

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2015

Bc. Veronika Kuchtová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Bc. Veronika Kuchtová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

**PŘÍSTROJOVÁ TECHNIKA V INTENZIVNÍ PÉČI
POHLEDEM VŠEOBECNÉ SESTRY
V ADAPTAČNÍM PROCESU**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Chtěla bych tímto poděkovat PhDr. Petře Bejvančické za osobní přístup, podněty a odborné vedení kvalifikační práce. Současně děkuji Mgr. Petře Strnadové za vyhodnocení MBTI[®] dotazníků v praktické části. Velké DĚKUJI za nekončící podporu, pomoc a trpělivost během celého studia patří především mému manželovi a blízkým.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Bc. Kuchtová Veronika

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Přístrojová technika v intenzivní péči pohledem všeobecné sestry
v adaptačním procesu

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bejvančická

Počet stran: číslované 66, nečíslované 35

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 73

Klíčová slova: adaptační proces - intenzivní péče - mentor - přístrojová technika -
všeobecná sestra

Souhrn:

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče o kriticky nemocné je práce s přístrojovou technikou. Osvojení si znalostí a dovedností s rozmanitými přístroji je pro nově nastupující všeobecné sestry velmi náročnou úlohou. Teoretická část obsahuje informace o zdravotnické technice v prostředí intenzivní péče, dále pojednává o přijímání nových pracovníků a jejich adaptačním období pod vedením mentora. Praktická část je tvořena kombinací kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. Kvalitativní výzkumné šetření bylo realizováno ve formě rozhovorů, které byly zaměřeny na subjektivní pohled všeobecných sester na průběh adaptačního procesu v souvislosti s přístrojovou technikou. Tímto způsobem byla identifikována obtížně zvládnutelná přístrojová technika v nejrůznějších souvislostech. V kvantitativním výzkumném šetření byl pro zmapování osobnostní typologie všeobecných sester pracujících v prostředí intenzivní péče využit standardizovaný dotazník MBTI®.

ANNOTATION

Surname and name: Bc. Kuchtová Veronika

Department: Of Nursing Care and Delivery Assistance

Title of thesis: Instrumental equipment at intensive care in view of nurses in the adaptation
process

Consultant: PhDr. Petra Bejvančická

Number of pages: numbered 66, nonnumbered 35

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 73

Key words: adaptation process – intensive care – mentor – nurse – technical devices

Summary:

Working with the devices is an integral part of the nursing care of the critically ill patients. Mastering knowledge and skills with a variety of the devices is for the newly hired nurses a very challenging task. The theoretical part contains an information on medical technology in the intensive care environment, also deals with the recruitment of the new staff and their adaptation period under the supervision of a mentor. The practical part is composed of a combination of a quantitative and qualitative research. The qualitative research was implemented in the form of the interviews, which were focused on the subjective view of the nurses on an adaptation process in a relation to the device. In this way were identified the difficult to control devices in various contexts. In the quantitative research for mapping a personality typology of the nurses working in intensive care was used a standardized questionnaire MBTI®.

OBSAH:

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	11
1.1 INTENZIVNÍ PÉČE	11
2 TECHNICKÉ VYBAVENÍ V PROSTŘEDÍ INTENZIVNÍ PÉČE	13
2.1 MONITORACE.....	13
2.1.1 Monitorace centrálního nervového systému.....	14
2.1.2 Monitorace kardiovaskulárního systému.....	17
2.1.3 Monitorace respiračního systému.....	19
2.1.4 Monitorace intraabdominálního tlaku (IAP, intraabdominal pressure).....	19
2.1.5 Monitorace tělesné teploty.....	20
2.2 TECHNICKÁ	20
2.2.1 Monitory	20
2.2.2 Ventilátory	20
2.2.3 Infuzní pumpy	21
2.2.4 Enterální pumpy	22
2.2.5 Injekční dávkovače.....	22
2.2.6 Eliminační přístroje	22
2.2.7 Defibrilátory, EKG přístroje, Intraortální balónková kontrapulzace.....	23
2.2.8 Extrakorporální membránová oxygenace.....	24
2.2.9 Ostatní technické vybavení v intenzivní péči.....	24
2.3 BUDOUCNOST TECHNICKÉHO ZÁZEMÍ V INTENZIVNÍ PÉČI.....	25
3 PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ V INTENZIVNÍ PÉČI	26
3.1 TÝMOVÉ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	26
3.2 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY.....	27
3.2.1 Profesionální vzdělávání všeobecných sester v intenzivní péči.....	28
4 VÝBĚR A PŘIJÍMÁNÍ NOVÝCH PRACOVNÍKŮ	30
4.1 ADAPTAČNÍ PROCES.....	31
4.1.1 Zaškolení a rozvoj	32
4.2 MENTOR	33
4.2.1 Odborná příprava mentora.....	33
4.2.2 Osobnost mentora.....	34
PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 FORMULACE PROBLÉMU	35
6 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
7 METODIKA	37
7.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	37
7.2 DOTAZNÍK MBTI®	37
8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
9 VZOREK RESPONDENTŮ.....	40
9.1 CHARAKTERISTIKA SOUBORU PRO KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	40

9.2 DOTAZNÍK MBTI®	40
10 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	41
10.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	41
10.2 DOTAZNÍK MBTI®	48
11 DISKUZE	54
11.1 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1	54
11.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2.....	57
11.3 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 3	59
11.4 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 4.....	60
11.5 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 5.....	61
11.6 VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 6.....	62
ZÁVĚR.....	65
SEZNAM ZDROJŮ	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM GRAFŮ A SCHÉMAT	
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

V posledních letech došlo k rychlému vývoji zdravotnické techniky a právě velké množství přístrojů je charakteristické pro léčbu kriticky nemocných. Přesto, že je středem ošetrovatelské péče je pacient, tak práce s monitorovací technikou a přístroji, které nahrazují životně důležité funkce, je neodmyslitelnou součástí práce všeobecné sestry v prostředí intenzivní péče.

Stále mám v živé paměti své první dny u lůžka kriticky nemocného. Nebyla jsem se schopná orientovat ve spleti hadic a kabelů, kterými byl pacient doslova obmotán Oddělením se neustále linuly zvuky nejrůznějších alarmů a mé služebně starší kolegyně naprosto bezchybně zvládaly identifikaci těchto zvuků od různých přístrojů... Nepopírám, že jsem k nim před lety vzhlížela s velkým obdivem a respektem. Naštěstí jsem první krůčky v intenzivní péči podnikala pod ochranou zkušené kolegyně. Ta nejen, že měla odborné znalosti na velmi vysoké úrovni, ale uměla veškeré pro mne nové informace výborně systematicky předat a navíc byla neskutečně trpělivá!

Jak všeobecné sestry prožívají adaptační proces? Je náročné naučit se pracovat s přístroji? Jaký význam má mentor v souvislosti s přístrojovou technikou? Dokáže předat důležité informace ostatním? To jsou otázky, které mě po osobních zkušenostech napadají v souvislosti s nově nastupujícími všeobecnými sestrami do prostředí intenzivní péče a jsou podkladem pro osnovu rozhovoru v praktické části této kvalifikační práce.

První část diplomové práce vymezuje pojem intenzivní péče a personální zajištění v tomto prostředí. Rovněž nastiňuje problematiku výběru a přijímání nových pracovníků a jejich orientační období vedené mentorem. Kapitola o technickém zázemí přibližuje nejčastější monitorovací systémy a technické přístroje, se kterými přicházejí všeobecné sestry v intenzivní péči do kontaktu.

Cílem diplomové práce je vytvořit přehledný soubor informací o zdravotnické technice v prostředí intenzivní péče. Praktická část je tvořena kombinací kvalitativního výzkumného šetření ve formě rozhovorů a kvantitativního výzkumného šetření s využitím MBTI[®] dotazníku pro zmapování osobností typologie všeobecných sester pracujících v prostředí intenzivní péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

V zákoně č. 372/2011 Sb. je zdravotnická péče rozdělena na ambulantní, lůžkovou a zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta (Česká republika, 2011). Ambulantní péče je poskytována pacientům, které není potřeba přijmout do zdravotnického zařízení. Dále ji lze dělit na primární, specializovanou nebo stacionární. Jednodenní péče je poskytována po dobu kratší než 24 hodin. Oproti tomu u lůžkové péče je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče je dále členěna na akutní lůžkovou péči standardní, následnou lůžkovou péči, dlouhodobou lůžkovou péči a akutní lůžkovou péči intenzivní (Plevová, 2012, s. 67).

1.1 Intenzivní péče

Na lůžko intenzivní péče je přijímán nemocný, pokud u něho selhává jedna či více základních životních funkcí. V roce 2012 bylo na anesteziologicko resuscitačních odděleních a odděleních intenzivní péče hospitalizováno celkem 58 264 pacientů na 1 180 lůžkách (ÚZIS ČR, 2013, s. 132). Intenzivní péče spotřebovává v současné době až 25 % celkových nákladů zdravotnických zařízení (Adamus, 2012, s. 141).

Dříve byla péče o tyto pacienty rozdělována na resuscitační a intenzivní, v současné době se rozdíl stírají a oba typy péče jsou začleněny pod pojem intenzivní péče (Adamus, 2012, s. 141). Ta může být diferencována do tří stupňů. Na nejnižším stupni je intenzivní péče poskytovaná povětšinou v menších nemocnicích. Je zde zajištěna kontinuální monitorace, ošetrovatelská péče a pacienty lze krátkodobě napojit na umělou plicní ventilaci. Intenzivní péče druhého typu, tzv. vyšší, je poskytována pacientům ve větších regionálních nemocnicích. Oproti intenzivní péči nižšího stupně je zajištěno základní invazivní monitorování, sledování srdečního výdeje a pacientům lze dlouhodobě zajistit umělou plicní ventilaci. Zdravotnický tým má k dispozici laboratorní vyšetření statim a 24 hodinovou diagnostiku zobrazovacími metodami. Ve fakultních nemocnicích a velkých oblastních nemocnicích je poskytována intenzivní péče třetího, nejvyššího stupně. Pacientům hospitalizovaným na těchto odděleních je k dispozici trvale tým lékařů specialistů a nelékařských zdravotnických pracovníků, jsou k dispozici sofistikovanější zobrazovací metody a všechna komplexní vyšetření. V tomto prostředí jsou pacienti monitorováni širokou škálou invazivní monitorovací techniky. Oddělení, kde je

poskytován nejvyšší stupeň intenzivní péče, mají podíl na výzkumných projektech, vědecké činnosti a personál se taktéž podílí na výuce lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků (Zadák, 2007, s. 11).

Pracoviště intenzivní péče mohou být víceoborová nebo jednooborová. V menších nemocnicích je intenzivní péče často poskytována v rámci multioborové jednotky intenzivní péče nebo na anesteziologicko resuscitačních odděleních. Ve velkých a univerzitních nemocnicích je intenzivní péče soustředěna na specializované či oborové JIP. Takovými odděleními je například kardiochirurgická JIP, spinální JIP, popáleninová JIP, transplantační JIP, interní JIP, apod. Také ARO oddělení mají v univerzitních nemocnicích své nezastupitelné místo, a to zejména pro pacienty, u kterých není kritický stav spojen s jasnou diagnózou a oborem, nebo tato péče o kriticky nemocné není v nemocničním zařízení v požadovaném stupni poskytována. Specializovaná centra mají rozsáhlou spádovou oblast, a je tak efektivně využít vysoký potenciál zdravotnické techniky i erudovaných odborníků (Zadák, 2007, s. 12).

Oddělení, kde je poskytována péče kriticky nemocným, jsou stavebně uspořádána do prostoru otevřeného, uzavřeného, nejčastěji se využívá kombinované formy. Základním požadavkem stavebního návrhu oddělení je dostatečný prostor pro pohyb zdravotnického personálu okolo lůžka. Celkový princip stavebního členění by pak měl být efektivní a měl by minimalizovat kroky personálu při pohybu na oddělení. Tento požadavek nejčastěji splňuje kombinace otevřeného prostoru s lůžky a část lůžkové kapacity soustředěné v jednotlivě oddělených boxech. Izolované boxy zajišťují vyšší komfort pro imunokomprimované pacienty a poskytují pacientům i jejich blízkým větší soukromí. Z ekonomického hlediska je však práce v boxově uspořádaném provozu finančně nákladnější a to především pro vyšší potřebu personálního zajištění (Zadák, 2007, s. 17).

Lůžková kapacita jednotlivých oddělení je závislá na velikosti zdravotnického zařízení, průměrně se jedná o 2 - 4 lůžka na sto lůžek nemocničních. Hygienický režim má v prostředí intenzivní medicíny přísná pravidla, např. vstup na oddělení přes filtr, využívání operačního oblečení, specifický režim návštěv, apod. Na oddělení je nezbytná okamžitá dostupnost lékaře a u lůžka pacientů je nutná trvalá přítomnost sester (Adamus, 2012, s. 141).

2 TECHNICKÉ VYBAVENÍ V PROSTŘEDÍ INTENZIVNÍ PÉČE

V prostředí intenzivní péče jsou vymezeny požadavky pro technické zajištění, které přesně definuje vyhláška MZČR 493/2005. Vyhláška stanovuje minimální technické vybavení, které je potřeba k zajištění péče o kriticky nemocné. Technické požadavky jsou rozčleněny pro jednotlivé stupně intenzivní péče a jsou dále podmínkou pro vykazování zdravotní péče o kriticky nemocné. Odlišnosti pro minimální technické vybavení jsou dány oborem a věkem pacientů (MZČR, 2005).

Lůžko pro poskytování intenzivní péče musí být vybaveno kyslíkovým a vzduchovým připojením, přístupem k nízkotlakovému odsávání a dostatečným počtem elektrických zásuvek. Tato připojení musí být zajištěna sekundárním zdrojem pro případ výpadku základního rozvodu. Lůžko musí být dobře přístupné, a to i v případě velkého množství technického zajištění, a musí být účelně osvětleno. Pro efektivní práci zaměstnanců je přínosné, pokud jsou přístroje určeny pouze pro jedno lůžko a není potřeba je v případě potřeby přemisťovat. Pro určitý počet lůžek je nutné připojení pro hemodialýzu (Zadák, 2007, s. 18).

Zdravotnická technika musí být ve zdravotnickém zařízení před uvedením do provozu zaevidována a zaměstnanci musí být úvodně proškoleni. Během používání je nezbytné kontrolovat funkčnost zařízení a provádět průběžnou údržbu. Interval je vymezen výrobcem. Legislativně je dána povinnost sledování takových zdravotnických technických prostředků, které spadají do zvýšeného rizika pro uživatele nebo třetí osoby. Proto je každé použití evidováno ve zdravotnické dokumentaci pacienta (FN Plzeň, 2014).

2.1 Monitorace

Monitorace je nepřetržitě nebo opakované sledování především fyziologických funkcí. V současnosti tvoří základní pilíř v péči o kriticky nemocné. Velmi často je důvodem k přijetí pacienta na lůžko intenzivní péče právě nutnost trvalého sledování fyziologických funkcí. Cílem monitorování je sledování fyziologických funkcí a jejich vývoj v čase, časně odhalení abnormalit, přispívá k terapeutické a diagnostické rozvaze a slouží ke zhodnocení účinnosti léčby (Kasal, 2003, s. 135; Kapounová, 2010, s. 33). Ke sledování fyziologických funkcí je potřeba nejen technického zázemí, ale i erudovaný tým zdravotníků, který je schopen získaná data správně interpretovat a zvolit správný postup (Adamus, 2012, s. 144).

Při neinvazivním způsobu monitorace nedochází k porušení kožního krytu pacienta. Invazivní způsob monitorace porušuje kožní kryt nebo dochází ke kontaktu s tělními tekutinami či vydechovanými plyny a tkáněmi (Kapounová, 2010, s. 33).

Monitorace přináší ale i rizika a komplikace, které mohou být částečně ovlivněny kvalifikací a mírou zkušeností personálu. Zvláště při invazivních způsobech monitorace může dojít k iatrogennímu poškození pacienta. Využití monitorovací techniky navyšuje náklady na provoz, při měření může docházet k artefaktům a nepřesnostem, či špatné interpretaci výsledků. Při monitoraci musí být vybrány takové metody, které budou mít pro pacienta vyšší přínos oproti event. rizikům, které vyplývají zejména z invazivních přístupů (Adamus, 2012, s. 144; Kasal, 2003, s. 135).

Pacienta lze monitorovat tzv. bedside monitoringem (u lůžka). V případě centrálního monitoringu jsou sledované parametry centralizované na jeden monitor. Nejčastějším způsobem je kombinace obou uvedených způsobů, která spojuje monitoraci u lůžka pacienta se současným přenosem dat na centrální monitor (Kapounová, 2010, s. 33).

2.1.1 Monitorace centrálního nervového systému

K základnímu zhodnocení neurologických funkcí, pro které není třeba přístrojů a monitorů, patří zejména Glasgow Coma Scale, stav zornic, postavení očních bulbů a motorika končetin. Neurologický stav může být ovlivněn podáním farmak. Mezi invazivní monitorovací techniky v neurointenzivní péči řadíme sledování intrakraniálního tlaku, perfuzního tlaku, tkáňovou oxymetrii a monitoraci pomocí mikrodialýzy (Smrčka, 2011, s. 9 - 10).

a) Monitorace nitrolebního tlaku

První zmínky o měření intrakraniálního tlaku lze datovat do 60. let 20. Století. V současné době se jedná o zlatý standard v péči o pacienty s kranio-cerebrálním poraněním. Díky zdokonalení neurointenzivní péče, a zvláště pak sledováním nitrolebního tlaku je možné efektivněji a rychleji reagovat na event. nárůst tlakových parametrů. Pacientům pak přináší rychlejší návrat do života, i když jsou intrakraniální poranění stále spojena s vysokou mortalitou (Krbila, 2011, s. 273 - 278).

ICP čidlo (intracranial pressure) zavádí neurochirurg, a to nejčastěji intraparenchymatozně nebo intraventriculárně. Uložení čidla do mozkové komory zároveň umožňuje drenáž komorového systému. ICP čidlo je zaváděno na poškozené straně nebo při difúzním poškození je lokalizováno do nedominantní hemisféry (Ševčík, 2003, s. 199).

V případě dekompresní terapie je doporučováno zavedení do hemisféry, kde je kost ponechána. Fyziologický intrakraniální tlak je do 15 mmHg pro dospělé, jako hypertenze jsou označovány hodnoty nad 20 mmHg. Pro děti jsou fyziologické hodnoty nižší, a to dle věkových pásem (Smrčka, 2011, s. 11 - 12).

Komplikace v souvislosti se zavedeným ICP čidlem korelují s délkou zavedení, k výraznému vzestupu dochází po osmi dnech. Mezi nejčastější komplikace patří infekce, hemoragie, hematom a v malé míře i vznik epilepsie. Může také dojít k mechanické poruše, např. k dislokaci a obstrukci (Smrčka, 2011, s. 12).

b) Monitorace mozkového perfuzního tlaku

Mozkový perfuzní tlak (CPP) poskytuje informace o tlaku krve, který protéká mozkem. Hodnotu lze vypočítat pomocí rovnice $CPP = MAP - ICP$. V současnosti jsou data automaticky kalkulována monitorovacími systémy a informace jsou tak společně s ICP k dispozici kontinuálně. Pro dostatečný perfuzní tlak jsou doporučené hodnoty kolem 70 torr. Pokles pod fyziologické hodnoty může vést k zástavě cirkulace v CNS s následnou smrtí mozku (Adamus, 2012, s. 157).

c) Jugulární oxymetrie

Jugulární oxymetrie ($S_{vj}O_2$) poskytuje informace o vztahu mezi dodávkou a spotřebou kyslíku v mozkové tkáni. Katétr je zaváděn Seldingerovou metodou do dominantního bulbu venae jugularis internaie s následným ověřením polohy rentgenovým snímkem. Z katetru je možné odebírat krevní vzorky. Fyziologické rozmezí $S_{vj}O_2$ je 55 - 75 %. Vyšší hodnoty informují o hyperemii, pokles pod 50 % znamená hypoperfuzi mozkové tkáně (Kapounová, 2007, s. 34).

Tato metoda poskytuje cenné informace v případě mozkové hypoxie, ale monitoruje pouze určitou mozkovou oblast a ani zavedení katetru do dominantního bulbu neposkytuje informace o skutečně smíšené krvi z celého mozku. Komplikace $S_{vj}O_2$ souvisí se zaváděním katétru. Po jeho zavedení jsou komplikace obdobné jako u zavedeného ICP čidla. Monitoraci $S_{vj}O_2$ může také znemožnit technická závada (Smrčka, 2011, s. 15 - 16).

d) Monitorace tkáňové oxymetrie

Tato metoda je nejčastěji využívána pro pacienty s těžkým kraniocerebrálním poraněním jako součást komplexní monitorace. Čidlo pro monitoraci tkáňové oxymetrie je zaváděno stejně jako ICP čidlo z tzv. Kocherova bodu. Po zavedení snímače je nutná cca 2 - 8 hodinová kalibrace přístroje a informace o tkáňové teplotě. Za dostatečné

lze považovat hodnoty minimálně 20 mmHg, za kritické jsou považovány hodnoty 10 mmHg. Dle doporučení není vhodné ponechávat zavedené čidlo déle jak deset dní z důvodů ohrožení pacienta infekčními komplikacemi (Smrčka, 2011, s. 15 - 16).

e) Regionální tkáňová oxymetrie

Regionální tkáňová oxymetrie (rSO_2) umožňuje sledování CNS neinvazivním způsobem. Jedná se o nenáročnou metodu monitorování mozkové saturace kyslíkem na principu spektroskopie. Nespornou výhodou této kontinuální metody je její jednoduchost, minimální výskyt komplikací a rychle dostupné výsledky měření. Vlastní monitorování spočívá ve fixaci samolepicí sondy na čelo pacienta a s propojením s monitorovacím přístrojem. Normální hodnoty jsou v rozmezí 55 - 75 %. Pro svoji vysokou senzitivitu nalézá toto monitorování využití nejenom v neurointenzivní péči, ale i v jiných medicínských oborech, například v průběhu kardiochirurgických výkonů při zástavě cirkulace v hluboké hypotermii, v pediatrii perioperačně ke zvýšení bezpečnosti u výkonů na srdci a velkých cévách, v anesteziologii a rehabilitaci (Habalová, 2010, s. 285 - 293).

f) Mikrodialýza mozkové tkáně

Mikrodialýza mozkové tkáně je metoda, při které jsou monitorovány tkáňové metabolity (laktát, glukóza, pyruvát, glycerol, glutamát) speciálním katétrem. Pro vyhodnocení parametrů jsou nutné nejen jejich hodnoty, ale i jejich vzájemný poměr (Juráň, 2013, s. 70). V současné době je mikrodialýza mozkové tkáně součástí klinického výzkumu ale i významnou součástí multimodální monitorace neurointenzivní péče, zejména pacientů po kraniocerebrálních poraněních. Své uplatnění nalézá i v jiných oborech medicíny (Promedica Praha group a.s., 2011).

g) Monitorace mozkového krevního průtoku

Monitorace je realizována speciálním čidlem, které je zaváděno na stejném principu jako u monitoringu tkáňové oxymetrie. Tato metoda je založena na principu termodiluce. Fyziologické hodnoty jsou rozdílné jak pro šedou, tak pro bílou hmotu mozkovou. V průběhu měření dochází v pravidelných intervalech ke kalibraci přístroje a měření je v tomto čase přerušeno. Stejně tomu je i v případě, že teplota mozkové tkáně přesáhne 39 °C (hrozí termické poškození mozkové tkáně) (Juráň, 2013, s. 70).

h) EEG monitorace

Elektroencefalografické monitorace je využíváno ke sledování zásobování mozku kyslíkem a k diagnostice křečové aktivity CNS na podkladě bioelektrických potenciálů. EEG sledování je v intenzivní péči využíváno například u pacientů s diagnózou status epilepticus, u kterých je dle epileptogenní aktivity CNS regulováno dávkování thiopentalu (Adamus, 2012, s. 160; Larsen, 2004, s. 685).

2. 1. 2 Monitorace kardiovaskulárního systému

Mimo základní fyzikální vyšetření se do sledování funkce kardiovaskulárního systému zahrnuje EKG, monitorace krevního tlaku, centrálního žilního tlaku a hemodynamických parametrů.

a) Elektrokardiogram (EKG)

Základním požadavkem pro sledování kardiovaskulárního systému je kontinuální monitorace EKG křivky. Velice jednoduchým způsobem tak lze sledovat nejen srdeční rytmus a frekvenci, ale i arytmiie, ischemii myokardu, informuje o účincích léčby a umožňuje okamžité rozpoznání zástavy oběhu. EKG je snímáno s využitím jednorázových povrchových elektrod, které jsou propojeny s monitorem. Pro kvalitní přenos dat je důležitá správná lokalizace a příprava kůže před nalepením elektrod. Sofistikované monitorovací systémy umožňují uložení dat a jejich opětovné vyvolání z paměti, tisk křivky a její analýzu při zastaveném obraze na monitoru. Samozřejmostí je aktivace alarmu při patologických hodnotách (Larsen, 2004, s. 649).

Pro monitoraci se využívá tři nebo pět svodového EKG a data jsou obvykle přenášena na centrální monitory. Na monitoru bývá nejčastěji volen svod II, který má nejpřesněji znázorněnu vlnu P. Znázornění úseku ST je nejlépe patrné svodem V. Je potřeba si uvědomit, že kriticky nemocnému monitorace EKG nemůže nahradit 12 svodový záznam, který by měl být realizován minimálně jedenkrát denně (Adamus, 2012, s. 149; Kasal, 2003, s. 136).

b) Neinvazivní monitorace krevního tlaku

Nepřímé měření krevního tlaku (NIBP, non – invasive blood pressure) lze využít u hemodynamicky stabilních pacientů, protože přesnější měření poskytuje měření krevního tlaku přímou metodou. Nepřímým měřením získáme informace o hodnotách systolického a diastolického tlaku, střední arteriální tlak je automaticky monitorem dopočítán. Poskytuje informaci o perfuzi orgánů. Monitor změří arteriální tlak oscilometricky dle zvoleného

časového schématu. Pro získání validních výsledků je třeba zvolit správnou šíři manžety vzhledem k obvodu paže či stehna (Larsen, 2004, s. 660).

c) Invazivní monitorace krevního tlaku

Přímým měřením (IBP, invasive blood pressure) jsou rovněž získávány hodnoty systolického, diastolického a středního krevního tlaku. Nespornou výhodou je kontinuita měření vhodná pro nemocné hemodynamicky nestabilní. Měření je realizováno po kanylaci arteriálního řečiště, a to nejčastěji a. radialis, a. femoralis, a. brachialis či a. dorsalis pedis. Převodem tlakového impulzu na impulz elektrický je tento impulz veden do monitoru a převeden do grafické a numerické podoby. Katétr rovněž umožňuje odběr krevních vzorků (Adamus, 2012, s. 150).

d) Monitorace centrálního žilního tlaku

Monitorace centrálního žilního tlaku (CVP, central venous pressure) je možná po zavedení katétru do centrálního řečiště (obvykle) horní duté žíly. CVP poskytuje informace o funkci pravého srdce a náplni žilního řečiště. Hodnota centrálního žilního tlaku může být ovlivněna změnami nitrohruďního tlaku při umělé plicní ventilaci. Pro přesné výsledky je nutná pravidelná kalibrace setu (Kapounová, 2010, s. 37).

e) Hemodynamická monitorace

Výsledky hemodynamického monitorování přesněji vypovídají o funkci kardiovaskulárního systému oproti IBP a CVP u kriticky nemocných. Lze využít invazivní metody se zavedením Swan-Ganzovým katétrem z centrálního krevního řečiště do větve plicní tepny na principu termodiluce nebo semiinvazivních metod. Získáváme tak informace například o hodnotách CVP, tlaku v pravé komoře a plicnici, tlaku v zaklínění a minutovém srdečním výdeji. Ze změřených hodnot lze získat ještě další hemodynamické údaje, jako například systolický objem a index tepové práce pravé a levé srdeční komory. (Adamus, 2012, s. 152; Kardiologie pro sestry, 2013).

SG katétr umožňuje krevní odběry. Nevýhodou je vyšší predispozice k infekčním komplikacím a vyšší míra invazivity. Semininvazivní monitoraci přístroje získávají hemodynamické hodnoty s využitím arteriální křivky. Výhodou oproti SG katéttru je menší míra invazivity, nevýhodou jsou speciální katétrů pro kanylaci arteriálního řečiště a potřeba speciálních monitorovacích přístrojů, například PiCCO, Vigileo, LiDCO (Adamus, 2012, s. 153). Neinvazivní monitoraci hemodynamiky lze zajistit transezofageální echokardiografií, transezofageální dopplerometrií a bioimpedancí hrudníku. Tyto metody

nalézají uplatnění spíše v anesteziologii než v prostředí intenzivní péče (Kasal, 2003, s. 137).

2. 1. 3 Monitorace respiračního systému

Pro monitoraci respiračního systému se nejčastěji využívá sledování dechové frekvence, pulsní oxymetrie, kapnometrie a kapnografie. Nedílnou součástí monitorace kriticky nemocných je laboratorní diagnostika a sledování parametrů ventilačního režimu ventilátoru a jeho funkce (Ševčík, 2003, s. 18).

a) Monitorace dechové frekvence

Sledování dechové frekvence pacienta patří mezi základní sledované parametry v intenzivní péči. Frekvence je registrována při změnách bioimpedance při pohybech hrudníku během ventilace nebo kapnografickým měřením (Ševčík, 2003, s. 19).

b) Pulzní oxymetrie (SpO₂)

Jedná se o neinvazivní a jednoduchou metodu, při které dochází k monitorování saturace arteriální krve kyslíkem a to nejčastěji na špičce prstu nebo ušním lalůčku. Metoda pracuje na principu různého pohlcení červeného světla redukovaným a oxygenovaným hemoglobinem. Fyziologické hodnoty jsou 95 - 98% (Kardiologie pro sestry, 2013).

c) Kapnometrie a kapnografie

Kapnometrie udává hodnoty CO₂ v průběhu dechového cyklu. Kapnografie je grafickým zobrazením křivky CO₂. Množství oxidu uhličitého na konci výdechu (EtCO₂) poskytuje informace o alveolární ventilaci. Fyziologické hodnoty jsou 4,7 - 6,0 kPa. Pro zjištění hodnot kapnografie je nutností zajištění dýchacích cest pacienta ETK či TSK (Kapounová, 2010, s. 35; Adamus, 2012, s. 145).

2. 1. 4 Monitorace intraabdominálního tlaku

Sledování intraabdominálního tlaku (IAP, intraabdominal pressure) stoupá v posledních letech pro svůj úzký vztah k adekvátní perfuzi gastrointestinálního traktu. Měření se provádí přes močový katétr v naplněném močovém měchýři nebo v menším počtu v žaludku přes nazogastrickou sondu. Fyziologické hodnoty jsou do 10 torrů, při hodnotách IAP 15 torrů dochází ke změnám v mikrocirkulaci v oblasti spanchniku a rozvoji abdominálního kompartment syndromu (Adamus, 2012, s. 158).

2. 1. 5 Monitorace tělesné teploty

Neinvazivní monitorace tělesné teploty je sledována digitálními, rtuťovými a tympanálními teploměry. Kožní čidla monitorují teplotu z povrchu těla. Invazivní monitorace tělesné teploty je možná jícnovým čidlem, čidlem z močového měchýře nebo čidly, jenž jsou součástí invazivních katétrů (Kapounová, 2010, s. 39).

Tělesnou teplotu lze monitorovat kontinuálně či intermitentně. V souvislosti se sledováním tělesné teploty je důležitá informace o rozdílu teploty mezi tělesným jádrem a periferií, která se v šoku prohlubuje (Kasal, 2003, s. 137).

2. 2 Technika

2. 2. 1 Monitory

Monitorovací systémy patří mezi základní komponenty přístrojové techniky v intenzivní péči. Monitor je tvořen displejem, moduly, ovládacím panelem a propojovacími kabelem. Nejčastěji sledovanými parametry je EKG, invazivní či neinvazivní tlaky, S_pO_2 , teplota, respirace měřená impedancí a $EtCO_2$. Další specializované funkce umožňují například sledování hemodynamických parametrů, sledování kalorimetrie a EEG. Na obrazovce jsou dle zvoleného schématu zobrazovány křivky a/nebo numerické hodnoty. Jednotlivé patientské bedside monitory lze připojit k centrální stanici. Monitor je standardně napájen ze sítě, při výpadku elektrické energie je zajištěn provoz díky vestavěné baterii. Monitor je vybaven světelným i akustickým alarmem. Alarmové limity lze individuálně nastavit dle potřeby, aktivizovaný zvukový alarm můžeme potlačit či trvale ztišit. Pro validní výsledky monitorování jednotlivých funkcí je nutné postupovat dle doporučení výrobce (GE Medical Systems, 2001).

2. 2. 2 Ventilátory

Ventilátory jsou přístroje, kterými je částečně nebo zcela nahrazen průtok plynů v dýchacích cestách pacienta. Umělé plicní ventilace (UPV) je léčebně využíváno u pacientů, u kterých hrozí nebo u nichž už vznikla závažná porucha ventilace či oxygenace (Dostál, 2005, s. 50). Mezi nejčastější indikace k napojení pacienta na UPV patří ALI, ARDS, chronická obstrukční plicní nemoc, zástava dýchání, šokové a septicke stavy, tachypnoe a hypoxemie. UPV je nefyziologickým zásahem do organismu pacienta a s jejím využitím je spojené velké množství nežádoucích účinků na všechny orgánové systémy a komplikace. (Klimeš, Klimešová, 2011, s. 25).

Ventilátory prošly zvláště v druhé polovině 20. století velkým vývojem. Přístroje jsou podle konstrukčního řešení děleny do čtyř generací. První kategorie zahrnuje ventilátory bez elektronických komponentů s pneumatickým řízením, druhá generace a třetí generace jsou přístroje s elektronickými součástkami. V současnosti poslední kategorie zahrnuje ventilátory řízené mikroprocesory s možností tzv. hybridních ventilačních režimů (Dostál, 2005, s. 47).

Dle způsobu transportu plynu do dýchacích cest pacienta je možné ventilátory rozdělit na tryskovou vysokofrekvenční ventilaci, ventilaci přerušovaným přetlakem a ventilaci pod tlakem. V současné době je nejčastěji v praxi využívána ventilace přerušovaným přetlakem. Při tomto způsobu ventilace přístroj vhání pod určitým tlakem proud plynů do dýchacích cest pacienta a v plicích jsou oproti spontánní ventilaci obrácené tlakové poměry (Adamus, 2012, s. 173). Dalším hlediskem pro rozdělení ventilační techniky je místo využití – transportní ventilátory, ventilátory pro intenzivní péči (novorozenecké, dětské, pro dospělé) a ventilátory UPV v domácích podmínkách (Klimeš, Klimešová, 2011, s. 28).

Zdrojem pro pohon ventilátoru je stlačený plyn či elektrická energie, které přeměňuje zdrojovou energii na transrespirační tlakový gradient. Řídící jednotka ventilátoru koordinuje práci jednotlivých komponentů přístroje. Dalšími součástmi ventilátoru jsou měřiče a snímače průtoků a objemů a bezpečnostní prvky. Uspořádáním hadic a ventilů je utvořen vnitřní a vnější okruh přístroje. Ventilační parametry ovládáme kontrolním panelem, kde je možné zvolit základní parametry dechového cyklu. Základní ventilační režimy lze rozdělit dle míry ventilační podpory (plná, částečná), dle míry synchronizace ventilačního režimu s dechovým úsilím pacienta (synchronní, nesynchronní) a dle způsobu, jakým je řízena inspirační fáze dechového cyklu (objemově a tlakově řízená ventilace). Nedílnou součástí přístroje je i systém akustických a vizuálních alarmů. (Dostál, 2005, s. 108; Klimeš, Klimešová, 2011, s. 30).

2. 2. 3 Infuzní pumpy

Infuzní pumpy jsou přístroje, které se používají k intravenózní aplikaci infuzních roztoků. Infuzní pumpy lze obdobně jako injekční dávkovače uchytit na stojan či lištu, eventuálně propojit do modulového panelu. Jedná se o přístroje s kapkovým senzorem nebo o volumetrické modely. Do přístroje se vkládá infuzní set, který je určen výrobcem. Na ovládacím panelu lze volit specifické funkce a ovládat systém alarmů. Jednotlivé modely se od různých výrobců liší. Výhodou je využívání infuzních pump a injekčních

dávkovačů, od stejného výrobce. Přístroje jsou pak společně propojovány do panelů, a v případě transportu pacienta lze přístroje jednoduše sepnout do jednoho celku. Zabudovaný akumulátor je nezbytnou součástí přístroje (Fresenius Kabi, 2008a).

2. 2. 4 Enterální pumpy

Enterální pumpy jsou používány k aplikaci enterální výživy do gastrointestinálního traktu pacienta. Umožňují rovnoměrné podání přípravku nadefinovanou rychlostí, které je vhodné i pro sondy s velmi malým průměrem. Pumpy jsou programovatelné, s akustickým a vizuálním alarmem. Napájení čerpadla je ze sítě či akumulátoru. Mimo intenzivní péči, především v domácí péči, jsou využívány pro pacienty enterální pumpy malých rozměrů, snadno ovladatelné, přenosné (Zadák, 2008, s. 301).

2. 2. 5 Injekční dávkovače

Injekční dávkovače jsou přístroje, které umožňují intravenózní aplikaci farmak. Jsou to přístroje, které lze používat volně ložené, uchycené na stojanu nebo připojené do modulového systému. Do dávkovače se vkládá kompatibilní injekční stříkačka a peristaltickou pumpou je zajištěn posun. Pumpa se skládá z displeje a ovládacího panelu. Zde je možné zvolit rychlost dávkování farmak, podání bolusu, označení daného léku, apod. Injekční pumpy jsou z hlediska bezpečnosti zajištěny systémem alarmů. Integrovaná baterie umožňuje využití přístroje při transportu pacienta mimo oddělení (Fresenius Kabi, 2008).

2. 2. 6 Eliminační přístroje

K náhradě a podpoře funkce ledvin se používají přístroje pro kontinuální eliminační metody. Oproti intermitentním metodám jsou hemodynamicky šetrnější, nedochází k acidobazickým a iontovým výkyvům, ani k prudkým výkyvům v objemu tekutin. K nejčastějším indikacím napojení pacienta k přístroji pro náhradu renálních funkcí je akutní poškození ledvin, převodnění, sepse, hyperkalemie nereagující na konzervativní léčbu a intoxikace. Přístroje pro kontinuální eliminační techniky pracují na principu hemodialýzy, hemofiltrace a hemodiafiltrace. K připojení k přístroji je nezbytný přístup do centrálního řečiště pacienta a to dvojcestným, či trojcestným katétrem (Kapounová, 2010, s. 305).

Hemodialyzační přístroj je složen ze systému pump pro krev, náhradního roztoku, filtrátu a antikoagulantia. Dalšími komponenty jsou systémy pro bilancování tekutin,

snímače tlaků, detektor vzduchu, detektor pro únik krve do dialyzačního roztoku a ohřivač roztoků. Do přístroje je krev přiváděna od nemocného originálním setem s univerzálním označením (červená – sací linka, modrá – návratová linka, zelená – substituční linka, bílá – dialyzační linka, žlutá – dialyzát a sběrná část). Odchylka od nastavených parametrů terapie je signalizována systémem alarmů. Komplikace vyplývající z použití eliminačních kontinuálních metod je krvácení, iontová a acidobazická dysbalance, změny teploty, sražení krve v systému mimotělního oběhu a komplikace v souvislosti s kanylací centrálního řečiště (Kapounová, 2010, s. 306; Teplan, 2006, s. 401).

2. 2. 7 Defibrilátory, EKG přístroje, Intraaortální balónková kontrapulzace

Ke snímání bioelektrických potenciálů srdečních buněk je využíván elektrokardiograf (EKG). Jedná se o neinvazivní metodu. Pomocí elektrod přiložených na povrch těla je zesílený záznam (elektrokardiogram) převeden v grafické podobě na papír. Zpravidla je EKG registrováno pomocí čtyř končetinových a šesti hrudních elektrod. V grafickém záznamu je běžně znázorněn dvanácti svodový konvenční systém s bipolárními končetinovými svody (I, II a III), unipolárními hrudními svody (V1-V6) a unipolárními končetinovými svody (aVR, aVF a aVL) (Kolář, 2009, s. 25; Sovová, 2006, s. 14).

Defibrilátor je přístroj, který umožňuje vyslat synchronizovaný nebo nesynchronizovaný výboj. Externí výboj probíhá mezi dvěma elektrodami, které jsou v přesně definovaných místech přiloženy na hrudník pacienta, trvá krátkou dobu a má vysoké napětí. V případě interního výboje je tento výboj prováděn speciálními elektrodami, které jsou zavedeny do srdce. Defibrilátor může disponovat vestavěným záznamníkem, pulzním oxymetrem a může umožňovat transkutánní defibrilaci. Defibrilátor je napájen síťově i ze záložní baterie a umožňuje tak okamžité použití (Kolář, 2009, s. 129; Sovová, 2006, s. 69).

Intraaortální balónková kontrapulzace (IABP) poskytuje pacientům především v kardiogenním šoku mechanickou podporu oběhu. Přístrojem pro IABP je přes speciální katétr zavedený přes femorální arterii do descendentní části aorty naplňován balonek v distální části katetru. Plnění a vyprazdňování balonku je synchronní se srdečním cyklem. K plnění balonku dochází v diastole, čímž se zvyšuje diastolický tlak a průtok krve koronárním řečištěm a mozkiem, v systole při vyprázdnění snižuje afterload (Kolář, 2009, s. 299).

2. 2. 8 Extrakorporální membránová oxygenace

Extrakorporální membránová oxygenace (ECMO) umožňuje pacientům v těžkém respiračním či kardiálním selhání dočasné nahrazení činnosti srdce a plic. K přístroji pro ECMO je pacient připojen po kanylaci centrálního venózního či arteriálního řečiště. V průběhu napojení na ECMO je nezbytné zajištění antikoagulační terapií. Některé ECMO systémy umožňují i transport pacienta. Tým, který pečuje o pacienta napojeného na ECMO, je multidisciplinární (Klimešová, Klimeš, 2011, s. 39).

2. 2. 9 Ostatní technické vybavení v intenzivní péči

POCT (point-of-care-testing) jsou analyzátory, které zajišťují rychlé zjištění klíčových biochemických laboratorních výsledků v bezprostřední blízkosti pacienta přímo na oddělení. POCT přístroje souvisí s rozvojem techniky a její minimalizací. Pro pacienty a ošetřující personál přináší zrychlení diagnostiky, snížení administrativní a časové zátěže při transportu a zpracování vzorků. Požadavkem na využití POCT analyzátorů v intenzivní péči je jednoduchá obsluha přístroje, analýza neupravených vzorků krve a moči, výsledky srovnatelné s laboratorními, práce s čárkovým kódem a sada biochemických vyšetření vhodných pro daný typ oddělení. Přístroje bývají propojeny s nemocničním informačním systémem a s centrální laboratorní databází. Analyzátory jsou v pravidelných intervalech sledovány biomedicínskými technikami. Oproti vyšetření materiálu v centrální laboratoři je POCT vyšetření finančně nákladnější. V prostředí intenzivní péče se mezi nejčastěji využívaná vyšetření řadí vyšetření acidobazické rovnováhy, iontů, glykémie, urey, kreatininu, laktátu, CRP, myoglobinu, troponinu T a I. POCT analyzátory nalézají své uplatnění nejen v intenzivní medicíně, ale i v domácí intenzivní péči, ve vojenských misích, přednemocniční urgentní péči, na odděleních urgentního příjmu, operačních sálech, apod. (Kazda, 2012, s. 315).

Glukometry jsou řazeny mezi tzv. POCT analyzátory a pro rychlou orientaci o hodnotách glykémie mají nezastupitelné místo. Z nadnárodních doporučení vyplývá, že je pro využití u kriticky nemocných potřeba využívat takové přístroje, u kterých je míra maximální chyby $\pm 15\%$. Pro kriticky nemocné je v současné době využíván koncept tzv. těsné kontroly glykémie v rozmezí (5 - 8,3 mmol/l) s minimálními výkyvy a častějšími kontrolami glykémie (Fridecký, 2011, s. 581; Novák, 2006, s. 85).

Elektrická odsávačka je přístroj, který umožňuje odsávání sekretu do sběrné nádoby a to nejčastěji do jednorázových vaků. Přístroj je složen z elektrické části, sacího okruhu

a různých modifikací příslušenství, které souvisí s typem přístroje a jeho využitím (Cheirón, 2004).

Přístroje pro ohřev intravenózně podávaných roztoků jsou systémy umožňující před podáním pacientovi ohřev roztoků jako prevenci hypotermie. Jednotlivé typy se liší dle provedení a výrobce (Enginivity, 2009). Ohřívací systémy s využitím teplého vzduchu slouží rovněž jako prevence nebo se využívají k léčbě hypotermie. Pacient je v tomto případě přikryt příkrývkou, ve které proudí vzduch dle zvolené teploty (Tyco Healthcare Group LP, 2003).

Základními požadavky na lůžka pro intenzivní péči je polohovatelnost jednotlivých částí ložné plochy, naklápění lůžka do Trendelenburgovy a obrácené Trendelenburgovy polohy, nastavení výšky, vybavení kolečky a pákou pro okamžité sklopení zádového dílu pro případ KPCR. Jednotlivé modely lůžek se pak liší v možnostech příslušenství, jako je například různé dělení postranic, integrovaný váhový systém, typem ovládacích prvků, osvětlením, systémem držáků a stojanů, možností prodloužení lůžka, apod. (Linet, 2013).

2. 3 Budoucnost technického zázemí v intenzivní péči

Bouřlivý rozmach zdravotnické techniky v letech minulých je očekáván i v blízké budoucnosti. Sofistikované diagnostické metody (PET/CT, MR) bude možné využívat u lůžka kriticky nemocných. Vývoj je očekáván v oblasti robotizace a umělé inteligence u přístrojové techniky. Umělá inteligence je již v současnosti využívána například u ventilátorů, automatizovaných externích defibrilátorů a u implantovaných defibrilátorů. Jsou očekávány přístroje, které budou vyhodnocovat alarmy umělou inteligencí. Přístroje budou využívány více i pro domácí intenzivní péči (Drábková, 2010b, s. 333 - 369).

Bude vzrůstat využití POCT v urgentní a intenzivní medicíně. Přístroje budou sofistikovanější, miniaturnější a propojené do nemocničního a laboratorního systému (Kazda, 2012, s. 319).

V budoucnosti bude více využíváno supermoderních neinvazivních monitorovacích technik pro základní životní funkce. Příkladem může být speciální textilie ve formě trička, která obsahuje vetkané snímače. Ty pak monitorují například EKG křivku, spánkovou apnoe či hloubku spánku a analgesie. Tato speciální technologie může zvýšit komfort monitorace intermediárních nemocných (Drábková, 2010a, s. 40).

3 PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ V INTENZIVNÍ PÉČI

3.1 Týmové ošetřovatelství

Charakteristickým znakem práce ve zdravotnictví je týmová spolupráce. Je nemožné, aby efektivní péči o zdraví lidí vykonával jeden člověk, proto je bezpodmínečně nutná kooperace jak na úrovni jednotlivých profesí tak i stupňů vzdělání. Práci v prostředí intenzivní péče si tedy nelze představit bez spolupráce jednotlivých zainteresovaných členů (Plevová, 2012, s. 81).

U práce týmové lze vysledovat typické znaky, kterými se odlišuje od práce ve skupině. Pro skupinu je charakteristický počet dvou a více lidí, kteří jsou na sobě závislí a pracují na společném cíli (Plevová, 2012, s. 81). Atributy týmové práce jsou vzájemná závislost při kooperaci na společném cíli, důvěra, intenzivní vztahy a soudržnost mezi jednotlivci. Mezi pracovníky lze popsat týmového ducha, společně přijatá pravidla pro práci a oproti pracovní skupině i pravomoce. Ty umožňují stanovení určitých pravidel práce, její dělbu a organizaci (Urban, 2013, s. 166). Dalším typickým znakem je intenzivní komunikace, která je jádrem každé týmové práce. Je nezbytné, aby zaměstnanci měli dostatek informací, které jsou aktuální, pravdivé a předané vhodnou formou. Základním pravidlem je ochota a umění komunikovat, umění naslouchat a zpětné ověřování předaných informací. Tak jako v jiných oborech lze vysledovat komunikační chyby i při práci v ošetřovatelském týmu. Jsou nejčastějšími příčinami konfliktů a nedorozumění (Venglářová, 2011, s. 86). Při poskytování ošetřovatelské praxe je týmová práce důležitá, ale přináší s sebou i mnohá úskalí, a to především pro jednotlivce. Ten je mnohdy nucen provádět práci navíc a své potřeby a zájmy podřítit týmu. Práce v týmu může být stresující, mohou vznikat konflikty, apod. (Balková, 2014).

Elementární schopností pro týmovou práci je umění pracovat s ostatními lidmi a kooperovat s nimi. Pro týmovou spolupráci jsou důležité podle Armstronga tzv. měkké schopnosti. Pro efektivní pracovní výkon je jejich přítomnost u členů týmu důležitá. Jedná se o orientaci na zákazníka, schopnost efektivní komunikace, umění argumentace, schopnost empatie a interpersonální porozumění. Klíčovou schopností pro týmového pracovníka je rovněž schopnost snáze se přizpůsobovat změně a ztotožnit se s myšlenkami organizace (Armstrong, 2009, s. 240).

Práci v týmu si většinou vybírají lidé s extrovertním typem osobnosti, zatímco samostatnou práci upřednostňují spíše introverti. Pro extroverty je důležitý sociální kontakt s ostatními lidmi, práce ve větší skupině lidí, společné řešení problémů, prožívání emocí.

V prostředí intenzivní péče můžeme tuto charakteristiku doplnit také o nezbytné technické dovednosti (Venglářová, 2011, s. 84).

Pro manažera v ošetrovatelské praxi je důležité rozvíjet potenciál individuálních schopností a dovedností svých podřízených, protože každý člověk má své místo v týmu, svoji roli. Týmová role vypovídá o tom, jak se pracovník chová při týmové práci. Je odrazem jeho osobnosti a životních zkušeností. Pro lepší pochopení vlastní role v kolektivu lze využít Belbinův sebesuzovací dotazník. Hlavní role, které britský teoretik managementu M. Belbin popisuje, je role formovače, koordinátora, inovátora, dotahovače a realizátora (Venglářová, 2011, s. 84).

Pro další rozvoj a efektivní kooperaci je přínosná soustavná práce s týmem, tzv. teambuilding. Primárně se jedná o cílenou práci s týmem, která má za cíl rozvoj spolupráce jednotlivých členů týmu, poznání sebe sama i druhých v náročných situacích. Tréninkem lze vylepšit týmovou komunikaci a schopnost zvládat konfliktní situace. Sekundárně můžeme o budování týmového ducha hovořit i v souvislosti s jakoukoliv aktivitou, při které se tým setkává mimo pracoviště. Jde například o vánoční besídky, víkendové pobyty, narozeninové oslavy, a podobně (Plevová, 2012, s. 87).

Další možností podpory týmového ošetrovatelství je využití supervize. Jedná se o nastavení zrcadla pro jednotlivé zaměstnance nebo skupiny zaměstnanců prostřednictvím supervizora. Díky jeho vedení lze reflektovat vlastní práci. Zaměstnancům pomáhá při hledání nových pohledů na problémy např. v komunikaci a sekundárně přináší benefit pro pacienty. Ve zdravotnictví supervize v současnosti své pevně zakotvené místo zatím nenalezla, oproti práci v sociální oblasti, kde je práce externího odborníka se zaměstnanci daná zákonem (Venglářová, 2011, s. 153).

3.2 Role všeobecné sestry

Profese všeobecné sestry je společensky vysoce hodnocena a dlouhodobě se jedná o prestižní povolání. V roce 2013 byla profese všeobecné sestry na třetím místě v pořadí, vyšší místa zaujali pouze lékaři a vědci (Socio press, 2013).

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče klade v současné době vysoké požadavky zabírající značnou šíři poznatků a vědomostí. Práce všeobecné sestry prošla v posledních letech velkými změnami. Z těchto změn přirozeně vyplývají změny v nároku na vzdělávání a následně i změny v rolích všeobecných sester. Ty jsou ovlivněny společenskými změnami, celkovým zdravotním stavem obyvatelstva, systémem poskytované zdravotnické péče a novými poznatky. Nyní vykonává všeobecná sestra nejčastěji roli poskytovatelky

ošetřovatelské péče, roli manažerky, výzkumnice, advokátky, edukátorky a mentorky. V roli edukátorky a mentorky předává nové vědomosti a formuje nejen studenty klinické praxe, ale i nově nastupující všeobecné sestry v adaptačním procesu (Farkašová, 2009, s. 208).

Práce všeobecné sestry se řadí k tzv. pomáhajícím profesím, mezi které dále patří profese hasičů, učitelů, policistů a sociálních pracovníků. Pro pomáhající profese je nutným předpokladem získání vzdělání dle příslušné normy. V praxi jde o navázání vztahu ke klientovi, umění efektivní komunikace s důrazem na neverbální komunikaci. Charakteristickým znakem pracovníků v pomáhajících profesích je empatie – schopnost vcítit se do prožívání druhého člověka, do jeho trápení a radostí. Z pomáhajících profesí lze dále vyčlenit zdravotní a sociální pracovníky, o kterých můžeme hovořit jako o pečujících povoláních. Zde profesionál proniká do lidského soukromí. A to jak skrze vztahy, tak do lidského těla. Specifické pro tuto oblast je to, že pečující prostupuje cizím soukromím, ale aniž by to své odkrýval (Ivanová, 2006, s. 174).

3.2.1 Profesionální vzdělávání všeobecných sester v intenzivní péči

V současné době je kvalifikačního vzdělávání všeobecných sester v souladu s nadnárodními požadavky dosahováno na vyšších zdravotnických školách a vysokých školách. Celoživotním vzděláváním si lze vzdělání rozšířit a prohloubit v navazujícím magisterském studiu či dalších formách vyššího akademického vzdělání. Další možností je specializační vzdělávání, které je všeobecným sestrám k dispozici pro různé klinické obory v akreditovaných studijních programech (Pochylá, 2005, s. 9).

Ošetřovatelskou péčí, která je poskytována ve zdravotnických zařízeních v České republice, je nutné vykonávat v souladu s platnou legislativou. Podmínky k získání způsobilosti k poskytování výkonu nelékařských zdravotnických povolání je zakotvena v zákoně č. 96/2004 a činnosti jsou vymezeny vyhláškou MZČR 55/2011. V § 4 jsou stanoveny činnosti všeobecných sester, které lze vykonávat bez odborného dohledu a indikace, pod dohledem všeobecné sestry se specializací a pod odborným dohledem lékaře. Po absolvování specializačního vzdělání v oboru intenzivní péče se spektrum výkonů pro všeobecnou sestru rozšiřuje o výkony, které souvisí s péčí o pacienty, u kterých dochází nebo hrozí selhání základních životních funkcí. Práce v prostředí intenzivní péče je specifická zejména prací se speciální přístrojovou technikou, monitorací základních životních funkcí a péčí o pacienty se zajištěnými dýchacími cestami. Sestra specialista je také například oprávněna zahájit kardiopulmonální resuscitaci s využitím

defibrilátoru. Tyto výkony je kompetentní vykonávat u dětí starších deseti let. Pro práci všeobecné sestry v intenzivní péči u dětských pacientů je potřeba specializačního vzdělání pro příslušný obor, například dětská sestra pro intenzivní péči nebo pro neonatologii (Česká republika, 2004; MZČR 2011).

4 VÝBĚR A PŘIJÍMÁNÍ NOVÝCH PRACOVNÍKŮ

Pro manažera první linie (staniční sestru) v intenzivní péči je výběr nových zaměstnanců jedním z nejdůležitějších úkolů. Nevhodně přijaté všeobecné sestry totiž mohou do budoucna způsobit nemalé problémy celému zdravotnickému týmu. Proto je vhodné ponechat přímému nadřízenému nového zaměstnance (staniční sestře), ve výběru určitou autonomii (Hekelová, 2012, s. 87).

Pro výběr nejvhodnějšího kandidáta na volné pracovní místo má vedoucí pracovník celou řadu možných nástrojů. Analýza profesního životopisu, přijímací pohovor a ověření referencí je používáno nejčastěji (Urban, 2013, s. 24).

Další možnosti nabízí hodnocení kandidátů dle úspěšnosti ve vědomostních a psychologických testech. Assessment centra využívají možnosti poznat uchazeče v modelové situaci a jsou cíleny na způsobilost pro týmovou spolupráci a na odhalení osobních předpokladů pro pracovní místo. Pro uchazeče na vedoucí pozice jsou nezřídka zadávány písemné úkoly, které mají vztah např. ke změnám pro pracoviště, strategické řízení firmy, či směřování firmy pro příští období (Koubek, 2010, s. 179).

Rozhovor je nejvyužívanější formou a dle názorů odborníků má i vysokou vypovídající hodnotu. Účelem je hlubší poznání uchazeče a odhad jeho osobnosti. Kandidát na volné pracovní místo pak získává konkrétní představu o pracovním místě. Přijímací rozhovor může mít různé formy. Dle počtu účastníků a dle obsahu (Urban, 2013, s. 24). Při přijímacím rozhovoru může erudovaný vedoucí, který je veden svou intuicí a empatií, vytipovat uchazeče, který je vhodný pro týmovou práci v prostředí intenzivní medicíny, avšak mnohdy je jedinečnost člověka odkryta až v průběhu zkušební období (Hekelová, 2012, s. 88).

Nové pracovníky lze získat z vnějších a z vnitřních zdrojů. Pracovníci z vnějších zdrojů mohou do organizace přinést nové pohledy a zkušenosti, ale jejich zaškolení a vrůstání do organizace trvá déle. Vnitřní zdroje poskytují uchazeče, kteří jsou orientováni v organizaci a rychleji se adaptují. Nevýhodou je zamezení přístupu inovativních myšlenek a možné negativní dopady na mezilidské vztahy (Koubek, 2010, s. 130).

Pro výběr nových pracovníků je nezbytná charakteristika pracovního místa. Tím jsou jasně vymezeny požadavky na nového pracovníka a je zajištěno posuzování potenciálních zaměstnanců dle správných kritérií (Urban, 2013, s. 19). Pro výběr nového zaměstnance je důležité dosažené vzdělání a kvalifikace, pracovní zkušenosti, schopnosti a dovednosti, osobnostní charakteristika uchazeče. Požadovaná kritéria lze dále rozdělit

na nezbytná, žádoucí, vítané a okrajová. Nezbytné požadavky jsou nutné, nelze z nich slevit. Pro práci všeobecné sestry tímto požadavkem můžeme označit způsobilost k vykonávání profese – vzdělání, trestní bezúhonnost, registrace v oboru. Žádoucí požadavky jsou u uchazeče o pracovní místo vhodné, ale nejsou bezvýhradně nutné a je možné je v budoucnu novému zaměstnanci doplnit vzděláním, výcvikem, apod. U všeobecné sestry ucházející se o volné místo v prostředí intenzivní medicíny může být tímto požadavkem specializace v oboru. Vítané požadavky zvyšují hodnotu zaměstnance v organizaci a okrajové požadavky je možné zaručit jiným způsobem (Koubek, 2010, s. 134).

4.1 Adaptační proces

Adaptačním procesem je v oblasti personalistiky označováno období, kdy se nově nastupující zaměstnanec vyrovnává s novým pracovním prostředím. Cílem tohoto procesu je rychlejší začlenění do pracovního týmu. Zaměstnanci mimo jiné usnadňuje orientaci v novém pracovním prostředí, pomáhá k pochopení firemní kultury a poznání vnitřních předpisů. Efektivním adaptačním procesem je rychleji využít zaměstnancův potenciál v podobě jeho schopností, dovedností a znalostí (Průcha, 2014, s. 18).

Předchůdcem adaptačního procesu pro nelékařská zdravotnická povolání, tehdy střední zdravotnické pracovníky, byla tzv. nástupní praxe. Ta byla od roku 1966 vymezena legislativním předpisem a metodickým pokynem ministerstva zdravotnictví byly stanoveny podrobnosti. V roce 2004 zákon o nelékařských zdravotnických povoláních pojem nástupní praxe nepřejal. Od roku 2009 je adaptační proces vymezen v metodickém pokynu ministerstva zdravotnictví (Brůha, 2011, s. 125).

Metodický pokyn ministerstva zdravotnictví k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky je v současné době doporučením pro všechna zdravotnická zařízení v České republice. Zdravotnická zařízení si na jeho podkladě vypracovávají vlastní směrnice a dokumentaci. Adaptační proces se týká nově nastupujících nelékařských zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti, nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří přerušili výkon povolání po dobu delší jak dva roky, a nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří přecházejí na jiné pracoviště.

Vedoucí pracovník daného úseku určuje školícího pracovníka, sestavuje plán adaptačního procesu, se kterým je nový zaměstnanec seznámen. Délka adaptačního procesu pro absolventy je obvykle 3 - 12 měsíců, délka po přerušení výkonu povolání

zpravidla 2 - 6 měsíců. Délka adaptačního procesu může být upravena vzhledem k individuálním schopnostem konkrétního zaměstnance a dle náročnosti oboru.

V průběhu adaptačního procesu je zaměstnanec hodnocen vedoucím a školicím pracovníkem. Vývoj je zaznamenáván do dokumentace minimálně jedenkrát měsíčně. Adaptační proces se zpravidla ukončuje závěrečným pohovorem, některá pracoviště upřednostňují obhajobu zadané písemné práce. O ukončeném adaptačním procesu se provádí zápis do dokumentace a zaměstnanci je vypracována nová pracovní náplň (MZČR, 2013).

4.1.1 Zaškolení a rozvoj

Pro nového pracovníka, který má co nejdříve vykonávat svoji práci na plný výkon, je důležité jeho uvedení a seznámení se s organizací a následný průběh adaptačního procesu. Pro efektivní zapracování a zapojení se do práce v organizaci je důležitý dostatek informací, a to z mnoha oblastí (Plevová, 2012, s. 208). Adaptace pracovníka probíhá jak formálně, tak neformálně. V případě formální linie jde o cílené řízení a předávání informací personálním útvarům a přímým nadřízeným pracovníkem. Neformální formu poskytují spolupracovníci díky vzájemné sociální interakci. Pro nového zaměstnance je mnohdy tato spontánní podoba přínosnější (Koubek, 2010, s. 192).

Začlenění pracovníka má tři fáze – základní, obecnou a odbornou. První fáze adaptace trvá první 1 - 2 dny a týká se celoorganizační orientace. Poskytuje informace společné pro všechny pracovníky v organizaci. Po nezbytné administrativní agendě s personálním oddělením se novému zaměstnanci dostává prvních informací právě od personalisty. Tyto informace se týkají jeho práv a povinností, které vyplývají z jeho pracovní pozice. V ideálním případě je nový zaměstnanec formálně uveden na pracoviště personalistou a je představen spolupracovníkům. A to i v případě, že se jedná o přestup na jiné pracoviště v rámci organizace. Pro první okamžiky v novém prostředí je přínosem, pokud přímý nadřízený novému zaměstnanci vyjádří důvěru a povzbuzení. První informace na oddělení se týkají bezpečnosti práce, vnitřních předpisů, hygienických norem. Pro první dny v novém prostředí je přínosné předávat potřebné informace nejen ústně, ale mít je pro nového zaměstnance k dispozici i v písemné podobě. Jedná se o tzv. orientační balíčky, které jsou využívány spíše v zahraničí. V tomto případě má nový zaměstnanec možnost prostudování informačních a podpůrných materiálů i mimo pracovní dobu nebo v okamžiku, kdy si potřebuje nové informace znovu ověřit. V České

republice jsou např. u větších firem realizovány pro nově nastupující zaměstnance vstupní semináře, které zahrnují informace z více oblastí (Koubek, 2010, s. 191).

Druhým obdobím adaptačního procesu je osvojování si všeobecných výkonů, postupů a informací. Toto období trvá až šest týdnů. V prostředí intenzivní péče se jedná o specifické postupy a výkony, které jsou prováděny u kriticky nemocných (Plevová, 2012, s. 208).

V průběhu poslední fáze adaptačního procesu si nový zaměstnanec postupně upevňuje získané postupy a dochází k „vrůstání“ do sociálního prostředí pracoviště - oddělení (Plevová, 2012, s. 208).

4.2 Mentor

Pro všeobecnou sestru, která vede odbornou praxi studentů a poskytuje individuální vedení pracovníkům v adaptačním procesu, se v současné době používá označení mentor. Lze se setkat i s termínem školitel, průvodce odbornou prací a instruktor. Označení mentor je ve shodě s evropskou strategií (Archalousová, 2010, s. 23). Je jím nazýván zaměstnanec, který má oprávnění k mentorské činnosti dle platné legislativy (zákon č. 96/2004 a zákon č. 105/2011 Sb) a má oprávnění k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, eventuelně specializační vzdělání pro daný obor (Plevová, 2012, s. 208).

Úkolem mentora je poskytování praktických rad a odborného vedení. Mentor předává pracovníkovi v adaptačním procesu informace o tom, kde a jak získat znalosti a dovednosti potřebné pro práci na daném pracovišti, a doporučuje odbornou literaturu. Elementární úlohou mentora je i systematická podpora a motivování (Průcha, 2014, s. 181). Úkolem je během adaptačního procesu průběžně prověřovat dovednosti a znalosti svého chráněnce a závěry předávat přímému nadřízenému. Mentor také zaznamenává průběžné plnění adaptačního plánu s příslušným datem a vše stvrzuje svým podpisem (Lyčková, Vágnerová, 2011, s. 8).

Pro nemocniční prostředí je typickým znakem snaha o to, aby mentor měl totožné služby se svým svěřencem. V prostředí intenzivní péče se pak po delší období jedná i o navýšení počtu sester v jedné směně o zapracovávajícího se zaměstnance (Lyčková, Vágnerová, 2011, s. 8).

4.2.1 Odborná příprava mentora

Odbornou způsobilost k mentorství v ošetrovatelství lze v současné době získat absolvováním navazujícího magisterského studia ošetrovatelství nebo po splnění podmínek

vzdělávacího certifikovaného kurzu „Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence“. Absolventi mají kompetence pro vedení klinické praxe studentů ošetrovatelství, porodní asistence a frekventantů specializačního studia. Rovněž je absolvent způsobilý pro erudované vedení pracovníků v adaptačním procesu. Podmínkou pro zařazení do certifikovaného kurzu je minimální dvouletý výkon profese všeobecné sestry nebo porodní asistentky na celý úvazek, výkon povolání bez odborného dohledu a odborná způsobilost k výkonu povolání. K vedení praktické výuky pro specializační vzdělávání je potřeba specializace v příslušném oboru (MZČR, 2014).

Vzdělávací program je členěn do teoretické a praktické výuky. V teoretické části vzdělávacího programu absolvují účastníci výuku, která je cíleně zaměřena na pedagogické, didaktické a psychologické poznatky. Zařazeny jsou rovněž kapitoly z andragogiky s důrazem na didaktické odlišnosti pro obor ošetrovatelství a odbornou praxi. Praktická část je koncipována ve formě náslechnů, samostatně vedené praktické výuce pod dohledem supervizora a následná sebereflexe (MZČR, 2014).

4.2.2 Osobnost mentora

Mentor získává studiem odbornou způsobilost k vedení studentů. Neméně důležité pro efektivní naplňování cílů v práci mentora jsou i jeho osobnostní vlastnosti. Pro studenta bude přínosem mentor, který je tolerantní, důsledný a trpělivý. Pro předávání odborných zkušeností a dovedností je vhodné, aby se jednalo o osobu, která má prosociální vlastnosti jako je umění efektivní komunikace a kladný vztah k lidem. Mentor je člověk, který by měl být vzorem pro studenty. Mělo by se tedy jednat i o člověka morálně a sociálně zralého, s usazeným hodnotovým systémem. Základním předpokladem pro úspěšný výkon tohoto poslání je teoretická základna vědomostí (Juřeníková, 2010, s. 69).

K efektivní práci mentora patří i schopnost sebereflexe. Jedná se o posouzení sebe sama vzhledem ke svému výkonu, o nastavení zrcadla pro své učitelské jednání, chování a úspěšnost. Cílem je posouzení sebe sama a následná vůle ke změně. Je rovněž nutná dobře zvolená strategie pro další období. Sebereflexe je nezbytnou součástí práce mentora a jeho dalšího profesního růstu (Podlahová, 2012, s. 143). Samoposouzení své činnosti nemusí být pro mentora příjemným poznáním a je potřeba upřímnosti k sobě samému. Umění sebereflexe je známkou osobnostní zralosti a vede mentora ke zlepšení své práce. Mentorovi sebereflexe dává informace o sobě samém, poskytuje zpětnou vazbu ve vztahu ke studentovi, přináší uspokojení z dobře vykonané práce a v rámci prevence mentorovi pomáhá nalézat řešení do budoucna (Juřeníková, 2010, s. 69).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Vývoj zdravotnické techniky zaznamenává v posledních letech bouřlivý rozmach a právě velké množství přístrojů je charakteristické pro léčbu kriticky nemocných. Domníváme se, že osvojení si znalostí a dovedností je při práci s rozmanitými přístroji pro všeobecné sestry v adaptačním procesu velmi náročnou úlohou.

V období adaptace je pro rychlejší a efektivnější zapracování nově nastupujících všeobecných sester důležitá spolupráce s mentorem. Domníváme se, že mentoři pracující v prostředí intenzivní péče nevyužívají v plné míře všechny možnosti, které lze v tomto případě použít.

6 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

1. Zmapovat přístrojovou techniku na ARO oddělení FN Plzeň Bory a M – JIP FN Plzeň Lochotín, kterou vnímají všeobecné sestry v adaptačním procesu jako obtížnou.
2. Popsat situace, které vnímají všeobecné sestry v adaptačním procesu v souvislosti s přístrojovou technikou jako obtížné.
3. Zjistit, jaký význam má mentor pro všeobecné sestry v prostředí intenzivní péče v adaptačním procesu.
4. Navrhnout opatření pro zlepšení kvality adaptačního procesu všeobecných sester v oblasti přístrojového vybavení na oddělení M – JIP FN Plzeň.
5. Zmapovat typologii osobnosti všeobecných sester v prostředí intenzivní péče ve FN Plzeň. Zaměstnancům, kteří projeví zájem, výsledky zpětně nabídnout.

7 METODIKA

V praktické části této diplomové práce byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření.

7.1 Kvalitativní výzkumné šetření

Výzkumné šetření je orientováno na nově nastupující všeobecné sestry do prostředí intenzivní péče. Vzhledem k tomu, že cílem bylo zmapovat obtížně zvládnutelnou přístrojovou techniku a s tím související význam mentora pro všeobecnou sestru během adaptačního procesu, bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Jedná se o nematematický postup zaměřený na život lidí, který zkoumá jejich prožívání, odhaluje závislosti a spojitosti. Tato metoda je charakteristická holistickým pohledem na člověka s důrazem na jeho jedinečnost a individualitu v prožívání a chování (Kutnohorská, 2009, s. 22).

Pro sběr dat od respondentů byla zvolena technika individuálního rozhovoru. Jednalo se o strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Ty byly rozčleněny do několika okruhů, které se vztahují k výzkumným otázkám (viz příloha č. 2).

Se záměrem výzkumného šetření byly seznámeny staniční a vrchní sestry příslušných oddělení a klinik a po té byl získán souhlas manažerky pro vzdělávání a výuku ve FN Plzeň.

7.2 Dotazník MBTI®

Pro určení typologie všeobecných sester, které pracují v prostředí intenzivní péče, byl využit standardizovaný dotazník MBTI®. Cílem bylo nalézt shodné prvky osobnosti, které lze vysledovat u sester pracujících v intenzivní péči. Druhým cílem bylo respondentům, které o své výsledky projeví zájem, výsledky zpětně nabídnout.

Tento komplexní sebeposuzovací test byl vybrán pro svoji velkou rozlišovací schopnost, člení totiž osobnostní typy do šestnácti základních typů. Každý z 16 typů je označen čtyřmi písmeny (v angličtině) dle převažující preference (příloha č. 4).

- Kam lidé zaměřují svou pozornost a odkud čerpají energii., k extroverzi (**E**) - zaměřuje se na okolí, a introverzi **I**, která se zaměřuje se do vlastní osobnosti.
- Podle způsobu, jakým lidé získávají informace. Intuicí **N** (iNtuition) - využívá intuice k uchopení světa, vnímáním **S** (sensing) - uchopení světa pomocí smyslů.

- Podle způsobu, jakým se lidé rozhodují - myšlením **T** (thinking) – s využitím logiky a racionality, cítěním **F** (feeling) – užitím emocí, vcítění.
- Jak se lidé přizpůsobují okolnímu světu a jakým způsobem si organizují život. Flexibilní typ **P** (perceiving) - opírající se o vnímání reality, strukturovaný **J** (judging) - opírá se o úsudek.

Test vychází z díla švýcarského psychologa Carla Gustava Junga, autorkami jsou Katharine Cook Briggs a její dcera Isabel Briggs Meyers. Typologie MBTI[®] je využívána v personalistice, například při přijímání nových zaměstnanců, v manažerském vedení, v koučování a pro osobní rozvoj lidí (Čakrt, 2009; Koubek, 2013, s. 37).

8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Je práce s přístroji pro všeobecnou sestru v intenzivní péči v období adaptačního procesu obtížná?
2. Jaký význam má pro nově nastupující všeobecnou sestru v intenzivní péči přítomnost mentora?
3. Mají všeobecné sestry v adaptačním procesu v prostředí intenzivní péče dostatek výukových materiálů?
4. Je pro všeobecné sestry s praxí v oboru adaptační proces snazší?
5. Liší se subjektivní prožívání adaptačního procesu všeobecných sester v intenzivní péči?
6. Převládá určitý typ osobnosti dle MBTI[®] u všeobecných sester, které pracují v prostředí intenzivní péče?

9 VZOREK RESPONDENTŮ

9.1 Charakteristika souboru pro kvalitativní výzkumné šetření

Výběr respondentů pro kvalitativní část výzkumného šetření byl cílený, zaměřený na všeobecné sestry pracující v prostředí intenzivní péče ve Fakultní nemocnici Plzeň. Vzhledem k charakteristice zkoumané oblasti byly osloveny všeobecné sestry pracující na oddělení ARO Bory a oddělení Metabolické jednotky intenzivní péče. Jedná se o oddělení, kde je poskytován nejvyšší stupeň intenzivní péče. Ve spolupráci se staničními sestrami výše uvedených oddělení byly vytipovány všeobecné sestry, které pracovaly na oddělení méně jak dva roky. Cílem bylo najít takové respondentky, které budou ochotné účastnit se anonymního rozhovoru. Z vytipovaných všeobecných sester bylo do výzkumného šetření zařazeno osm sester. Na základě pilotního rozhovoru s první respondentkou byly dvě otázky upraveny.

Vytipované všeobecné sestry byly nejprve telefonicky nebo osobně osloveny. Pro dosažení vyšší výpovědní hodnoty byly předběžně seznámeny s hlavními body rozhovoru. Rozhovory byly vedeny na neutrálním místě bez přítomnosti cizích osob. V úvodu rozhovoru byly respondentky seznámeny s tím, jakým způsobem bude výzkumné šetření realizováno, opakovaně byl zdůrazněn fakt, že získaná data, jakož i identita respondentů budou použity anonymně a pouze v rámci zpracování praktické části této diplomové práce. K záznamu rozhovorů byl využit diktafon a získaná data byla následně přepsána do textové podoby. Zde byl doslovně zachován obsah, avšak nesouvisející části (informace nesouvisející s předmětem výzkumného šetření, zabíhavé myšlení, dlouhé popisy situací) byly vynechány. Respondentky s rozhovorem souhlasily.

9.2 Dotazník MBTI®

Výzkumný soubor respondentů pro dotazník MBTI tvořily všeobecné sestry, které pracují ve FN Plzeň na odděleních ARO a JIP (seznam jednotlivých oddělení viz příloha č. 3). Výzkumnému šetření předcházelo udělení písemného souhlasu manažerky pro vzdělávání a výuku výše uvedené nemocnice. Distribuce dotazníků MBTI® proběhla v součinnosti s vedením jednotlivých klinik a oddělení FN Plzeň (vrchní a staniční sestry).

Účast všeobecných sester v dotazníkovém šetření byla dobrovolná a anonymní. Šetření proběhlo v období leden – únor 2015.

10 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

10.1 Kvalitativní výzkumné šetření

Záznam rozhovorů se všeobecnými sestrami byl nahráván na diktafon a následně přepsán do textové podoby. V této kapitole jsou sumarizována stěžejní data. Celé znění rozhovorů je v příloze (příloha č. 3 - 10). Pro větší přehlednost jsou odpovědi u vybraných otázek uspořádány do schémat.

1. Popište nejčastější přístrojovou techniku na vašem oddělení.

Respondentky jako nejčastěji používané přístroje udávají: monitory vitálních funkcí, injekční dávkovače, enterální a infuzní pumpy, ventilátory, CVVHD, krevní analyzátor, přístroje pro měření invazivní hemodynamiky, odsávací přístroj, defibrilátor, přístroje pro ohřev, kalorimetr, EKG, EEG, ECMO.

2. Obsluha kterých přístrojů, pro vás byla nejnáročnější?

Schéma č. 1 obsahuje seznam přístrojů, které jednotlivé respondentky uvádějí jako obtížné. Ve výčtu se nejčastěji objevuje kontinuální dialýza, krevní analyzátor, EEG a přístroj na měření hemodynamických parametrů.

Schéma č. 1 Nejnáročnější přístrojová technika

R 1	•kontinuální dialýza
R 2	•kontinuální dialýza •EEG
R 3	•dialýzy, defibrilátor, kalorimetrie, EEG •náročné přístroje používané méně často
R 4	•kontinuální dialýza •zpočátku náročná obsluha všech přístrojů
R 5	•kontinuální dialýza, krevní analyzátor •respekt k možným komplikacím při CVVHD a ceně setů
R 6	•kontinuální dialýza •EEG
R 7	•kontinuální dialýza
R 8	•Vigileo

3. Jaké podpůrné (výukové) materiály jste měla k dispozici?

Schéma č. 2 sumarizuje podpůrné materiály, které měly respondenty v souvislosti s přístrojovou technikou k dispozici. Mimo tištěných a interně vytvořených materiálů respondenty dále uvádějí jako užitečný zdroj informací mentora a kolegyně.

Schéma č. 2 Využívané výukové a podpůrné materiály

R 1	<ul style="list-style-type: none">• standardy• zápisky kolegyně a interně vytvořené materiály
R 2	<ul style="list-style-type: none">• intranet, manuály k přístrojům• ukázka a rada kolegyně
R 3	<ul style="list-style-type: none">• osobní přístup a zkušenosti mentorky před tištěným materiálem• manuály k přístrojům nevyužívala (zdlouhavé, přebytek informací)
R 4	<ul style="list-style-type: none">• manuály k přístrojům• zjednodušené materiály od kolegyně
R 5	<ul style="list-style-type: none">• nejvýznamnější zdroj informací = mentorka• manuály, návody k přístrojům
R 6	<ul style="list-style-type: none">• manuály, návody k přístrojům• nejvýznamnější zdroj informací = mentorka
R 7	<ul style="list-style-type: none">• návody k přístrojům, standardy• interně vytvořené zkrácené návody
R 8	<ul style="list-style-type: none">• manuály k přístrojům• prezentace

4. Vyhovoval vám způsob předávání informací? Co vám osobně vyhovovalo nejvíce?

Pro respondenty nejpřínosnější varianty, kterými jim byly předávány nové informace, shrnuje schéma č. 3. Způsob, jakým byly předávány nové informace, byl pro většinu respondentek přínosný. R 4 uvádí fakt, že není technický typ. R 5 ne vždy porozuměla novým informacím, protože byly složité a bylo jich příliš. Zmiňuje také možnost využití cvičných setů ke kontinuální dialýze. R 7 jako jediná poukazuje na potřebu porovnání nových informací, které získala od mentora, s literaturou. Dále všeobecné sestry upozorňují na situaci, že je třeba se nové postupy učit v klidu, s dostatečnou časovou dotací.

Schéma č. 3 Nejprínosnější způsob předávání nových informací



5. Po jaké době jste si byla jistá v obsluze přístrojů? Po jaké době jste byla schopná předávat zodpovědně informace druhým?

Odpovědi na tyto otázky jsou odlišné u respondentek, které už mají praxi v prostředí intenzivní péče oproti respondentkám, které tuto zkušenost nemají. Všeobecné sestry, které se navracejí po mateřské či rodičovské dovolené nebo pracovali na podobném oddělení (R 2, R 6, R 7), se rychleji adaptují na nové prostředí a rovněž rychleji nabývají jistoty v obsluze přístrojové techniky. Všechny respondenty se shodují, že u každodenně využívaných přístrojů, jako jsou například injekční dávkovače, enterální pumpy, monitory, EKG, získaly zručnost a jistotu podstatně rychleji. Přístroje, které jsou na oddělení využívány méně často nebo jsou půjčovány z jiných oddělení, vnímají respondenty jako více náročné. Rovněž zdůrazňují fakt, že u přístrojů nastávají okamžiky, kdy zvládají obsluhu samostatně, ale v určitých situacích potřebují podporu a radu kolegů.

6. Co/kdo vám pomáhalo, usnadňovalo obsluhu přístrojů?

Odpovědi respondentek na tuto otázku souhrnně zobrazuje schéma č. 4. Obsluhu přístrojů v prostředí intenzivní péče usnadňují nově příchozím všeobecným sestřím nejen mentorky, kolegyně, lékaři, ale i vlastní poznámky.

Schéma č. 4 Co/kdo usnadňuje obsluhu přístrojů

R 1	<ul style="list-style-type: none">•jsem technický typ•kolegyně
R 2	<ul style="list-style-type: none">•mentorka
R 3	<ul style="list-style-type: none">•rady kolegyň•návodů přímo na přístrojích, osobní poznámky
R 4	<ul style="list-style-type: none">•informace a rady kolegyň•osobní poznámky
R 5	<ul style="list-style-type: none">•mentorka, kolegyně, lékaři•osobní poznámky, vlastní video ke krevnímu analyzátoru
R 6	<ul style="list-style-type: none">•mentorka, kolegyně•učení se vlastní chybou
R 7	<ul style="list-style-type: none">•mentorka, kolegyně
R 8	<ul style="list-style-type: none">•mentorka, kolegyně, lékaři

7. Co byste změnila?

Dvě respondentky (R 2 a R 4) poukazují v souvislosti s technikou a novými informacemi vůbec na absenci komplexního, stručného materiálu pro nováčky. Jedna respondentka by umístila stručný informační materiál ke každému přístroji. Třem respondentkám systém vyhovuje a změny nenavrhují.

8. Měla jste školitele?

Všech osm respondentek shodně uvádí, že v období adaptačního období měly mentorku.

9. Charakterizujte vašeho mentora.

Nejčastější charakteristiky mentora, se kterým pracovaly všeobecné sestry po dobu adaptačního procesu, sumarizuje schéma č. 5.

Schéma č. 5 Charakteristika mentora



10. Sešli jste se z počátku s mentorem, abyste si ujasnili cíle a postupy? Hodnotíte společně vývoj, postup? Jak často?

Pouze čtyři respondentky uvádějí, že byly mentorkou hodnoceny, ale nepravidelně a neformálně. Zbývající respondentky uvádějí, že si o hodnocení říkaly nebo posun v zapracování samy viděly. Cíle zapracování se dařilo plnit díky plánu adaptačního procesu všem respondentkám, ale společně s mentorkou plánovaly jen R 1, R 3, R 6 a R 7. Respondentka č. 4 si výkony v adaptačním plánu dle svých slov „hlídala sama“.

11. Znal mentor vaše silné a slabé stránky? Poskytoval vám mentor zpětnou vazbu? Dával vám najevo posun ve vašem zapracování?

Všechny respondentky se shodují na faktu, že mentor poznal jejich silné a slabé stránky. R 2 dodává, že mentorka aktivně vyhledávala úkony, které respondentce činily potíže, aby se procvičila. R 6 připomíná, že bylo znát, že už v prostředí intenzivní

medicíny pracovala. R 4 neměla o své práci zpětnou vazbu od své mentorky a na dotazy nedostávala dostatečné odpovědi. R 5 byla kladně hodnocena až ke konci adaptačního procesu a vzpomíná na okamžik, kdy se k ní mentorka chovala netaktně. R 8 zpětnou vazbu o své práci neměla a chyběla jí. Více podnětů o své práci dostávala od jiných kolegyň.

12. Je pro vás váš mentor vzorem?

Všechny respondentky se shodují na tom, že je pro ně jejich mentorka profesním vzorem. Pro tři respondentky (R 2, R 5 a R 6) je mentorka zároveň vzorem i v osobním životě. R 7 zmiňuje skutečnost, že je mezi ní a školitelkou generační rozdíl.

13. Umí předat informace a vhodně zvolit výukovou metodu?

Čtyři respondentky uvádějí, že mentorka umí vhodně předat nové informace. R 1 zmiňuje přirozený pedagogický talent mentorky. R 3 zdůrazňuje umění mentorky pracovat s chybou. R 2 a R 5 ne vždy pochopily nové informace. R 4 si myslí, že její mentorka není vhodným kandidátem na mentorství.

14. Jaký máte názor na více školitelů současně?

Žádná respondentka se nesetkala s modelem více školitelů v průběhu adaptačního procesu. R 1 poukazuje na tom, jaký vztah mají mezi sebou mentor a jeho svěřenec. Podobně svůj názor formulovala R 7. R 2 by po nějakém čase společných směn s mentorkou změnu uvítala. R 3 by si připadala „jako horký brambor“ a u více mentorů by mohlo dojít ke ztrátě přehledu o zaučovaném. Dále respondentka zmiňuje fakt, že nováček je vizitkou zaučovaného. R 4 by v začátku mentory určitě nestřídala. Později by tuto variantu uvítala. Byla i ráda za kvalitnější rady od kolegyň a jejich zpětnou vazbu. R 5 by rovněž využila možnosti po nějaké době mentora vyměnit a zdůrazňuje fakt, že s jinou kolegyní by si více rozuměla. R 6 a R 7 by tuto možnost viděly jako přínosnější pro sestry absolventky.

15. Už jste pracovala v prostředí intenzivní péče?

Polovina respondentek má dřívější zkušenost s prací v prostředí intenzivní medicíny (R 2, R 6, R 7 a R 8). Zbývající respondentky mají tuto zkušenost díky praxi v rámci studia. Dvě respondentky (R 2 a R 6) pracovaly v oboru před mateřskou

a rodičovskou dovolenou. Respondentka č. 7 má praxi z oddělení, které je podobné tomu, kde v současné době pracuje.

16. Jak probíhal adaptační proces jinde?

Tři respondentky (R 2, R 3 a R 6) mají obdobnou zkušenost s průběhem adaptačního procesu v minulém zaměstnání nebo přímo na stejném oddělení. R 1 má špatné zkušenosti z jiné nemocnice v České republice, které srovnává se svou prací v cizině. R 4 dosud nikde nepracovala, nemá srovnání. R 5 srovnává své zapracovávání s kolegyněmi a s jejich mentorkou na stejném oddělení. Myslí si, že všechny mentorky na oddělení mají odborné znalosti a dovednosti na vysoké úrovni. Svou mentorku však vnímá jako člověka bez pedagogických schopností.

17. Využila jste při vašem současném zapracování předchozí zkušenosti?

Všechny respondentky uvádějí, že využily již dříve nabytých zkušeností. Třem respondentkám (R 2, R 6 a R 7) při nástupu na současné oddělení pomohlo, že využily již dříve nabytých zkušeností a některé dovednosti bylo potřeba „jen oprášit“. Tři respondentky (R 1, R 4 a R 5) vnímají dovednosti získané při studiu jako nedostatečné.

18. Máte dostatek teoretických znalostí?

Respondentka č. 8 přiznává spíše nedostatek teoretických vědomostí, zbývajících šest respondentek si myslí, že znalosti mají. Poukazují rovněž na potřebu vyhledávání nových informací a proces neustálého vzdělávání.

19. Co by vám průběh adaptačního procesu usnadnilo?

Odpovědi všech respondentek na otázku souhrnně zobrazuje schéma č. 5. Nejčastější odpovědi jsou: jiná školitelka, přehledný soubor informací pro nováčky, tolerantní kolegyně.

Schéma č. 5 Okolnosti ulehčující průběh adaptačního procesu



20. Vaše postřehy, náměty, nápady

Na tuto otázku odpověděly čtyři respondentky (R 1, R 2, R 6 a R 7). R 1 vidí v mentoringu přínos pro celý tým. R 2 zmiňuje, že mentorku osobně znala už ze svého minulého působení na oddělení a tento fakt jí pomáhal při návratu. Poukazuje na obrovské množství nových informací při začátcích práce ve velké fakultní nemocnici. Poukazuje i na toho, že na oddělení pracuje velké množství zaměstnanců, které měla problém si v začátcích zapamatovat. R 7 vnímá návrat na stejné pracoviště jako jednodušší oproti svému nástupu po ukončení studií.

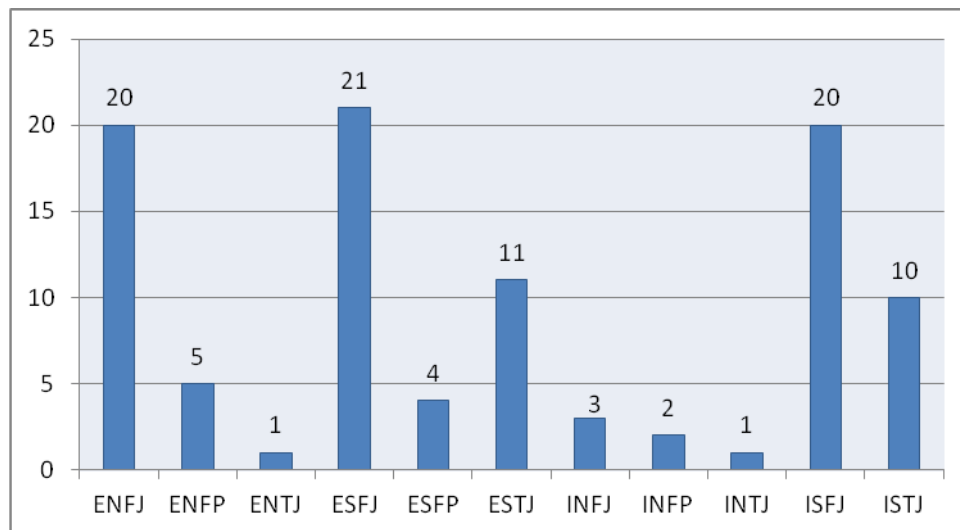
10. 2 Dotazník MBTI®

Z celkového počtu 235 (100 %) rozdaných dotazníků bylo vráceno vyplněných 159 (67,66 %). Tři dotazníky (1,89 % ze všech vyplněných) byly vyřazeny pro neúplnost dat. Zájem o zaslání výsledků projevilo 72 respondentů (46,15 % ze 156 vrácených a správně vyplněných dotazníků). Výsledky byly následně zpracovány do tabulek a grafů pomocí Microsoft Office Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010. Dotazníky MBTI® vyhodnotila Mgr. Petra Strnadová.

Tabulka 1 Zastoupení respondentů dle MBTI®

TYP	absolutní četnost	relativní četnost
ENFJ	20	12,82 %
ENFP	5	3,21 %
ENTJ	1	0,64%
ESFJ	21	13,46 %
ESFP	4	2,57 %
ESTJ	11	7,05 %
INFJ	3	1,92 %
INFP	2	1,28 %
INTJ	1	0,64 %
ISFJ	20	12,82 %
ISTJ	10	6,41 %
smíšené typy	58	37,18 %
celkem	156	100 %

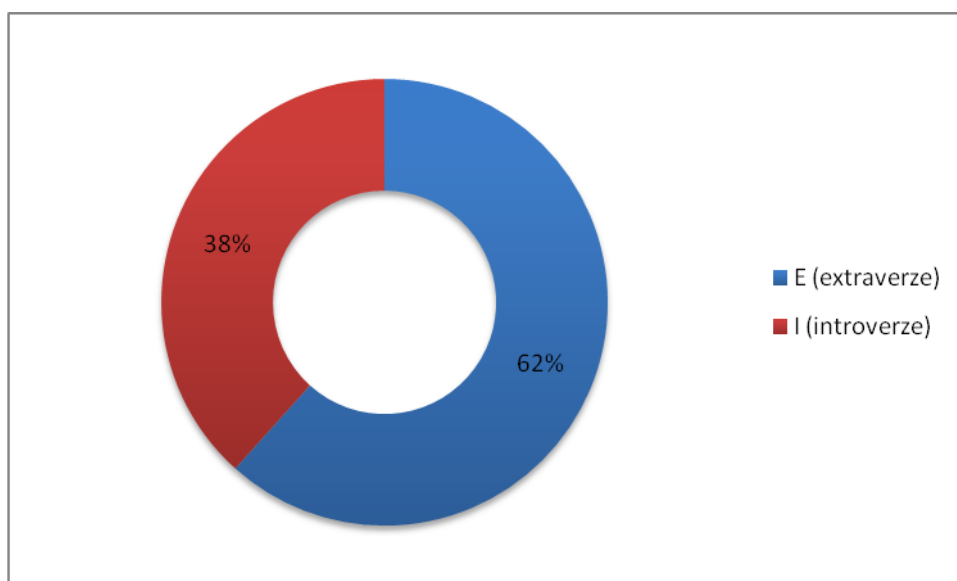
Graf 1 Zastoupení osobnostních typů dle MBTI® (bez smíšených typů)



Z celkového počtu 156 vyhodnocených dotazníků spadá 58 respondentů do smíšené typologie. Tyto jsou pro přehlednost a další práci s daty vyřazeny.

K nejčastěji zastoupeným typům patří typ ESFJ, ENFJ a ISFJ. Po jednom respondentu patří do typu ENTJ a INTJ. Pět osobnostních typů dle MBTI® se v souboru respondentů nevyskytuje (ISTP, ISFP, INTP, ESTP, ENTP).

Graf 2 Poměr extraverte – introverze

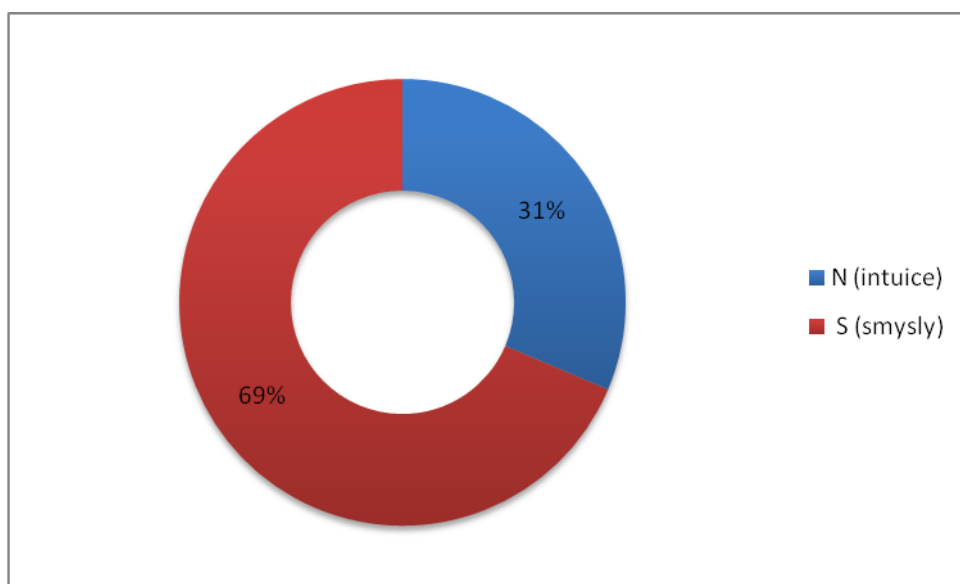


Z celkového počtu 133 respondentů je 82 extravertů a 51 introvertů (23 smíšených osobnostních typů je pro přehlednost vyřazeno).

Extraverti převažují, mají přímý, otevřený postoj k vnějšimu světu. Mívají sklon k většímu počtu povrchnějších vztahů, jsou družní, optimističtí. Dávají najevo otevřenou, ochotnou a vstřícnou povahu, rychle a snadno navazují kontakt, lehčeji se jim daří vplout do situace a snáze se pouštějí do akce, aniž by si připouštěli problémy, které by z takového počínu mohly vzejít. Extravert má hodně přátel, je sociálně přizpůsobivý, avšak jedná impulzivně, spontánně, nedostatečně plánuje, je nespolehlivý. Extravert umí jednat s lidmi, ale méně je chápe.

Introvertů je méně - zachovávají odstup, ve vztazích vyhledávají spíše hloubku než četnost. Převažuje váhavá, přemýšlivá, odtažitá povaha, rezervovanost a obavy se sklonem k defenzivním postojům. Introvert je uzavřený, zásadový, přemýšlivý, má méně přátel, ale jeho vztahy jsou ve srovnání s extravertem hlubší. Je spíše pesimistický, kritický, více se zaměřuje na minulost a vzpomínky, charakteristická je horší adaptabilita na vnější svět (Čakrt, 2009, s. 20).

Graf 3 Poměr smysly – intuice

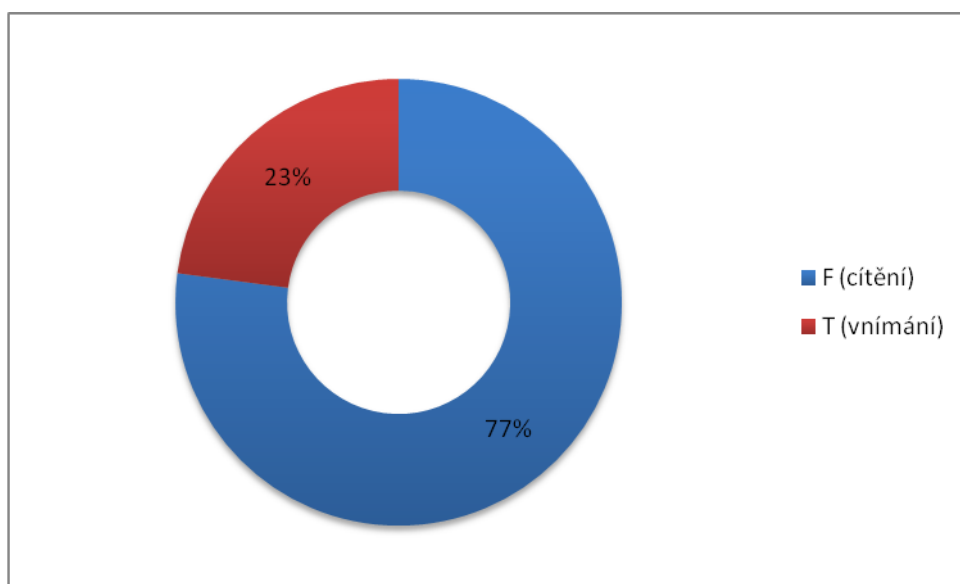


Z celkového počtu 137 respondentů je N 43, S 94 (19 smíšených osobnostních typů je pro přehlednost vyřazeno).

Získávání informací vnímáním převažuje oproti intuici. Vnímání jednoduše konstatuje, že něco je, zachycuje konkrétní fyzické stimuly. Usiluje o to, přijímat věci tak, jak skutečně jsou a ne jinak. Smysloví lidé pokládají za skutečné pouze to, co jim zprostředkovávají jejich smysly, to co vidí, slyší, cítí, chutnají či čeho se dotýkají. Bývají praktičtí, chtějí znát fakta, věří jim. Snaží se stát nohama na zemi, v realitě, chtějí hmatatelné, konkrétní výsledky, potřebují jasné pokyny. Mají sklon k přesnosti a preciznosti, jsou praktičtí.

Intuice znamená nezávislost na běžných, obvyklých postupech, úsudek vhladem. Může odhalit skutečnosti, které jsou hlouběji a dále, než kam dosáhnou smysly, ale může i ztratit kontakt s realitou. Intuitivní typ na rozdíl od smyslového si neuvědomuje realitu přímo, ale žije spíše tím, co by mohlo být, předjímáním budoucnosti. Zajímají je nápady, ideje a možnosti a pak teprve fakta. Mají raději nové problémy nebo nové přístupy ke starým úlohám. Nesnáší rutinu, opakující se činnosti, nic nechtějí dělat stejně. Mívají sklon skákat k závěrům a vynechávají zavedené postupy, protože je nebaví detaily a podružnosti. Jde jim lépe vymyšlení nových věcí než jejich zavádění. Intuitivní lidé jsou duchem nepřítomni, mají hlavu v oblacích, vyhledávají metafory a barvitá líčení. Vidí, jak věci zlepšit, zrušuje je budoucnost oproti neměnnosti, snáze se nadchnou a uplatňují spíše chaotický styl, nerespektují formální postupy, čas je pro ně relativní veličina (Čakrt, 2009, s. 26).

Graf 4 Poměr myšlení – cítění

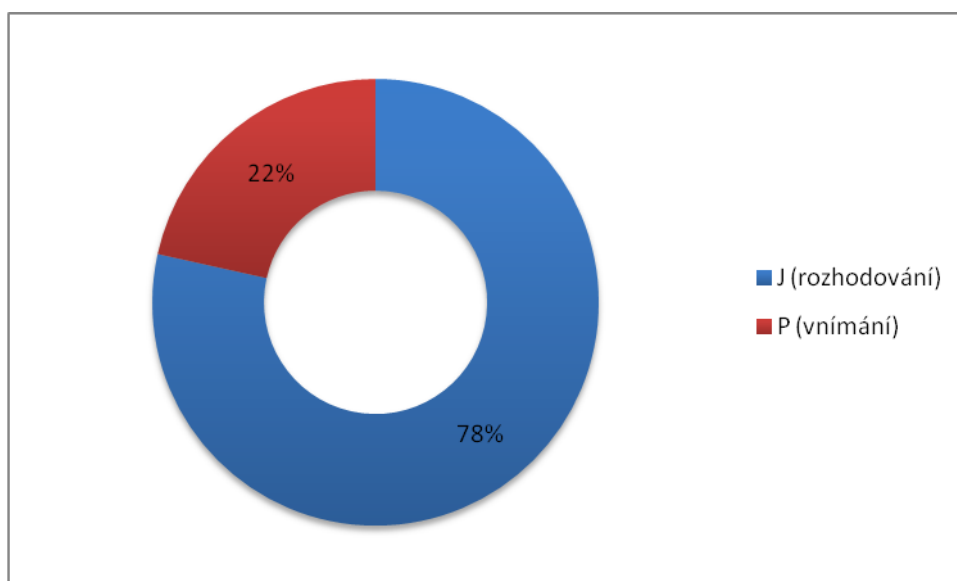


Z celkového počtu 144 respondentů je F 111 a T 33 (12 smíšených osobnostních typů je pro přehlednost vyřazeno).

Myšlení a cítění jsou funkce navzájem protikladné, to znamená, je-li jedna z nich dominantní, druhá je často nediferencovaná, nevědomá. Lidé s převahou cítění v souboru respondentů výrazně převažují. Cítění nám přináší poznání, jakou má pro nás objekt subjektivní hodnotu (příjemné – nepříjemné; žádoucí - nežádoucí). Jsou si vědomi rozpoložení druhých a vnímají jejich pocity. Mají rádi soulad, potřebují pochvalu a ocenění, neradi říkají druhým nepříjemné zprávy. Umí s lidmi soucítit, vžít se do jejich situace a s většinou dobře vycházejí. Svá rozhodnutí opírají o to, jak se daná situace dotkne pohody ostatních a řídí se morálními zásadami, potřebují pochvalu. Citové typy jakýmsi vnitřním radarem vnímají pocity druhých, spíše se vyhýbají konfliktům, jsou pro ně důležité vztahy oproti úspěchu a prioritou je pro ně uspokojování potřeb ostatních.

Myšlení formuluje definice, pojmy, odhaluje struktury, třídí, zjednodušuje, vymezuje, odděluje, zobecňuje. Úsudek se utváří systematicky krok po kroku, vyvozováním logických důsledků. K racionálním závěrům dospívají tím, že berou v úvahu fakta o dané situaci, váží je a poměřují vůči objektivním, nadosobním vzorům, které platí pro všechny stejně. Nedojdou klidu, pokud pro své rozhodnutí nemají logickou nebo analytickou základnu. Navenek se mohou projevovat neemocionálně s nezájmem o pocity druhých. Zdůrazňují principy, logiku, zachovávají sebekontrolu, klid, snadno argumentují, život mají dobře organizovaný. Dobře se orientují ve světě vědy, ale tam, kde je potřeba osobního rozhodnutí, se cítí nejistě (Čákr, 2009, s. 34).

Graf 5 Poměr rozhodování – vnímání



Z celkového počtu 144 respondentů je J 113 a P 31 (12 smíšených osobnostních typů je pro přehlednost vyřazeno).

Strukturovaný životní styl silně převažuje. Lidé s tímto stylem rádi plánují, organizují, dělají věci důkladně a včas, odkládají odpočinek, vycházejí problémům vstříc, chtějí všechno vyřešit. Jejich přístup je strukturovaný, plánující, potřebují přesné časové rozpisy a jasně definované problémy, do nichž se mohou pustit, neradi mění své plány a rozhodnutí, ale snadno se přizpůsobují řádu a disciplíně. Mají větší tendenci posuzovat, hodnotit, jsou kritičtí. Bývají často jakoby pod tlakem, neklidní, nepokojní a akční, potřebují věci uzavírat, dokončovat. Umějí být rázní a rezolutní, prosazují svá rozhodnutí. Předvídají předvídatelné a bývají na ně připraveni.

Flexibilní typy jsou naopak spontánní, neplánují, odkládají rozhodnutí, milují neznámo s otevřenými problémy. Mají tendenci odkládat důležitá rozhodnutí a plánování, problémům se spíše vyhýbají. Řídí se okamžikem, životem spíše proplouvají, potřebují volnější režim. Snadno se přizpůsobují náhlým změnám, ale narážejí tam, kde se očekává pevný řád, jsou méně předvídatelní a spolehliví, věnují se mnoha činnostem, aniž by je dokončili. Jejich produktivita je závislá na náladě. Vnímající lidé mnohokrát nestíhají, čas vnímají jinak než strukturovaní. Plánují po krátkých intervalech, mají nutkání stihnout co nejvíce s nejmenšími náklady a v co nejkratším čase. Bývají zaměřeni na výsledek, čas jim překáží, berou ho jako nutné zlo (Čakrt, 2009, s. 41).

11 DISKUZE

Kvalitativní výzkumné šetření je orientováno na problematiku obtížné přístrojové techniky a s tím související význam mentora v adaptačním procesu pro nově nastupující všeobecné sestry v prostředí intenzivní péče. Východiskem pro zamyšlení se nad touto problematikou mi byla praxe v oboru a osobní zkušenost s návratem po rodičovské dovolené. Skupinu respondentek tvořily všeobecné sestry, ženy, které pracují na ARO oddělení FN Plzeň Bory a M - JIP FN Plzeň Lochotín. Jednalo se o sestry, u kterých adaptační proces právě probíhá nebo byl ukončen maximálně před dvěma roky. Záměrně nejsou uváděna žádná demografická data, podle kterých by bylo možné respondentky identifikovat. Rozhovory probíhaly v lednu a únoru 2015.

Výzkumný soubor respondentů pro dotazník MBTI[®] tvořily všeobecné sestry, které pracují ve FN Plzeň na odděleních ARO a JIP (seznam jednotlivých oddělení viz příloha č. 3). Šetření proběhlo v období leden – únor 2015.

Pro přehlednost jsou jednotlivým výzkumným otázkám věnovány následující podkapitoly.

11. 1 Výzkumná otázka č. 1

Je práce s přístroji pro všeobecnou sestru v intenzivní péči v období adaptačního procesu obtížná?

V první otázce respondentky vyjmenovávají nejčastěji používané přístroje na odděleních, kde pracují. Výčet techniky v žádném případě není kompletní, jak lze vyvodit z následujících otázek. V odpovědích všeobecné sestry udávají spíše přístroje, se kterými pracují nejčastěji nebo jim práce s nimi působí větší potíže. Jedná se například o odsávací přístroj, přístroje na ohřev či chlazení, EKG. Defibrilátor nebo lůžko pro intenzivní péči vzpomíná ve své odpovědi minimum respondentek. Odpovědi korespondují s vyhláškou MZČR,¹ která stanovuje minimální technické zázemí pro jednotlivé typy intenzivní péče. Podobné odpovědi rovněž uvádějí respondentky v diplomové práci Kolářové.² Jako zajímavé vnímám, že žádná z respondentek neuvedla ve své odpovědi počítač, i když ho při své práci používají všechny každý den. Vysvětlením může být to, že v důsledku rychlého technologického pokroku v posledních letech je práce s počítačem vnímána většinou společností jako samozřejmost.

¹ Srov. MZČR, *Vyhláška 493/2005 ze dne 19. 12. 2005 Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.*

² Srov. KOLÁŘOVÁ, Markéta. *Práce sestry s technikou na ARO – výukový materiál pro sestry.*

Šest respondentek z osmi označilo jako nejobtížnější přístroje pro mimotělní očišťovací metody. Většina respondentek u Kolářové³ (sedm respondentů z deseti) má stejný názor. U dalších přístrojů se respondentky v názorech rozcházejí. Mezi dále udávané obtížné přístroje řadí respondentky krevní analyzátor, EEG a přístroj na měření hemodynamických parametrů na rozdíl od souboru respondentek Kolářové, kde jsou udávány na druhém místě ventilátory a dále totožně přístroje pro měření hemodynamiky. Samy respondentky v našem souboru dávají do souvislosti udávané obtížně zvládnutelné přístroje s frekvencí jejich použití. Přístroje, které všeobecné sestry používají každodenně při své práci, vnímají jako méně náročné oproti těm, které jsou na oddělení využívány méně často a jsou pouze půjčovány z jiných oddělení.

Otázka č. 2 je provázána s otázkou č. 5. Jistotu u přístrojů, kterou všeobecné sestry udávají jako delší, koreluje s přístroji, které udávají všechny respondentky jako nejobtížnější v odpovědích na otázku č. 2. Z odpovědí dále vyplývá, že všeobecné sestry, které se navracejí po mateřské či rodičovské dovolené nebo pracovali na podobném oddělení, se nejen rychleji adaptují na nové prostředí, ale i rychleji nabývají jistoty v obsluze přístrojové techniky. Považuji za důležité zvýraznit odpověď respondentky č. 3, která zmiňuje, že přístroje ovládá, ale nastávají okamžiky, kdy potřebuje radu a podporu kolegů. V prostředí intenzivní medicíny jsou pro práci všeobecné sestry předpokládány mimo jiné i dispozice pro zvládnutí přístrojové techniky, které nově nastupujícím sestřám ulehčí začátky v novém prostředí. Kořínková⁴ dotazníkovým šetřením ve FN Motol na jednotkách intenzivní péče rovněž získává od respondentek (absolventek) údaje, že pro 44 % je (ve srovnání například s dokumentací, komunikací s pacienty a personálem nebo s orientací v novém prostředí) právě obsluha přístrojů nejtěžší. Hudcová⁵ ve své diplomové práci uvádí, že problém obtížné obsluhy zdravotnické techniky zmiňuje i pět respondentek (sester manažerek) z deseti jako nejčastější problém v průběhu adaptačního procesu na ARO a JIP. Tato skutečnost je u respondentek Hudcové nejčastěji řešena prodloužením adaptačního procesu. Pro nově nastupující všeobecné sestry je práce s technikou obtížná a zvládnutí je vázáno na vedení ze strany staničních sester a mentorů.

K používání přístrojů využívaly všeobecné sestry při zapracování v prostředí intenzivní péče nejčastěji manuály k přístrojům, interně vytvořené dokumenty, prezentace a vlastní poznámky. Významnou odpověď vidím u čtyř respondentek, které označily jako

³ Srov. KOLÁŘOVÁ, Markéta. *Práce sestry s technikou na ARO – výukový materiál pro sestry.*

⁴ Srov. KORÍNKOVÁ, Romana. *Adaptace absolventů na oddělení JIP ve FN Motol.* s. 107 - 111.

⁵ Srov. HUDCOVÁ, Lenka. *Role sestry manažerky na usnadnění adaptačního nově nastupující sestry na oddělení ARO, JIP.*

využívaný zdroj informací mentorku nebo kolegyně. Shodují se na tom, že oproti manuálům poskytují nejstručnější, přesto kvalitní informace a rady vycházející z aktuální situace. Manuály k přístrojům vidí jako dlouhé, s přebytkem informací. Upřednostňují proto interně zpracované dokumenty. Myslím si, že pro prvotní informace v adaptačním období je jako zdroj informací ideální mentor. Pro upevňování informací, nalézání souvislostí, možnost osobního profesního rozvoje a hlubšího poznání problematiky přístrojové techniky je nutné zdrojovou oblast rozšířit. Jako studnici dalšího bádání lze nově nastupujícím všeobecným sestřám doporučit například manuály výrobců, odbornou literaturu a účast na seminářích. Velký potenciál rovněž vidím v internetových zdrojích a nových technologiích. Pro nově nastupující i stávající zaměstnance by bylo vhodné vytvořit seznam doporučených podpůrných materiálů, ze kterých lze informace čerpat.

Způsoby, jakými byly novým všeobecným sestřám předávány informace, ony samy vnímají jako přínosné. Zajímavé je, že se v odpovědích nenalézá širší paleta didaktických nástrojů, které lze využít ve výukovém procesu. Respondentky nejčastěji zmiňují metody slovní (vysvětlování), metody názorně – demonstrační (předvádění a pozorování) a metody dovednostně – praktické (napodobování a vytváření dovedností). Vzhledem k tomu, že se v rámci zaučování nového zaměstnance jedná o vzdělávání dospělých, bylo by vhodné využít i dalších výukových metod jako například diskusi, brainstorming, výuku podporovanou počítačem nebo metody heuristické.⁶ Vzhledem k tomu, že je problematika didaktiky úzce spjatá s osobností mentora, bude této problematice ještě věnován prostor dále.

Za povšimnutí stojí fakt, že všechny dotazované všeobecné sestry uvádějí jako faktory usnadňující obsluhu přístrojové techniky osobní přístup kolegů (mentorka, kolegyně, lékaři). Z odpovědí lze usuzovat, že v prostředí, kde probíhal adaptační proces respondentek, jsou kvalitní interpersonální vztahy. Tato fakta rovněž korelují s informacemi, že se respondentky neměly problém zeptat a kolektiv jim byl v průběhu adaptačního období podporou. Vzhledem k tomu, že právě péče o pacienty v prostředí intenzivní medicíny je otázkou práce v týmu, mají odpovědi ještě větší vypovídající hodnotu. V diplomové práci Burešové⁷ je rovněž vliv kolegů na zapracovávání se na novém pracovišti přikládán velký význam. Z celkového počtu třicet jedna dotazovaných, pouze tři respondentky tématu nevěnovaly větší pozornost. Pro sedmnáct

⁶ Srov. SKALKOVÁ, Jarmila. *Obecná didaktika*, s. 182 - 209.

⁷ Srov. BUREŠOVÁ, Jana. *Začínající sestra v intenzivní péči: šok z přechodu do praxe*.

dotazovaných bylo přijetí kolektivem jeden z nejdůležitějších faktorů, které jim usnadnily přechod ze školního prostředí do prvního pracovního poměru (v prostředí intenzivní péče). Oproti tomu jedenácti respondentkám působily interpersonální vztahy v novém kolektivu problémy.

Přístrojová technika má v intenzivní medicíně nezpochybnitelné místo. S tím ale souvisí i riziko pochybení. Práce sester, které zdravotnickou techniku obsluhují, je z části automatizovaná a to vytváří prostor pro pochybení. V souvislosti s touto problematikou Škrála⁸ uvádí, že nejčastější pochybení v ošetrovatelské péči souvisí s nekvalitně vedeným obdobím orientace nového pracovníka a nedostatečným dohledem. To je dalším důvodem, proč je důležité kvalitní předávání informací v období adaptačního procesu, a to nejen v prostředí intenzivní péče.

11. 2 Výzkumná otázka č. 2

Jaký význam má pro nově nastupující všeobecnou sestru v intenzivní péči přítomnost mentora?

Všechny respondentky měly během adaptačního procesu ve FN Plzeň přiděleného mentora. Tato skutečnost je v souladu jak s Metodickým pokynem MZČR⁹, tak vyplývá z interního dokumentu¹⁰ výše zmiňované organizace.

V charakteristice své mentorky respondentky zdůrazňovaly vysoké odborné znalosti a dovednosti, praxi v oboru, z osobnostních vlastností laskavost, pochopení pro nové sestry, umění povzbudit, rovněž oceňovaly přátelský vztah a optimismus. Negativní reakce byla zaznamenána pouze od jedné respondentky, která poukazovala na nesystematičnost školitelky. Chtěla bych zdůraznit odpověď další respondentky, která hodnotí vztah se svojí mentorkou jako vynikající, ač je mezi ní a mentorkou generační rozdíl. Tato odpověď rovněž poukazuje na kvalitní interpersonální vztahy na pracovišti.

Pro všechny respondentky je jejich mentorka profesním vzorem. Tyto odpovědi rovněž korelují s charakteristikami mentorek, které jsou uváděny v otázce č. 9. Z odpovědí třech respondentek dále vyplývá, že si u své mentorky váží nejenom odborných vlastností, ale uvádějí ji i jako vzor v osobním životě. Myslím si, že pro vysokou úroveň firemní kultury je důležité, aby byl jako mentor vybrán ten, kdo je ve svém oboru nejen uznávaným odborníkem, ale i morálním vzorem. Jedině tak bude docházet k předávání

⁸ Srov. ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*.

⁹ Srov. MZČR. *Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky*.

¹⁰ Srov. FN PLZEŇ. *Směrnice 4/005/02: Adaptační proces zaměstnanců*.

hodnot, které jsou v souladu s etickými principy ošetrovatelské péče nově nastupujícím členům zdravotnického týmu.

Koubek říká: „*Součástí procesu orientace v novém prostředí je soustavné hodnocení pracovníka. Hodnocení toho, jak se vyrovnává s jednotlivými problémy orientace i narůstajícími pracovními úkoly svého pracovního místa, hodnocení jeho přístupu k práci i jeho příspěvku k vytváření zdravých mezilidských vztahů na pracovišti a k výkonu pracoviště.*“¹¹ Vzhledem k doporučení, která vycházejí z moderního managementu, vnímám jako alarmující situaci, že všeobecné sestry v adaptačním procesu neabsolvuji se svojí mentorkou pravidelné průběžné hodnotící rozhovory. Respondentky rovněž uvádějí, že nemají dostatek formálních informací o svém postupu v zapracování se. Zároveň ale přiznávají, že jsou hodnoceny neformálně nebo si o toto hodnocení samy říkají. Proto vidím jako nezbytné, aby mentorkám byla důležitost podpory nového zaměstnance zdůrazňována. Společné hodnocení pokroků je potřebné jak pro nově nastupujícího zaměstnance, tak pro mentora, kterému poskytuje zpětnou vazbu o kvalitě a výsledcích jeho práce. Saghafi¹² ve svém výzkumném šetření v rozhovorech s novými absolventy v prostředí intenzivní péče rovněž udává, že respondenti poukazují na nedostatek pravidelné formální zpětné vazby od starších sester. Rovněž většina respondentů (záchránáři ZZS) Uhýrkové¹³ postrádá průběžné hodnocení nebo mu není přikládána významnější důležitost.

Umění vhodně předat nové informace hodnotí pět respondentek pozitivně, dvě respondentky poukazují na situace, kdy nedošlo k pochopení nových informací. Jedna respondentka vnímá umění své mentorky s obdivem pro její přirozený pedagogický talent. Oproti tomu stojí tvrzení respondentky č. 4, jež svoji mentorku nepovažuje za člověka, který má pedagogické předpoklady pro zaučování nových sester. U této respondentky v kontextu dalších odpovědí můžeme vysledovat, že mentorka má sice odborné znalosti, ale ty pedagogické jí chybí. Situace, kdy sestry v průběhu adaptačního procesu provází mentor, který neumí vhodným způsobem předat nové informace a postupy, vnímám za zvláště významné. Není známo, zda má tato mentorka pedagogické vzdělání vyplývající například z osnov kurzu pro mentory,¹⁴ zda mentorkou chce být, či zda má s touto činností například jen malé zkušenosti. To jsou z mého pohledu okolnosti, které je nutné zohlednit.

¹¹ KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. s. 200.

¹² Srov. SAGAFI, Farida, HARDY Jennifer a HILLEGE Sharon. *New graduate nurses' experiences of interactions in the critical care unit*. s. 20 - 27.

¹³ Srov. UHÝRKOVÁ, Radana. *Adaptační proces zdravotnických záchránářů*.

¹⁴ Srov. MZČR. *Vzdělávací program certifikovaného kurzu Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence*.

Vzhledem k neúplnosti dat, nelze z tohoto rozhovoru vyvodit konečné závěry. Chtěla bych zdůraznit, že proces adaptace nového zaměstnance by měl probíhat v prostředí důvěry. A zejména v průběžných rozhovorech během adaptačního procesu má sestra manažerka možnost získat informace o vzájemném souladu mentora a nováčka. Možnou disharmonii lze vyřešit například výměnou mentora po určité době.

S variantou vedení adaptačního procesu dvěma mentory nemá žádná respondentka zkušenost, ale této alternativě by se nebránily a většina by ji uvítala nebo alespoň ráda vyzkoušela. Otázkou více školitelů se také zabývala ve své diplomové práci Uhýrková.¹⁵ Všechny respondentky z tohoto výzkumného šetření se shodují na skutečnosti, že by uvítaly více školitelů. Naopak respondenti Počinkové¹⁶ v otázce vedení adaptačního procesu s více mentory shodu nenalezli. Myslím si, že variantou dvou mentorů, by šlo předejít „ponorkové nemoci“ související s modelem společných směn mentora a nováčka (model společných směn je v průběhu zaškolování nové všeobecné sestry v prostředí intenzivní péče doporučován a podporován).¹⁷ Nezanedbatelný je i fakt, že ošetrovatelská péče o kriticky nemocné má svá specifika. Ta lze vysledovat i v tom, že každá sestra má své „figle“. Nově nastupující zaměstnanec by si tak mohl udělat komplexnější přehled o dané problematice a mohl by nahlížet na situaci či úkon z různých pohledů. Dle mého názoru by si tak mohl po cca prvních třech měsících společných služeb s mentorem nováček sám zvolit, zda chce být i po zbytek adaptačního období veden stejným mentorem. V opačném případě by byl vedoucí manažerkou oddělení vybrán mentor nový. Další variantou by byla možnost po určité době snížit procento společných směn s mentorem. Nováček by měl větší možnost poznat práci ostatních mentorek a vedoucích směnných sester. Zároveň by měl ale k dispozici supervizora, na kterého by se obracel s otázkami, nejasnostmi a který by ho i nadále podporoval v následném vývoji.

11.3 Výzkumná otázka č. 3

Mají všeobecné sestry v adaptačním procesu v prostředí intenzivní péče dostatek výukových materiálů?

Po té, co začaly v Louisville Hospital masivně opouštět sestry (z prostředí intenzivní péče) v období orientace, byla managementem zařízení upravena strategie pro zapracovávání nových sester. Snahou bylo nalézt takový přístup mentorů, který

¹⁵ Srov. UHÝRKOVÁ, Radana. *Adaptační proces zdravotnických záchranářů.*

¹⁶ Srov. POČINOÁ, Lucie. *Adaptační proces všeobecných sester na oddělení intenzivní péče.*

¹⁷ Srov. LYČKOVÁ, Květuše a VÁGNEROVÁ Lenka. *Adaptační proces sester v nemocnici s JCI.*

by naplňoval potřeby sester v období orientace. Důraz byl kladen na rozměr mentorství a vytvoření průvodců pro sestry.¹⁸

Jak již bylo zmíněno, rovněž respondentky v našem výzkumném šetření upozorňují na význam kvalitního mentora a potvrzují, že by uvítaly sumarizované informace na jednom místě. Podle Koubka¹⁹ se v České republice se zatím nevěnuje orientačnímu období zaměstnanců potřebné pozornosti, jako je tomu například v zahraničí. Domnívám se, že vytvoření tzv. orientačního balíčku by bylo přínosem pro nově nastupující všeobecné sestry do prostředí intenzivní péče ve FN Plzeň. Písemné zpracování materiálů jak o celé organizaci, tak o konkrétním oddělení by bylo všeobecným sestrám předáváno v den nástupu na nové oddělení. Data by mohla být uložena na flash disku, který by se tak stal jakýmsi dárkem pro nového zaměstnance. Tato forma předání nových informací by zajistila jak předání veškerých důležitých informací, tak by umožňovala nováčkovi samostudium v době, kdy má na něj nejvhodnější čas. Eventuální otázky by pak konzultoval se svým mentorem. Součástí balíčku by mohly být i důležité informace o přístrojové technice na oddělení, které zmiňují i respondentky v našem výzkumném šetření.

11. 4 Výzkumná otázka č. 4

Je pro všeobecné sestry s praxí v oboru adaptační proces snazší?

Čtyři dotazované všeobecné sestry mají praxi v intenzivní péči, zbývající respondentky mají zkušenost s tímto prostředím pouze z praxe v rámci studia. Z celkového počtu dotazovaných sester dvě respondentky pracovaly v oboru před nástupem na mateřskou dovolenou. Všeobecné sestry, které mají praxi v oboru intenzivní péče, uvádějí, že využily již dříve nabytých zkušeností a znovu absolvování adaptačního procesu pro ně bylo méně náročné. Oproti tomu tři všeobecné sestry absolventky vnímají praktické dovednosti získané studiem jako nedostatečné. I v odpovědích na otázky, které se týkaly přístrojové techniky, tyto respondentky uvádějí větší obtíže a delší dobu zpracování. Velmi podobné odpovědi lze najít v diplomové práci Uhýrkové²⁰ a ve výzkumném šetření Kořínkové²¹ ve FN Motol. Lze shrnout, že odbornou připravenost pro výkon profese vnímají respondentky jako dostačující, ale u praktických dovedností tuto

¹⁸ Srov. WILLIAMS, Tyna, SIMS Jennifer, BURKHEAD Christie and WARD Pamela. *The Creation, Implementation, and Evaluation of Nurse Residency Program Through a Shared Leadership Model in the Intensive Care Setting*, s. 154 - 161.

¹⁹ Srov. KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. s. 194

²⁰ Srov. UHÝRKOVÁ, Radana. *Adaptační proces zdravotnických záchranářů*.

²¹ Srov. KOŘÍNKOVÁ, Romana. *Adaptace absolventů na oddělení JIP ve FN Motol*. s. 107 - 111.

jistotu neuvádějí. V souvislosti s touto problematikou je potřeba si uvědomit, že není reálné, aby všechny studentky během studia prošly praxí ve fakultních nemocnicích na odděleních s nejvyšším stupněm poskytované intenzivní péče. Všeobecné sestry absolventky tedy nemají přirozeně možnost poznat během praxe veškerou přístrojovou techniku ani úzce specializované výkony, které se na odděleních provádějí.

11. 5 Výzkumná otázka č. 5

Liší se subjektivní prožívání adaptačního procesu všeobecných sester v intenzivní péči?

V závěru rozhovoru měly respondentky možnost vyjádřit připomínky či nápady k přístrojové technice, k mentorce či adaptačnímu procesu. Respondentka, která se vrací po mateřské dovolené, uvádí, že významnou pomocí pro ni bylo, že měla možnost práce pod vedením mentorky, kterou znala, a rozuměly si. V souvislosti s touto odpovědí vnímám jako důležitou roli staniční sestry. Vzhledem k rozhodovacím manažerským kompetencím přiřazuje nově nastupujícím sestrám mentora. V ideálním případě by si tyto dva zaměstnanci měli rozumět. Vždyť proces adaptace nezahrnuje jen osvojení si specifických znalostí a dovedností, ale má i rozměr socializační. Mentor napomáhá nováčkovi vrstát do organizace. V souvislosti s návratem všeobecné sestry na původní oddělení (například po mateřské dovolené) si umím představit, že se v rámci provozních možností na mentorce společně shodne se staniční sestrou. To by dle mého názoru umožňovalo jak větší podporu při návratu, který je sám o sobě náročný, tak rychlejší zapracování, a tím využití celého potenciálu zaměstnance. V případě absolventů je výhodou, pokud už na oddělení, kam mají záměr nastoupit do pracovního poměru, vykonávali praxi. Kolektiv tak má možnost poznat potenciální novou kolegyni či kolegu a staniční sestra může díky své intuici a zkušenostem vybrat vhodného mentora, se kterým si bude absolvent rozumět.

Jedna respondentka poukazuje na velké množství spolupracovníků, které je obtížné si spolu s ostatními novými informacemi zapamatovat. Řešením by mohla být informační nástěnka při vstupu na oddělení, na které by byly fotografie sloužících sester na aktuální den. Přínos by byl jak pro všeobecné sestry, které poznávají nové kolegy, tak pro pacienty, respektive pro jejich blízké. Ti by měli konkrétní představu, kdo o jejich blízkého ten den pečuje. V diplomové práci Uhýrkové²² rovněž jedna záchranářka zmiňuje problematiku

²² Srov. UHÝRKOVÁ, Radana. *Adaptační proces zdravotnických záchranářů*.

mnoha tváří v začátcích své kariéry. Vzhledem k tomu, že záchranářské týmy RZP nemají označení identifikační visačkou s fotografií, je jejich situace ještě těžší.

Respondentky rovněž poukazují na potřebu přehledného materiálu, který by jim usnadnil proces zapracování. Řešením by mohl být již zmiňovaný informační balíček pro nováčky.

Adaptační proces je doba, která by měla být maximálně využita. Investice a čas, který bude věnován nově nastupujícím všeobecným sestřím, je investicí do budoucnosti. V okamžiku, kdy proces adaptace nebude plnit svůj účel, noví zaměstnanci nebudou setrvávat na oddělení, kde jim není věnována dostatečná podpora. A v horizontu příštích let může dojít k tomu, že bude nedostatek sester, které by chtěly v intenzivní péči pracovat, ale nebudou ani lidé s dostatečně dlouhou praxí v oboru, kteří by jim předali potřebné zkušenosti. Podobné závěry zmiňuje i Friedman a kol.²³ Ti prezentují nový specializační program pro sestry absolventky s cílem zastavit proces jejich odchodu z prvního zaměstnání a snížit náklady na zapracovávání dalších nových všeobecných sester.

Většina respondentek vnímá vedení mentorem v průběhu adaptačního období jako přínosné a přikládá mu velký význam. Myslím si, že ošetrovatelská péče o kriticky nemocné, i mentorování nových zaměstnanců, je práce náročná. Proto se domnívám, že by bylo vhodné systematicky pracovat se sestrami mentorkami. Skryté rezervy vidím zejména v oblasti reflexe vlastní práce pomocí supervize.

11. 6 Výzkumná otázka č. 6

Převládá určitý typ osobnosti dle MBTI® u všeobecných sester, které pracují v prostředí intenzivní péče?

Z grafů (graf č. 2 – 5, str. 50 - 53) lze vyčíst, že u respondentů převládá extraverte (62 %) nad introverzí (38 %) a získávání informací na základě smyslů (69 %) oproti intuici (31 %). Většina respondentů se rozhoduje na základě cítění (77 %) oproti myšlení (23 %) a převládá životní styl, který je založený na strukturovanosti a spořádanosti (78 %) oproti flexibilitě a improvizaci (22 %).

Převládající extravertní typy se vyznačují silnější interakcí s ostatními oproti introvertním typům, které potřebují klid pro koncentraci. Extraverti se učí novým věcem mluvením o nich, a jejich vyzkoušením, oproti tomu introverti se nové věci učí čtením o nich, pozorováním a promýšlením.

²³ Srov. FRIEDMAN, M. Isabel, COOPER H. Alan, CLICK Elizabeth and FITZPATRICK J. Joyce. *Specialized New graduate RN Critical Care Orientation: Retention and Financial Impact.s.* 7 - 14.

Převládající smyslové typy dodávají realistický a praktický pohled na cíle, situace, úkoly, oproti méně zastoupeným intuitivním typům, které se řídí svým šestým smyslem, mají rádi teorie a začínají řešit úkoly celkovým pohledem a dávají přednost změně.

Typy s preferencí cítění, kteří výrazně převládají, se zaměřují na lidskou stránku, jsou empatictí, dávají přednost souhlasu a vzájemné dohodě a takt má někdy přednost před sdělením pravdy, oproti typům s převládajícím myšlením, které poskytují kritickou zpětnou vazbu a dávají přednost rozhodnutí hlavou před empatií.

Výrazně převažující typy s preferencí strukturovanosti potřebují řád a harmonogramy, které mají být dodržovány oproti vnímajícím typům, které chtějí flexibilitu ve své práci a cítí se omezováni strukturou.

Jak vyplývá z vyhodnocených dotazníků (viz graf č. 1, str. 49), k nejčastěji zastoupeným typům u respondentů z řad všeobecných sester pracujících v prostředí intenzivní péče patří typ ESFJ, ENFJ a ISFJ. Po jednom respondentu patří do typu ENTJ a INTJ. Pět osobnostních typů dle MBTI[®] se v souboru respondentů nevyskytuje (ISTP, ISFP, INTP, ESTP, ENTP). Tři nejčastěji zastoupené typy osobnosti dle typologie MBTI[®] jsou charakteristické orientací na druhé, na jejich potřeby a jejich podporu. Osobnostní typy, které se v souboru nevyskytují, jsou typy charakteristické naopak větší orientací na procesy a řešení problému, nežli na lidský faktor. Rovněž potřebují časté změny a rutinnější stránky jsou pro ně překážkami.

Nejčastěji zastoupené typy se shodují s charakteristikou lidí pracujících v pomáhajících profesích. Stručná charakteristika nejčastěji zastoupených osobnostních typů v souboru všeobecných sester:

ESFJ (13,46 %) - *Dobrosrdeční, oblíbení a svědomití lidé. Se sklonem klást potřeby ostatních nad své vlastní. Silný smysl pro odpovědnost a povinnost. Cení si tradicí a bezpečí. Rádi pracují pro druhé. Potřebují podporu, aby se dobře cítili. Dobře vyvinutý smysl pro prostor a funkčnost.*

ENFJ (12,82 %) - *Oblíbení a citliví, výjimeční znalci lidí. Orientovaní vně, s opravdovým zájmem o to, co si ostatní myslí a jak se cítí. Na vše se dívají z lidského hlediska a nemají rádi neosobní analýzy. Velmi efektivní v řízení lidí a vedení skupinových diskusí. Rádi pracují pro ostatní a pravděpodobně potřeby ostatních kladou nad své vlastní.*

ISFJ (12,82 %) - *Klidní, laskaví a zásadoví lidé. Obvykle kladou potřeby ostatních nad své vlastní. Stálí a praktičtí, oceňují jistotu a tradice. Mají prostorovou představivost a smysl pro fungování věcí. Jsou dobří pozorovatelé. Výjimečně citliví na pocity druhých lidí, rádi druhým slouží (Grafologie a psychologie, 2007).*

ZÁVĚR

Neodmyslitelnou součástí práce všeobecné sestry v prostředí intenzivní péče je práce s přístrojovou technikou. Ta se mění doslova každým dnem. Na aktuální vývoj je nutné reagovat při zaškolování personálu a to především sester, které nově nastupují na oddělení.

Tohoto tématu se dotýká diplomová práce, která je rozdělena do dvou základních částí – teoretické a praktické. V teoretické části je vymezen pojem intenzivní péče v kontextu poskytované zdravotní péče v České republice a personální zajištění v tomto prostředí, včetně nastínění problematiky výběru a přijímání nových pracovníků a jejich adaptačního období pod vedením mentora. Kapitola o technickém vybavení, které je nezbytné pro poskytování péče kriticky nemocným, přibližuje nejčastější monitorovací systémy a technické přístroje, se kterými přicházejí všeobecné sestry v intenzivní péči do kontaktu.

Cílem teoretické části diplomové práce bylo vytvořit přehledný soubor informací o zdravotnické technice v prostředí intenzivní péče. Tento cíl byl splněn a tuto část práce lze například využít jako studijní podporu pro nově nastupující všeobecné sestry do prostředí intenzivní péče.

Druhým cílem bylo zmapovat subjektivní pohled všeobecných sester na průběh adaptačního procesu v souvislosti s přístrojovou technikou a význam mentora v období orientace. Této problematice bylo věnováno kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl realizován individuálními rozhovory s osmi respondentkami.

V rozhovorech se všeobecnými sestrami se potvrdilo, že používání přístrojové techniky je v období orientace v prostředí intenzivní péče jednou z nejnáročnějších situací. Respondentky pro předávání nových informací vyzdvihují úlohu mentora a zmiňují absenci přehledného souboru informací o přístrojích. Pro všeobecné sestry s praxí v intenzivní péči je obsluha přístrojové techniky i období orientace snazší.

Uvědomujeme si, že na základě odpovědí relativně malého souboru respondentů nelze problém zobecnit, ale v určitých oblastech lze vysledovat shodu. Proto pro vytipované oblasti byla navržena konkrétní doporučení pro oddělení M – JIP FN Plzeň. Nastíněným otázkám by bylo vhodné se věnovat více do hloubky, například konfrontací odpovědí respondentek s názory mentorek na příslušných odděleních.

Doporučení pro oddělení M – JIP FN Plzeň:

- Vytvořit orientační balíček pro nově nastupující všeobecné sestry.

- K obtížně zvládnutelným přístrojům vypracovat stručné manuály s videonahrávkou.
- Pracovat na systematické formaci mentorů.
- Zvážit vedení adaptačního procesu nových zaměstnanců dvěma mentory.

Třetím cílem bylo zmapovat osobnostní typologii všeobecných sester pracujících v prostředí intenzivní péče s využitím MBTI[®] dotazníku. V souboru všeobecných sester byly identifikovány tři nejčastější osobností typy. Charakteristiky těchto typů vykazují vlastnosti, které jsou popisovány u pomáhajících profesí. Respondentům, kteří projeví zájem o své výsledky, byly tyto zaslány. Záměrem bylo nejenom získat profily všeobecných sester z prostředí intenzivní péče, ale i poskytnout zpětnou informaci dotazovaným, neboť poznání sebe sama a přijetí odlišností je klíčem k poznání a pochopení ostatních. A právě pochopení osobnostních rozdílů je pro týmovou práci nejen v intenzivní medicíně nezbytné.

SEZNAM ZDROJŮ

Monografie:

ADAMUS, Milan. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 2., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 358 s. ISBN 978-802-4429-960.

ARMSTRONG, Michael. *Armstrong's Handbook of performance Management*. 4. vyd. Londýn: Kogan Page Publishers, 2009, 400 s. ISBN 978-0-7494-5392-3.

BRŮHA, Dominik a PROŠKOVÁ Eva. *Zdravotnická povolání*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2011, 559 s. ISBN 978-807-3576-615.

CRKALOVÁ, Anna a RIETHOF Norbert. *Průvodce světem koučování a osobnostní typologie: inspirace pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2012, 336 s. ISBN 9788072612529.

ČAKRT, Michal. *Typologie osobnosti pro manažery: manažerské styly, rozhodování, komunikace, konflikty, týmová práce, time management a změny*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Management Press, 2009, 306 s. ISBN 978-80-7261-201-7.

DOSTÁL, Pavel. *Základy umělé plicní ventilace*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2005, 292 s. Intenzivní medicína. ISBN 80-734-5059-3.

FARKAŠOVÁ, Dana a kolektiv. *Ošetrovatelstvo - teória*. 3. vyd. Martin: Osveta, c2009, 215 s. ISBN 978-80-8063-322-6.

HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 124 s. ISBN 978-802-4740-324.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 350 s., [16] s. obr. příl. ISBN 978-802-4718-309.

Kardiologie pro sestry: obrazový průvodce. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013, 248 s. ISBN 978-802-4740-836.

KASAL, Eduard. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče: pro lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 197 s. ISBN 80-246-0556-2.

KAZDA, Antonín. *Kritické stavy: metabolická a laboratorní problematika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 346 s. ISBN 978-807-2627-639.

KLIMEŠOVÁ, Lenka a KLIMEŠ Jiří. *Umělá plicní ventilace*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 110 s. ISBN 978-807-0135-389.

KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009, 480 s. ISBN 978-807-2626-045.

KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. 4. rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 2010, 399 s. ISBN 978-80-7261-168-3.

KOUBEK, Ladislav. *Psychologie v řízení lidských zdrojů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 127 s. ISBN 9788021063846.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 9788024727134.

LARSEN, Reinhard. *Anestezie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004, 1376 s. ISBN 80-247-0476-5.

PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-802-4738-710.

PODLAHOVÁ, Libuše. *Didaktika pro vysokoškolské učitele*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 154 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4742-175.

POCHYLÁ, Karla. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. 2. vyd., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 49 s. České ošetrovatelství. ISBN 80-701-3420-8.

PRŮCHA, Jan a VETEŠKA Jaroslav. *Andragogický slovník*. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014, 320 s. ISBN 978-802-4747-484.

SKALKOVÁ, Jarmila. *Obecná didaktika*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2007, 322 s. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024718217.

SOVOVÁ, Eliška. *EKG pro sestry*. Praha: Grada, 2006, 112 s. ISBN 80-247-1542-2.

ŠEVČÍK, Pavel, ČERNÝ, Vladimír a Jiří VÍTOVEC. *Intenzivní medicína*. 2. rozš. vyd. Praha: Galén, c2003, 422 s. ISBN 80-726-2203-X.

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 9788024726168.

TEPLAN, Vladimír. *Akutní poškození a selhání ledvin*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 416 s. ISBN 978-802-4711-218.

URBAN, Jan. *Management lidských zdrojů*. Praha: Ústav práva a právní vědy, 2013, 152 s. Právo - edice pro právo a management. ISBN 978-80-905247-4-3.

URBAN, Jan. *Řízení lidí v organizaci: personální rozměr managementu*. 2. rozš. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2013, 275 s. ISBN 978-80-7357-925-8.

ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2013, 276 s. ISBN 978-80-7472-083-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, c2011, 184 s. ISBN 978-802-4731-742.

ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008, 542 s. ISBN 978-802-4728-445.

ZADÁK, Zdeněk a HAVEL Eduard. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 335 s. ISBN 978-802-4720-999.

Odborná periodika:

BALKOVÁ, Hilda. Je týmová práce v ošetrovatelství důležitá? *Sestra*, 2014, **24** (5), 13-14. ISSN: 1210-0404.

FRIDECKÝ, Bedřich. Glukometry v rukou pacientů, praktických lékařů a na jednotkách intenzivní péče. *Praktický lékař*, 2011, **91** (10), 581-584. ISSN: 1214-2158.

FRIEDMAN, M. Isabel, COOPER H. Alan, CLICK Elizabeth and FITZPATRICK, J. Joyce. Specialized New graduate RN Critical Care Orientation: Retention and Financial Impact. *Nursing economic*, 2011, **29** (1), 7-14. ISSN 0746-1739.

HABALOVÁ, Jiřina, KANTA, Martin, EHLER, Edward a kol. Využití regionální mozkové oxymetrie jako neinvazivní metody ke sledování pacientů v neurointenzivní péči. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2010, **73/106** (3), 285-293. ISSN: 1210-7859.

JURÁŇ, Vilém a SMRČKA, Martin. Novinky v akutní péči o kraniocerebrální poranění. *Neurologie pro praxi*, 2013, **14** (2), 67-71. ISSN: 1213-1814.

KRBILA, Štefan a kol. Je rozdiel v prežívání pacientov s kraniocerebrálnym poranením s meraným a nameraným intrakraniálnym tlakom? *Anesteziologie a intenzivní medicína*, 2011, **22** (5), 272 – 278. ISSN: 1214-2158.

LYČKOVÁ, Květuše a VÁGNEROVÁ Lenka. Adaptační proces sester v nemocnici s JCI. *Florence*, 2011, **7** (9). ISSN: 1801-464X.

SAGAFI, Farida, HARDY Jennifer a HILLEGGE Sharon. New graduate nurses' experiences of interactions in the critical care unit. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2012, **43** (1), 20-27. ISSN: 1037-6178.

SMRČKA, Martin. Monitoring pacientů s těžkým poraněním mozku. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2011, **74** (1), 9-21. ISSN: 1210-7859.

WILLIAMS, Tyna, SIMS Jennifer, BURKHEAD Christie and WARD Pamela. The Creation, Implementacion, and Evaluation of Nurse Residency Program Through a Shared Leadership Model in the Intensive Care Setting. *Dimension of Critical Care Nursing*, 2002, **21** (4), 154-161. ISSN 0730-4625.

Kvalifikační práce:

BUREŠOVÁ, Jana. *Začínající sestra v intenzivní péči: šok z přechodu do praxe*. Brno, 2014. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta.

HUDCOVÁ, Lenka. *Role sestry manažerky na usnadnění adaptačního nově nastupující sestry na oddělení ARO, JIP*. České Budějovice, 2011. Diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

KOLÁŘOVÁ, Markéta. *Práce sestry s technikou na ARO – výukový materiál pro sestry*. České Budějovice, 2013. Diplomová práce (Mgr.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

POČINOVÁ, Lucie. *Adaptační proces všeobecných sester na oddělení intenzivní péče*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd.

UHÝRKOVÁ, Radana. *Adaptační proces zdravotnických záchranářů*. Olomouc, 2013. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta.

Ostatní:

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a kol. Mentor klinické praxe v ošetrovatelství a porodní asistenci. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství V*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010, s. 23-25. ISBN 978-80-7248-607-6.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 2. 2. 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452 - 1479. ISSN: 1211-1244.

ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. 11. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. ISSN: 1211-1244.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Speciální textilie ve formě trička či pásu monitorují základní životní funkce a somnografický profil. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*, 2010a, roč. 57, č. 1. ISSN: 1212-3048.

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Brusel 2010 – střípky i výhledy. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*, 2010b, roč. 57, č. 2. ISSN: 1212-3048.

FN PLZEŇ. Směrnice 4/005/02: Adaptační proces zaměstnanců. Plzeň, 2013.

FN PLZEŇ. Směrnice 7/006/04: Používání technických zařízení a přístrojové techniky. Plzeň, 2014.

FRESENIUS KABI. *Volumat Agilia*. 2008a. Návod k použití – volumetrická infuzní pumpa.

FRESENIUS KABI. *Injectomat Agilia*. 2008b. Návod k použití.

GE MEDICAL SYSTEMS. *Dash[®] 3000/4000*. 2001. Pacientský monitor – uživatelská příručka.

CHEIRÓN. *Elektrická odsávačka Victoria*. 2004. Návod k použití, model Victoria Partable 11-1110.

ENGINIVITY, LLC. *enFlow[®] systém pro ohřev i.v. tekutin/krve*. 2009. Uživatelská příručka.

KOŘÍNKOVÁ, Romana. Adaptace absolventů na oddělení JIP ve FN Motol. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství XII*. Praha: FN Motol, 2010, s. 107-111. 978-80-87347-03-4.

LINET. *Eleganza 3XC*. 2013. Návod k použití – polohovatelné lůžko pro JIP a ARO.

MZČR. Vyhláška 55/2011 ze dne 1. 3. 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482 – 544. ISSN 1211-1244.

MZČR, Vyhláška 493/2005 ze dne 19. 12. 2005 seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 171, s. 8989-9580. ISSN 1211-1244.

NOVÁK, Ivan. Těsná kontrola glykémie u kriticky nemocných. In: *Novinky v anesteziologii, intenzivní a neodkladné medicíně 2006*. Praha: Euroverlag, 2006, s. 85-89. ISBN 80-7177-027-2.

TYCO HEALTHCARE GROUP LP. *Warm touch*. 2003. Návod k použití, model WT 5800

Internetové zdroje:

Grafologie a psychologie. *MBTI[®] Typologie osobnosti* [on-line]. 2007 [cit. 16. 3. 2015]. Dostupné z: <http://ografologii.blogspot.cz/2007/11/mbti-typologie.html>.

MZČR. *Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [on-line]. 2013 [cit. 16. 7. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-k-realizaci-a-ukonceni-adaptacniho-procesu-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky_2340_930_3.html.

MZČR. *Vzdělávací program certifikovaného kurzu Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence* [on-line]. 2014 [cit. 22. 7. 2014]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/Certifikovan%C3%BD_kurz_-_MENTOR_KLINICK%C3%89_PRAXE_O%C5%A0ET%C5%98OVATELSTV%C3%8D_A_PORODN%C3%8D_ASISTENCE%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/Certifikovan%C3%BD_kurz_-_MENTOR_KLINICK%C3%89_PRAXE_O%C5%A0ET%C5%98OVATELSTV%C3%8D_A_PORODN%C3%8D_ASISTENCE%20(1).pdf)

PROMEDICA PRAHA GROUP, A.S. *Mikrodialýza* [on-line]. 2011 [cit. 22. 8. 2014]. Dostupné z: <http://www.promedica-praha.cz/mikrodialyza.html>.

SOCIO PRESS. *Jaké povolání Češi obdivují? Výsledky výzkumu Prestiž povolání 2013* [on-line]. 2013 [cit. 25. 8. 2014]. Dostupné z: <http://sociopress.cz/infografika-sociopressu-spolecne-s-cvvm/>.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Zastoupení respondentů dle MBTI®
Tabulka 2	Rozdělení osobnostních typů dle MBTI®

SEZNAM GRAFŮ A SCHÉMAT

Graf 1	Zastoupení osobnostních typů dle MBTI® (bez smíšených typů)
Graf 2	Poměr extraverte - introverze
Graf 3	Poměr smysly - intuice
Graf 4	Poměr myšlení - cítění
Graf 5	Poměr rozhodování – vnímání
Graf 6	Zastoupení respondentů z FN Plzeň pro určení typologie MBTI®

Schéma 1	Nejnáročnější přístrojová technika
Schéma 2	Využívané výukové a podpůrné materiály
Schéma 3	Nejpřínosnější způsob předávání nových informací
Schéma 4	Co/kdo usnadňuje obsluhu přístrojů
Schéma 5	Charakteristika mentora

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a.	arterie
ALI	akutní poškození plic (acute lung injury)
ARDS	syndrom respirační tísně dospělých (adult respiratory distress syndrom)
ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
aVF	unipolární končetinový svod pravé horní končetiny
aVL	unipolární končetinový svod levé horní končetiny
aVR	unipolární končetinový svod levé dolní končetiny
°C	stupně celsia
CNS	centrální nervový systém
CO ₂	oxid uhličitý
CRP	C- reaktivní protein
CPP	mozkový perfuzní tlak
CVP	centrální žilní tlak (central venous pressure)
č.	číslo
ECMO	extrakorporální membránová oxygenace
EtCO ₂	parciální tlak oxidu uhličitého na konci výdechu
EEG	elektroencefalografie
EKG	elektrokardiografie
ETK	endotracheální kanyla
FN	fakultní nemocnice
IABP	intraaortální balonková kontrapulzace
IAP	intraabdominální tlak (intraabdominal pressure)
IBP	ivazivní krevní tlak (invazive blood pressure)
ICP	intrakraniální tlak (intracranial pressure)
JIP	jednotka intenzivní péče
kPa	kilopascal
KPCR	kardiopulmocerebrální resuscitace
mmHg	milimetr rtuťového sloupce
MAP	střední arteriální tlak
MR	magnetická rezonance
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIBP	neinvazivní krevní tlak (non-invazive blood pressure)

PET/CT	pozitronová emisní tomografie/ počítačová tomografie
POCT	laboratorní vyšetření v blízkosti pacienta (point-of-care testing)
s.	strana
Sb.	sbírka
SG	Swanganzův katétr
$S_{vJ}O_2$	jugulární oxymetrie
rSO_2	regionální tkáňová oxymetrie
TSK	tracheostomická kanyla
V_1-V_6	hrudní svody
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Stanovisko FN Plzeň k výzkumnému šetření
Příloha č. 2	Struktura rozhovoru se všeobecnými sestrami
Příloha č. 3	Zastoupení respondentů z FN Plzeň pro určení typologie MBTI®
Příloha č. 4	Tabulka osobnostních typů dle MBTI®
Příloha č. 5	Rozhovory s respondenty

PŘÍLOHA Č. 1



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Veronika Kuchtová, Bc.

Studentka oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, Západočeská univerzita v Plzni,
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povoluji Vaše šetření mezi všeobecnými sestrami FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce s názvem „Zdravotnická technika v prostředí intenzivní péče pohledem všeobecné sestry v adaptačním procesu“.

Vaše výzkumné šetření bude probíhat pomocí polostrukturovaného rozhovoru, vedeného s všeobecnými sestrami *Anesteziologicko-resuscitačního oddělení a I. Interní kliniky* FN Plzeň, dále pomocí dotazníku, určeného všeobecným sestram, na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – I. interní, II. interní, anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, dětská, gynekologicko-porodnická, chirurgická, neurologická, ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, pneumologie a ftyzeologie.*
- *Oddělení – anesteziologicko-resuscitační, hematoonkologické, chirurgické, kardiochirurgické, kardiologické, klinické farmakologie, neonatologické, neurochirurgické.*

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní nelékařští zdravotničtí pracovníci oslovených ZOK souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše výzkumné šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření (na níže uvedený e-mail) a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vaší práce na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi respondenti pocítovali jako újmu. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

8. 1. 2015

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA Č. 2

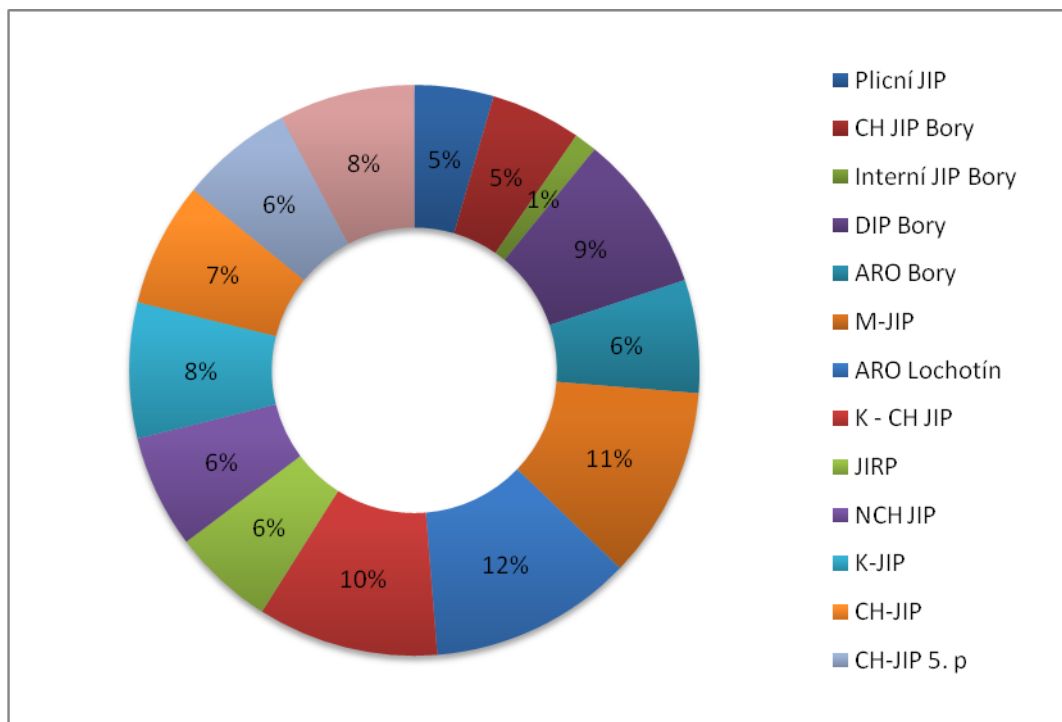
STRUKTURA ROZHOVORU SE VŠEOBECNÝMI SESTRAMI

1. Popište nejčastější přístrojovou techniku na vašem oddělení.
2. Obsluha kterých přístrojů, pro vás byla nejnáročnější?
3. Jaké podpůrné, výukové materiály jste měl/a k dispozici?
4. Vyhovoval vám způsob předávání informací? Co vám osobně vyhovovalo nejvíce?
5. Po jaké době jste si byl/a jistá v obsluze přístrojů? Po jaké době jste byl/a schopná předávat zodpovědně informace druhým?
6. Co/kdo vám pomáhalo, usnadňovalo obsluhu přístrojů?
7. Co byste změnil/a?
8. Měl/a jste školitele?
9. Charakterizujte vašeho mentora.
10. Sešli jste se z počátku s mentorem, abyste si ujasnili cíle a postupy? Hodnotíte společně vývoj, postup? Jak často?
11. Znal mentor vaše silné a slabé stránky? Poskytoval vám mentor zpětnou vazbu? Dával vám najevo posun ve vašem zapracování?
12. Je pro vás váš mentor vzorem?
13. Umí předat informace a vhodně zvolit výukovou metodu?
14. Jaký máte názor na více školitelů současně?
15. Už jste pracoval/a v prostředí intenzivní péče?
16. Jak probíhal adaptační proces jinde?
17. Využil/a jste při vašem současném zapracování předchozí zkušenosti?
18. Máte dostatek teoretických znalostí?
19. Co by vám průběh adaptačního procesu usnadnilo?
20. Vaše postřehy, náměty, nápady

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA Č. 3

Graf 6 Zastoupení respondentů z FN Plzeň pro určení typologie MBTI®



Z celkového počtu 156 správně vyplněných dotazníků bylo sedm respondentů z plicní JIP, osm respondentů z CH JIP Bory, dva respondenti z Interní JIP Bory, 14 respondentů z DIP Bory, deset respondentů z ARO Bory, 17 respondentů z M – JIP, 18 respondentů z ARO Lochotín, 16 respondentů z K – CH, devět respondentů z JIRP, deset respondentů z N – CH JIP, 12 respondentů z K – JIP, 11 respondentů z CH – JIP, deset respondentů z CH – JIP 5. p. a 12 respondentů z JIRP neonatologie.

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA Č. 4

Tabulka 2 Rozdělení osobnostních typů dle MBTI®

ISTJ	ISFJ	INFJ	INTJ
ISTP	ISFP	INFP	INTP
ESTP	ESFP	ENFP	ENTP
ESTJ	ESFJ	ENFJ	ENTJ

Kombinací písmen, která označují psychické preference, vzniká šestnáct osobnostních typů. Ty jsou vyjádřeny čtyřpísmenným kódem.

Zdroj: CRKALOVÁ, Anna a RIETHOF Norbert. *Průvodce světem koučování a osobnostní typologie*, s. 274.

PŘÍLOHA Č. 5

ROZHOVORY S RESPONDENTY

Respondentka č. 1

1. Popište nejčastější přístrojovou techniku na vašem oddělení.

Na oddělení máme monitoraci vitálních funkcí, ventilátory, dávkovače, infuzní pumpy, odsávací přístroje, Picco, eliminační přístroj pro CVVH.

2. Obsluha kterých přístrojů, pro vás byla nejnáročnější?

Asi dialýza.

3. Jaké podpůrné, výukové materiály jste měla k dispozici?

Měla jsem zápisky od kolegyň, standardy, či přímo interně vytvořené návody.

4. Vyhovoval vám způsob předávání informací? Co vám osobně vyhovovalo nejvíce?

Ano. Pomáhaly mně cenné rady kolegyň a hlavně jejich pozitivní a trpělivý přístup.

5. Po jaké době jste si byla jistá v obsluze přístrojů? Po jaké době jste byla schopná předávat zodpovědně informace druhým?

Obecně mám stále respekt ke všem přístrojům, které používáme. Největší nejistotu jsem pociťovala u dialýzy. Důvodem je, že se nepoužívá každý den. U přístrojů, které používám běžně, zvládám obsluhu bez větších potíží. Pak jsou ale přístroje, které umím obsluhovat samostatně, ale vznikají situace, kdy se musím na něco přeptat. No a pak jsou tu přístroje, které se používají sporadicky. Ty umím ovládat, ale potřebuji supervizora, především kvůli jistotě.

6. Co/kdo vám pomáhalo, usnadňovalo obsluhu přístrojů?

Řekla bych, že jsem technický typ, a také ochota kolegů.

7. Co byste změnila?

Nic mě nenapadá.

8. Měla jste školitele?

Ano.

9. Charakterizujte vašeho mentora.

Měla jsem štěstí na svou mentorku, měly jsme spolu přátelský vztah. Je to velice chytrá a rozumná sestra. Velice si jí vážím, jako člověka i jako odborníka, praxi má tak 25 let.

10. Sešli jste se z počátku s mentorem, abyste si ujasnili cíle a postupy? Hodnotíte společně vývoj, postup? Jak často?

Na začátku jsme si řekly, jak to bude probíhat. Vývoj zapracování hodnotila ale nepravidelně, několikrát v průběhu adaptáku jsem jí sama žádala o zpětnou vazbu.

11. Znal mentor vaše silné a slabé stránky? Poskytoval vám mentor zpětnou vazbu? Dával vám najevo posun ve vašem zapracování?

Já myslím, že určitě.

12. Je pro vás váš mentor vzorem?

Ano, a to jak profesně, tak lidsky.

13. Umí předat informace a vhodně zvolit výukovou metodu?

Řekla bych, že má ten přirozený talent učit.

14. Jaký máte názor na více školitelů současně?

Nesetkala jsem se s tím, ale z hlediska pedagogiky bych řekla, že to na studenta může mít různý vliv. Velice záleží na vztahu, který si mezi sebou student a mentor vytvoří. Pokud jsou na stejné vlně, jeden mentor je dostačující. Pokud mají mezi sebou konflikty, pravděpodobně by pro studenta bylo více mentorů přínosnější. Důležité je, aby mentor ani student nebyli předpojatí, a pokud by tomuhle více mentorů zabránilo (tzv. víc hlav, víc ví ...), tak pro studenta jediné dobře. Ale pokud má student mentora, který mu vyhovuje, více mentorů by vneslo jen zmatek.

15. Už jste pracovala v prostředí intenzivní péče?

Nepohybovala jsme se v intenzivní péči, dokonce jsem měla velmi málo zkušeností z této oblasti... Ale vždy jsem toužila intenzivní medicínu dělat. Před nástupem na mé současné oddělení jsem při studiu pracovala. Mezitím jsem pracovala v cizině – jen několikaměsíční pracovní zkušenost ve zdravotnických zařízení různého typu.

16. Jak probíhal adaptační proces jinde?

V Čechách jsem mentora měla poprvé až v současném zaměstnání. Obecně vzato mé předešlé pracovní zkušenosti nebyly zrovna milé.... A o mentorovi se mi mohlo jenom zdát. Tam to probíhalo stylem, dělej, co umíš, a nauč se to, jak chceš. Ale v zahraničí jsem ho měla pokaždé a perfektního. Erudovaného, trpělivého, odborníka ve svém oboru.

17. Využila jste při vašem současném zapracování předchozí zkušenosti?

Určitě jsem něco znala z praxe ze školy. Ale ze školy co se týká praktických věcí, jsem toho uměla velmi málo, i když jsem se v intenzivní péči při praxi na škole pohybovala.

18. Máte dostatek teoretických znalostí?

Myslím, že ano.

19. Co by vám průběh adaptačního procesu usnadnilo?

Usnadnění je skryté v toleranci a pomoci od kolegů.

20. Vaše postřehy, náměty, nápady

Mentoring je užitečná činnost. Pokud je vedený správně, je velkým přínosem nejen pro studenta, ale také pro celý tým!

Respondentka č. 2

1. Popište nejčastější přístrojovou techniku na vašem oddělení.

Nejvíce pracuji s dávkovači, infuzními pumpami, monitory, ventilátory, krevním analyzátozem. Méně často s Vigileem a kontinuální dialýzou. A s některými přístroji jsem se dosud samostatně nesešla, například ECMO.

2. Obsluha kterých přístrojů pro vás byla nejnáročnější?

Určitě kontinuální dialýza.

3. Jaké podpůrné, výukové materiály jste měla k dispozici?

Co jsem potřebovala, tak mě buď někdo poradil, ukázal, nebo jsem si to mohla někde najít. Na oddělení je spousta informací na intranetu nebo v informačních brožurách, manuálech. Na druhou stranu, když je třeba nějaký rychlý příjem, tak většinou čas nikdo nemá, aby mně něco ukazoval, hledal, učil ...

4. Vyhovoval vám způsob předávání informací? Co vám osobně vyhovovalo nejvíce?

Mám dobrou školitelku, zná hodně věcí, má přehled, umí dobře vysvětlit. Vyhovuje mně, když si můžu něco nanečisto vyzkoušet, když vím, že je na nové informace klid.

5. Po jaké době jste si byla jistá v obsluze přístrojů? Po jaké době jste byla schopná předávat zodpovědně informace druhým?

To je těžké, asi jak u čeho. Dávkovače a pumpy problém nebyly, to šlo rychle. Kontinuálka je složitá, pamatuji se, že jsem párkrát setovala s kolegyní stejně služebně starou, každá jsme věděly kousek a daly jsme to dohromady, bylo to fajn.

6. Co/kdo vám pomáhalo, usnadňovalo obsluhu přístrojů?

Určitě pomoc a nápověda školitelky, něco jsem si sama poznamenávala, a když jsem to potřebovala, tak jsem hledala ve svých poznámkách.

7. Co byste změnila?

Vyhovoval by mně nějaký přehledný materiál, „výcuc“ informací k některým přístrojům, hlavně tedy k Vigileu a kontinuálce, event. k přístrojům, které se nepoužívají tak často nebo se zapůjčují z jiných oddělení – Cool gard, ECMO.

8. Měla jste školitele?

Ano.

9. Charakterizujte vašeho mentora.

Je to kolegyně s dlouholetou praxí, má přehled o všem, co se na oddělení provádí. Optimistická, umí povzbudit, avšak ne vždy systematická, ne vše jsem napoprvé pochopila, když mně to vysvětlovala.

10. Sešli jste se z počátku s mentorem, abyste si ujasnili cíle a postupy? Hodnotíte společně vývoj, postup? Jak často?

To ne, měla jsem plán, a pokud jsme něco splnily, tak jsme to odškrtny. Když něco zvládnu, tak mi to řekne, pochválí. Ale plánovaně nic nehodnotíme, spíš jen tak mezi řečí.

11. Znal mentor vaše silné a slabé stránky? Poskytoval vám mentor zpětnou vazbu? Dával vám najevo posun ve vašem zapracování?

Ano, známe se už delší dobu. Ano, věděla jsem, co je dobré a co musím zlepšit. Posun jak kdy...

12. Je pro vás váš mentor vzorem?

Určitě ano, je to výborná sestra, pěkně se chová jak k ostatnímu personálu, tak k pacientům, hodně toho ví, co se týká intenzivní péče. Jedná se o člověka, který je pro mne vzorem i v životě.

13. Umí předat informace a vhodně zvolit výukovou metodu?

Ne vždy jsem přesně pochopila, co mně chce říct, tak jsem se ptala. Něco jsem třeba potřebovala ukázat jinak, pomaleji, znovu, přijít si na to sama. Některé informace jsem si dohledávala doma z knížek nebo na internetu.

14. Jaký máte názor na více školitelů současně?

Nesetkala jsem se s touto variantou, ale myslím, že bych se nebránila, přijde mně to zajímavý. Po nějaké době společných služeb bych uvítala změnu a taky každý dělá některé věci „drobet“ jinak, každý má svůj grif.

15. Už jste pracovala v prostředí intenzivní péče?

Ano, před mateřskou dovolenou.

16. Jak probíhal adaptační proces jinde?

Mohu srovnat adaptační proces ve FN Plzeň a v menší nemocnici, kde jsem začínala svoji praxi. Předchozí adaptační proces ve FN se nesl v obdobném duchu. Menší nemocnice neměla tehdy tak propracovaný systém, v podstatě jsem informace získávala hozena do vody, nejednalo se o žádný systematický postup, školitelku jsem tehdy neměla, pokaždé jsem sloužila s někým jiným.

17. Využila jste při vašem současném zapracování předchozí zkušenosti?

Ano, něco jsem si pamatovala, něco se dělá lehce jinak, přístroje jsou určitě jednodušší, co se týká obsluhy. Také na oddělení není tolik druhů třeba pump nebo dávkovačů, jako dřív.

18. Máte dostatek teoretických znalostí?

Určitě ne, stále se učím ...

19. Co by vám průběh adaptačního procesu usnadnilo?

Jak už jsem říkala, nějaký stručný manuál ke kontinuálce.

20. Vaše postřehy, náměty, nápady

Byla jsem ráda, že jsem jako školitelku měla kolegyni, kterou už jsem znala před mateřskou, hodně mně to pomohlo při mém návratu zpět. Vzhledem k obrovskému množství informací, kterými je člověk zahlcen při vstupu do práce ve FN, bych uvítala nějaké informace, které by bylo možné vzít si domů, například na CD. Vzhledem k velkému množství sester na našem oddělení jsem měla zpočátku problém zapamatovat si jednotlivá jména.

RESPONDENTKA Č. 3

1. Popište nejčastější přístrojovou techniku na vašem oddělení.

U nás nejčastěji používáme lineomaty, infuzní pumpy, enterální pumpy, monitory, ventilátory, odsávačky, dialýzu, hotline, warmth, defibrilátor, kalorimetrii, EEG, EKG,

kompresory pro antidekubitární matrace, nebulizátory, bronchoskopii, elektrokoagulaci, rehabilitační dlahy,

2. Obsluha kterých přístrojů pro vás byla nejnáročnější?

Přístroje jsem měla možnost poznat již v předchozím zaměstnání a především na odborných praxích při studiu, což mi velmi usnadnilo seznamování s novým pracovním prostředím. Během adaptačního procesu jsem měla možnost vidět v chodu snad všechny přístroje, ale rozhodně jsem neměla možnost se všemi přístroji zkusit manipulovat sama. Přestože jsem měla ukončený adaptační proces, s manipulací méně používaných přístrojů jsem potřebovala asistenci kolegyň. Jak jsem v předchozích odpovědích zmínila, s některými přístroji jsem byla seznámena již na odborných praxích, tudíž pro mě byla nejobtížnější obsluha těch přístrojů, které jsem nikdy před tím neobsluhovala ani jako student pod dohledem. Snad proto, že se jedná o složitější přístroje nebo přístroje, které se využívají jednou za čas, a sestry, které mají na starost studenty, si tyto výkony pro jistotu provedou sami. Jedná se především o dialýzy, defibrilátory, kalorimetrii, EEG.

3. Jaké podpůrné, výukové materiály jste měla k dispozici?

Jako hlavní podpůrný a výukový materiál bych viděla sestru školitelku. Nejsem si vědoma, že by se mi do rukou dostal manuál například k obsluze dialýzy nebo EEG. Jsem si jistá, že na sesterně máme k dispozici tyto manuály přímo od výrobců přístrojů a vypracované standardy k jednotlivým výkonům s přístroji, ale nikdy jsem je k zaučení nevyužila. Především protože jsou zdlouhavé a zahlcovat se zbytečným přebytkem informací v době zaučování, kdy se na člověka valí tisíce jiných informací, je nežádoucí. A přirozeně jsem vyhledávala nejsnadnější a nejstručnější rady. Pro mě osobně je velmi důležité znát okolnosti, důvody, mechanismy vzniku problémů, alternativní možnosti všeho nového, co se učím. V tomto shledávám nezastupitelnost osobního přístupu mentorek a jejich zkušeností před tištěným materiálem.

4. Vyhovoval vám způsob předávání informací? Co vám osobně vyhovovalo nejvíce?

Nejvíce se mi osvědčil způsob: „zkusím to sama, co mi nebude jasné, nechám si vysvětlit“. Následně to celé zopakuju. Takže bych si vybrala možnost: rada kolegyně. Abych dokázala ten samý výkon v budoucnu provést sama, dělala jsem si stručně poznámky a vytvořila si tak vlastními slovy (pro mě nejpochoptelnější) návod. Za užitečné považuji také popisky na technice – například návody na dialýzách KROK po KROKU. Obrázky alarmů na infuzních pumpách.

5. Po jaké době jste si byla jistá v obsluze přístrojů? Po jaké době jste byla schopná předávat zodpovědně informace druhým?

100% jistá si nejsem dodnes. Paradoxně si jsem víc jistá s přístroji, se kterými jsem měla na začátku největší potíže. Vysvětlením je zřejmě to, že jsem řešila s daným přístrojem tolik komplikací, že mám nyní pocit, že mě snad už ničím nepřekvapí (infuzní pumpa).

6. Co/kdo vám pomáhalo, usnadňovalo obsluhu přístrojů?

Rady kolegyň, návody na přístrojích a vlastní poznámky.

7. Co byste změnila?

Na každý přístroj bych umístila jasný stručný manuál + chyby, jaké mohou nastat, co mohou způsobit, a jak je vyřešit. Samozřejmostí by byly i druhy alarmů, co znamenají, čím jsou způsobené, a jak problém odstranit.

8. Měla jste školitele?

Ano, na jednotce intenzivní péče mne byla přidělena sestra školitelka, která se mi věnovala po celou dobu adaptačního procesu.

9. Charakterizujte vašeho mentora.

Sestra s třicetiletou praxí v intenzivní medicíně, překypující energií a laskavostí, s velkým pochopením pro začínající sestry a obrovskou trpělivostí. Náš vztah byl vynikající, přestože byl mezi námi generační rozdíl. Její přístup a ochota pro mě velmi znamenaly a troufnu si ji nazvat mým profesním vzorem.

10. Sešli jste se z počátku s mentorem, abyste si ujasnili cíle a postupy? Hodnotíte společně vývoj, postup? Jak často?

Náš společný cíl byl jasný natolik, že nebylo potřeba ho vyslovit nahlas – dokončit adaptační proces samozřejmě s uvědoměním, že je třeba se učit novým věcem dál, po celou dobu ošetrovatelské kariéry. Z počátku jsme si ujasnily, jak budem společně pracovat, protože nesla za našeho společného pacienta odpovědnost mentorka. Všechny léky, které jsem pacientům v této době podávala, jsem ji nechávala zkontrolovat a ona mi na oplátku projevovala větší důvěru v podobě samostatnější práce, která pro mě byla pro zapamatování nových postupů nejvíce přínosná. Během adaptačního procesu mě průběžně hodnotila: úspěchy chválila a neúspěchy mě motivovala pro příští úspěchy.

11. Znal mentor vaše silné a slabé stránky? Poskytoval vám mentor zpětnou vazbu? Dával vám najevo posun ve vašem zapracování?

O slabých a silných stránkách měla jasný přehled. Aktivně vyhledávala výkony, ve kterých jsem si nebyla jistá, abych si je procvičila a využila tak dobu adaptačního procesu, kdy měla čas se mi věnovat, vysvětlovat a pomáhat. V postupech, ve kterých jsem neměla problémy a znala okolnosti, mě nechávala pracovat spíše samostatně, což mě vždy pozvedlo a udělalo radost, že jsem schopná již alespoň něco zvládnout bez asistence druhé osoby.

12. Je pro vás váš mentor vzorem?

ANO!!!

13. Umí předat informace a vhodně zvolit výukovou metodu?

Jak jsem již zmínila u předchozích odpovědí, vyhovovaly jsme si. Tím, že byla natolik trpělivá, byla schopna mi dát prostor a tiše se dívat, jak dělám chybu, jak na ni přicházím a jak se ji snažím následně vyřešit. Věděla, že to pro mě bude nejpřínosnější, než kdyby mě hned na začátku začala poučovat, přestože by to bylo pro ni časově výhodnější.

14. Jaký máte názor na více školitelů současně?

Asi bych si připadala jako horký brambor. Myslím, že by víc školitelů ztratilo přehled o slabínách zaučovaného. Zaučovaný přestává být vizitkou svého jediného školitele, což je jistě motivace školitele vést svého žáka k přesným a správným postupům.

15. Už jste pracovala v prostředí intenzivní péče?

Prostředí intenzivní medicíny jsem znala z praxe a při studiu jsem rok pracovala na částečný úvazek na „ARU“.

16. Jak probíhal adaptační proces jinde?

System byl stejný, také jsem měla mentorku.

17. Využila jste při vašem současném zapracování předchozí zkušenosti?

Ano a to jak z ARA, tak z praxe při škole.

18. Máte dostatek teoretických znalostí?

Myslím, že ano, lépe řečeno, jak ze které oblasti... Občas si staré informace oprašuji a nové vyhledávám v odborné literatuře.

19. Co by vám průběh adaptačního procesu usnadnilo?

Měla jsem výbornou školitelku. To zásadním způsobem ovlivnilo můj adaptační proces.

Respondentka č. 4

1. Popište nejčastější přístrojovou techniku na vašem oddělení.

Na našem oddělení se nachází mnoho přístrojové techniky. U každého pacienta využíváme monitor fyziologických funkcí, infúzní pumpy či lineomaty. Dále se zde nachází ventilátory, dialyzační přístroje pro kontinuální a intermitentní metody, analyzátor krve, méně často používané přístroje jsou například přístroj pro ECMO, Vigileo, zakomponování Swan – Ganze do monitoru.

2. Obsluha kterých přístrojů, pro vás byla nejnáročnější?

Zpočátku pro mne byla obtížná obsluha všech přístrojů. Nejtěžší pro mne bylo setování a obsluha dialyzačního přístroje.

3. Jaké podpůrné, výukové materiály jste měla k dispozici?

Ano, měla. Věděla jsem, kde mohu hledat veškeré informace vztahující se k obsluze jednotlivých přístrojů. Jednalo se o brožury od jednotlivých výrobců přístrojů a o materiály, které byly zjednodušeně zpracovány od jednotlivých kolegyň na oddělení.

4. Vyhovoval vám způsob předávání informací? Co vám osobně vyhovovalo nejvíce?

Ano, vyhovoval. Nejsem příliš technický typ, proto jsem potřebovala a stále ještě někdy potřebuji rady od kolegyň či mentorky.

5. Po jaké době jste si byla jistá v obsluze přístrojů? Po jaké době jste byla schopná předávat zodpovědně informace druhým?

Jistotu pro obsluhu základních běžně používaných přístrojů jsem získala během adaptačního procesu. Poté jsem byla schopná předat informace druhým. Jistotu u méně často používaných přístrojů však nemám dodnes. Nejvíce mne dodnes trápí setování kontinuální dialýzy a přístrojů, které jsem zatím neměla možnost obsluhovat (např. ECMO, Vigileo, monitorace Swan - Ganze).

6. Co/kdo vám pomáhalo, usnadňovalo obsluhu přístrojů?

Jak jsem již zmínila, nejvíce mne pomohly informace a rady od kolegyň. Informace jsem si zaznamenávala a vyhledávala jsem je, když jsem si nevěděla rady nebo si nebyla úplně jistá.

7. Co byste změnila?

Myslím si, že by stálo za zvážení zpracování informační brožury (nejen pro nově příchozí sestry), ve které by byl zjednodušený návod na obsluhu jednotlivých přístrojů. Výhodou by bylo také řešení jednotlivých situací/komplikací, které mohou při provozování jednotlivých přístrojů nastat. Tyto informace jsou na oddělení sice k dispozici, ale brožura by tvořila kompletní, ucelený přehled a urychlila by orientaci.

8. Měla jste školitele?

Ano, měla jsem přiřazenou školitelku, se kterou jsem během adaptačního procesu měla stejné směny a mohla se na ní vždy obracet s dotazy.

9. Charakterizujte vašeho mentora.

Moje školitelka má dlouholetou praxi, a tudíž má také spoustu zkušeností z oboru intenzivní péče. Vztah mezi mnou a mojí školitelkou byl kladný.

10. Sešli jste se z počátku s mentorem, abyste si ujasnili cíle a postupy? Hodnotíte společně vývoj, postup? Jak často?

Při nástupu na oddělení jsem dostala informační list pro adaptační proces, kde byly jasně vytyčené výkony. Tyto výkony jsem měla zvládat před ukončením adaptačního procesu. Splnění výkonů jsem si hlídala sama. Vždy jsem poprosila školitelku, zda by se mnou detailně prošla jednotlivé výkony, které byly obsaženy v adaptačním listu. Někdy jsme vše společně probraly, někdy jsem byla odkázána na ošetřovatelské standardy.

11. Znal mentor vaše silné a slabé stránky? Poskytoval vám mentor zpětnou vazbu? Dával vám najevo posun ve vašem zapracování?

Moje školitelka znala mé silné a slabé stránky. Zpětnou vazbu mně však neposkytovala. Abych věděla její názor na můj výkon, musela jsem se jí vždy přímo zeptat. Odpověď pro mě ale stejně nebyla dostačující a většinou mně moc nepomohla k dalšímu rozvoji.

12. Je pro vás váš mentor vzorem?

Ano, má školitelka je pro mne po odborné stránce dodnes vzorem .

13. Umí předat informace a vhodně zvolit výukovou metodu?

Nejsem si jista. Myslím si dokonce, že není vhodným adeptem pro mentorství nově příchozích sester. Z hlediska odborných znalostí a dovedností je výbornou školitelkou, z hlediska pedagogického vedení tomu tak není.

14. Jaký máte názor na více školitelů současně?

Myslím si, že pro začátek není dobré mít více školitelů. Každá školitelka má jiné názory a postupy, které vyžaduje, a poté je těžké si prosadit „ten správný postup“. Musím však za sebe říci, že jsem byla ráda za rady od ostatních kolegyň. Dokázaly mne lépe poukázat na problém, lépe poradit a především poskytnout zpětnou vazbu.

15. Už jste pracovala v prostředí intenzivní péče?

Zkušenost z jiných oddělení nemám. Po skončení studia jsem nastoupila na oddělení, na kterém pracuji dodnes.

16. Jak probíhal adaptační proces jinde?

Nemohu srovnávat, dosud jsme nepracovala.

17. Využila jste při vašem současném zapracování předchozí zkušenosti?

Něco jsem využila z praxe ze studia. Ale praxi jsem absolvovala v jiné nemocnici, menší. Většinu věcí, postupů jsem se musela naučit, stejně tak přístroje byly vesměs jiné a k většině jsem se během praxe jako studentka stejně nedostala.

18. Máte dostatek teoretických znalostí?

V některých oblastech znám teorii ze školy a chybí mi praxe, ale obecně asi ano.

19. Co by vám průběh adaptačního procesu usnadnilo?

Domnívám se, že by pro mě byl celý adaptační proces mnohem užitečnější se školitelkou, která by mě vhodně vedla a snažila se mně do celé problematiky intenzivní péče lépe zaučit a připravit na výkony a situace, které jsou s intenzivní medicínou spjaté. Možná bych svůj adaptační proces hodnotila jinak, kdybych neměla srovnání s jinak lépe vedenými adaptačními procesy v praxi.

Respondentka č. 5

1. Popište nejčastější přístrojovou techniku na vašem oddělení.

Nejčastěji pracuji s monitory, lineomaty, pumpami enterálními a patenterálními. Pak určitě ventilátory, EKG, krevním analyzátozem a kontinuálkou.

2. Obsluha kterých přístrojů pro vás byla nejnáročnější?

Nejobtížnější pro mě byla právě kontinuální dialýza a analyzátor krve. Dialýza pro mě byla náročná jak složitostí, než je nasetovaná a připravená k provozu, tak proto, že její použití není tak časté, vzhledem k ostatním přístrojům. Také mám respekt z ceny setů a možných

komplikací, které je možné způsobit. Analyzátor krve mně zpočátku také dával hodně zabrat.

3. Jaké podpůrné, výukové materiály jste měla k dispozici?

Využívala jsem tištěné materiály k přístrojům, tedy snažila jsem se je číst, ale zvláště některé jsou velmi rozsáhlé. Stejně ale pro mně byla největším zdrojem informací právě mentorka nebo ostatní kolegyně.

4. Vyhovoval vám způsob předávání informací? Co vám osobně vyhovovalo nejvíce?

Musím říct, že ne vždy jsem pochopila, co mně chce mentorka sdělit, mnohdy byly nové informace hodně složité a bylo jich příliš. To jsem si pak třeba nechala věc vysvětlit od někoho jiného nebo jsem opakovaně dotazovala mentorku. Určitě mně nejvíc pomáhalo teoretické vysvětlení, a pak několikrát předvedení, a pak jsem zkoušela novou věc já. Třeba u kontinuálky mně vyhovovaly cvičné sety, které jsem měla k dispozici v počátcích.

5. Po jaké době jste si byla jistá v obsluze přístrojů? Po jaké době jste byla schopná předávat zodpovědně informace druhým?

Přístroje, které se používají denně opakovaně tak velký problém nebyly, oproti technice, která je na oddělení používána minimálně. Třeba kontinuálku bych si ještě netroufla někomu vysvětlit, z té mám stále respekt.

6. Co/kdo vám pomáhalo, usnadňovalo obsluhu přístrojů?

Mentorka, to že jsem se mohla kdykoliv zeptat a to nejen mentorky, ale v podstatě všech, včetně lékařů. Psala jsem si poznámky a třeba u analyzátoru jsem si postup natočila na video v telefonu.

7. Co byste změnila?

Systém předávání nových informací mně vyhovoval.

8. Měla jste školitele?

Ano.

9. Charakterizujte vašeho mentora.

Sestra s velkou zásobou teoretických informací, velkými zkušenostmi a prakticky šikovná.

10. Sešli jste se z počátku s mentorem, abyste si ujasnili cíle a postupy? Hodnotíte společně vývoj, postup? Jak často?

Měly jsme plán adaptačního procesu a podle něj jsme postupovaly. Hodnocení bylo, ale spíše nepravidelně a neformální...

11. Znal mentor vaše silné a slabé stránky? Poskytoval vám mentor zpětnou vazbu? Dával vám najevo posun ve vašem zapracování?

Myslím, že za tu dobu, co jsme spolu strávily, jsme se poznaly oboustranně velmi dobře. Jak ze slovního hodnocení, tak z projevů chování se dalo lehce odhadnout, zda dělám práci dobře či ne. Výrazných pochval jsem se dočkala až ke konci adaptačního procesu a zpětně musím říct, že mě to příliš nemotivovalo. Také se mně vybavuje okamžik, kdy mentorka na celé oddělení nahlas komentovala, že se mi určitá věc nezdařila, cítila jsem se tehdy mimořádně bídně.

12. Je pro vás váš mentor vzorem?

Ano je, ale pouze v profesní rovině.

13. Umí předat informace a vhodně zvolit výukovou metodu?

Jak už jsem říkala, ne vždy jsem pochopila smysl nových informací, někdy bylo informací hodně a nebyl v nich systém. V těchto případech jsem se zpětně dotazovala. Věděla jsem, že moje mentorka je tu pro mne, byla ochotná vše vysvětlit, byla mě neustále k dispozici, snažila se.

14. Jaký máte názor na více školitelů současně?

Pokud bych si mohla vybrat, po nějaké době bych si mentora vyměnila. Této možnosti bych využila i proto, že vím, že by mně například jiná kolegyně lidsky vyhovovala více a i proto, že bych měla vhléd do práce i od někoho jiného.

15. Už jste pracovala v prostředí intenzivní péče?

Nikdy, jen minimální dobu na praxi na vysoké škole.

16. Jak probíhal adaptační proces jinde?

Nemohu to posoudit, mohu srovnat jen zaučování u nás na oddělení, jak to probíhalo u jiných kolegyň. Musím říct, že co se týká znalostí a dovedností, jsou všechny mentorky více méně na stejné úrovni, ale co se týká pedagogických dovedností, ne všechny mají vlastnosti, které bych očekávala u mentora.

17. Využila jste při vašem současném zapracování předchozí zkušenosti?

Ano, ale pouze ze studia a z praxe ve škole, z praktických věcí ze školy jsem se se spoustou věcí vůbec neměla možnost setkat, určitě bych sem zařadila třeba přístroje.

18. Máte dostatek teoretických znalostí?

Jak u čeho

19. Co by vám průběh adaptačního procesu usnadnilo?

Jiná mentorka, přehledný soubor informací o oddělení – postupy u některých výkonů, informace o kontinuálce...

Respondentka č. 6

1. Popište nejčastější přístrojovou techniku na vašem oddělení.

Monitory, ventilátory, pumpy a dávkovače, analyzátor krve dialýza, EKG.

2. Obsluha kterých přístrojů pro vás byla nejnáročnější?

Se všemi přístroji už jsem pracovala před mateřskou dovolenou, takže základní schéma jsem si jakž takž pamatovala. Drtivá většina přístrojů byla stejná, podobná nebo se zjednodušila základní obsluha. Nejvíce osvěžit potřebovaly informace k CVVHD.

3. Jaké podpůrné, výukové materiály jste měla k dispozici?

Na oddělení jsou samozřejmě manuály a návody. Pro mě je nejvýznamnějším zdrojem informací mentorka nebo kolegyně, protože předávají v tu chvíli pro mě nejdůležitější informace.

4. Vyhovoval vám způsob předávání informací? Co vám osobně vyhovovalo nejvíce?

Ano. Určitě ústní podání a ukázka, jak a co.

5. Po jaké době jste si byla jistá v obsluze přístrojů? Po jaké době jste byla schopná předávat zodpovědně informace druhým?

Myslím, že návrat zpět do praxe netrval dlouho, jak jsem již říkala, zase se toho tolik nezměnilo, hodně jsem si toho pamatovala.

6. Co/kdo vám pomáhalo, usnadňovalo obsluhu přístrojů?

Určitě mentorka, kolegyně a věci, které jsem si pamatovala sama nebo jsem si na ně přišla sama, když jsem třeba udělala chybu.

7. Co byste změnila?

Nic.

8. Měla jste školitele?

Ano.

9. Charakterizujte vašeho mentora.

Šikovná sestra, spoustu věcí ví a umí, kamarádka.

10. Sešli jste se z počátku s mentorem, abyste si ujasnili cíle a postupy? Hodnotíte společně vývoj, postup? Jak často?

Měla jsem celkový plán, zpočátku jsme si řekly na začátku směny co a jak, co bysme ten den mohly zvládnout. Později už jsme plánovaly za pochodu. Postup v zapracování jsem viděla, ale bylo fajn sem tam slyšet od mentorky pochvalu.

11. Znal mentor vaše silné a slabé stránky? Poskytoval vám mentor zpětnou vazbu? Dával vám najevo posun ve vašem zapracování?

Ano, školitelka mě zná velmi dobře ... (smích). O tom, co mi jde nebo dělá problém jsme mluvily, často mě chválila a povzbuzovala.

12. Je pro vás váš mentor vzorem?

To ano, s mojí mentorkou si rozumíme jak profesně, tak v osobním životě.

13. Umí předat informace a vhodně zvolit výukovou metodu?

Ano. A pokud jsem něčemu nerozuměla, nebyla si jistá, nepochopila jsem, neměla jsem problém se zeptat. A většinou jsem neměla pocit, že někoho obtěžuju.

14. Jaký máte názor na více školitelů současně?

Nevím V mé situaci (návrat po MD) bych to neocenila. Ale dovedu si představit, že pro úplně nováčky by to mohlo být dobré.

15. Už jste pracovala v prostředí intenzivní péče?

Ano, před mateřskou dovolenou.

16. Jak probíhal adaptační proces jinde?

Nastoupila jsem po škole rovnou k nám na oddělení a adaptační proces probíhal tehdy v podobném duchu.

17. Využila jste při vašem současném zapracování předchozí zkušenosti?

Určitě ano, hodně věcí jsem potřebovala jen oprášit.

18. Máte dostatek teoretických znalostí?

Spíše ano.

19. Co by vám průběh adaptačního procesu usnadnilo?

Systematičtější přístup, přehlednější informace v nějakém dokumentu pouze pro nové sestry.

20. Vaše postřehy, náměty, nápady

Při návratu zpět pro mě bylo velkou oporou to, že jsem neměla problém se téměř kohokoliv zeptat. Bylo ale nepříjemné slyšet, to znáš, to si musíš pamatovat, to se dělá stejně jako dřív...

Respondentka č. 7

1. Popište nejčastější přístrojovou techniku na vašem oddělení.

Nejčastěji pracuji s pumpami, monitory fyziologických funkcí, EKG, ventilátory, méně často například s kontinuální dialýzou.

2. Obsluha kterých přístrojů pro vás byla nejnáročnější?

Většinu přístrojů jsem už znala z mého dřívějšího pracoviště. Když jsem nastupovala po škole, tak vím, že pro mě byla oříškem kontinuálka.

3. Jaké podpůrné, výukové materiály jste měla k dispozici?

Návody, standardy, k některým přístrojům máme vytvořené naše zkrácené návody.

4. Vyhovoval vám způsob předávání informací? Co vám osobně vyhovovalo nejvíce?

Ano, školitelka uměla vysvětlit věci, které jsem potřebovala. Mně vyhovuje, když mi někdo novou věc ukáže, okomentuje a pak když si to můžu v klidu zkusit sama. Ale potřebuju i nahlídnout do manuálu nebo knížky, mám ráda informace z více zdrojů.

5. Po jaké době jste si byla jistá v obsluze přístrojů? Po jaké době jste byla schopná předávat zodpovědně informace druhým?

Vzhledem k tomu, že přístroje byly téměř stejné, jistotu jsem získala velmi rychle.

6. Co/kdo vám pomáhalo, usnadňovalo obsluhu přístrojů?

Asi lidé okolo mě – kolegyně, hlavně mentorka. Že když jsem si nebyla jistá, šlo se zeptat, že byl stále někdo k dispozici.

7. Co byste změnila?

No....., asi nic.

8. Měla jste školitele?

Ano.

9. Charakterizujte vašeho mentora.

Sestra ve středních letech, zkušená, trpělivá, měla spoustu informací, hodně toho uměla.

10. Sešli jste se z počátku s mentorem, abyste si ujasnili cíle a postupy? Hodnotíte společně vývoj, postup? Jak často?

Ano, řekly jsme si, jak to bude vypadat. Hodnocení..... úplně nevím, chválila mě, že toho hodně umím, ale společně jsme to nijak nerozebíraly a pravidelně už vůbec ne.

11. Znal mentor vaše silné a slabé stránky? Poskytoval vám mentor zpětnou vazbu? Dával vám najevo posun ve vašem zapracování?

Asi ano, poznaly jsme se oboustranně. Posun jsem viděla sama, bylo hodně znát, že jsem většinu věcí znala. Ale mentorka to moc nekomentovala.

12. Je pro vás váš mentor vzorem?

Vzor ano, ale spíše v rovině pracovní, je mezi námi generační rozdíl.

13. Umí předat informace a vhodně zvolit výukovou metodu?

Co jsem potřebovala vědět, to mi vysvětlila, ukázala.

14. Jaký máte názor na více školitelů současně?

(smích) To nevím Myslím, že pokud by si mentor se svým svěřencem nasedli, tak by to asi bylo řešení. Pokud by se měli mentoři měnit, tak určitě po nějaké delší době, asi by to bylo dobrý pro holky hned po škole. Když nad tím tak přemýšlím, pokud bych si mohla vybrat, já bych toho asi využila.

15. Už jste pracovala v prostředí intenzivní péče?

Ano.

16. Jak probíhal adaptační proces jinde?

Nastoupila jsem na podobné oddělení hned po škole, systém byl více méně stejný.

17. Využila jste při vašem současném zapracování předchozí zkušenosti?

To jo, hodně mně to usnadnilo nástup, bylo to fajn a bylo to znát, že nejsem úplný nováček.

18. Máte dostatek teoretických znalostí?

Asi ano, ale spoustu věcí si musím neustále připomínat, opakovat.

19. Co by vám průběh adaptačního procesu usnadnilo?

Když tak přemýšlím, hodně jsem si ze začátku, hlavně po škole psala různé poznámky, který nebyly nikde pohromadě. Asi bych uvítala, pokud bych měla k dispozici nějaký přehledný dokument, který by mi ulehčil začátky, kdy se na mě valilo spousta informací.

20. Vaše postřehy, náměty, nápady

Adaptační proces byl podruhé mnohem jednodušší, rychlejší. A jak už jsem říkala, pomohl by nějaký přehled pro nové kolegyně, určitě by ho ocenily zvlášť absolventky.

Respondentka č. 8

1. Popište nejčastější přístrojovou techniku na vašem oddělení.

Nejčastější jsou dávkovače, infuzní pumpy a monitorovací technika.

2. Obsluha kterých přístrojů, pro vás byla nejnáročnější?

Vigileo přístroj, ten určitě.

3. Jaké podpůrné, výukové materiály jste měla k dispozici?

Na oddělení máme manuály k jednotlivým přístrojům, prezentace.

4. Vyhovoval vám způsob předávání informací? Co vám osobně vyhovovalo nejvíce?

Vyhovoval, pro mě byla nejpřínosnější rada mentorky a manuály k přístrojům.

5. Po jaké době jste si byla jistá v obsluze přístrojů? Po jaké době jste byla schopná předávat zodpovědně informace druhým?

Jak u kterých, záleželo na tom, jestli jsem přístroj používala denně nebo jestli jsem s ním přišla do kontaktu jen občas.

6. Co/kdo vám pomáhalo, usnadňovalo obsluhu přístrojů?

Mentorka, kolegyně, něco jsme si nechala vysvětlit od lékaře.

7. Co byste změnila?

Chybělo mi odborné proškolení k některým přístrojům, jako například ke kontinuální dialýze.

8. Měla jste školitele?

Ano, měla.

9. Charakterizujte vašeho mentora.

Rázná sestra, s dlouholetou praxí a aktuálními znalostmi na velmi vysoké úrovni. Praxi v oboru má tak deset let určitě. Náš vztah byl přátelský.

10. Sešli jste se z počátku s mentorem, abyste si ujasnili cíle a postupy? Hodnotíte společně vývoj, postup? Jak často?

To ne. Za hodnocení bych i byla ráda.

11. Znal mentor vaše silné a slabé stránky? Poskytoval vám mentor zpětnou vazbu? Dával vám najevo posun ve vašem zapracování?

Poznaly jsme se oboustranně... Jak už jsem říkala, o hodnocení nemůže být řeč, už vůbec ne pravidelném. Musím říct, že bych za to byla ráda. Ne, že by mentorka občas neřekla, že se mi něco povedlo nebo nepovedlo, ale hodnocení v pravém slova smyslu to nebylo. Skoro víc jsem se toho dozvěděla od kolegyň, třeba když jsem s někým sloužila po delší době, tak mně kolegyně řekla, že už toho třeba hodně umím, jak by bylo lepší dělat tu kterou věc, apod. Zpětnou vazbu na svoji práci jsem také měla od kolegyň, když jsme si opakovaně předávaly téhož pacienta.

12. Je pro vás váš mentor vzorem?

Zcela určitě je, oceňuji její znalosti, dovednosti, to jaký má přehled v oboru.

13. Umí předat informace a vhodně zvolit výukovou metodu?

To ano, velice pěkně mi byla schopná vysvětlit, ukázat nové věci, postupy.

14. Jaký máte názor na více školitelů současně?

To nemohu posoudit, měla jsem jen jednu školitelku.

15. Už jste pracovala v prostředí intenzivní péče?

Ano, rok a půl.

16. Jak probíhal adaptační proces jinde?

Pracovala jsme v menší nemocnici, adaptační proces neprobíhal nijak, učila jsem se za pochodu a to předáváním zkušeností od starších kolegyň.

17. Využila jste při vašem současném zapracování předchozí zkušenosti?

To ano, ale pouze z části. Něco ze školy z praxe, něco z minulého pracoviště.

18. Máte dostatek teoretických znalostí?

Spíše ne.

19. Co by vám průběh adaptačního procesu usnadnilo?

Jasně stanovení cílů, systematictější hodnocení během celého adaptačního procesu, možná i jeho delší doba.