné pomůcky. Stejně tak připravují všechny pomůcky, které budou potřeba během denního programu jako např. příprava dezinfekčního roztoku na vanu. Dezinfekční roztoky ve větším množství jsou skladovány v kovové skříní umístěné na čistící místnosti. Klíče k této skříní jsou umístěny na klíčích, které u sebe má vždy jedna ze sester a zpravidla to bývá vedoucí směny.

Diskuse

Díky zpracování této práce jsem zjistil, že ani v českém ani v zahraničním prostředí se nenachází příliš mnoho autorů, které by tato problematika více zajímala. Co se týče bakalářských prací na podobné téma, existují pouze čtyři. Jejich autorkami jsou Bc. Alexandra Szászová, Bc. Eliška Beňová, Bc. Rebecca Klímová a Bc. Simona Smolová. Všechny tyto autorky stejně tak, jako já, používali ve svých pracích výzkumné metody etnografie a autoetnografie.

V první práci, která byla mou částečnou inspirací byla bakalářská práce Bc. Alexandry Szászové. Ta se ve své práci zaměřovala na spolupráci sestry a sanitáře. Hlavní poselství její práce je, že je důležité pracovat v týmu, který správně funguje, a ve kterém jedinec pracuje. Dále v práci zmiňuje, že je důležité, aby se tým neskládal z lidí, kteří dělají pouze svou práci, ale aby byl tým složen z lidí, kteří rádi odvedou i práci nad rámec svých povinností. Celkově takto složený tým dokáže velice pozitivně ovlivnit atmosféru pracovního prostředí a vztahů, které vznikají na oddělení (13).

Druhou prací na podobné téma byla bakalářská práce, kterou napsala Bc. Eliška Beňová. Její práce byla opět zaměřena na spolupráci sestry a sanitáře. V závěru práce je zmíněno, že je velice důležité, aby spolu sestra a sanitář spolupracovali na úrovni v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Zajímavější částí její práce byla část, kdy poukazovala na nezastupitelnou roli sanitáře, který slouží jako spojovací most mezi sestrou a pacientem. Ve své práci popisovala, že sanitář tráví u s pacientem mnohem více času než samotná sestra (14).

Třetí práce, která se také zabývala spoluprací sestry a sanitáře, napsala Bc. Rebecca Klímová. Její práce byla již podobnější té mojí, neboť řadila do jednotlivých kategorií základní oblasti, podle kritéria, zda jsou úkony vykonávány společně se sestrou (nebo její indikací) či bez sestry. Závěrem došla k názoru, že jednou z nejdůležitějších věcí je, aby byla práce na oddělení správně organizovaná a byla vykonávána tak, aby oddělení mělo plynulý chod (15).

Čtvrtou prací, která měla k tématu mé práce nejbliže, byla bakalářská práce Bc. Simony Smolové. Tématem její práce byla role sanitářky při poskytování ošetrovatelské péče na standardním ortopedickém oddělení. Už z názvu samotné práce je na první pohled zřejmé, že její téma bylo mé práci nejbližší. Ve své práci stejně tak, jako já, popisovala jednotlivé činnosti, které sanitář na oddělení vykonává. V závěru své práce zdůrazňuje, že sanitář zastává roli, která je nepostradatelná pro správný a bezproblémový chod oddělení. Výsledkem její práce bylo pozorování několika situací, během kterých spolupracuje sestra se sanitářem. Zdůrazňuje při jejich popisu důležitost komunikace a důvěry mezi spolupracovníky, v rámci poskytování bezpečné ošetrovatelské péče (16).

Ze situací, které jsem si určil pro můj výzkum, vyplývá, že role sanitáře na oddělení je nezastupitelná a sanitář je plnohodnotným členem týmu, kterého nelze postrádat. Role sanitáře bývá často nedoceňována. Když však pronikneme hlouběji do problematiky, zjistíme, jak jsem již zmínil, že sanitář je stejně důležitá role, jako jakýkoli jiný člen ošetrovatelského týmu. Sanitáři výrazně ulehčují práci sester a v některých případech jim sestry vkládají do rukou práci, kterou by měly vykonávat ony.

Dalším klíčovým faktorem na oddělení je samozřejmě komunikace. Během svého výzkumu jsem byl zapojen do situací, kdy bylo sanitářů na oddělení následné intenzivní péče méně. V tomto momentě je hlavním faktorem správná komunikace a spravedlivé rozdělení práce v rámci sanitářského týmu. Také záleží na vedoucím směny, jakým způsobem zaúkoluje ostatní sestry při pomoci sanitářům.

Celkově, z vlastní zkušenosti, se jedná o pozici, která je fyzicky i psychicky velice náročná, a ne každý je schopný tuto roli zastávat a zvládnout. Stejně tak by měl na tuto roli nahlížet každý. Ať už se jedná o pacienty na oddělení nebo o personál, který se sanitářem spolupracuje. Osobně jsem velice rád, že jsem vstoupil do zdravotnictví z pozice sanitáře. Mnoho mých kolegů takhle začínalo, a právě proto si uvědomují, jak těžkou práci sanitáři vykonávají a jaké hodnoty doopravdy tato práce má.

Závěr

Ve své práci jsem se zabýval problematikou role sanitáře při poskytování ošetrovatelské péče. Součástí mé bakalářské práce jsou popisy vybraných situací, které jsou součástí role sanitáře na oddělení následné intenzivní péče. Plnění těchto rolí usnadňuje práci ostatním členům týmu a má velký podíl na bezproblémový chod oddělení. Hlavním záměrem bylo poukázat na nenahraditelnost sanitářů v jednotlivých směnách a přiblížit, jak náročnou funkci mají sanitáři v ošetrovatelském týmu.

Dalším cílem bylo ukázat, jak je třeba se vypořádat během směn na oddělení s nedostatkem sanitářů a jakou roli hraje komunikace mezi jednotlivými členy týmu, aby nebyl ohrožen chod oddělení nebo se nepracovalo v časové tísni. Pokud komunikace v týmu nefunguje, může dojít k poškození pacientů nebo při časové tísni ke zbytečnému zranění někoho z personálu.

Výsledkem mého výzkumu je určení sedmi oblastí činností, ve kterých hrají sanitáři zásadní roli a bez jejich přítomnosti na oddělení by nebyl možný chod oddělení při stejném počtu ostatního personálu. Činnosti jsou v práci detailně popsány a jsou k nim přiřazené útržky ze samotného pozorování, které bylo prováděno za normálního provozu během denních směn. Z výzkumu vyplývá, že komunikace v rámci ošetrovatelského týmu je velice důležitým faktorem pro správný chod oddělení, a že hodnoty sanitářské práce nelze brát na lehkou váhu. Sanitář či sanitáři zastávají velice důležitou funkci při poskytování správné ošetrovatelské péče a nelze je nijak nahradit. Sanitáři, článek, bez kterého by tým na oddělení následné intenzivní péče nebyl týmem.

Seznam použité literatury

1. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
2. KOLAJOVÁ, Lenka. *Týmová spolupráce: Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 80-247-1764-6.
3. XYRICH, Andreas a Emma REAM. Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, **61**(2), 232–241. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x
4. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
5. SCHWANDT, Thomas. *The Sage Dictionary of Qualitative Inquiry*. 3rd ed. Thousand Oaks CA: Sage Publications, 2007. ISBN 9781452208008.
6. ROPER, Janice M. a Jill SHAPIRA. *Ethnography in Nursing Research* [online]. Thousand Oaks CA: Sage Publications, 2000 [cit. 2022-05-26]. ISBN 9781483328294. Dostupné z: doi:https://dx.doi.org/10.4135/9781483328294
7. FETTERMAN, David M. *Ethnography Step by Step*. 3rd ed. Thousand Oaks CA: Sage Publications, 2010. ISBN 978-1412950459.
8. ADAMS, Tony E., Stacy HOLMAN JONES a Carolyn ELIS. *Autoethnography*. New York: Oxford University Press, 2015. ISBN 9780190208868.
9. BUTZ, David a Kathryn BESIO. Autoethnography. *Geography Compass* [online]. 2009, **3**(5), 1660-1674 [cit. 2022-05-26]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2009.00279.x
10. BRILL, Naomi I. Teamwork. *Teamwork: Working together in the human services*. New York: Lippincott, 1976, s. 16. ISBN 978-0397473427.
11. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických

- povoláních*) [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004 [cit. 2022-03-30].
12. Vyhláška č. 55/2011 Sb., *o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011 [cit. 2022-03-30].
 13. SZÁSZOVÁ, Alexandra. *Spolupráce všeobecné sestry a sanitářky během poskytování ošetrovatelské péče na standardním oddělení interního typu*. Praha 2019: Bakalářská práce 3.LF UK, Studijní program Ošetrovatelství.
 14. BEŇOVÁ, Eliška. *Spolupráce sestry a sanitáře při poskytování ošetrovatelské péče na standardním oddělení*. Praha 2020: Bakalářská práce 3.LF UK, Studijní obor Ošetrovatelství.
 15. KLÍMOVÁ, Rebecca. *Spolupráce všeobecné sestry a sanitáře na neurochirurgickém oddělení*. Praha 2020: Bakalářská práce 3.LF UK, Studijní obor Ošetrovatelství.
 16. SMOLOVÁ Simona. *Role sanitářky při poskytování ošetrovatelské péče na standardním ortopedickém oddělení*. Praha 2021: Bakalářská práce 3.LF UK, Studijní obor Ošetrovatelství