

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Možnosti sestry ovlivňovat rušivé vnější faktory na JIP
Bakalářská práce

Mgr. Ivana Chloubová, R.N.

2009

Hana Vejvodová

Abstract

Noise, light, restless or aggressive patients may constitute disturbing effects for a patient who is hospitalized in an intensive care ward. These disturbing factors form an integral part of modern medicine. Invasive methods, monitoring technologies and other devices securing vital functions of a patient in an intensive care ward mean a greater chance for the patient to survive and recover but also a greater chance of discomfort during hospitalization in an intensive care ward.

The objective of the thesis was to find out how nurses in intensive care wards influence negative disturbing factors affecting the patients in connection with the regime of the intensive care ward, and how the patients react to negative disturbing factors in intensive care wards. Five hypotheses were raised. The first hypothesis was to confirm whether nurses are aware of negative factors affecting patients hospitalized in an intensive care ward. The second hypothesis was to confirm whether nurses eliminate these disturbing factors as much as possible with respect to maintenance of the intensive care ward operation. The third hypothesis was to verify whether patients regard these disturbing factors as negative. These three hypotheses have been confirmed. The fourth hypothesis was to confirm that noise is regarded by the patients as the worst disturbing effect. This hypothesis has been confirmed. The fifth hypothesis was to confirm whether disturbing effects are more easily endured by men than women. This hypothesis has not been confirmed.

Data were collected by means of a quantitative research. Patients and nurses obtained anonymous questionnaires. The research was conducted in the intensive care wards in hospital Nemocnice České Budějovice, a.s.

The research revealed the following facts. The objectives have been fulfilled. Four of five hypotheses have been confirmed. Both patients and nurses are conscious of the disturbing effects. Nurses in the intensive care wards have opportunities to influence negative disturbing factors without affecting the operation of the intensive care ward.

Negative disturbing effects are frequent in intensive care wards and form an integral part of their regime. This thesis may lead the nurses working in intensive care

wards to considerations how to reduce negative effects that are disturbing for the patients.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Možnosti sestry ovlivňovat rušivé vnější faktory na JIP vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

podpis studenta

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Ivaně Chloubové, R.N. za odborné vedení, cenné připomínky, rady a čas strávený při psaní mé bakalářské práce. Poděkování patří také celé mojí rodině za pomoc, trpělivost, psychickou podporu a toleranci v průběhu mého studia. Poděkování patří také všem, kteří mi poskytli informace ke zpracování této práce.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav	4
1.1 Definice jednotky intenzivní péče.....	4
1.2 Rozdělení a typy JIP.....	4
1.3 Přístrojové a personální vybavení JIP	5
1.4 Monitorování v intenzivní péči	6
1.4.1 Typy monitoringu v intenzivní péči.....	6
1.5 Dokumentace v intenzivní péči	10
1.6 Povolání sestry - JIP	11
1.7 Ošetrovatelský proces na JIP.....	14
1.8 Potřeby pacienta a intenzivní péče	16
1.8.1 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb	18
1.9 Rušivé vlivy na JIP	19
1.9.1 Hluk.....	20
1.9.2 Světlo	21
1.9.3 Agresivní a neklidný pacient.....	22
1.9.4 Intimita a soukromí	23
2. Cíle práce a hypotézy	24
2.1 Cíle práce.....	24
2.2 Hypotézy	24
3. Metodika.....	25
3.1 Metoda sběru dat	25
3.2 Výzkumný soubor	25
4. Výsledky.....	26
5. Diskuze.....	56
6. Závěr.....	61
7. Seznam použitých zdrojů	63

8. Klíčová slova.....	66
9. Přílohy.....	67

Úvod

Jednotky intenzivní péče jsou součástí téměř každého oddělení. Dnešní technicky vyspělá doba, možnosti medicíny a ošetřovatelství znamenají pro pacienty větší šance na uzdravení a přežití. Pokrok v medicíně a jeho agresivnější metody jsou pro pacienta zdrojem určitého diskomfortu. Monitorovací techniky, invazivní vstupy mohou pro pacienta představovat rušivý faktor.

Hluk na intenzivní péči je častý. Patří mezi jeden z nejvíce rušivých faktorů na JIP. Hluk vydávají přístroje, monitorovací techniky, ale i ostatní pacienti, kteří jsou hospitalizováni na jednotkách intenzivní péče, např. hrudní drenáž na aktivní sání, která nejenže může pacientovi způsobovat určitou bolest, je i dosti hlučná. Hluk je nepřetržitý. Monitorování krevního tlaku, srdeční akce sice v pacientovi nevyvolávají nepříjemné pocity, ale zvuková alarmující výstraha pro ošetřující personál při odchýlení od normy je dosti hlasitá. Možná pooperační agresivita či neklid spolupacientů mohou být pro pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče rušivými faktory.

Sestra pro vykonávání ošetřovatelských činností na jednotce intenzivní péče potřebuje určité světlo. Režim práce a ošetřování nemocných je neměnný pro den či noc. Sestra je jedinou osobou, která je schopná ztlumit světlo na jednotce intenzivní péče.

Soukromí a intimita je nejčastěji porušována na jednotkách intenzivní péče. Nedostatek soukromí, žádný soukromý prostor může být pro pacienta velmi stresující.

V současné době život člověka narušuje velmi mnoho rušivých faktorů. Zdravý člověk je schopný se s rušivými vlivy vypořádat, nebo má možnosti, jak rušivé vlivy eliminovat. Nemocný člověk, pacient je náhle v cizím prostředí, vnímá rušivé faktory intenzivněji, mohou mu způsobit poruchu spánku či neklid.

Pracuji na jednotce intenzivní péči, každý den se setkávám s pacienty, kteří jsou vystaveni rušivým faktorům. Cílem této práce je tedy zjistit, zda pacienti pozorují rušivé faktory na JIP, jak na ně reagují. Taktéž je cílem zjistit, zda mají sestry možnost rušivé vlivy odstranit.

Pouze empatická sestra může být tím činitelem, který si uvědomuje vliv rušivých faktorů na jednotce intenzivní péče.

1. Současný stav

1.1 Definice jednotky intenzivní péče

Jednotka intenzivní péče je specializované zdravotnické oddělení poskytující intenzivní zdravotnickou péči o vážně nemocné pacienty, kteří jsou ohroženi selháním základních životních funkcí, nebo po závažných operacích. Péče o takové pacienty spočívá v monitorování životních funkcí. Intenzivní péče je poskytována po dobu nezbytnou k provedení potřebných vyšetření a ošetření a to po dobu, kdy se již u pacienta neočekává zhoršení zdravotního stavu a jeho životní funkce jsou stabilní. Po tuto dobu se poskytuje intenzivní lékařská i ošetrovatelská péče (10).

„JIP – zkr. jednotka intenzivní péče. Nemocniční oddělení, které je vybaveno k léčbě pacientů, jejichž stav vyžaduje trvalý dozor a intenzivní péči. Bývá součástí různých oddělení (interního, chirurgického, neurologického aj.) Pacient je trvale sledován, kontrolují se jeho vitální (životní) funkce – dech, činnost srdce, krevní tlak apod. JIP je vybavena přístroji, které umožňují zvládání akutních stavů (řízené dýchání aj.). Pracují v ní speciálně vyškolení lékaři a zdravotní sestry (24, s. 215).“

1.2 Rozdělení a typy JIP

Intenzivní péče je obvykle rozdělována do tří stupňů: nižší, vyšší a nejvyšší (resuscitační). Nejde však o tři druhy intenzivní péče, ale jednotlivé jednotky intenzivní péče jsou řazeny do skupin. Podle skupin je určován vzor pro personální a přístrojové vybavení a určuje spektrum nemocných, kteří jsou na jednotkách intenzivní péče hospitalizováni (29).

Mezi nejčastější typy JIP patří: Intenzivní péče I. stupně: v menších zařízeních, kde je nutné neustálé monitorování stavu a zvýšená péče zdravotnického personálu. Na intenzivní péči I. stupně je možná okamžitá resuscitační péče s krátkodobou ventilací. Intenzivní péče II. stupně je poskytována ve větších městech, např. ve všeobecných nemocnicích. Je zde zajištěno základní neustálé monitorování, zvýšená péče sester, dlouhodobá ventilace a invazivní monitorace. Intenzivní péče III. stupně se převážně poskytuje ve fakultních a krajských nemocnicích. Jde o celý rozsah poskytování služeb

intenzivní péče a je zaměřena na kritický stav pacienta. Péče je zajišťována specialisty z intenzivní medicíny (29).

Dalším dělením intenzivní péče je dělení dle oborů – oborové a specializované jednotky intenzivní péče. Tyto specializované JIP jsou především ve velkých nemocnicích (fakultních a krajských). Mezi oborové interní intenzivní péče patří např.: interní všeobecná jednotka intenzivní péče, metabolická jednotka intenzivní péče, gastroenterologická jednotka intenzivní péče, hepatální jednotka intenzivní péče, hematologické a hematoonkologické jednotky intenzivní péče, renální a dialyzační jednotky intenzivní péče, pneumologická jednotka intenzivní péče, koronární jednotka intenzivní péče, geriatrická jednotka intenzivní péče a další. Jednotky intenzivní péče chirurgického zaměření jsou: chirurgické intenzivní péče, kardiochirurgické, neurochirurgické, traumatologické a popáleninové intenzivní péče také patří do oborové chirurgické intenzivní péče (29).

1.3 Přístrojové a personální vybavení JIP

Přístrojové vybavení stejně jako personální vybavení je dané vyhláškou 493/2005 Sb. V české republice se z části vychází z požadavků zdravotních pojišťoven. Každé lůžko na intenzivní péči musí mít monitorovací systém, odsávání, rozvod kyslík, vzduchu a centrální rozvoj vakua. Další vybavení pro práci na intenzivní péči je např. dostatečné osvětlení, dostatečné množství elektrických zásuvek. Pro efektivní práci zdravotnického personálu a dobré vedení zdravotnické dokumentace je nutné mít umístěn psací stůl (plocha) na vhodném místě, kde má sestra dobrou viditelnost na všechny monitory na intenzivní péči (29, 20).

Personální vybavení jednotky intenzivní péče je následující: neustálá přítomnost lékaře (nemá jiné závazky, věnuje se jen práci na intenzivní péči). Lékař má mít plnou erudici v intenzivní medicíně a má zvládat takové výkony jako je např. zavedení centrálního žilního katétru. Každá JIP musí mít stanoveného vedoucího lékaře, který je specialistou v intenzivní medicíně (26, 29).

Ošetřovatelský personál na jednotce intenzivní péče, počet sester je dle požadavků organizačních zdravotnických systémů, ale i zdravotních pojišťoven. Opět

lze vycházet z vyhlášky 493/2005 Sb. Počet ošetřujícího personálu na intenzivní péči je dán typem JIP. Např. na intenzivní péči vyššího stupně by měl pracovat vedoucí lékař se specializovanou způsobilostí a to 1,0 lékaře na stanici. Ošetřující lékař by měl mít odbornou způsobilost s praxí delší než 24 měsíců a to v počtu 0,3 lékaře na lůžko. Lékař pro ústavní pohotovostní službu by měl být v počtu 1,0 na stanici. Z celkového počtu sester by mělo být 25 % se specializačním vzděláním v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Na intenzivní péči nižšího stupně by mělo pracovat 1,4 sester na 1 lůžko. Na všech intenzivních péčích bez výhrady na typ má být 1 staniční sestra (29, 26).

Další personálním obsazením je nižší zdravotnický personál, ten je počítán na JIP vyššího stupně 0,2 na 1 lůžko. JIP nižšího stupně 0,1 na 1 lůžko (29, 26).

1.4 Monitorování v intenzivní péči

Monitorování je nejdůležitější práce sestry na intenzivní péči.

„Monitoringem (monitorováním rozumíme opakované nebo trvalé sledování fyziologických funkcí pacienta a činnosti přístrojů. Slouží k podpoře fyziologických funkcí a cílem je včasná detekce abnormalit těchto funkcí, usnadnění rozvahy o případné terapeutické intervenci, možnosti překontrolování a pozorování fyziologických funkcí s odstupem času (trendy) a zhodnocení účinnosti použité intervence. Získaná data slouží nejen k posouzení aktuálního stavu nemocného, ale také k pozdějšímu zpětnému hodnocení zdravotního stavu nemocného a k dokumentaci (10. s. 33)“.

1.4.1 Typy monitoringu v intenzivní péči

V intenzivní péči se nejčastěji používají 3 způsoby monitorování pacientových životních funkcí. První způsob je tzv. bedside monitoring, lze využít na menších intenzivních péčích, kde je méně pacientů a monitory jsou umístěny v blízkosti kontroly sestry (10, 7, 11, 21).

Druhý způsob je tzv. centrální monitoring, jde o systém, kdy jsou informace z monitorů od pacientů svedeny do jednoho centrálního monitoru. Další a poslední způsob je kombinace obou uvedených monitorovacích technik. Pacient má svůj monitor u lůžka,

kde sestra vidí monitorované hodnoty, ale informace jsou i centrálně posílané do jedné centrálního monitoru (10, 7, 11, 21).

Monitoring v intenzivní péči je velice důležitý a je čím dál více využíván. Se zlepšením a rozšířením terapeutických zákroků, invazivních technik je i potřeba monitorace. Mezi nejčastější monitorovací techniky patří monitorování kardiovaskulárního systému, jde především o:

EKG (elektrokardiogram) je monitorování elektrické aktivity srdce. EKG je nejstarší a nejčastěji užívanou monitorovací technikou. EKG je přístrojové osciloskopické sledování elektrické aktivity srdce. Monitorování elektrické aktivity srdce je velice rozšířené, užívá se nejen v intenzivní péči, ale i například na operačních sálech. Obsluha a použití je jednoduché. Při monitorování EKG se používají obvykle monitorní svody (dnes již jednorázové s elektrodovým vodivým gelem). Počet elektrod je stanoven, nejčastěji jde o 3, 4 nebo 5 svodů. Monitorování srdečního systému slouží k odhalování poruch srdeční frekvence a rytmu, sledování činnosti kardiostimulátoru, detekce zástavy oběhu a další. Případné změny na EKG křivce (poruchy rytmu) jsou hlášeny hlasitým akustickým signálem varující zdravotnický personál. EKG monitorovací technika upozorňuje obsluhu při změně hodnot, které jsou nastaveny v monitoru na určitou hodnotu (10, 7, 11, 21).

Neinvazivní měření krevního tlaku se měří pomocí manžety tonometru. Moderní přístroje měří krevní tlak v určitých intervalech. V monitoru jsou nastaveny určité limity pro hypertenzi a hypotenzi. Hodnoty neodpovídající normálním hodnotám krevního tlaku akusticky signalizují (10, 7, 11, 21).

IBP, invazivní monitorování tlaku (IBP, z angl. Invasive Blood Pressure). „Hovoříme – li o invazivním monitorování a vyhodnocování tlaků, máme však především na mysli použití elektronických monitorů a elektronických snímačů tlaku (7., s. 23)“.

Monitorování invazivního tlaku je často využíváno u pacientů, kde je nutné kontinuální měření krevního tlaku, při vzniku nežádoucí změny hodnot krevního tlaku a rychle reagovat vhodnými prostředky (10, 7, 11, 21).

CVP je monitorování centrálního žilního tlaku (CVP, z angl. Central Venous Pressure) je indikováno u pacientů, kde je nezbytné sledování bilancování intravasculárního objemu parenterálně. Měření je napojeno na centrální žilní katétr. Dané hodnoty, není – li jinak převážně nesignalizují (10, 7, 11, 21).

ABP (ABP, z angl. Arterial Blood Pressure), nejčastější indikací pro invazivní monitorování systémového arteriálního tlaku jsou pacienti s nestabilním a hůře ovlivnitelným krevním tlakem (např. šokové stavy), pacienti s nutností držení určité hodnoty krevního tlaku (např. edém mozku) a pacienti, u kterých je neinvazivní tlak obtížně měřitelný (např. pohmožděné končetiny). Monitor, na který je ABP napojen je nastaven na určité hodnoty. Při překročení nastavených hodnot (hypertenze – hypotenze) opět monitor hlásí změnu akustickým signálem. Pacient musí mít kanylu a soustavu na měření v určité úrovni (výše pacientovi levé srdeční síně). Jde především o a. radialis (10, 7, 11, 21).

PAP, jde o Swan-Ganzův katétr a katetrizace arteria pulmonalis (PAP – z angl. Pulmonary Arterial Pressure). „Obecnou indikací pro zavedení Swan-Ganzova katétru do arteria pulmonaris, z hlediska měření tlaků, jsou u kritických pacientů zejména stavy s levostrannou srdeční dysfunkcí nebo pacienti s významnou plicní hypertenzí a současnou potřebou udržování a bilancování intravasculárního objemu parenterálně. Jsou to tedy stavy, u kterých hodnota centrálního žilního tlaku neposkytuje úplnou informaci o intravaskulární objemové náplni a o plnicích tlacích srdce (7, s. 38)“.

Monitorování dýchacího systému:

Pulzní oxymetrie (SpO₂) je monitorování oxygenace krve. Základní péčí o pacienta nejen na jednotce intenzivní péči je sledování poměru mezi dodávkou a spotřebou kyslíku. Klasickou metodou je měření oxygenace pacienta tzv. metoda pulzní oxymetrie. Touto metodou neinvazivně určujeme saturaci hemoglobinu kyslíkem v srteriální krvi. Jde o techniku, která musí být přístupná na všech stanicích kde je intenzivní péče. Pulzní oxymetr má čidlo, to je pacientovi nasazeno na prst ruky, ušní boltec, nebo u dětí na dolní končetině. U některých typů pulzních oxymetrů má dechová frekvence svůj akustický signál, který přidá na intenzitě, je – li nějaká změna hodnoty, jako například nízká saturace či dechové frekvence a to vyšší nebo nižší (10, 7, 11, 21).

SvO₂ jde o invazivní monitorování saturace hemoglobinu kyslíkem ve smíšené venózní krvi (10, 7, 11, 21).

Dechová frekvence (RR) je monitorování dechové aktivity (RR, z angl. Respiratory Rate). Monitorace dechové aktivity se využívá u pacientů, kteří spontánně dýchají a výsledkem monitorování je včasné rozeznání případné respirační insuficience. Většinou ji používáme v kombinaci s pulzním oxymetrem. Tato monitorovací technika patří do technik způsobující diskomfort způsoben hlukem. Dechová aktivita při změnách upozorňuje sestru na změnu a to akustickým signálem (10, 7, 11, 21).

Monitorování tělesné teploty:

T_b, je monitorování tělesné teploty (T_b- Body Temperature) patří do základní monitorovací techniky v intenzivní péči. V intenzivní péči tato monitorovací technika není příliš hodnotná. Využívá se zejména na operačních sálech, kdy je hlídána tělesná teplota. Pro pacienta není nějak zatěžující (10, 7, 11, 19).

Monitorování centrálního nervového systému:

ICP (Intracranial Pressure), monitorování nitrolebního tlaku. Provádí se u pacientů s těžkým kraniocerebrálním poškozením (onemocněním), kde je nutné sledovat nitrolební hypertenzi (10, 7, 11, 21).

Monitorováním v intenzivní péči v oblasti neurologických funkcí je sledování vědomí pacienta. Vědomí je hodnoceno podle Glasgow Coma scale (GCS). Jde o bezpřístrojovou monitorovací techniku. Nejvíce bodů (15) má lucidní pacient, který je orientován místem, časem, osobou i prostorem a nemá žádný neurologický deficit. Nejméně bodů má však pacient, který nereaguje na oslovení (není žádný slovní projev), nereaguje ani na bolestivý podnět (žádná hybnost) a pacient neotevře oči ani na silný bolestivý podnět. Nejmenší počet bodů podle Glasgow Coma Scale je 3. Tento pacient je již hospitalizován na anesteziologicko- resuscitačním oddělení. Hodnocení neurologických funkcí, hodnocení dle Glasgow Coma Scale patří mezi základní neurologický screening, který provádí nejčastěji sestra. Při hodnocení neurologických funkcí, sledování vědomí pacienta hraje nezastupitelnou funkci sestra. Sestra hodnotí neurologické funkce v hodinových intervalech a to pravidelně a celodenně, bez ohledu zda je den či noc. Neurologické funkce se někdy hodnotí i častěji a to například po

složitých operacích či úrazech hlavy a mozku. Důležitou rolí při neurologickém vyšetření je spolupráce pacienta se sestrou. Neustálé probouzení pacienta, vyžadování odpovědi a vyšetřování hybnosti pacienta sestrou je velmi zatěžující (10, 7, 11, 21).

Dále lze monitorovat gastrointersticiální trakt, monitorovat hemostázu, monitorovat tlaku v dutině břišní. V intenzivní péči se používají různé skórovací systémy jako je již zmíněné Glasgow Coma Scale a dále např.: APACHE II (Acute Physiological And Chronic Health Evaluation), SOFA (Sepsis Related Organ Failure Assessment), TS (Trauma Score), ISS (Injury Severiny Score), RTS (Revise Trauma Score), TRISS (Trauma Score Injury Severiny Score) (10, 7, 11, 21, 29).

1.5 Dokumentace v intenzivní péči

Velmi důležitou složkou poskytování intenzivní péče je zaznamenávání informací o zdravotním stavu pacienta na intenzivní péči. Dokumentace musí být přesná, úplná, srozumitelná, čitelná. Zkratky se používají jen všeobecně používané zdravotnickým zařízením. Např. : p.o. (per os) . Jde –li zkratku nepoužít, učiníme tak. Ve zdravotnické dokumentaci není dovoleno přelepovat, chybný údaj se musí rovně přeškrtnout a opravit (10, 27).

Vedení zdravotnické dokumentace vychází z vyhlášky 358/2006 Sb. Zdravotnická dokumentace musí obsahovat: název zdravotnického zařízení, název oddělení, telefon zdravotnického zařízení či oddělení. Dále musí být v dokumentaci i jméno a příjmení pacienta, jeho rodné číslo a číslo pojištění. Zdravotnická dokumentace obsahuje i jméno, příjmení a titul toho, kdo provedl zápis do zdravotnické dokumentace. Dále by měl být ve zdravotnické dokumentaci záznam o osobě, kterou si nemocný přeje kontaktovat či sdělit informace o jeho zdravotním stavu. Datum, čas zápisu do zdravotnické dokumentace (10, 27).

Zápis do zdravotnické dokumentace pacienta hospitalizovaného na intenzivní péči je nutné provést ihned po provedení ošetřovatelské intervence či zákroku. Je to velice důležité pro účelné a rychlé reagování na léčbu při změně stavu pacienta. Pro systematicky utříděnou a přesnou dokumentaci existují zvláštní protokoly. Dokumentace na intenzivní péči je nepostradatelná, nutnost zapisování léků, intervencí

a zákroků je samozřejmostí, která vede ke kontrole správného postupu v ošetřování nemocného a předchází nesrozumitelnostem v dokumentaci, případným omylům a možným poškozením pacienta. Zvláště důležité na intenzivní péči je kontinuální zaznamenávání fyziologických funkcí a případné změny. Zdravotnická dokumentace se uchovává 5 let, poté je skartována podle skartačního řádu (10, 27).

Ošetřovatelská dokumentace je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. Ošetřovatelská anamnéza slouží k základnímu zjištění zdravotního stavu pacienta. Sestra vyšetřuje nemocného při příjmu. Zápis do ošetřovatelské dokumentace provádí vyšetření „od hlavy k patě“. Vyšetření sestrou slouží ke zjištění zdravotního stavu pacienta při příjmu, k vytvoření ošetřovatelských diagnóz a ke zjištění potřeb nemocného. Další ošetřovatelskou dokumentací je Bartelův test běžných denních činností (10, 27).

1.6 Povolání sestry - JIP

Povolání sestry prodělalo mnoho významných změn. Původní poskytování zdravotnické (ošetřovatelské péče) bylo na úrovni charity a náboženském základě (8).

V polovině 19. století se začaly formovat hospitály na chudobince, nemocnice a starobince. Lékař začal ke své činnosti potřebovat pomocníka – sestru. Další a postupný vývoj ošetřovatelky po dnešní všeobecnou sestru udělal velký krok. Dnes je povolání sestry profesí a má vymezenou činnost a to nejen ošetřování (3, 25).

Na intenzivní péči pracují všeobecné sestry, různého vzdělání a specializací. Sestra na intenzivní péči by měla mít vzdělání v intenzivní medicíně.

Činnosti sestry na intenzivní péči a vymezení pojmů stanovuje vyhláška 424/2004 Sb. Vymezení pojmů stanovuje § 2. Vymezuje práci všeobecné sestry, náplň ošetřovatelské péče, co je ošetřovatelská péče atd (25).

Znění pojmu ošetřovatelská péče je v §2 vyhlášky 424/2004 Sb. Vymezení pojmu, co je ošetřovatelská péče je následující: je to skupina odborných činností, které vykonává sestra na podporu zdraví, či na jeho navrácení, uspokojování biologických, psychických a sociálních služeb, které vznikly v důsledku poruchy zdravotního stavu jednotlivce nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a následným porodem.

Ošetrovatelská péče je součástí péče o nevyлéčitelně nemocné a zajišťování důstojného umírání a smrti (25).

Základní ošetrovatelská péče je poskytována všem nad 6 let věku, kterým jejich zdravotní stav a léčebné a diagnostické postupy umožňují běžné denní aktivity, bez rizika ohrožení základních životních funkcí a jsou beze změn na psychickém stavu.

Specializovanou ošetrovatelskou péčí je soubor činností sestry na podporu zdraví, nebo jeho navrácení, uspokojování biologických, psychických a sociálních služeb pacienta a kdy zdravotní stav pacienta a léčebné a diagnostické postupy výrazně omezují jeho denní aktivity (25).

Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče je poskytována u pacientů, kteří jsou ve stavu, kdy dochází k selhávání životně důležitých funkcí, mají patologické stavy psychického zdraví a vyžadují stálý dozor zdravotnického pracovníka (25).

Specifickou ošetrovatelskou péčí je poskytována pacientům ve specializovaných úsecích zdravotní péče jako například při radiologických výkonech (25).

Ve vyhlášce 424/2004 Sb. je definováno nejen pojem ošetrovatelská péče, ale je zde definována práce sestry na intenzivní péči. Práva a povinnosti sestry na intenzivní péči určuje § 49 Sestra pro intenzivní péči. Sestra na jednotce intenzivní péče je odpovědná za práci ošetrovatelskou, ale i práci s dokumentací. Je na sestře, aby bylo vše řádně zapsáno a nevznikaly nesouvislosti ohledně péče a ošetrování nemocného (25).

Vymezení práce sestry na intenzivní péči je následující: Sestra pro intenzivní péči vykonává činnosti podle § 48, a to u pacientů starších 10 let, u nichž dochází k selhávání základních životních funkcí (25).

Dále je zde definováno, jaké činnosti provádí sestra bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Tyto činnosti vyplývající z § 49 jsou: sledování a zhodnocování zdravotního stavu pacienta. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře sestra provádí a zajišťuje kardiopulmonální resuscitaci za využití dostupného technického vybavení. Dále provádí elektrickým výbojem defibrilaci srdce. Sestra na intenzivní péči pečuje o dýchací cesty pacientů a zajišťuje dýchání při umělé plicní ventilaci. Práci sestry je zjišťování funkčnosti přístrojové techniky na jednotce intenzivní péče (25).

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádí měření a analýz životně důležitých fyziologických funkcí za pomoci specializovaných postupů a přístrojové techniky a to i využití invazivních metod. Katetrizace močového měchýře u muže je taktéž práce sestry na jednotce intenzivní péče a to bez odborného dohledu, ale s indikací lékaře. Zavádění nazogastrické a jejunální sondy je dovoleno sestře pacientům starších 10 let. Provádí výplach žaludku a to včetně pacientů se zajištěnými dýchacími cestami a starších 10 let (25).

Pod odborným dohledem lékaře může provádět zajišťování dýchacích cest dostupnými pomůckami, vykonává endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo s tracheostomií. Sestra předchází případným komplikacím, umí je rozpoznávat a řešit je. Pod odborným dohledem může aplikovat a podávat krevní deriváty (25).

Pod přímým vedením lékaře smí sestra provádět punkci arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis a to i k jednorázovému odběru krve a k zavedení invazivní monitorace krevního tlaku. Dále pod přímým dohledem provádí extubaci tracheální rourky (25).

Dále je definováno v § 49 jaké činnosti vykonává sestra pro intenzivní péči se zaměřením na neodkladnou péči. Může provádět všechny úkony, jaké jsou vymezeny pro sestry na intenzivní péči bez odborného dohledu, s dohledem a vedením, navíc i další vymezené činnosti. Vymezení kompetencí sestry na intenzivní péči v oblasti neodkladné péče a medicíny katastrof je např. přijímat a vyhodnocovat tísňové výzvy, dále je možné provádět telefonickou instruktáž pro poskytování laické první pomoci. Poslední vymezení kompetencí sestry pro intenzivní péči v oblasti neodkladné péče a medicíny katastrof je aktivizace krizových a traumatologických plánů pro řešení hromadných neštěstí (25).

V § 49 je definováno jaké zaměření práce má sestra na intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii. Je přesně definováno, co může provádět za odborného dohledu a bez indikace, na základě indikace lékaře a pod přímým vedením.

Další definování práce sestry na intenzivní péči je definování kompetencí sestry na intenzivní péči se zaměřením na dlouhodobou umělou plicní ventilaci a sestra pro intenzivní péči se zaměřením na očišťovací metody krve (25).

Práce sestry na intenzivní péči je fyzicky i psychicky náročná. Sestra dostala nové možnosti k provádění zákroků a výkonů po zavedení zákona 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních (např. katetrizace močového měchýře u muže, apod.). Určité výkony jsou již vysoce specifikované a náročné. Tyto výkony jsou díky agresivnějším výkonům, operacím i monitorovacím technikám stále častější a sestra za ně převzala velkou odpovědnost. Jejich provádění je dnes velmi časté na všech typech jednotek intenzivní péče (25).

1.7 Ošetrovatelský proces na JIP

Ošetrovatelský proces je soubor plánovaných činností, které vedou k dosažení určitých výsledků. Ošetrovatelský proces je metoda systémů k řešení problémů. Pojem ošetrovatelský proces není starý, poprvé pojem „ošetrovatelský proces“ použila Hallová a to roku 1955 (19).

Ošetrovatelský proces je možné dělit na teoretickou a praktickou část. Teoretické hledisko ošetrovatelského procesu je systémová teorie: Určuje se ošetrovatelský problém a předem se plánují určité výsledky. Sestra by měla být dostatečně kvalifikovaná, aby uměla zhodnotit pacientův zdravotní stav, dokázala naplánovat jeho řešení, realizovat a vyhodnotit účinnost své práce. Na jednotce intenzivní péče sestra ošetrovatelský proces vytváří a realizuje. Sestra o pacienta pečuje, komunikuje s ním, sbírá ošetrovatelskou anamnézu, zpravidla u příjmu pacienta. Z hlediska praktického je ošetrovatelský proces systémová metoda v plánování a poskytování péče. Především na jednotce intenzivní péče, kde se intenzivně a kontinuálně monitoruje zdravotní stav pacienta a jeho fyziologické funkce nemusejí být stabilní, je systematické zaznamenávání a plánování ošetrovatelské péče optimální a pro pacienta i sestru přínosné. Dnes je ošetrovatelský proces mezinárodním standardem v ošetrovatelské praxi (19).

Ošetrovatelský proces do praxe zavedla v USA v roce 1973 Americká Asociace Sester (ANA). Uvedly ho jako „Standard ošetrovatelské praxe“. Jejich proces má pět fází. Zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (19).

Ošetrovatelský proces má své výhody jak pro pacienta, tak i pro sestru. Pacientovi je prováděná kvalitní péče, která je naplánovaná k uspokojování potřeb nemocného. Neměla by chybět návaznost a kontinuita práce. Ošetrovatelský proces dává prostor pro účast pacientů na péči. Sestra v souvislosti s péčí o pacienta, vytváří ošetrovatelské diagnózy, podle plánu ošetruje nemocného, pracuje podle ošetrovatelských intervencí. Práci v ošetrovatelském procesu se sestra vyhne rozporům se zákony. Realizuje standardy ošetrovatelské péče a splňuje standardy akreditovaného pracoviště (19).

Zhodnocení stavu pacienta sestra provádí získáváním informací. Informace získává například ze symptomů pacienta (subjektivní a objektivní). Informace a data může získat při nemožnosti či nespolupráci pacienta od rodiny. Informace se zapisují věcně, přesně a často. Velmi důležité je mít při hospitalizaci pacienta na jednotce intenzivní péče informace aktuální a včasné. Rychle měnící se stav pacienta na JIP je velice náročný a klade vysoké nároky na práci sestry. Dále lze data získávat pozorováním, rozhovorem. Fyzikálním vyšetřením sestra zjistí celkový stav pacienta. Dotazník je také možný použít k získání informací o zdravotním stavu pacienta. Získané informace a data jsou zaznamenávány do formuláře pro ošetrovatelskou anamnézu (19).

Ošetrovatelská diagnostika je určována, definována podle NANDA systému. Ošetrovatelská diagnóza je určitý ošetrovatelský problém. Ošetrovatelská diagnóza je standardní pojmenování problému pacienta. Ošetrovatelské diagnózy mohou být aktuální či potencionální (možné riziko pro pacienta). Ošetrovatelská diagnóza se skládá ze standardního názvu definice, z příčin, souvisejících faktorů a charakteristických projevů. Ošetrovatelská diagnóza má i svoje fáze: analýza informací, identifikace problémů a formulace ošetrovatelských diagnóz (19).

Pro plánování ošetrovatelské péče je charakteristická i písemná forma plánu péče. Plán péče představuje pro nemocného určení jeho individuální potřeby a tím i

individuální ošetrovatelskou péčí. Na tyto rychle měnící se potřeby je třeba rychle reagovat (19).

Stanovení cílů, očekávaných výsledků se určuje odvozením z první části ošetrovatelské diagnózy. Cíle v ošetrovatelském procesu jsou krátkodobé, dlouhodobé a obecné. Na jednotkách intenzivní péče sestra stanovuje především krátkodobé cíle a to vzhledem k rychle se měnícímu stavu pacienta a délce hospitalizace pacienta na jednotce intenzivní péče (19).

Po stanovení cílů, kterých chce sestra dosáhnout, rozvrhne sestra vlastní ošetrovatelský plán. Ten obsahuje vhodně zvolené ošetrovatelské intervence (19).

Realizace ošetrovatelské péče je další fází ošetrovatelského procesu, je nutné zaměřit intervence individuálně na pacienta, přizpůsobit je podmínkám a možnostem.

Vyhodnocení výsledků péče slouží k určení, zda sestra došla k očekávaným výsledkům. Očekávaným výsledkem je uspokojení potřeby pacienta. Zde je velmi důležité předání si informací o stavu pacienta při překladi pacienta z JIP na standardní ošetrovatelskou jednotku (19).

1.8 Potřeby pacienta a intenzivní péče

Každý jedinec má své potřeby. Potřeby se dělí na biogenní, fyziologické a na psychogenní, sociogenní, psychologické. Potřeba je nedostatek, chybění něčeho co člověk potřebuje k zajištění života, aby přežil, je tedy nutné uspokojit biogenní potřeby, jako jsou potřeba dýchání, potřeba potravy, potřeba vylučování. Hierarchicky organizovaný systém potřeb rozdělil Abraham Harold Maslow, americký psycholog, jeden ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii. Nejčastěji bývá uváděn jako autor hierarchie lidských potřeb. Maslow rozdělil potřeby do pěti kategorií: fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeby uznání, ocenění a sebeúcty, potřeba seberealizace, sebeaktualizace. Potřeby člověka a zvláště pacienta jsou důležité, je nezbytné, aby ošetrovatelský personál věděl o nedostatečném uspokojení konkrétní potřeby a řešil je. Pacient hospitalizovaný na intenzivní péči je ve stavu, kdy téměř vždy nemá možnost sám saturovat své potřeby a je odkázán na pomoc

sestry. Pokud je pacient v takovém stavu, že již dokáže spolupracovat na zajišťování svých potřeb, je vhodné ho vést a motivovat ke spolupráci a sebeobsluze (6,14, 23).

Nezbytně nutné je zajišťovat fyziologické potřeby jako jsou:

Dýchání, jde o základní biologickou potřebu každého jedince. Potřebu kyslíku si pacient neuvědomuje, člověk dýchá automaticky. Pokles kyslíku v krvi a tkáních, jeho diagnostika je zcela závislá na péči sestry, ta monitoruje, měří, hodnotí (saturace kyslíku v krvi- SpO₂). Pokud pacient má nedostatek kyslíku, je práci sestry uspokojit tuto potřebu, potřebu dýchání (23, 14, 6).

Potřeba výživy je také základní biologická potřeba, bez které by pacient nepřežil. Každý člověk potřebuje určitou „dávku“ potravy alespoň k zajištění bazálního metabolismu. Úkolem sestry je zajistit přísun energie, potravy. Nemůže – li pacient polykat, je nutné ho vyživovat nazogastrickou či duodenální sondou, případně i parenterální výživou. Na jednotce intenzivní péče se často setkáváme se všemi možnostmi výživy. Je- li pacient ve stavu, kdy je možný přísun potravy ústy, je vhodné pacienta motivovat, aktivizovat k příjmu potravy (23, 14, 6).

Potřeba vylučování je základní biologická potřeba. Potřeba vylučování je fyziologická funkce organismu. Pacient, je- li plně kontinentní a při vědomí tyto potřeby na intenzivní péči musí vykonávat na lůžku. Pro pacienta je to nepříjemné, ztrácí soukromí a intimitu. Sestra při vyprazdňování zajišťuje intimitu při vykonávání potřeby, ať jde o vyměšování moče či stolice (23, 14, 6).

Potřeba spánku patří do fyziologických potřeb nemocného. Je nedílnou součástí lidského života. Bez spánku nezískává člověk potřebnou regeneraci organismu. Nedostatek spánku se projevuje apatií, poruchou chování, agresí apod. Spánek je jednou z nejdůležitějších potřeb fyziologických po potřebě výživy, dýchání a vylučování. Nejčastěji asi pacienti nejvíce reagují na neuspokojenou potřebu spánku. Na intenzivní péči je mnoho rušivých faktorů, které na pacienta působí. Bolest, hluk, světlo, pacienti ležící na stejném pokoji intenzivní péče. Zdravý jedinec spí přibližně 8 hodin denně. Je- li pacient vystaven vlivům, které spánek ruší je jeho potřeba neuspokojena, trvá – li delší dobu. V nemocnicích je domácím řádem určen noční klid, ten je však rušen vlivy, které sestry nemůžou či nechtějí omezit. Práce sestry na intenzivní péči je téměř stejná

jak přes den, tak i v noci. Je možné, že potřeba spánku je provozem a řádem jednotky intenzivní péče rušena (23, 14, 6).

Potřeba bezpečí. Téměř každý pacient, který je hospitalizován na JIP je vystaven tlaku (strachu) o svůj život. Potřeba bezpečí je pro něj důležitá. Dostatek informací a empatie při ošetřování je výsledkem uspokojení, nebo alespoň z části potřeby bezpečí.

Potřeba soběstačnosti se hodnotí podle funkčních testů dovednosti, např. test základních všedních dovedností. Převážně je nemocný, který je hospitalizovaný na JIP z části nebo zcela závislý na péči zdravotnického personálu. Důležitá je však motivace k aktivizaci. Mezi nejdůležitější potřeby soběstačnosti patří potřeba hygienické péče. Při potřebách soběstačnosti je převážně neuspokojována potřeba intimity (23, 14, 6).

Potřeba psychické vyrovnanosti. Pacient, který je hospitalizován na jednotce intenzivní péče má mimo nemocnici, ve svém domácím prostředí určitý rytmus denních a nočních činností. Má své zájmy, koníčky, práci. Má i své potřeby, ty jsou najednou hůře nebo vůbec uspokojovány. Je na sestřích, aby si uvědomily, že pacient ztratil svůj vlastní životní standard. Pacient je náhle v cizím prostředí, bez rodinných příslušníků. Nemocný má strach, nemá soukromí, může mít bolesti. Dochází k mnoha omezením a diskomfortu. Nemocný mnohdy reaguje zvláštními způsoby, má na to právo. Projev apatie, agrese je jen reakcí pacienta na nedostatek uspokojených potřeb (23, 14, 6).

Potřeby vyšší jsou potřeby pocitu sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, potřeby seberealizace jsou z hlediska ošetrovatelské péče náročnější na uspokojování. Z mnoha důvodů sestra nemůže či nechce tyto potřeby uspokojit (10, 23).

1.8.1 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb

Uspokojení potřeb nemocného je náplní práce sestry, která o pacienta pečuje. Faktory, které ztěžují práci sestry v uspokojování potřeb nemocného je velice mnoho. Jde o faktory, které sestra nemůže z provozních či jiných důvodů změnit.

Hierarchie potřeb je důležitá v uspokojování potřeb nemocného. Zdravý člověk má své priority, hodnoty. Nemocný člověk potřebuje nejdříve uspokojit potřeby biologické, jako je potřeba dýchání, potřeba potravy, potřeba vylučování, poté je možné uspokojovat potřeby vyšší (17, 18, 23).

Faktory, které ovlivňují uspokojování potřeb jsou například nemoc a bolest. Potřeby nemocného v nemoci jsou jiné, převažují potřeby fyziologické, jako například potřeba jistoty a bezpečí, dýchání apod. Každá osobnost je jiná. Člověk je individuální osobnost. Mezilidské vztahy ovlivňují možnost zajištění potřeb nemocného. Vztah sestra a nemocný hraje důležitou roli v uspokojení potřeb. Tento vztah je někdy velice složitý, stejně jako vztah člověka k jinému člověku. Sestra musí být však za všech okolností profesionál, nesmí podléhat emocím a jiným vlivům, které mohou ovlivnit komunikaci mezi ní a pacientem (18, 17, 23).

Dalším faktorem je vývojové stadium člověka. V určitém věku má člověk své potřeby. Sestra by měla brát v úvahu, intelekt, vzdělání a kulturu pacienta, neboť potřeby každého jedince jsou jiné. Jiné potřeby bude mít člověk v době zdraví a jiné v době nemoci. Faktor, který také ovlivňuje uspokojování potřeby nemocného je ten, za kterých nemoc vzniká. Pacient v dobrém sociálním a rodinném zázemí bude nemoc lépe snášet, než takový pacient, který bude mít narušenou sociální a rodinnou roli a tudíž roli nemocného bude hůře snášet. Je nutné brát v úvahu fakt, že nemocný je v cizím prostředí a je vystaven stresu (23).

1.9 Rušivé faktory

Rušivé faktory, které na nemocného můžou působit a to nejen na intenzivní péči je mnoho. Zaměřili jsme se na ty nejčastější a nejzávažnější. Hluk, světlo, porušená intimita a spolupacienti, ať neklidní či agresivní.

Rušivé faktory na JIP nejčastěji ovlivňují – ruší spánek. Potřeba spánku u dospělého je průměrně 8 hodin. Při spánku je charakteristická minimální fyzická aktivita. Spánek je specifický různou úrovní vědomí. Spánek je nejen neaktivita, ale je to fyzická neaktivita, relaxace bez psychického stresu. Při spánku dochází k uvolnění stresu a napětí. Dochází k načerpání sil (23, 15).

Práce sestry na jednotce intenzivní péči je téměř stejná jak přes den, tak i v noci. Téměř na všech odděleních mají svůj harmonogram práce. Jde o celodenní práci kolem nemocných. Nelze je nechat spát, jsou neustále monitorováni a je třeba u nich stále provádět různé výkony, léčba a to bez ohledu na denní či noční provoz. V domácím

řádu Nemocnice České Budějovice, a.s. je definovaný noční klid. Jde o dobu od 22. hodin do 6. hodiny ranní. I přes tuto dobu je pacient vystaven rušivým faktorům v jeho spánku či odpočinku. Faktory, které sestra může zmírnit, či odstranit jsou hluk a světlo. Méně ovlivnitelné faktory jsou spolupacienti, kteří jsou agresivní či neklidní (1).

Rušivé faktory lze rozdělit na ovlivnitelné, neovlivnitelné. Zevní a vnitřní. Některé rušivé faktory, například jako je hluk patří do rizikových faktorů. Jsou stanovovány, hlídány a vymezovány limity oborem medicíny – pracovní lékařství.

1.9.1 Hluk

„Za hluk označujeme jakýkoliv škodlivý, rušivý nebo pro člověka nepříjemný zvuk. Z fyzikálního hlediska představuje zvuk mechanické vlnění pružného prostředí v kmitočtovém rozsahu normálního lidského sluchu od 20 Hz do 20 kHz. Zvuk se šíří od zdroje prostřednictvím vln přenášející akustickou energii. Zvuk v pásmu kmitočtů od 8 do 20kHz považujeme za vysokofrekvenční. Zvuk o kmitočtu nižším než 20 Hz označujeme za infrazvuk a zvuk o kmitočtu nad 20 kHz za ultrazvuk. Při posuzování hluku se nejčastěji zabýváme hlukem, který se šíří vzduchem od zdroje. Zvukové vlny se však od zdroje mohou také šířit stavební nebo strojní konstrukcí a následně mohou být vyzářeny do pracovního prostředí. Subjektivně rozeznáváme hlasitost, výšku a barvu zvuku (13, s. 23 - 24)“.

Ochrana před nepříznivým působením hluku (a vibrací) je dána zákonem č. 258/2000Sb. Nejvyšší přípustné hodnoty hluku jsou stanoveny nařízením vlády č. 502/2000Sb. Základem je prevence = vyloučení nebo omezení emise hluku. Existuje i preventivní hygienický dozor. Ten hlídá limity hluku (13, 32).

Mezi zdroje hluku na jednotce intenzivní péče patří nejen monitorovací techniky, které způsobují hluk svým alarmem, ale i např. zavedená hrudní drenáž u pacienta, ta je velice hlučná svým „probubláváním“. Dalším zdrojem hluku jsou spolupacienti, svým chrápáním, vzlykem, psychickou labilitou a slovní agresí. Možným rušivým faktorem (hluk) je samotná činnost práce sestry (doplňování materiálu aj.).

Hladina zvuku schopna probudit spícího člověka je 62 DIN-phon. Pokusy s hlukem a spánkem, vlivu na spánek apod. testoval v r. 1957 Tischendorferer. Testoval

i kvalitu a dobu usínání při různých hlasitostech. Z výzkumů vyplývá, že doba usínání se prodlužuje v souvislosti se zvyšováním hlasitosti zvuku (8).

Působení hluku na usínání, kvalitu a délku spánku je nejzávažnější účinek rušivých vlivů. Rušení spánku má za následek fyziologické a psychologické aspekty. Nemocný člověk v nemocnici vlivem narůstajícího hluku nemá pro spánek z akustického hlediska vhodné podmínky. Při nedostatku spánku dochází k poruchám funkce organismu. Pacient je vyčerpaný, nemá energii pro regeneraci a uzdravování. Mnohdy apatie a nezáměr pacienta je následkem nedostatečného odpočinku. Každý člověk má jinou potřebu spánku, ta kolísá a je individuální (8).

„Pod vlivem hluku dochází k omezení pozornosti k podnětům, nacházející se na periférii zorného pole. Obdobné vztahy byly studovány ve vztahu k hmatu a bylo dosaženo obdobných výsledků (8, s. 160)“.

Další podobné pokusy byly testovány na přesnosti a rychlosti pohybu ruky. Opět je hluk rušivý vliv významného charakteru (8).

Vliv hluku na jedince při překročení přípustných hladin je různý, především jde o rozmrzelost. Vnímání rušivých vlivů a jeho podřizování je důsledkem podrážděnosti, rozmrzelosti. Horší snášenlivost hluku je v menších prostorách. Vnímavost k hluku je dána denní dobou, ročním obdobím (8).

Vliv hluku na výskyt nemocí. U citlivých osob má nepříjemný zdroj zvuku za následek soubor příznaků jako je bolest hlavy, únava, snížená svalová síla, žaludeční obtíže, nechutenství, poruchy rovnováhy a poruchy spánku (8).

1.9.2 Světlo

Požadavky na hygienické požadavky na osvětlení jsou důležité pro správné pracovní podmínky, ale i na podmínky psychické a fyzické pohody. Člověk má fyziologickou potřebu pravidelné změny rytmu – světlo a tma. V prostředí kde se člověk orientuje, má mít přiměřené intenzivní osvětlení a vhodné spektrální složení.

Umělé osvětlení by mělo snižovat na minimum světelné nedostatky. Při měření a hodnocení optimálních podmínek v místnostech se používá několik základních

fyzikálních veličin a charakteristik světla jako je: intenzita světla, svítivost, činitel odrazivosti světla, jas plochy, chromatičnost světla (2, 31).

Přirozené denní světlo je limitováno prostředím (letní a zimní čas). Proto je nezbytné používat umělé osvětlení. Pro měření denního i umělého světla se používá luxmetr. Měření osvětlení má svá určitá pravidla. Pro pracovní podmínky jsou určeny tzv. kategorie zrakové náročnosti. Kategorii je 7. Hygienické požadavky na umělé osvětlení vycházejí především jen z doporučení (2, 31).

Rušivé faktory, které vycházejí z rušivého faktoru světla, jsou většinou zářivky a světla na jednotkách intenzivní péče. Na JIP nelze zcela zhasnout, sestra musí pracovat jak v noci, tak i přes den. Je to nepříjemné pro pacienta. Pokud je to v silách sestry a provoz a chod jednotky intenzivní péče to dovolí je možné některé zářivky na JIP ztlumit (2, 31).

1.9.3 Agresivní a neklidný pacient

Agresivita (z lat. *aggređi*, tj. napadat, útočit) je psychologický pojem, vzniká jako důsledek afektu. Agrese má několik teorií vzniku. Má vrozený základ, ale její intenzita a forma je značnou mírou ovlivnitelná. Existují mnohé studie, které zkoumaly faktory, které ovlivňují agresi. Tyto faktory např. jsou horko, hluk. Lidé se v horkých místnostech či v místnostech s přílišným hlukem se stávají agresivnější. Důvody mohou být také například frustrace, úzkost, vztek, či osobnost pacienta. Agresivně se je možné chovat, myslet, komunikovat, jednat. Agresivita je určitý typ chování a lze ji dělit na vnější a vnitřní a na verbální a brachiální (4, 5, 9, 12, 16, 22, 28, 30).

Verbální agrese je buď přímá, kdy pacient sestru slovně napadá, uráží ji, vynadá, za věci či okolnosti, které nemá třeba i možnost ovlivnit. Nepřímá je agrese typu anonymních telefonátů, dopisů a nepřímých útoků na určitou osobu. Ideatorní agrese je agrese, kdy si pacient nahlas říká, jak někomu něco udělá. V nemocničním prostředí je nejčastěji sestra konfrontována s agresí slovní, kdy je pacientem, který je z jakéhokoli důvodu agresivní (situace, labilita, léky, drogy). Pokud pacient má projevy slovní agrese a nelze mu žádným způsobem vysvětlit situaci a je stále agresivnější a verbální osočování neustupuje, je slovní agrese (slovní projev) možným rušivým faktorem.

Pacienti, kteří jsou hospitalizováni na stejném pokoji jednotky intenzivní péče jako agresivní pacient, jsou vystaveni hluku, nemohou spát a mohou mít i projevy strachu.

Agresivní pacient stejně jako neklidný pacient je pro mnohé pacienty rušivým faktorem na jednotce intenzivní péče. Neklid je charakterizován zvýšenou pohybovou aktivitou, která přechází do mírných forem zvýšené gestikulace (4, 5, 9, 12, 16, 22, 28, 30).

Sestra by měla mít základy komunikace s agresivním pacientem. Jedním z několika způsobů uklidňování neklidného či agresivního pacienta je zajištění klidu, omezení rušivých vlivů. Je samozřejmé, že musí dbát na bezpečnost pacientů, kteří jsou v okolí agresivního pacienta, ale i na své. Není-li možné zklidnit takového pacienta trpělivým nasloucháním, empatií a odstraněním rušivých faktorů je nezbytné ho tlumit dle ordinace lékaře farmakologicky (4, 5, 9, 12, 16, 22, 28, 30).

1.9.4 Intimita, soukromí

Soukromí je osobní oblast člověka. Člověk má právo udržovat si schopnost zadržovat informace o sobě. Člověk si během svého života utváří určitou představu o sobě samém. Člověk potřebuje určitý prostor pro své potřeby. Soukromí při uspokojování potřeb, například potřeba vyprazdňování. Pacient je na jednotce intenzivní péče připraven o své soukromí. Jeho sebeúcta může být porušena, neboť je na očích sester, někdy i ostatních pacientů. Obtížná bývá i komunikace v narušeném soukromí. Pacient má například zástěny kolem lůžka, ale může být pro něj nepříjemné to, že ostatní pacienti vědí, co je mu prováděno za výkon, či jaké má obtíže. Hodnotový systém a intelekt hraje významnou roli v prostoru pro své potřeby. Sestra je jedinou možností pacienta, kdo je schopný zajistit mu potřebné soukromí. Je vhodné, aby sestra pokud je to možné, zajistila pacientovi soukromí. Dostatek zástěn a závěsů by mělo být na každém pracovišti jednotky intenzivní péče dostatek. Soukromí a intimita je častou zanedbávanou potřebou pacienta na jednotce intenzivní péče. Rušivým faktorem je tedy i narušení soukromí a intimity (28).

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíl práce

- Cíl 1 Zjistit, jakým způsobem sestry na JIP ovlivňují negativní vnější faktory působící na pacienta v souvislosti s režimem JIP.
- Cíl 2 Zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na JIP reagují na negativní vnější faktory spojené s chodem JIP.

2.2 Hypotézy práce

- Hypotéza 1 Sestry si uvědomují negativní vlivy působící na pacienty hospitalizované na JIP.
- Hypotéza 2 Sestry eliminují negativní vlivy v maximální míře vzhledem k zachování chodu JIP.
- Hypotéza 3 Pacienti hospitalizovaní na JIP negativně vnímají vlivy působící na ně v rámci chodu JIP.
- Hypotéza 4 Pacienti na JIP považují za nejvíce rušivý faktor hluk.
- Hypotéza 5 Rušivé vnější faktory na JIP snáze tolerují muži než ženy.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování – technika dotazníku. Byly použity dotazníky pro pacienty a pro sestry. Dotazníky byly anonymní. Dotazníky tvořily otázky uzavřené a polouzavřené. Pacienti i sestry měli možnost vyjádřit svůj názor. Dotazník pro sestry obsahoval 14 otázek, patientský dotazník obsahoval 16 otázek. V dotazníku pro pacienty byly použity 4 rozřazovací otázky (pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav). U sester v dotazníku byly použity také ty samé rozřazovací otázky, navíc byla přidána otázka na délku praxe na JIP. Otázky č. 5 a 6. v patientském dotazníku byly směřovány na místo poranění či nemoci a na délku hospitalizace. Ostatní otázky v dotaznících bylo zaměřeno na cílené zjišťování rušivých faktorů na JIP, možnostech je ovlivnit a působení na pacienta.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

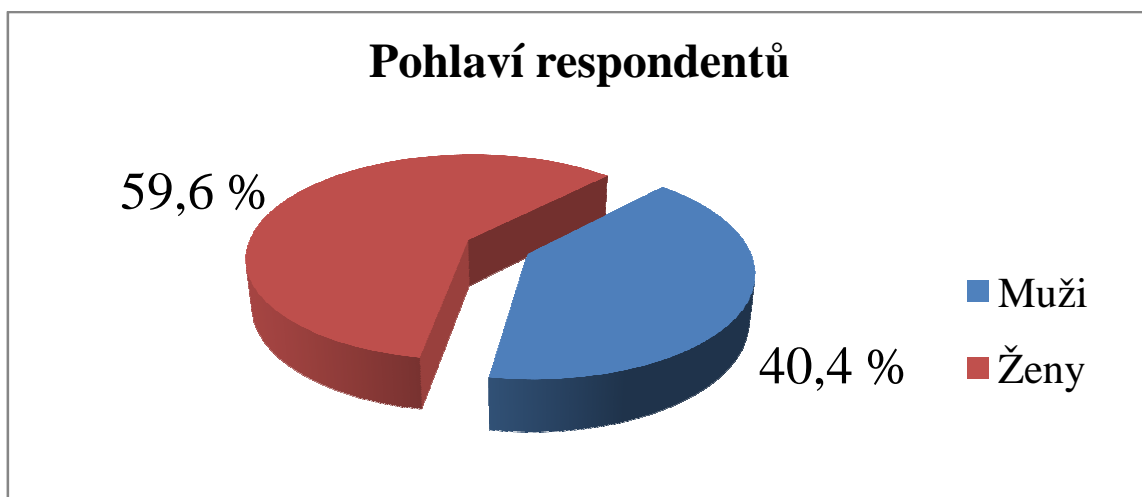
Sledovaným souborem byli pacienti na jednotkách intenzivní péče v Nemocnici České Budějovice, a.s. a sestry pracující na JIP v Nemocnici České Budějovice, a.s. Rozdávání dotazníků bylo provedeno se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice, a.s. Mgr. Jiřiny Otáskové, MBA.

Dotazníků pro sestry bylo rozdáno 150 kusů, vráceno bylo 117 dotazníků. Vyřadit jsme museli 10 dotazníků pro neúplnost. Návratnost byla 78 %.

Pacientských dotazníků bylo rozdáno 120 kusů. Vráceno patientských dotazníků bylo 108. Vyřadit pro neúplnost jsme museli 14 dotazníků. Návratnost byla 90 %. Celkem ke zpracování bylo zařazeno 107 dotazníků od sester a 94 dotazníků od pacientů. Dotazníky byly rozdávány v období únor a březen 2009.

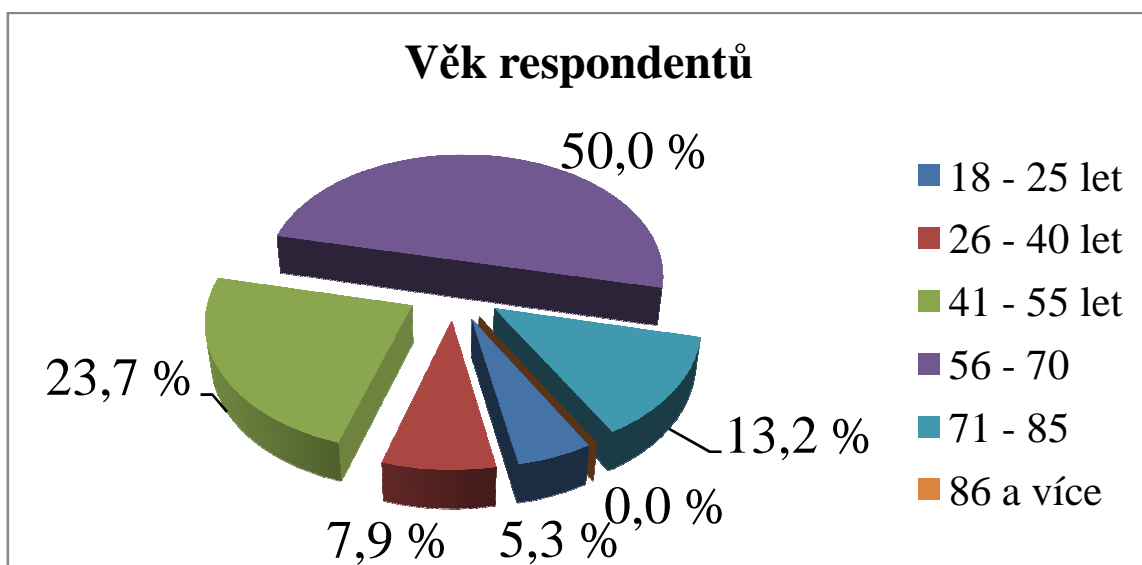
4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů - pacienti



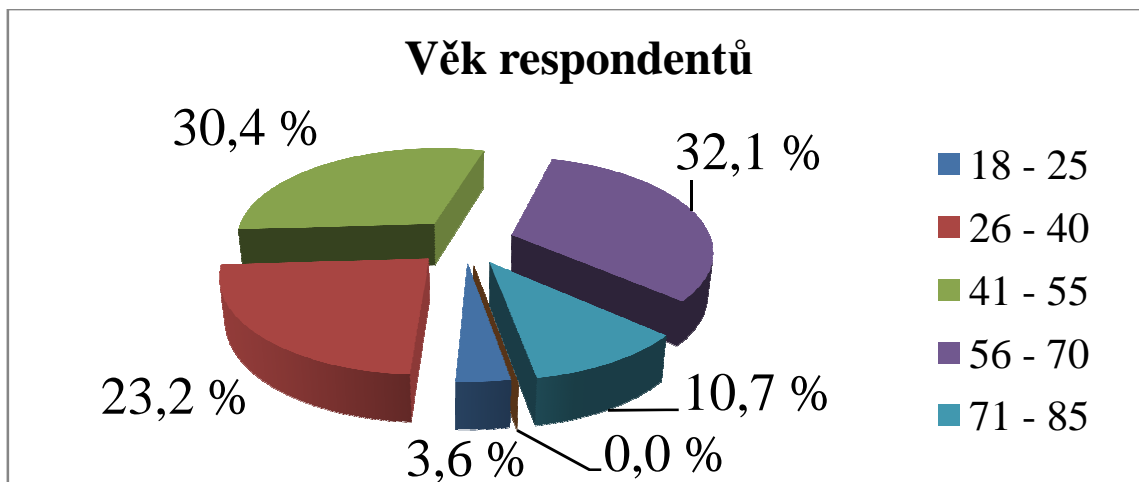
Z celkového počtu respondentů 94 (100 %) bylo 56 žen (59,6 %) a 38 (40,4 %) mužů.

Graf 2 Věk respondentů - muži



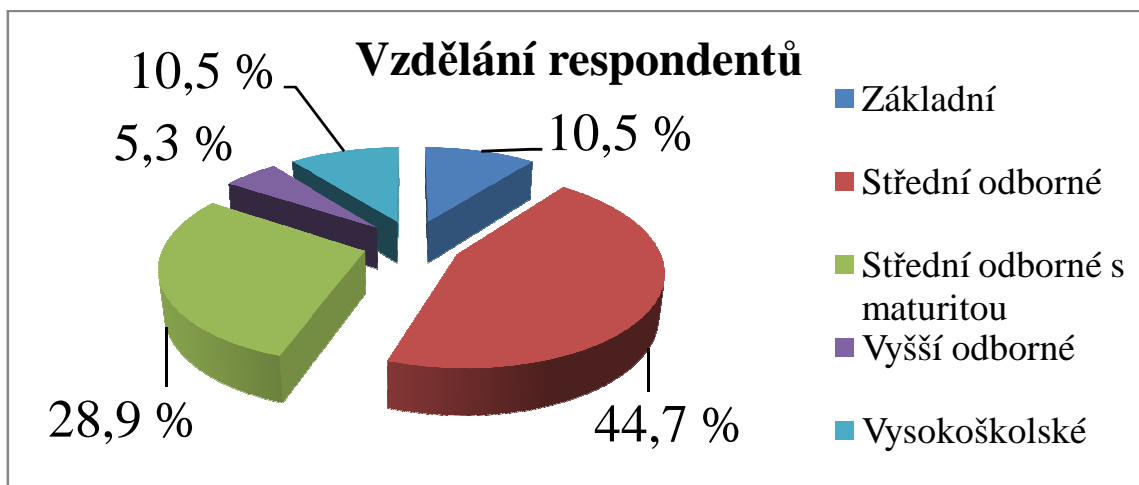
Z celkového počtu mužů 38 (100 %) tvořilo 19 respondentů (50 %) věkovou hranici 56 – 70 let. 9 respondentů (23,7 %) bylo ve věkové hranici 41 – 55 let, 5 respondentů (13,2 %) bylo ve věku 71 – 85 let. Ve věkové hranici 26 – 40 byli 3 respondenti (7,9 %). 2 respondenti (5,3 %) uvedli věkovou skupinu 18 – 25 let. Ve věkové hranici 86 a více let nebyl žádný respondent (0 %).

Graf 3 Věk respondentů - ženy



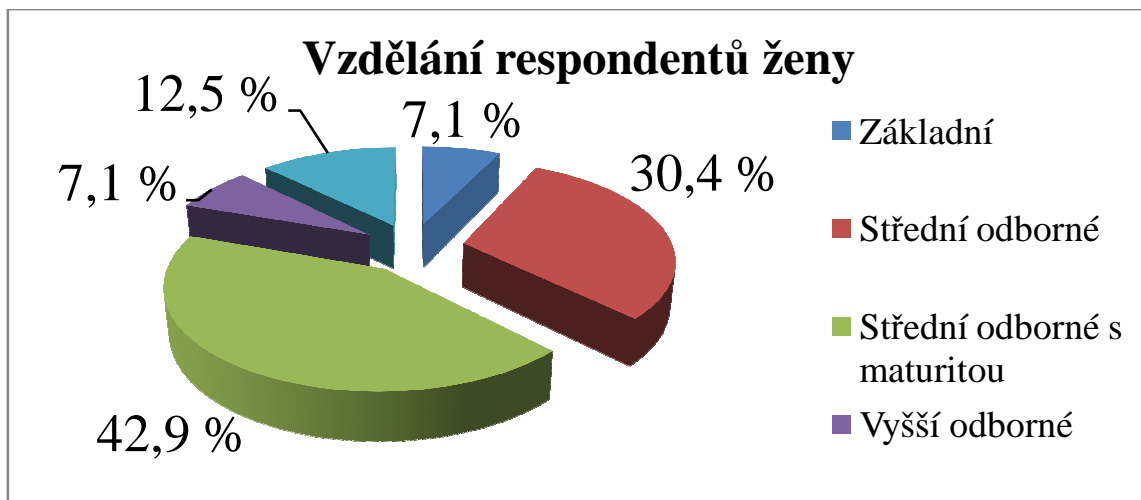
Z celkového počtu 56 žen (100 %) bylo ve věkové hranici 56 – 70 let 18 respondentek (32,1 %), věková hranice 41 – 55 let byla tvořena 17 respondentkami (30,4 %). Ve věkové hranici 26 – 40 let bylo 13 respondentek (23,2 %), ve věku 71 – 85 let bylo 6 respondentek (10,7 %). 2 respondentky (3,6 %) byly ve věkové hranici 18 – 25 let, ve věku 86 a více nebyla žádná respondentka (0 %).

Graf 4 Vzdělání respondentů - muži



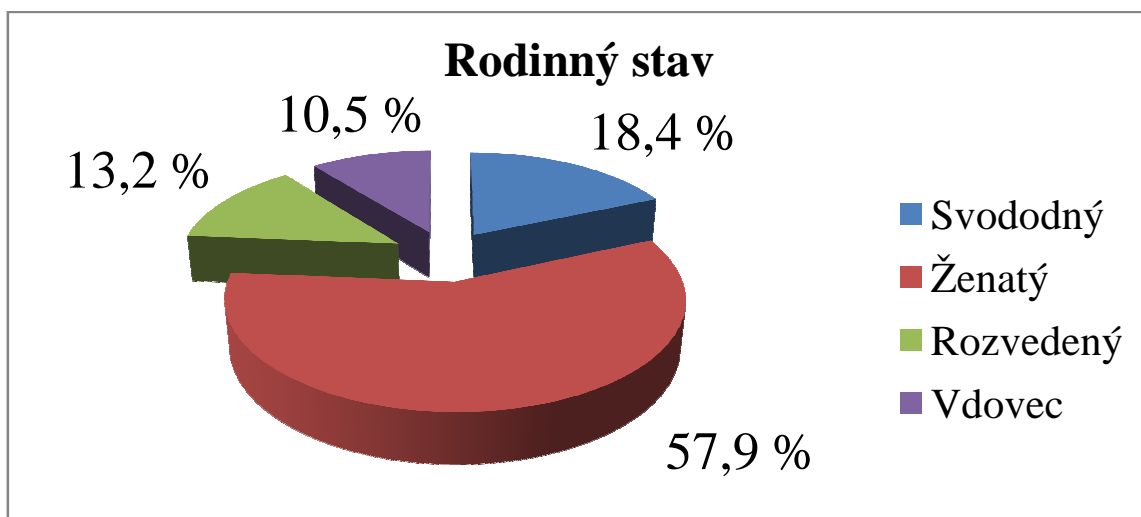
Z celkového počtu respondentů mužů 38 (100 %) mělo střední odborné vzdělání 17 respondentů (44,7 %), střední odborné vzdělání s maturitou mělo 11 respondentů (28,9 %). Základní vzdělání měli 4 respondenti (10,5 %) a vysokoškolské vzdělání měli 4 respondenti (10,5 %). Vyšší odborné vzdělání měli 2 respondenti (5,3 %).

Graf 5 Vzdělání respondentů - ženy



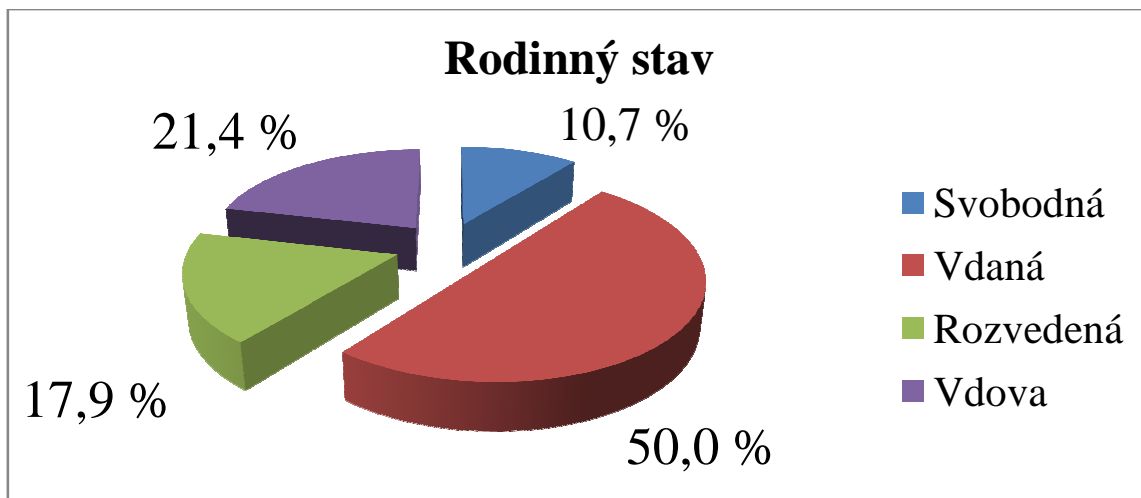
Z celkového počtu respondentů – žen 56 (100 %) mělo 24 respondentek (42,9 %) střední odborné vzdělání s maturitou. Střední odborné vzdělání mělo 17 respondentek (30,4 %). Vysokoškolské vzdělání mělo 7 respondentek (12,5 %). Základní vzdělání měly 4 respondentky (7,1 %), vyšší odborné vzdělání měly 4 respondentky (7,1 %).

Graf 6 Rodinný stav - muži



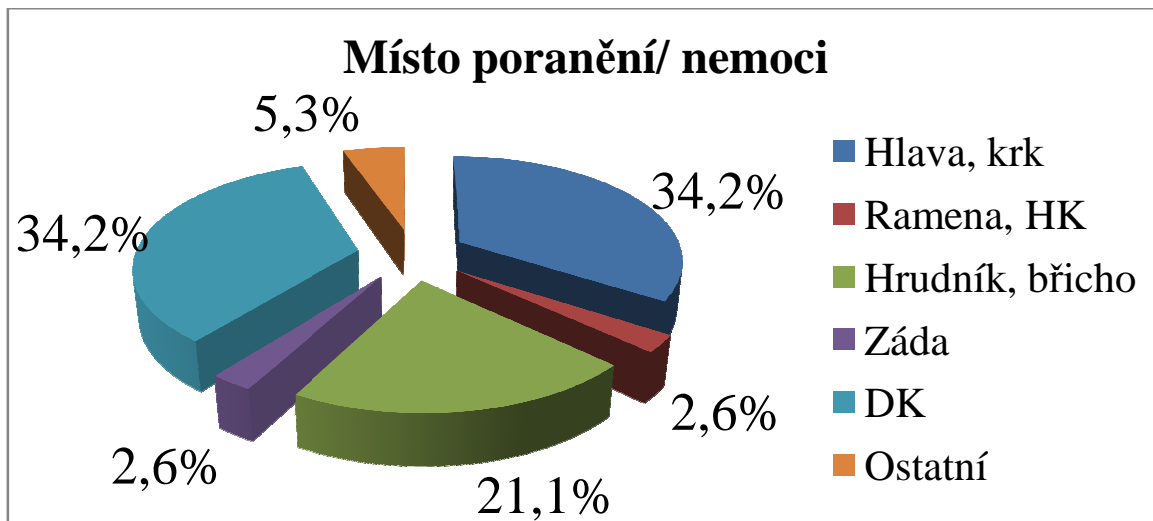
Z celkového počtu 38 mužů (100 %) bylo 22 respondentů ženatých (57,9 %), 7 respondentů bylo svobodných (18,4 %), rozvedených respondentů bylo 5 (13,2 %). Vdovců mezi respondenty byli 4 (10,5 %) respondenti.

Graf 7 Rodinný stav - ženy



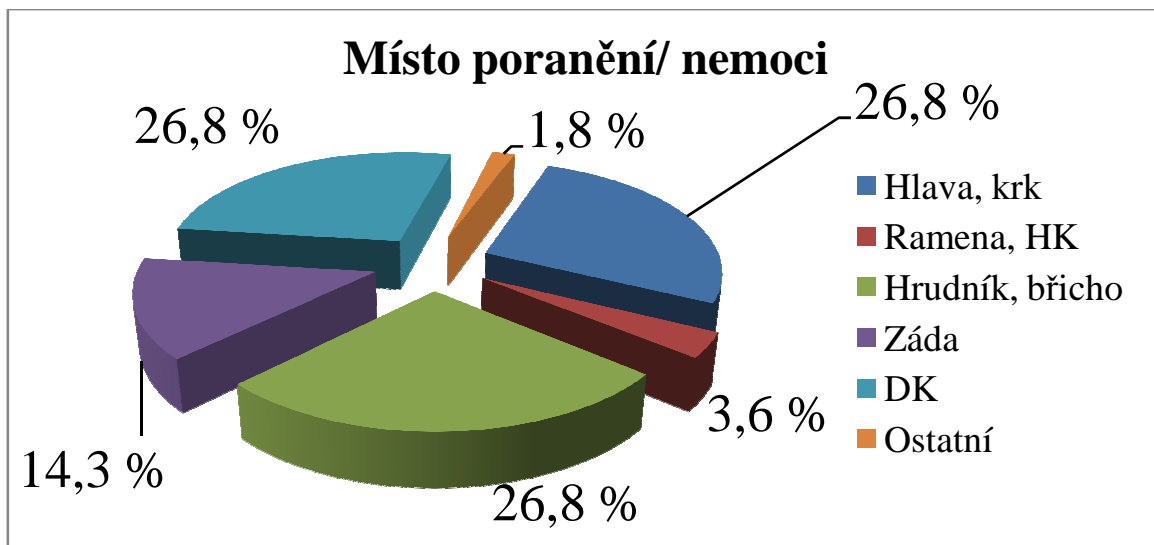
Z celkového počtu žen 56 (100 %) bylo vdaných respondentek 28 (50 %), rozvedených respondentek bylo 10 (17,9 %). Vdov mezi respondentkami bylo 12 (21,4 %). 6 respondentek (10,7 %) tvořilo skupinu svobodných.

Graf 8 Místo poranění/ nemoci - muži



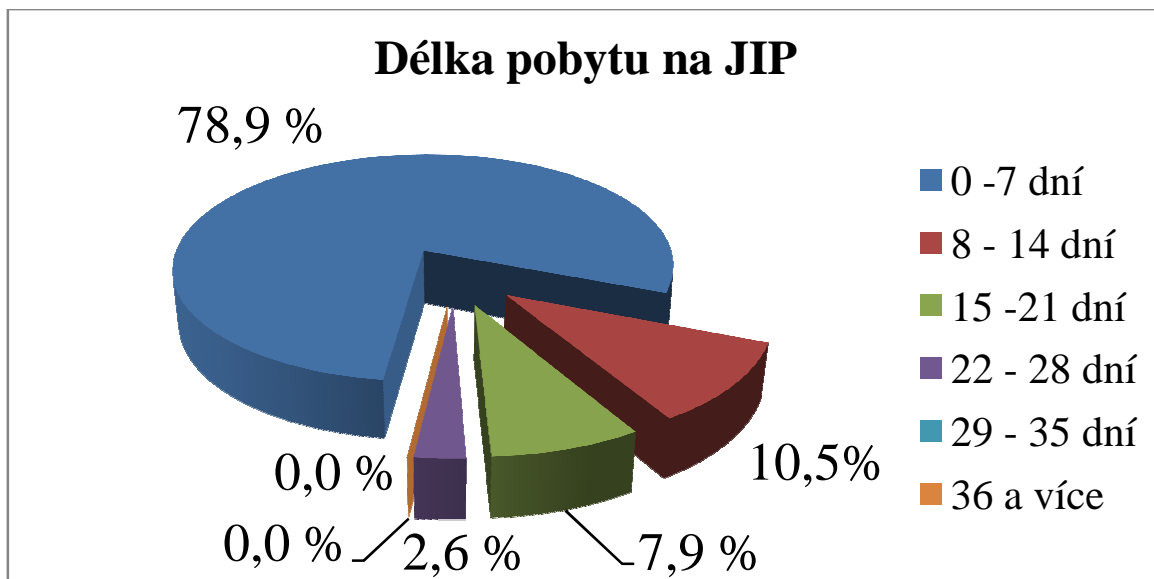
Z celkového počtu mužů 38 (100 %) mělo 13 respondentů (34,2 %) místo poranění či nemoci hlavu/ krk. Dolní končetiny označilo 13 respondentů (34,2 %). Hrudník/ břicho mělo uvedeno 8 respondentů (21,1 %). Místo poranění či nemoci ostatní uvedli 2 respondenti (5,3 %). 1 respondent (2,6 %) měl místem poranění či nemoci ramena/ horní končetiny. Místem poranění či nemoci v oblasti zad měl 1 respondent (2,6 %).

Graf 9 Místo poranění/ nemoci - ženy



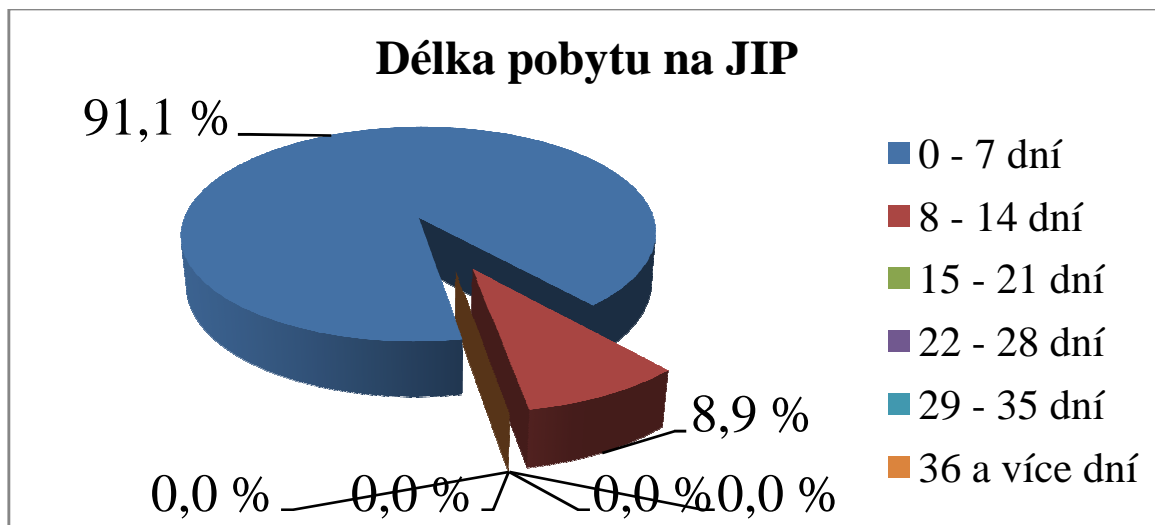
Z celkového počtu respondentů 56 žen (100 %) uvedly jako místo onemocnění/ poranění hrudník/ břicho 15 (26,8 %) respondentek. 15 (26,8 %) respondentek jako místo poranění či nemoci označily hlavu/ krk. Dolní končetiny označilo 15 (26,8 %) respondentek. 8 (14,3 %) respondentek uvedlo místo poranění či nemoci záda. Ramena/ horní končetiny označily 2 respondentky (3,6 %). Místem poranění či nemoci ostatní označila 1 (1,8 %) respondentka.

Graf 10 Délka pobytu na JIP - muži



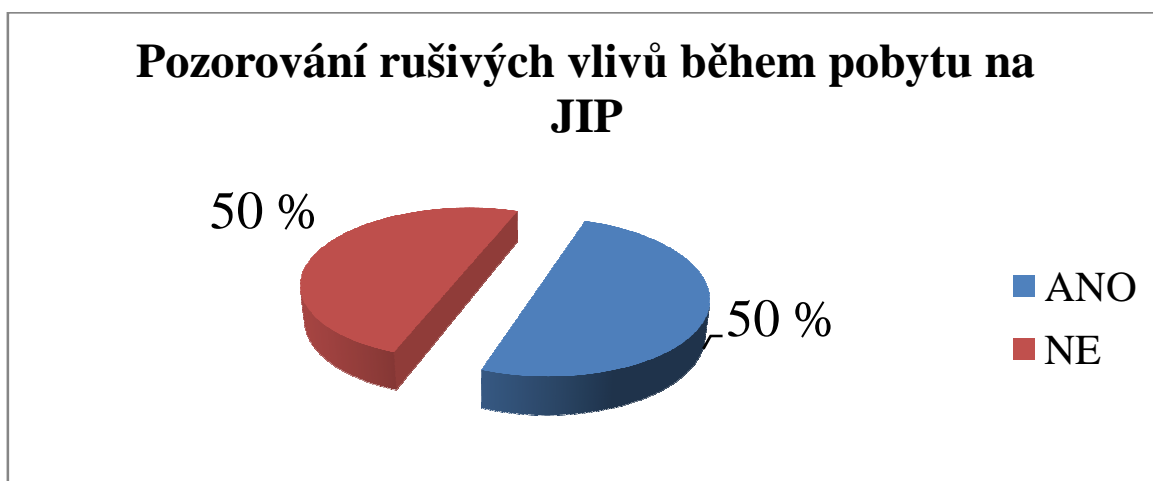
Z celkového počtu respondentů 38 mužů (100 %) bylo 30 (78,9 %) respondentů, kteří označili délku pobytu na JIP 0 – 7 dní, délku pobytu na JIP 8 – 14 dní označili 4 (10,5 %) respondenti, délka pobytu na JIP 15 – 21 dní označili 2 (7,9 %) respondenti, 1 (2,6 %) respondent uvedl délku hospitalizace na JIP 22 – 28 dní, délka hospitalizace 29 – 35 dní nevedl žádný respondent (0 %), taktéž dobu 36 a více dní hospitalizace nevedl žádný respondent (0 %).

Graf 11 Délka pobytu na JIP - ženy



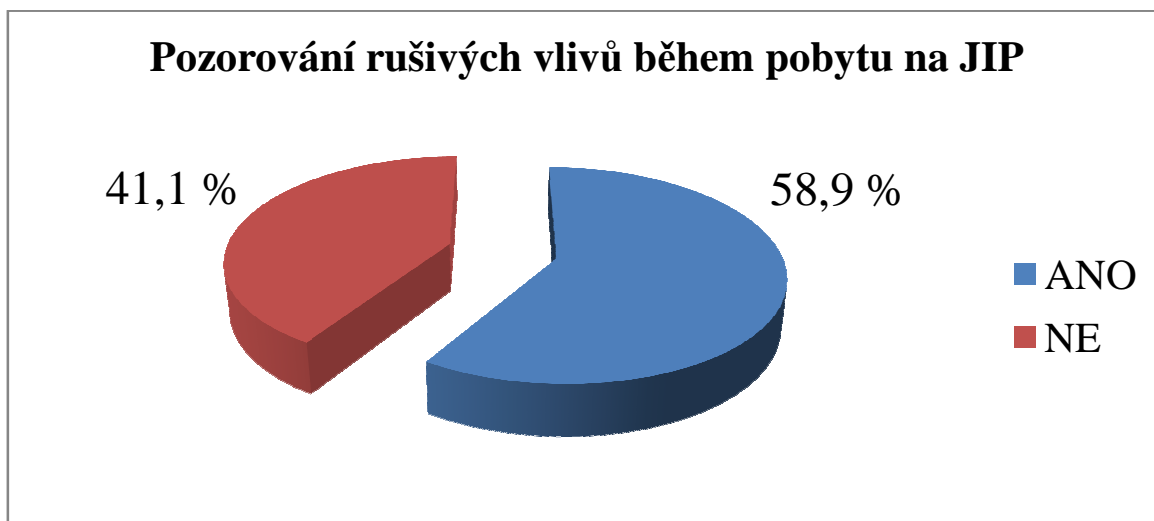
Z celkového počtu respondentek žen 56 (100 %) uvedlo 51 (respondentek, že jejich doba hospitalizace na JIP byla 0 – 7 dní, doba hospitalizace na JIP 8 – 14 dní označilo 5 (8,9 %) respondentek, doba hospitalizace 15 – 21 dní neoznačila žádná respondentka (0 %), dobu hospitalizace 22 – 28 dní neoznačila žádná respondentka (0 %), dobu hospitalizace na JIP 29 – 35 dní neoznačila žádná respondentka (0 %), doba hospitalizace 36 a více dní neoznačila žádná respondentka (0 %).

Graf 12 Pozorování rušivých vlivů během pobytu na JIP - muži



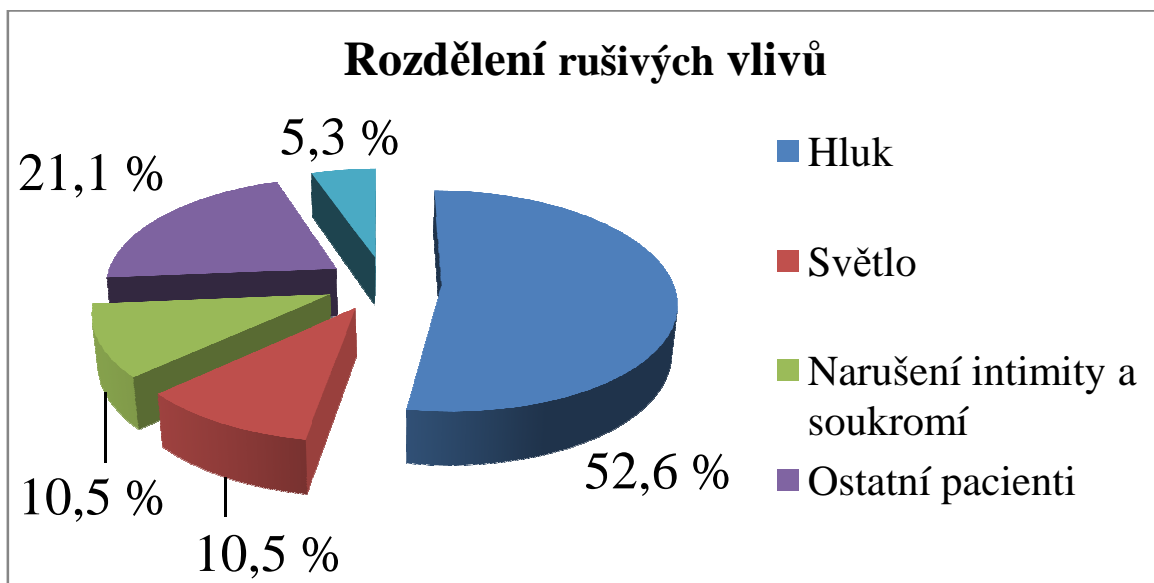
Z celkového počtu respondentů mužů 38 (100 %) uvedlo 19 (50 %) respondentů, že za dobu pobytu na JIP nepozorovali žádné rušivé vlivy, 19 (50 %) respondentů uvedlo, že za dobu pobytu na JIP pozorovali rušivé vlivy.

Graf 13 Pozorování rušivých vlivů během pobytu na JIP - ženy



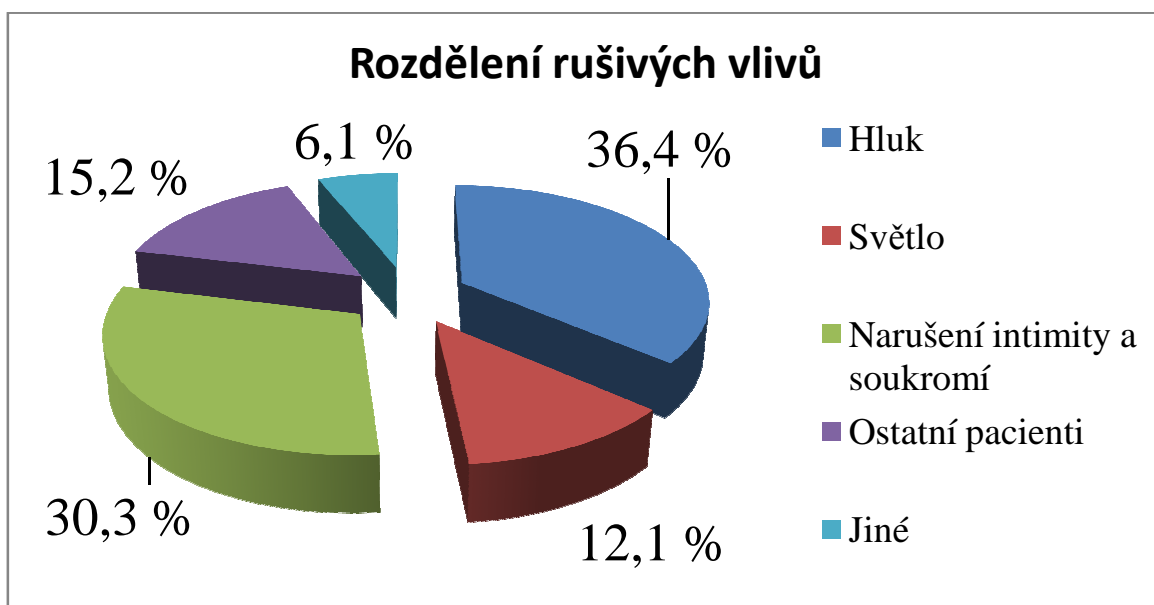
Z celkového počtu respondentek žen 56 (100%) uvedlo 33 (58,9 %) respondentek, že za dobu své hospitalizace na JIP pozorovalo na JIP rušivé vlivy, 23 (41,1 %) respondentek uvedlo, že za dobu své hospitalizace na JIP nepozorovalo žádné rušivé vlivy.

Graf 14 Rozdělení rušivých vlivů - muži



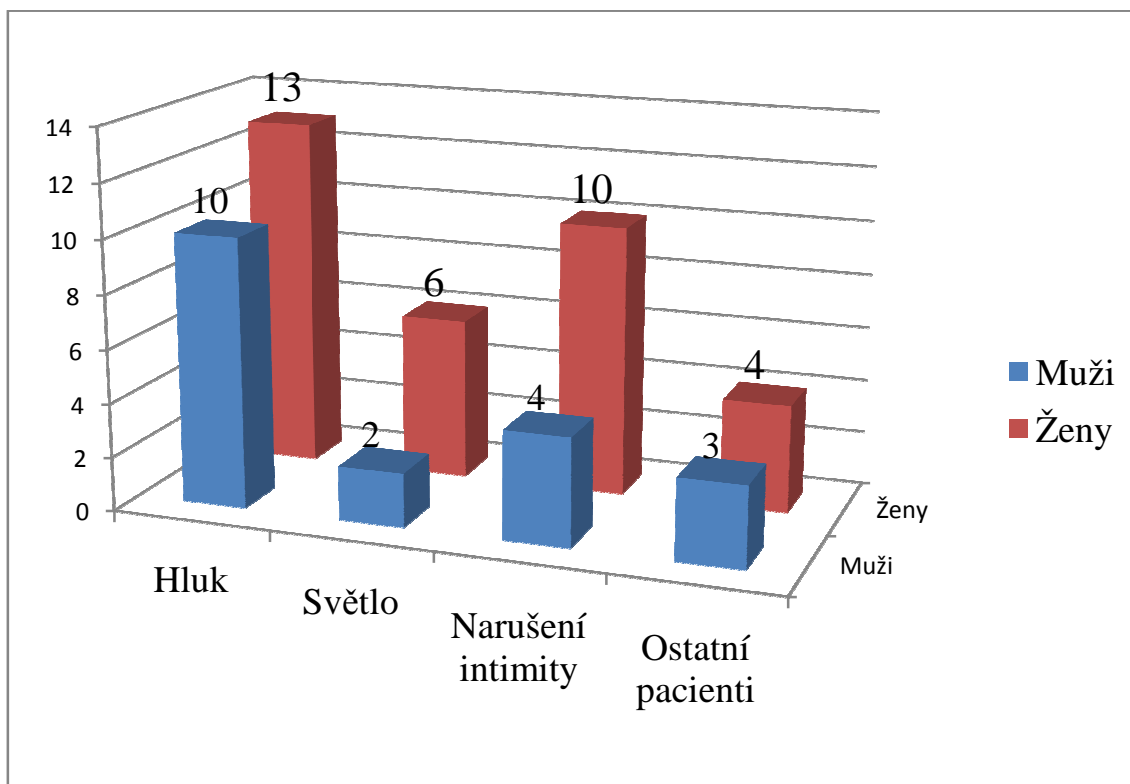
Graf 14 navazuje na graf 12. Respondenti byli vyraženi, pokud odpověděli v grafu 12 odpověď NE. Vyloučeno bylo 19 respondentů. Z celkového počtu respondentů mužů 19 (100 %) odpovědělo 10 (52,6 %) respondentů, že na JIP pozorovali hluk, rušivý vliv ostatní pacienti hospitalizovaní na JIP označili 4 (21,1 %) respondenti. Narušení intimity a soukromí označili 2 (10,5 %) respondenti, světlo na JIP jako rušivý vliv označili 2 (10,5 %) respondenti. Možnost jiné označil 1 (5,3 %) respondent. Tento respondent uvedl, že rušivý vliv byly sestry, které se hlasitě bavily.

Graf 15 Rozdělení rušivých vlivů - ženy



Graf 15 navazuje na graf 13. Respondenti byli vyraženi, pokud odpověděli v grafu 13 odpověď NE. Vyloučeno bylo 23 respondentek. Z celkového počtu respondentek 33 žen (100 %) uvedlo 12 (36,4 %) respondentek, že za dobu své hospitalizace na JIP pozorovalo jako rušivý vliv hluk, narušení intimity a soukromí pozorovalo 10 (30,3 %) respondentek. Rušivý vliv v podobě ostatních pacientů na JIP uvedlo 5 (15,2 %) respondentek. Světlo jako rušivý vliv uvedly 4 (12,1 %) respondentky, 2 (6,1 %) respondentky uvedly možnost jiné. 1 respondentka uvedla, že na JIP pozorovala rušivý vliv v podobě hlasitých rozhovorů sester a 1 respondentka uvedla jako rušivý vliv návštěvy k spolupacientům.

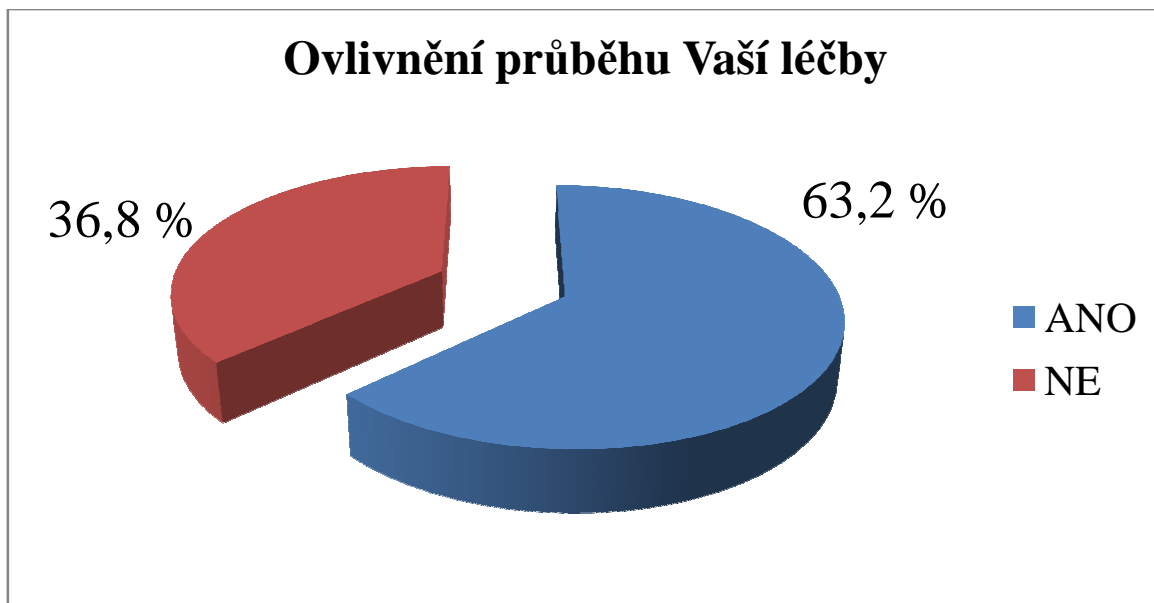
Graf 16 NEJVÍCE obtěžující vliv – muži + ženy (srovnávací graf)



Graf 16 navazuje na graf 12 a graf 13, kdy jsme vyřadili respondenty, kteří odpověděli záporně na otázku, zda pozorovali na JIP rušivé vlivy. Z celkového počtu 19 respondentů mužů, 10 respondentů uvedlo jako nejvíce obtěžující rušivý vliv hluk. Narušení intimity a soukromí jako nejvíce obtěžující vliv uvedli 4 respondenti. Jako rušivý vliv ostatní pacienti byly označeny 3 respondenty. Světlo jako nejvíce obtěžující vliv na JIP označili 2 respondenti. Možnost jiné neoznačil žádný respondent.

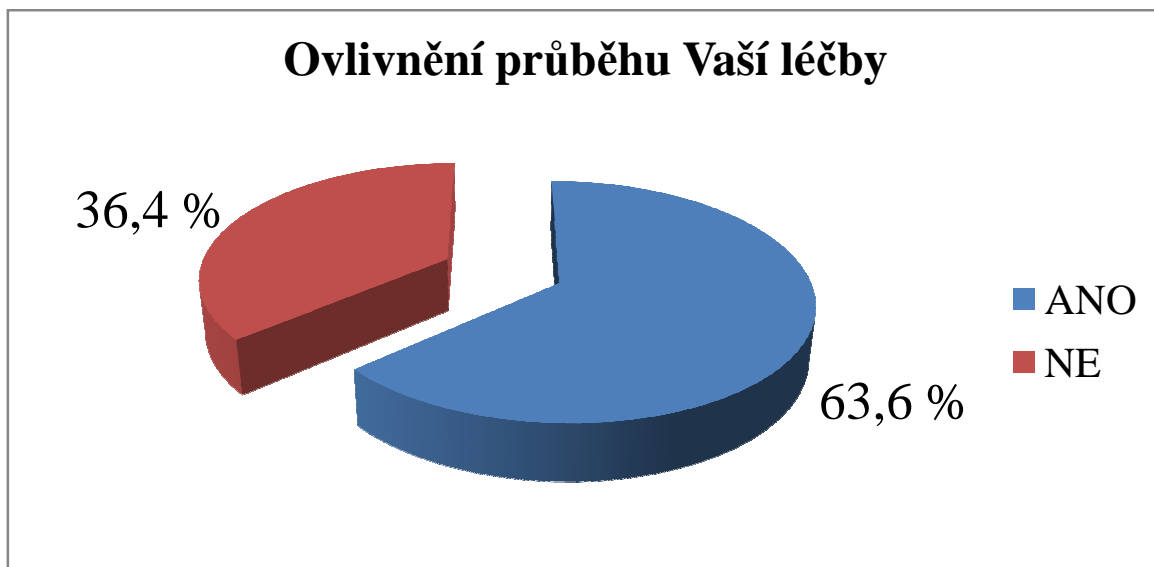
Z celkového počtu 33 respondentek – žen 13 respondentek jako nejvíce obtěžující vliv za dobu hospitalizace na JIP označily hluk. Narušení intimity a soukromí jako nejvíce obtěžující uvedlo 10 respondentek. Světlo jako nejvíce obtěžující vliv na JIP uvedlo 6 respondentek. 4 respondentky uvedly jako nejvíce obtěžující vliv v podobě ostatních hospitalizovaných pacientů na JIP. Možnost jiné neoznačila žádná respondentka.

Graf 18 Ovlivnění průběhu Vaší léčby- muži



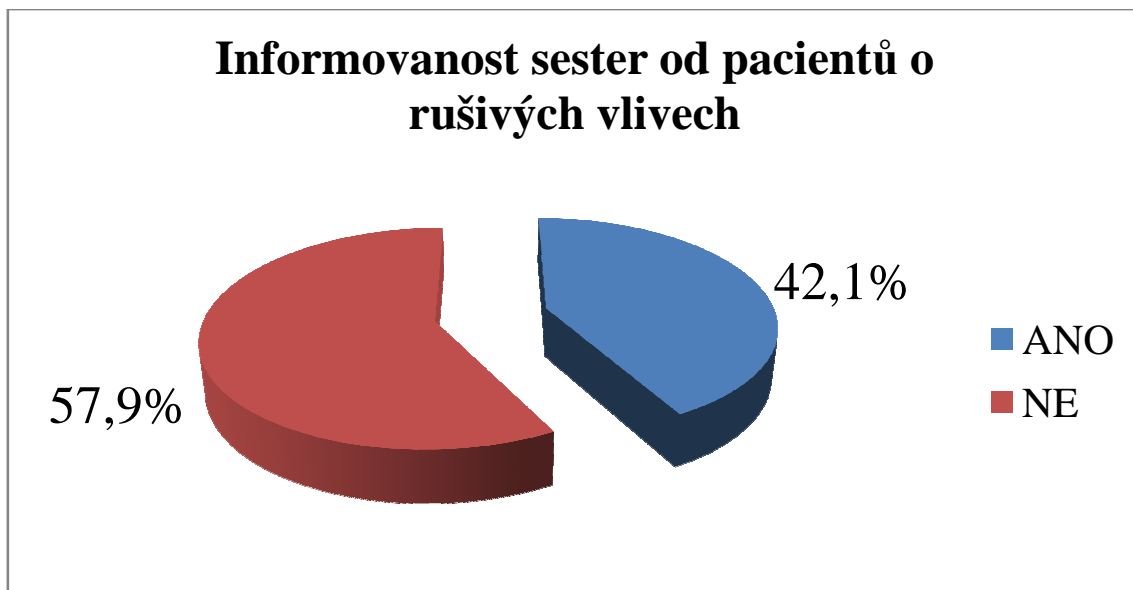
Z celkového počtu respondentů 19 mužů (100 %) označili možnost ano 12 (63,2 %) respondentů, možnost ne označilo 7 (36,8 %) respondentů.

Graf 19 Ovlivnění průběhu Vaší léčby – ženy



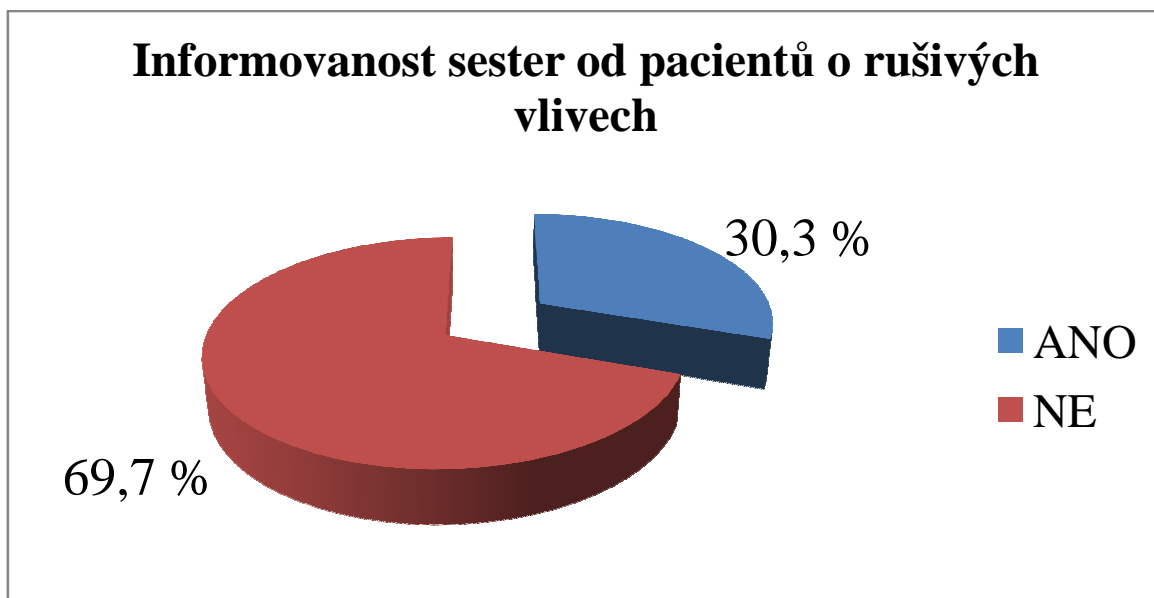
Z celkového počtu respondentů žen 33 (100 %) označilo možnost ano 21 (63,6 %) respondentek a možnost ne označilo 12 (36,4 %) respondentek.

Graf 20 Informovanost sester od pacientů o rušivých vlivech - Muži



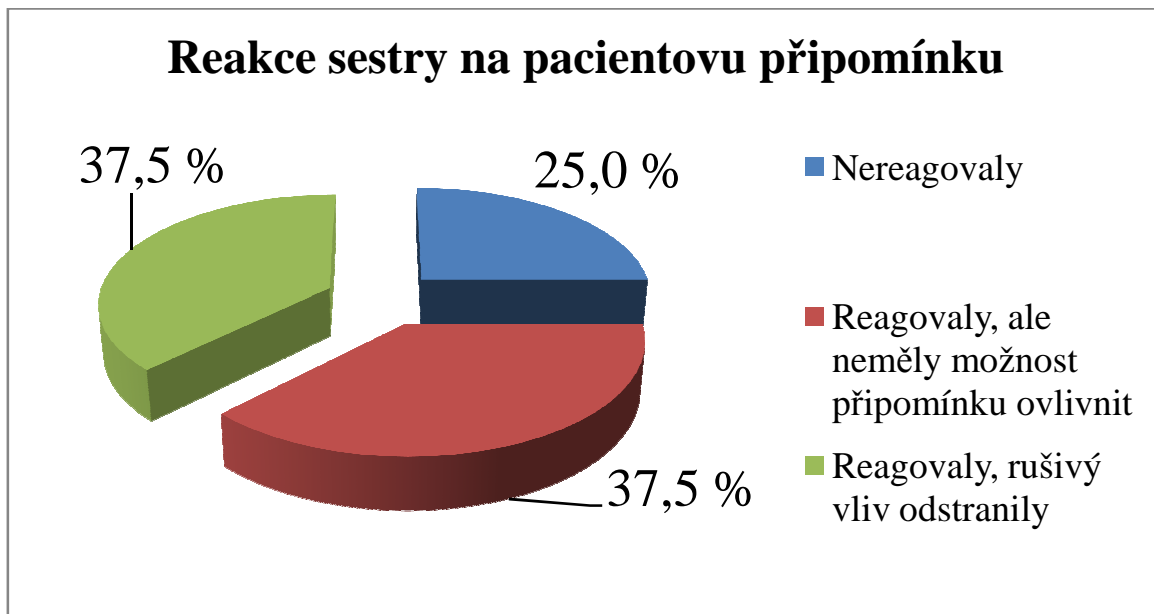
Z celkového počtu respondentů mužů 19 (100 %) označili možnost ne 11 (57,9 %) respondentů, možnost ano uvedlo 8 (42,1 %) respondentů.

Graf 21 Informovanost sester od pacientů o rušivých vlivech - Ženy



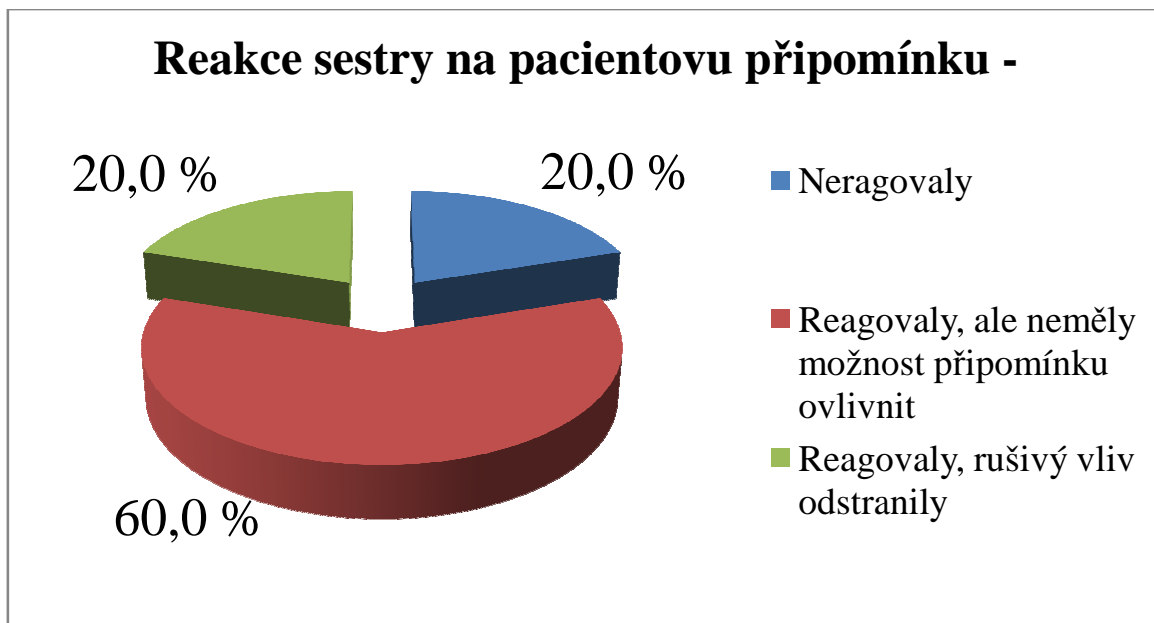
Z celkového počtu respondentů žen 33 (100 %) označilo možnost ne 23 (69,7 %) respondentek možnost ano označilo 10 (30,3 %) respondentek.

Graf 22 Reakce sestry na pacientovu připomínku - Muži



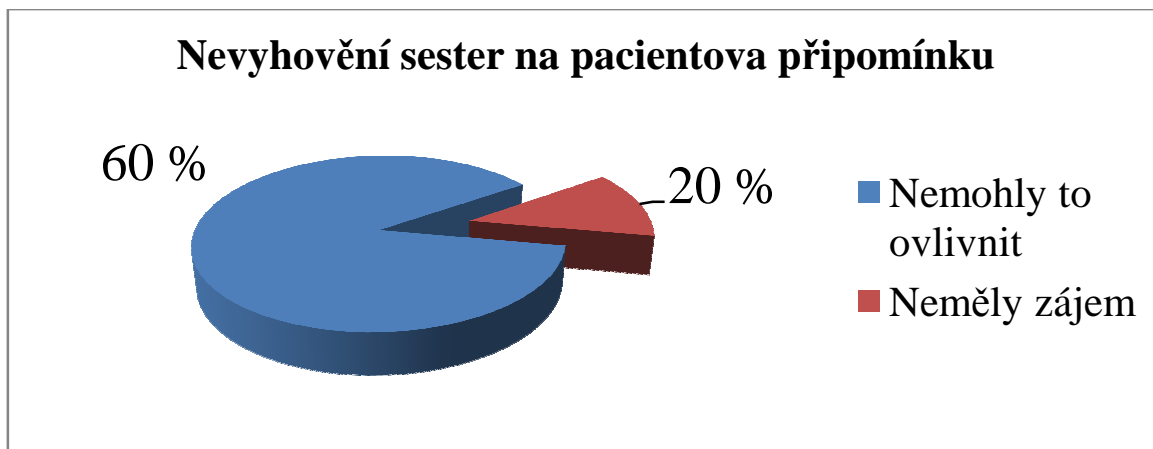
Graf 22 navazuje na graf 20. Respondenti, kteří odpovídali, že sestřám o rušivých vlivech neřekli, neodpovídali na tuto otázku. Z celkového počtu 8 (100 %) respondentů mužů odpověděli 3 (37,5 %) respondenti, možnost, že sestry reagovaly a rušivý vliv odstranily, 3 (37,5 %) respondenti uvedli odpověď, že sestry sice reagovaly, ale neměly možnost připomínku ovlivnit, 2 (25 %) respondenti odpověděli, že na jejich připomínku sestry nereagovaly.

Graf 23 Reakce sestry na pacientovu připomínku - Ženy



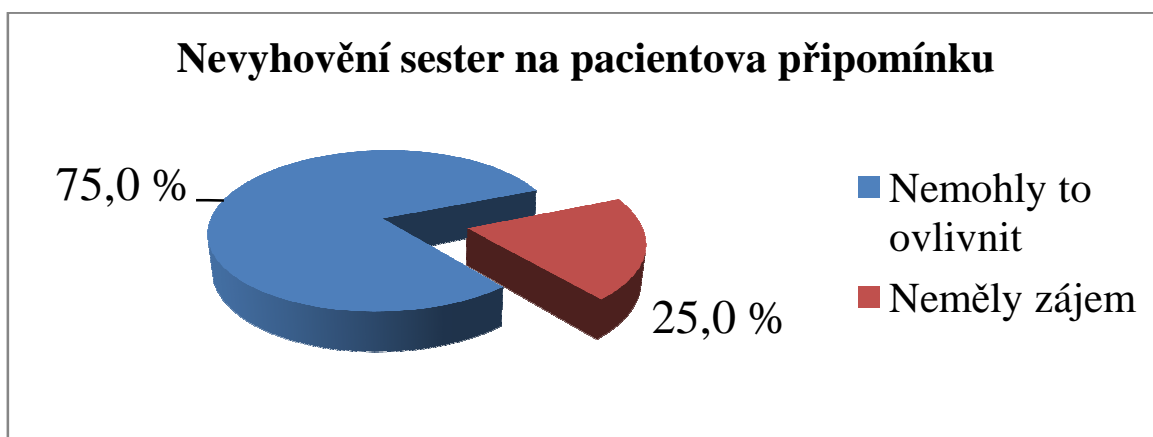
Graf 23 navazuje na graf 21. Respondenti, kteří odpovídali, že sestřám o rušivých vlivech neřekli, neodpovídali na tuto otázku. Z celkového počtu 10 (100 %) respondentek žen označilo 6 (60 %) respondentek možnost, že sestry reagovaly, ale neměly možnost připomínku odstranit. 2 (20 %) respondentky označily možnost, že sestry na jejich připomínku nereagovaly. 2 (20 %) respondentky označily možnost, že sestry rušivý vliv odstranily.

Graf 24 Nevyhovění sester na pacientova připomínku - Muži



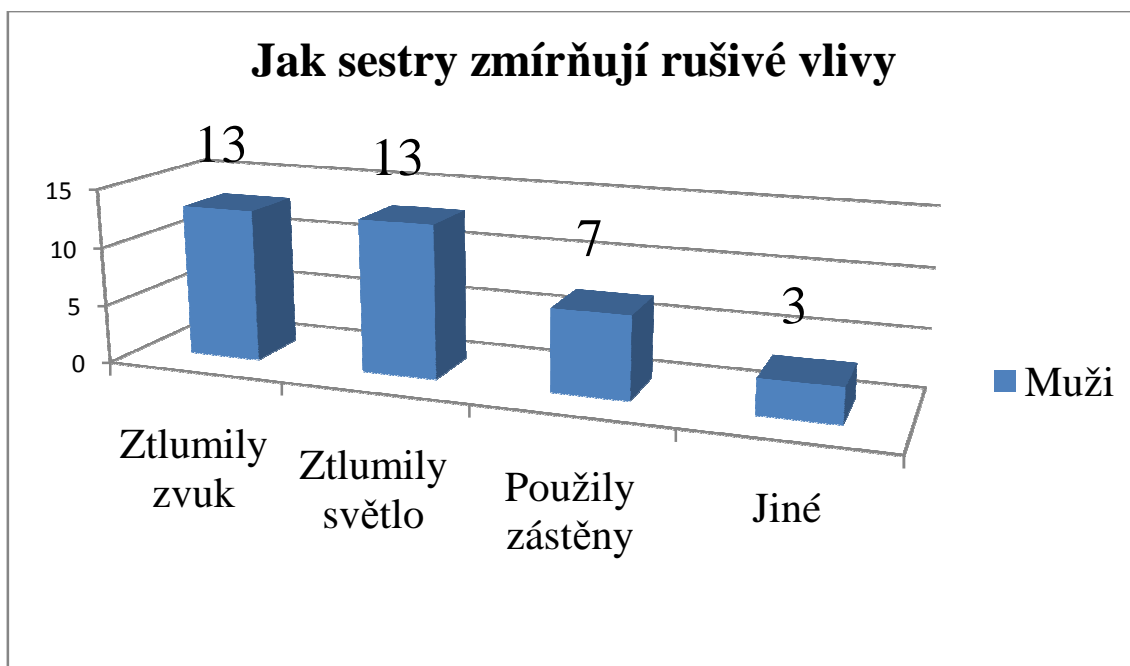
Graf 24 navazuje na graf 20. Respondenti, kteří odpovídali, že sestřím o rušivých vlivech neřekli, neodpovídali na tuto otázku. Z celkového počtu respondentů mužů 8 (100 %), označilo 7 (60 %) respondentů možnost, že si myslí, že sestry nemohly ovlivnit jejich připomínku. 1 (20 %) respondent označil možnost, že neměly sestry zájem jeho připomínku ovlivnit.

Graf 25 Nevyhovění sester na pacientova připomínku - Ženy



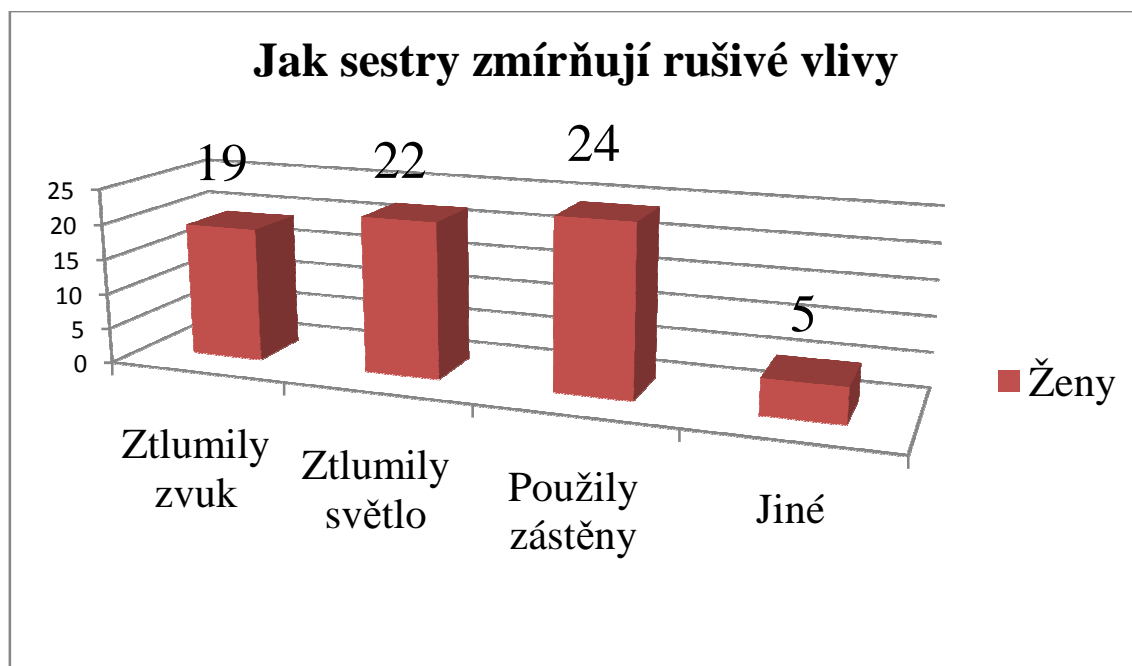
Graf 25 navazuje na graf 21. Respondenti, kteří odpovídali, že sestřím o rušivých vlivech neřekli, neodpovídali na tuto otázku. Z celkového počtu 10 (100 %) respondentek žen odpovědělo, že si myslí, že sestry nemohly ovlivnit jejich připomínku, bylo 8 (75 %) respondentek. 2 (25 %) respondentky označily možnost, že si myslí, že sestry neměly zájem to ovlivnit.

Graf 26 Jak sestry zmírňují rušivé vlivy - Muži



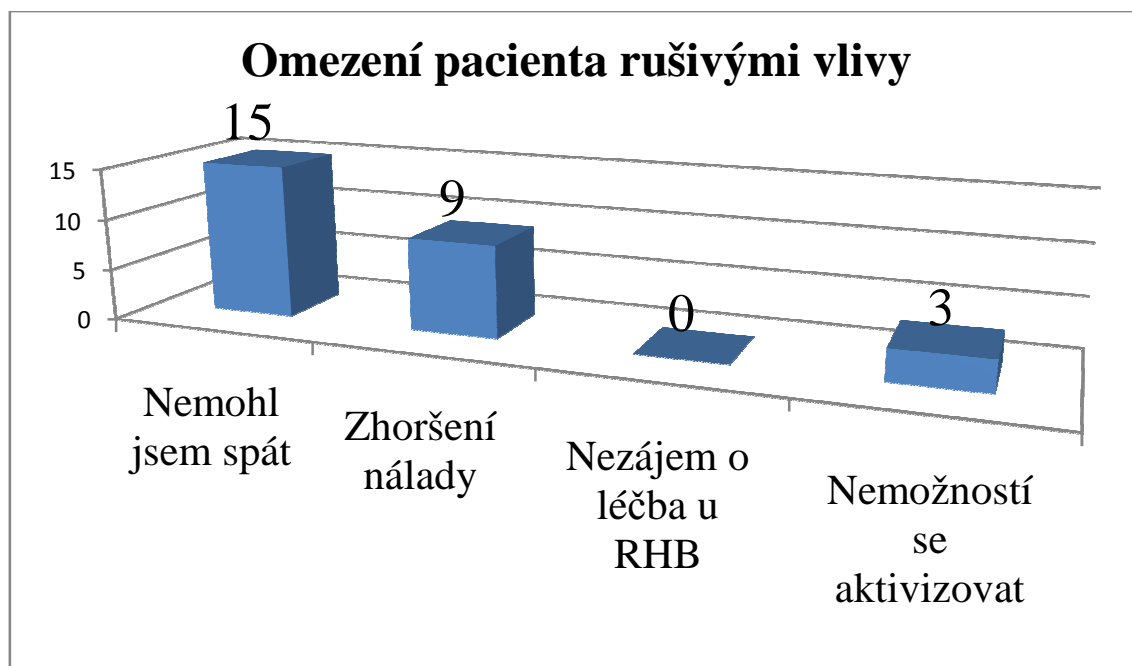
Graf 26 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jak sestry zmírňují rušivé vlivy. Odpovídali muži. Měli možnost označit více možností. Z celkového počtu odpovědí 36 bylo 13 odpovědí ztlumení zvuku, jako odstranění rušivého vlivu na JIP sestrami. 13 odpovědí z celkového počtu označili respondenti odpověď, že sestry zmírňují rušivé vlivy tím, že ztlumí světlo. Použití zástěny bylo v 7 odpovědích respondentů. Možnost jiné bylo ve 3 odpovědích. Neuvedli, bohužel, jakými prostředky sestry rušivé vlivy odstranily.

Graf 27 Jak sestry zmírňují rušivé vlivy - Ženy



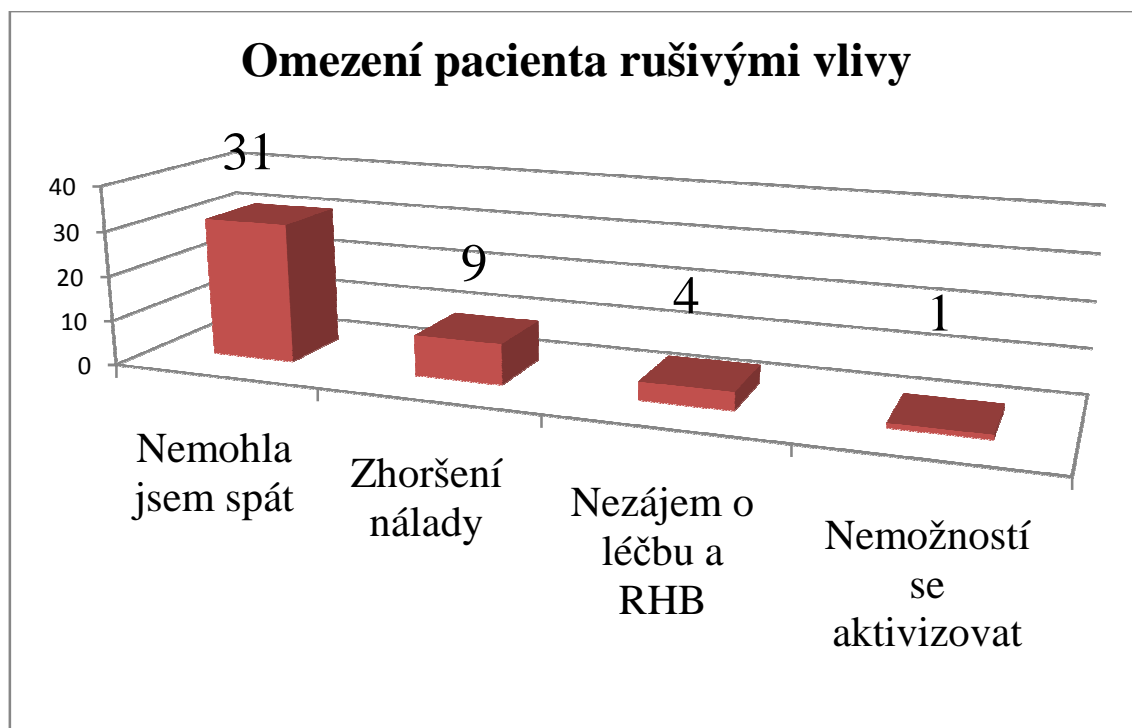
Graf 27 vyjadřuje odpovědi na otázku, jak sestry zmírňují rušivé vlivy. Odpovídaly ženy. Měly možnost označit více možností. Z celkového množství odpovědí 70 bylo 24 odpovědí na možnost, že sestry použily zástěny pro intimitu a soukromí. 22 odpovědí bylo na možnost, že sestry ztlumily světlo. Ztlumení zvuku jako možnost sester ztlumit rušivý vliv bylo 19 odpovědí. 5 odpovědí bylo na možnost jiné. Bez určení možnosti, jak sestry zmírňují rušivé vlivy.

Graf 28 Omezení pacienta rušivými vlivy - Muži



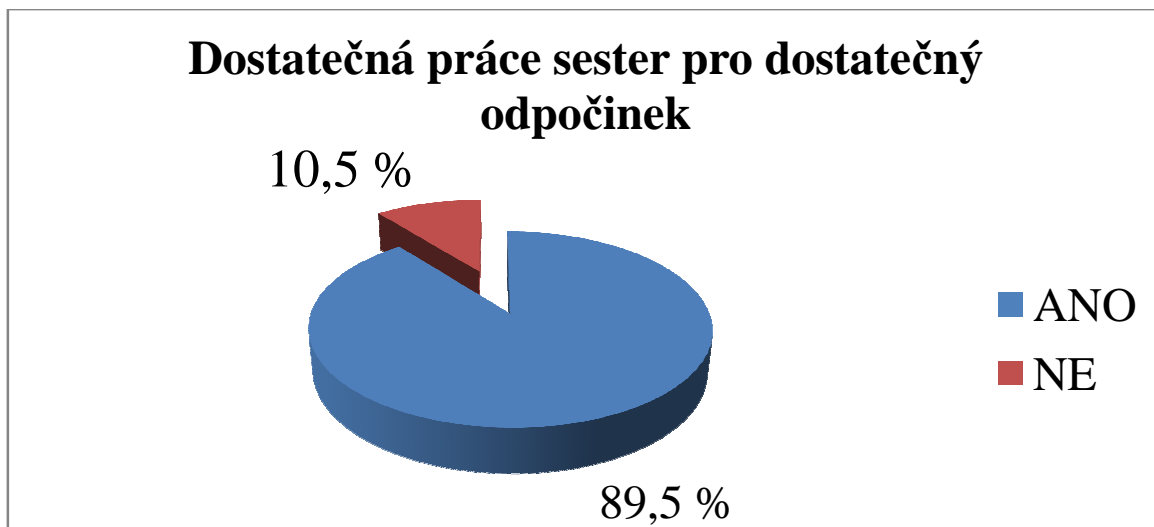
Graf 28 ukazuje odpovědi na otázky, jak pacienty rušivé vlivy omezily. Odpovídali muži. Měli možnost odpovídat na více možností. Z celkového počtu odpovědí 27 byla označená možnost, že nemohl spát 15 respondenty, zhoršení nálady bylo v 9 odpovědích. Nezájem o léčbu a rehabilitaci neoznačil žádný respondent. Nemožností se aktivizovat bylo označeno ve 3 odpovědích.

Graf 29 Omezení pacienta rušivými vlivy - Ženy



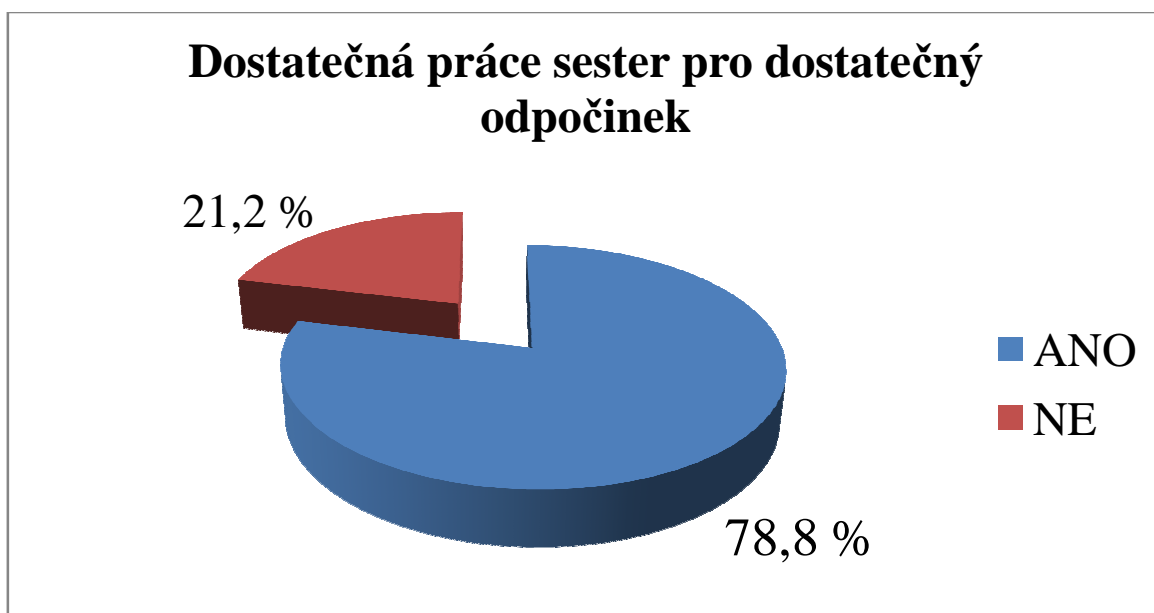
Graf 29 ukazuje odpovědi na otázku, jak pacienti omezují rušivé vlivy. Odpovídaly ženy. Odpovídat mohly na více možností. Z celkového počtu odpovědí 45 bylo 31 odpovědí na možnost, že nemohly spát. 9 odpovědí bylo na možnost, že rušivé vlivy je omezily zhoršením nálady. 4 odpovědi byly na možnost nezájem o léčbu a RHB. 1 odpověď byla na možnost nemoci se aktivizovat.

Graf 30 Dostatečná práce sester pro dostatečný odpočinek - Muži



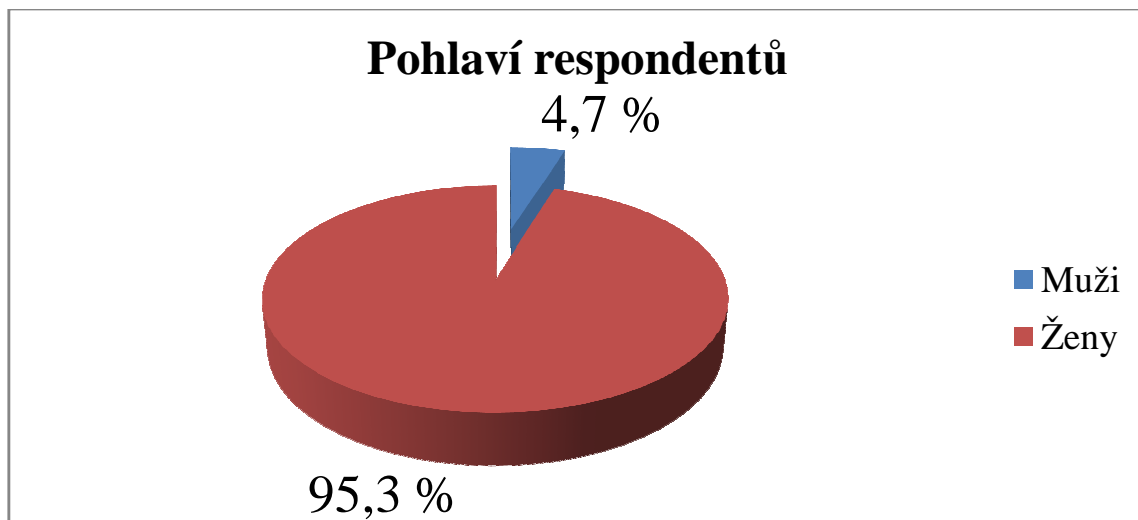
Z celkového počtu 19 (100 %) odpovědělo ano 17 (89,5 %) respondentů. Odpověď ne označili 2 (10,5 %) respondentů.

Graf 31 Dostatečná práce sester pro dostatečný odpočinek - Ženy



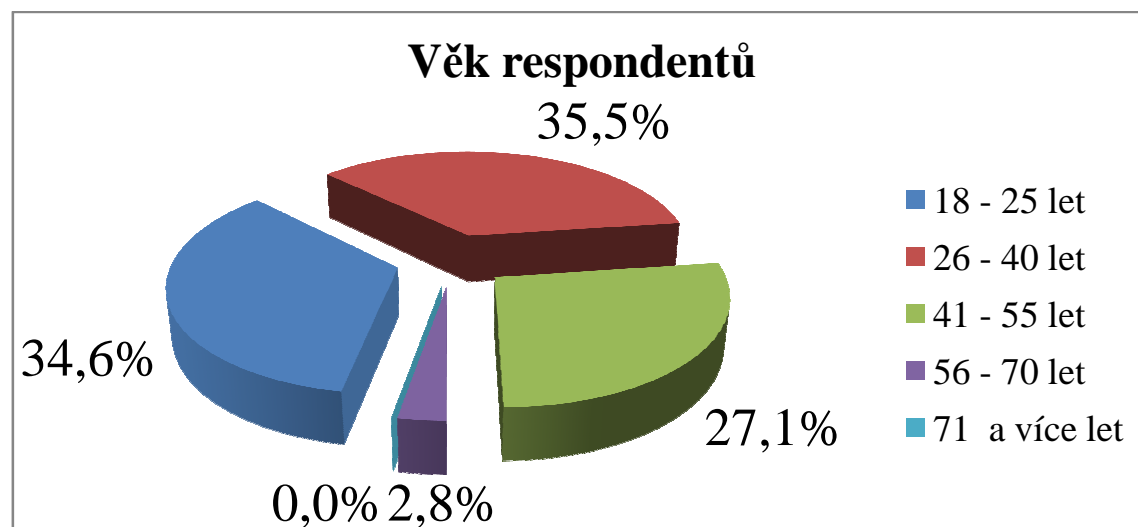
Z celkového počtu 33 (100 %) odpovědělo ano 26 (78,8 %) respondentek. Odpověď ne označilo 7 (21,2 %) respondentek.

Graf 32 Pohlaví respondentů - sestry



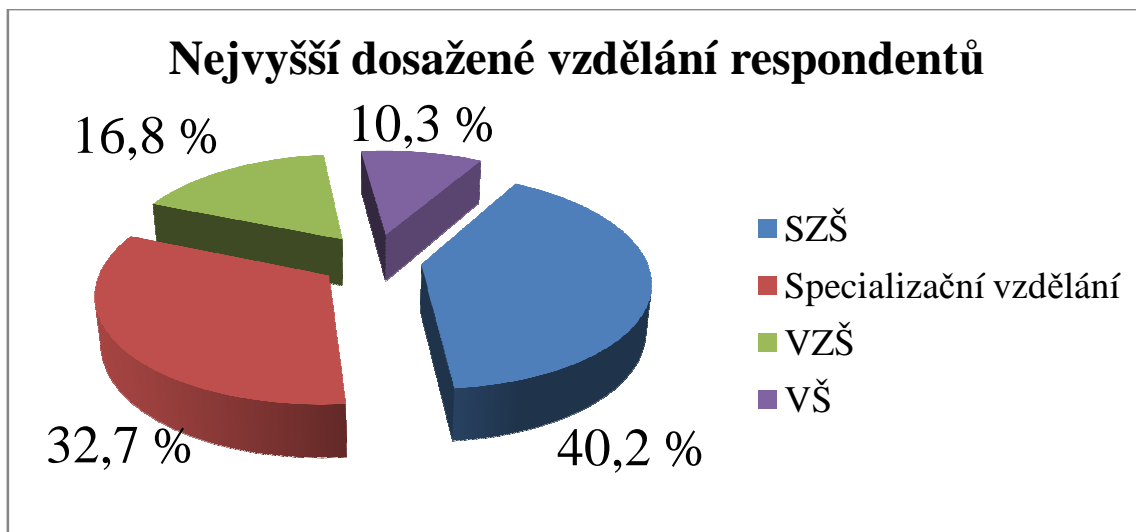
Z celkového počtu respondentů 107 (100 %) bylo 102 (95,3 %) respondentek ženy. 5 (4,7 %) respondentů byli muži.

Graf 33 Věk respondentů - sestry



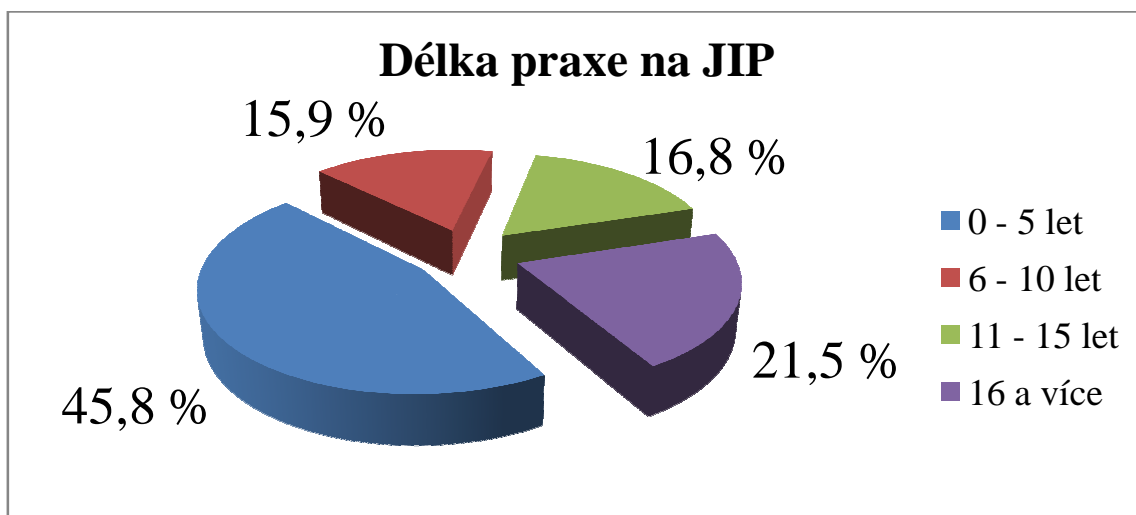
Z celkového počtu respondentů 107 (100 %) tvořilo 38 (35,5 %) respondentů věkovou hranici 26 – 40 let. 37 (34,6 %) respondentů bylo ve věku 18 – 25 let. 29 (27,1 %) respondentů označilo věkovou hranici 41 – 55 let. Ve věkové hranici 56 – 70 let byli 3 (2,8 %) respondenti. Ve věkové hranici 71 a více mezi dotazovanými sestrami nebyl žádný (0 %) respondent.

Graf 34 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů - sestry



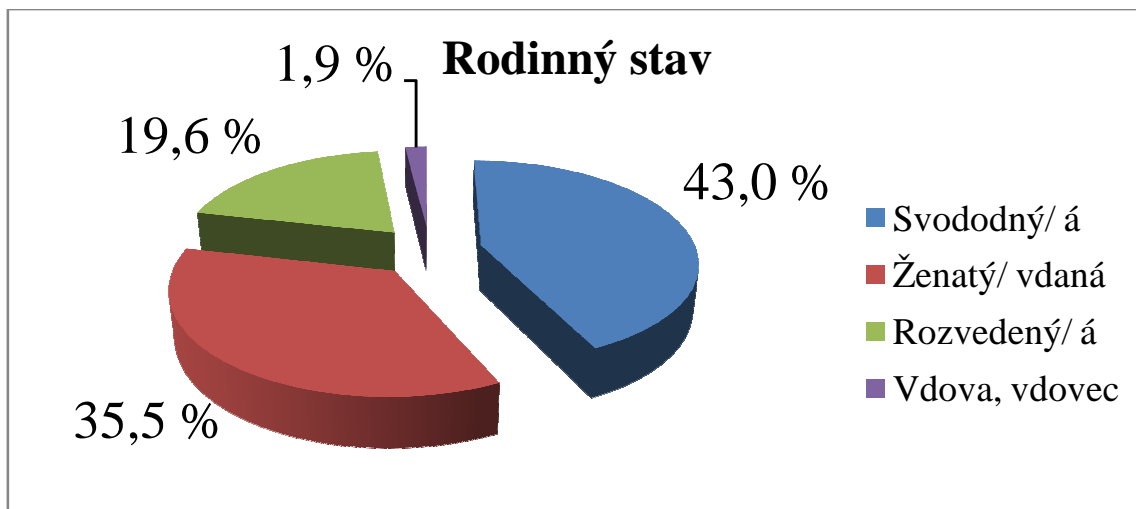
Z celkového počtu respondentů 107 (100 %) mělo 43 (40,2 %) respondentů SZŠ, specializační vzdělání mělo 35 (32,7 %) respondentů. Vyšší odborné vzdělání mělo 18 (16,8 %) respondentů. Vysokou školu mělo 11 (10,3 %) respondentů.

Graf 35 Délka praxe na JIP - sestry



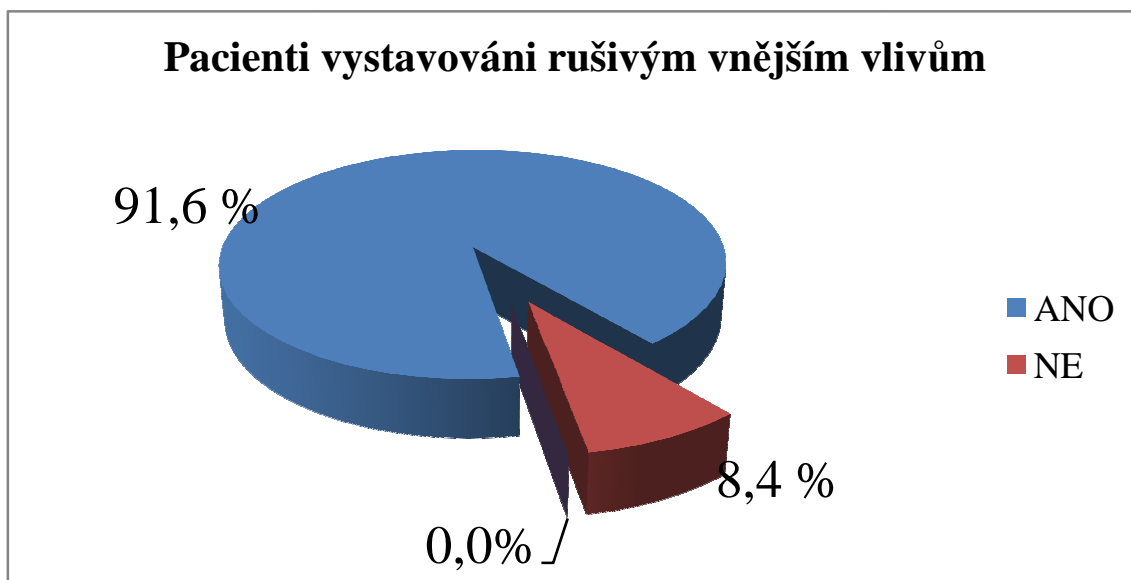
Z celkového počtu respondentů 107 (100 %) tvořilo 49 (45,8 %) respondentů, kteří měli dobu praxe na JIP 0 – 5 let. 16 a více let praxe na JIP mělo 23 (21,5 %) dotazovaných respondentů. 18 (16,8 %) respondentů mělo dobu praxe na JIP 11 – 15 let. Doba praxe na JIP 6 – 10 let mělo 17 (15,9 %).

Graf 36 Rodinný stav - sestry



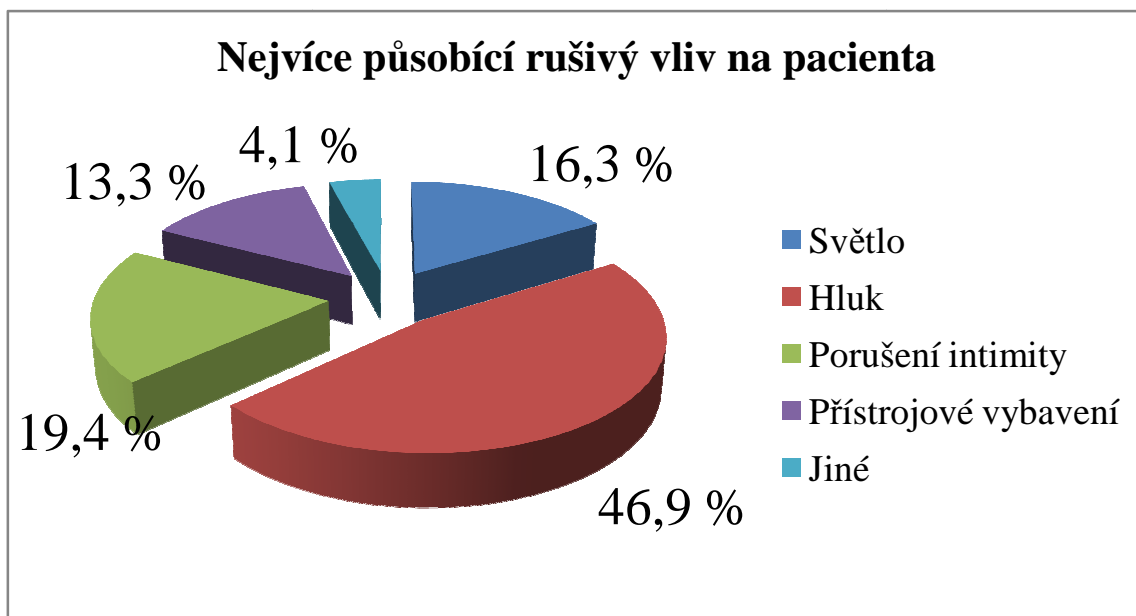
Z celkového počtu respondentů 107 (100 %) tvořilo 46 (43 %) respondentů skupinu svobodný/á. Vdaných či ženatých respondentů bylo z celkového počtu 38 (35,5 %). Rozvedených respondentů bylo 21 (19,6 %). Vdova/ vdovec označili 2 (1,9 %) respondentů.

Graf 37 Pacienti vystavováni rušivým vnějším vlivům - sestry



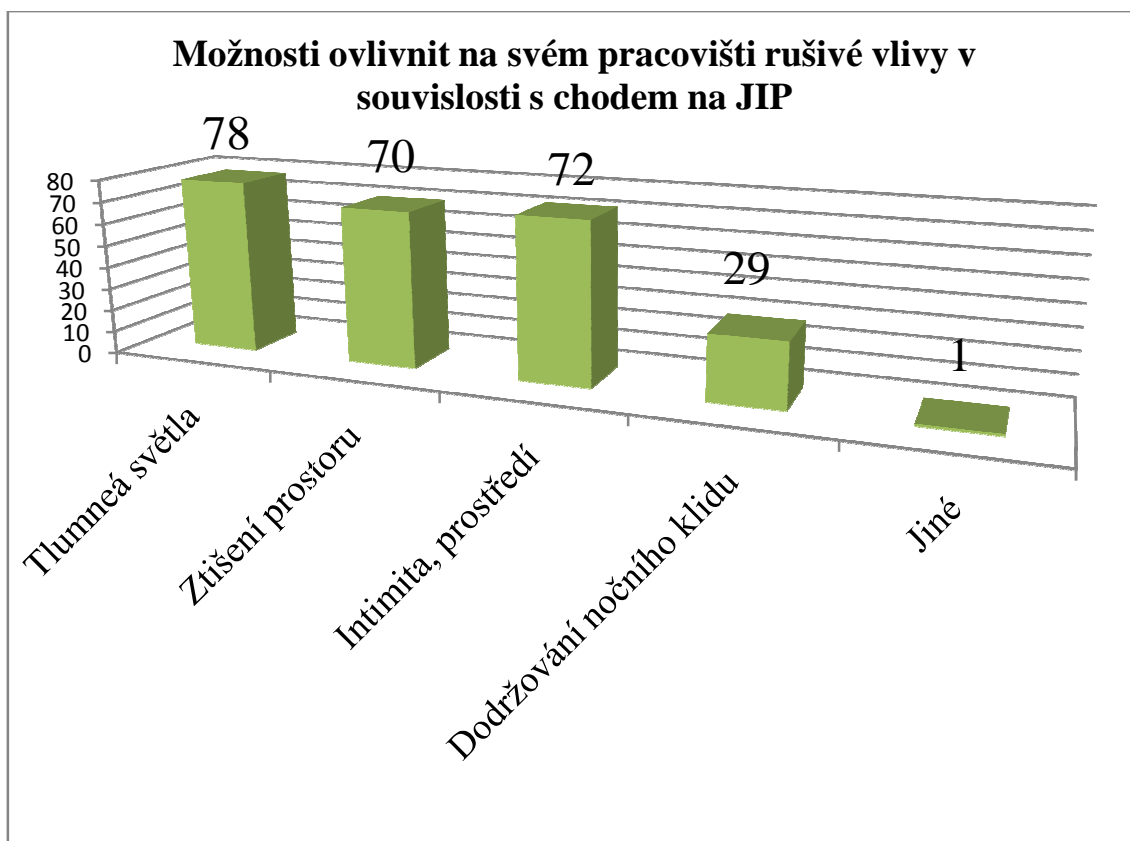
Z celkového počtu 107 (100 %) označilo 98 (91,6 %) respondentů odpověď ANO, 9 (8,4 %) respondentů označilo možnost NE.

Graf 38 Nejvíce působící rušivý vliv na pacienta - sestry



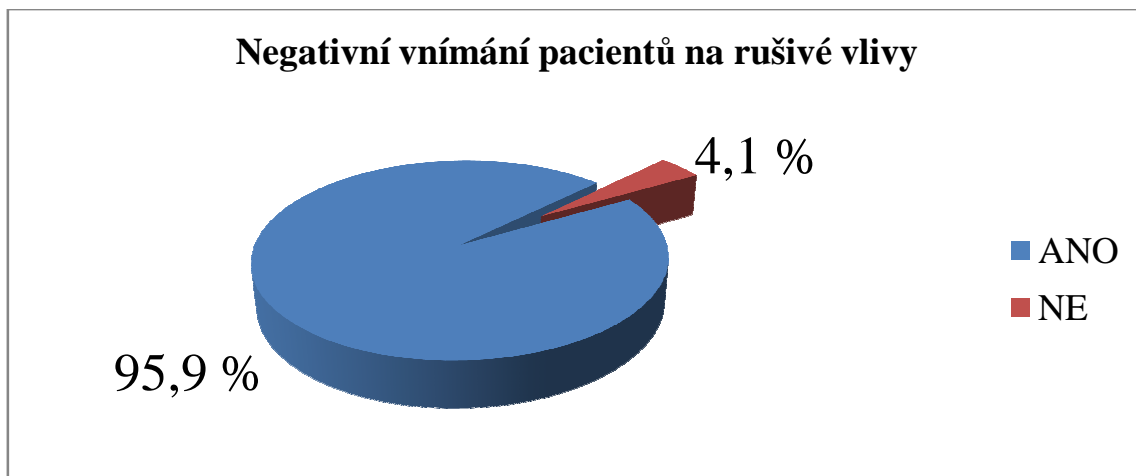
Graf 38 navazuje na graf 37. Sestry, které se domnívaly, že pacienti nejsou vystavováni na JIP žádným rušivým vlivům byly z výzkumného šetření vyřazeny, ve vyplňování dotazníku již nepokračovaly. Z celkového počtu respondentů 98 (100 %) uvedlo možnost hluk, jako nejvíce rušivý vliv 46 (46,9 %) respondentů. Porušení intimity označilo 19 (19,4 %) respondentů. Nejvíce působící vliv na JIP světlo uvedlo 16 (16,3 %) respondentů. Přístrojové vybavení, jako nejvíce rušivý vliv na pacienty hospitalizované na JIP uvedlo 13 (13,3 %). Možnost jiné uvedli 4 (4,1 %) respondenti. Respondenti uvedli, že rušivým vlivem na pacienty, kteří jsou hospitalizováni na JIP působí jako rušivý vliv agresivní či neklidný pacient.

Graf 39 Možnosti ovlivnit na svém pracovišti rušivé vlivy v souvislosti s chodem na JIP



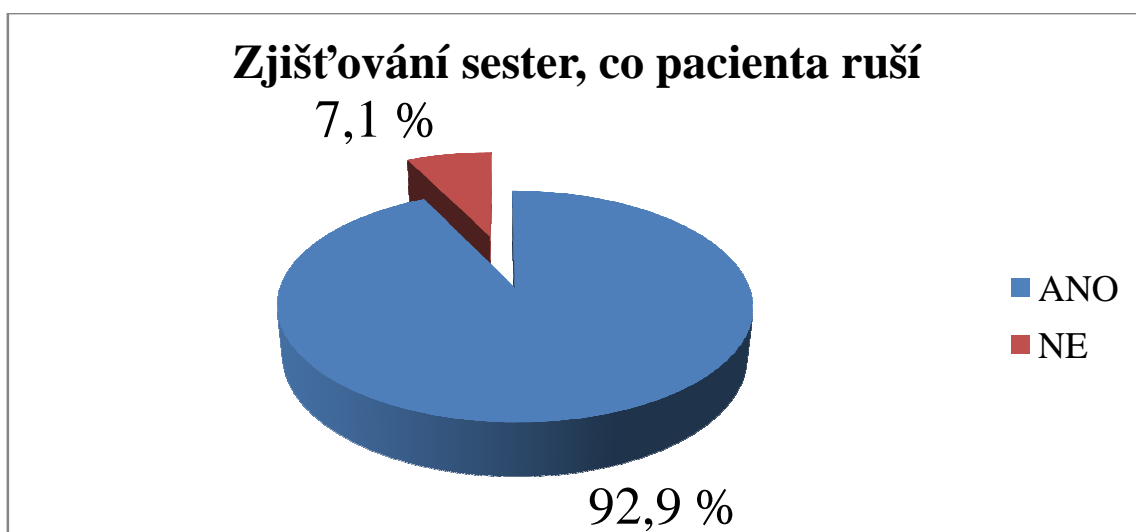
Graf 39 znázorňuje odpovědi na otázku, jakou možnost mají sestry na JIP ovlivnit rušivé vlivy. Respondenti měli možnost odpovědět na více možností. Z celkového počtu odpovědí 250 byla nejčastější odpověď, že sestry mají možnost tlumení světla, počet odpovědí bylo 78. Odpovědí na možnost ovlivnění intimity a soukromí bylo 72. Ztišit prostor na JIP bylo 70 odpovědí. Dodržování nočního klidu bylo 29 odpovědí. Možnost jiné byla označena pouze 1, sestra uvedla, že má možnost větrání pokoje.

Graf 40 Negativní vnímání pacientů na rušivé vlivy - sestry



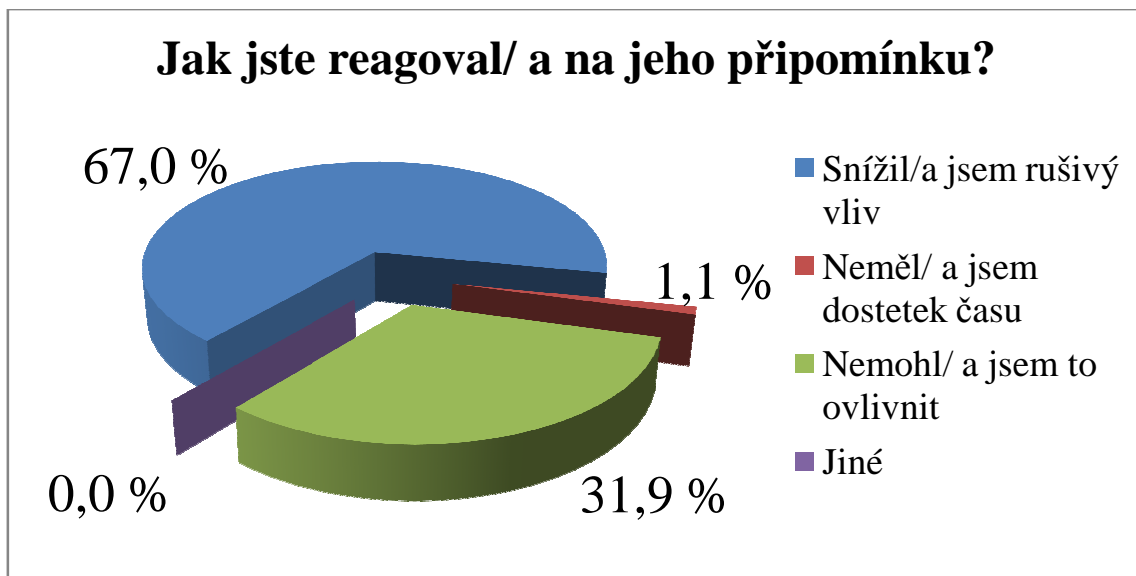
Z celkového počtu respondentů 98 (100 %) označilo 94 (95,9 %) respondentů možnost ANO. 4 (4,1 %) respondenti uvedli možnost NE.

Graf 41 Zjišťování sester, co pacienta ruší



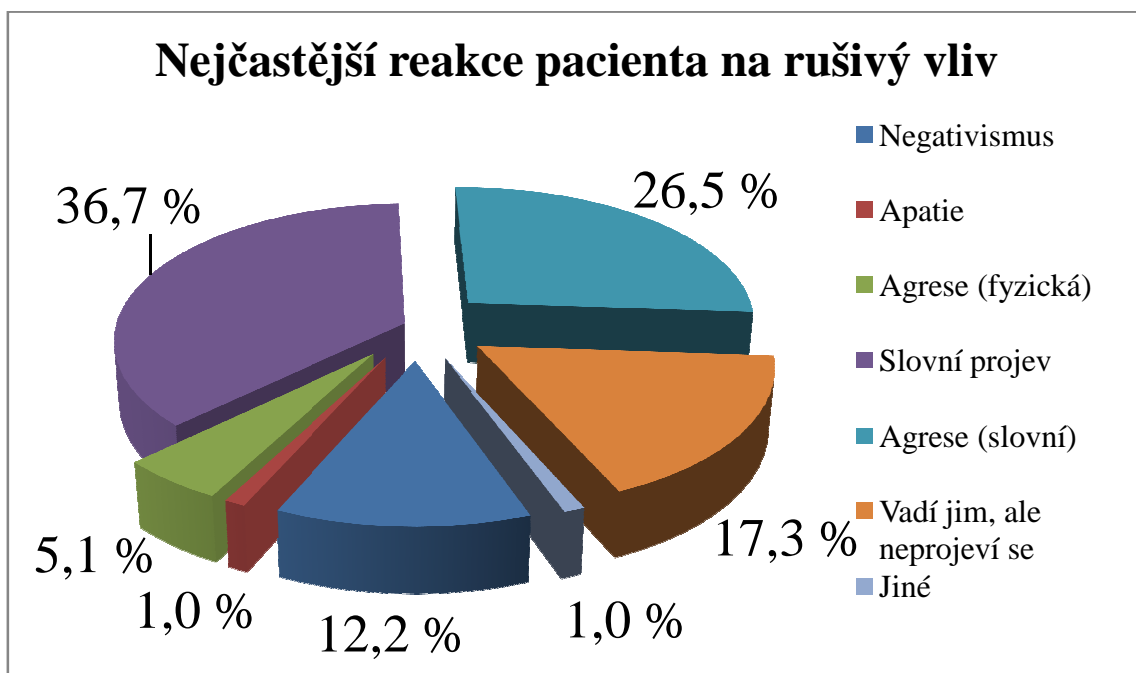
Z celkového počtu respondentů 98 (100 %) označilo 91 (92,9 %) respondentů možnost ANO. Možnost NE uvedlo 7 (7,1 %) respondentů.

Graf 42 Jak jste reagoval/ a na jeho připomínku?



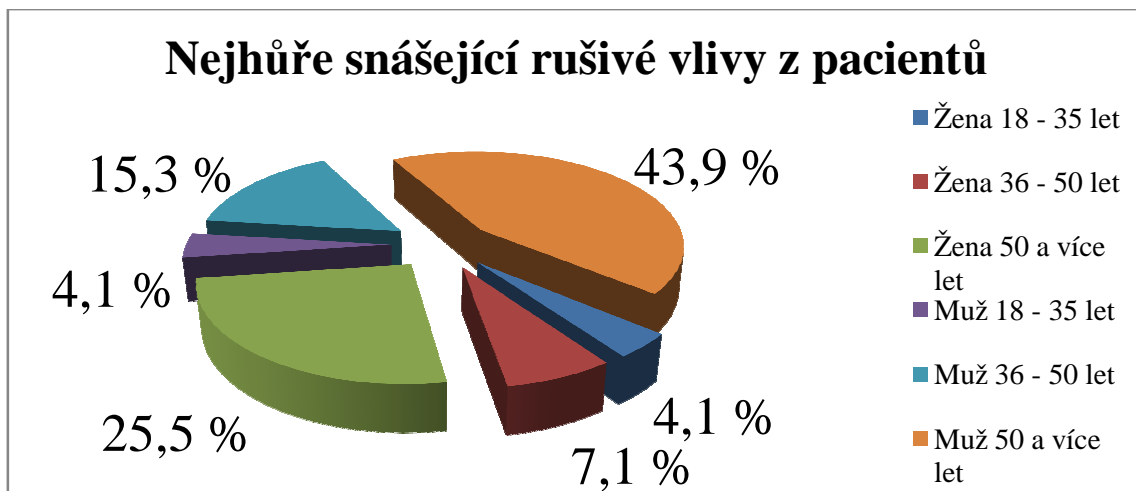
Z celkového počtu respondentů 91 (100 %) uvedlo 61 (67 %) respondentů, že rušivý vliv odstranilo. 29 (31,9 %) respondentů uvedlo, že v souvislosti s chodem na JIP nemohli rušivý vliv odstranit. 1 (1,1 %) respondent uvedl, že neměl dostatek času rušivý vliv odstranit. Možnost jiné, nevedl žádný (0 %) respondent.

Graf 43 Nejčastější reakce pacienta na rušivý vliv



Z celkového počtu respondentů 98 (100 %) uvedlo 36 (36,7 %) respondentů, že pacienti na rušivé vlivy reagují slovním projevem. 26 (26,5 %) respondentů uvedlo slovní agresi. 17 (17,3 %) respondentů uvedlo, že se pacienti nijak neprojeví, když jim rušivé vlivy vadí. Negativismus uvedlo 12 (12,2 %) respondentů. Agresi fyzickou označilo 5 (5,1 %) respondentů. Apatii jako projev pacienta na rušivý vliv uvedl 1 (1 %) respondent. 1 (1 %) respondent uvedl reakci na rušivý vliv možnost jiné. Odpověděl, že si pacient přikryje hlavu příkrývkou.

Graf 44 Nejhůře snášejíci rušivé vlivy z pacientů



Z celkového počtu respondentů 98 (100 %) uvedlo 43 (43,9 %) respondentů že nejhůře snáší rušivé vlivy muž ve věku 50 a více let. 25 (25,5 %) respondentů uvedlo ženu ve věku 50 a více let. 15 (15,3 %) respondentů uvedlo muže ve věku 36 – 50 let jako ty, kteří nejhůře snášejí rušivé vlivy na JIP. 7 (7,1 %) respondentů uvedlo ženu ve věku 36 – 50 let. 4 (4,1 %) respondenti uvedli ženu ve věku 18 – 35 let, taktéž 4 (4,1 %) respondenti uvedli muže ve věku 18 – 35 let.

Graf 45 Působení rušivých vlivů na zdravotní stav a průběh léčby



Z celkového počtu respondentů 98 (100 %) označilo možnost ANO 77 (78,6 %) respondentů. Možnost NE označilo 21 (21,4 %) respondentů.

5. Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na zjištění možností sester ovlivňovat rušivé vlivy na jednotce intenzivní péče. Nebyly nalezeny srovnatelné výzkumy k této problematice, proto je diskuze postavena na komparaci mezi jednotlivými soubory s vlastními názory.

Výzkumné šetření bylo prováděno v Nemocnici České Budějovice, a.s. na všech odděleních, které mají jednotku intenzivní péče. Byly vytvořeny dotazníky pro sestry a pacienty. Rozdáno bylo 150 sesterských a 120 pacientských dotazníků. Použito do výzkumu jich bylo 107 a 94. Respondenti pacienti byli od věku 18 let, neboť dotazníky byly určeny pro dospělé pacienty. Respondenti sestry byli ve věku od 19 let, protože až od tohoto věku je možné, aby sestra se středoškolským vzděláním pracovala.

Věk respondentů u pacientů nezaznamenal významný výsledek, ale mezi ženami bylo 50 % (z celkového počtu respondentů 100 % 56 žen) dotazovaných žen ve věku 56 – 70 let (graf 3). U mužů byl věk různorodý (graf 2).

Velmi zajímavý výsledek se týká doby pobytu na jednotce intenzivní péče (graf 10 a graf 11). 78,9 % mužů a 91,1 % žen uvedlo, že doba jejich hospitalizace na jednotce intenzivní péče byla 0 – 7 dní. Toto zjištění se domníváme, vychází ze současných možností techniky na jednotkách intenzivních péčí, agresivnějších léčebných metodách. Doba rekonvalescence z život ohrožujícího stavu bývá rychlejší a návrat na lůžkovou část je brzký. Jak uvádí Ústav zdravotnictví a statistiky průměrná doba hospitalizace na intenzivní péči (zahrnutý všechny intenzivní péče, všech oddělení a nemocnic) za dobu 1994 – 2001 je 7,9 dní. V roce 2006 je to např. již 7,1 dní. Průměrná doba hospitalizace na JIP je 4 dny (z údajů za rok 2006 a 2007). Naše dosažené výsledky jsou srovnatelné (graf 10 a graf 11).

Otázka, zda respondenti pozorovali během jejich pobytu na jednotce intenzivní péče nějaké rušivé vlivy, byla filtrační (graf 12 a graf 13). Respondenti, kteří odpověděli na 7 otázku v dotazníku pro pacienty, že nepozorovali žádné rušivé vlivy, dále nepokračovali ve vyplňování dotazníku. Z celkového počtu 38 mužů označilo 50 % respondentů možnost, že pozorovali rušivé vlivy, 58,9 % respondentů - žen označilo tuto možnost a to z celkového počtu 56 respondentek. Respondenti, kteří odpověděli na

možnost, že rušivé vlivy nepozorovali za své hospitalizace na JIP ukončili vyplňování dotazníku.

Dalším šetřením bylo zjištěno, jaké rušivé vlivy pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče pozorují. 52,6 % mužů a 36,4 % žen označilo jako rušivý vliv na jednotce intenzivní péče hluk. 21,1 % mužů a 15,2 % žen uvedlo, jako rušivý vliv ostatní pacienty, kteří byli hospitalizováni na JIP. Světlo jako rušivý vliv bylo označeno 10,5 % muži a 12,1 % ženami. Narušení intimity bylo označilo 10,5 % muži a 30,3 % žen (graf 14 a graf 15).

Otázka č. 9 patientského dotazníku a otázka č. 7 sesterského dotazníku zjišťovala, jaký rušivý vliv byl pro pacienty nejvíce obtěžující za jejich pobytu na jednotce intenzivní péče. 10 mužů a 13 žen (pacientů) označilo jako nejvíce rušivý vliv na JIP hluk (graf 16). **Tímto zjištěním byla potvrzena hypotéza č. 4. Pacienti na JIP považují za nejvíce rušivý vliv hluk.** Tato hypotéza byla potvrzena i z šetření od sester. 46,9 % sester odpovědělo, že vidí jako nejvíce obtěžující vliv na pacienty při hospitalizaci na JIP hluk.

Zjišťování, zda rušivé vlivy mohou ovlivnit průběh léčby, přineslo srovnatelné výsledky 63,2 % respondentů a 63,6 % respondentek odpovědělo, že ano (graf 18 a graf 19).

Překvapivým zjištěním bylo, že na otázku, zda se nemocný svěří sestře s tím, že ho něco ruší, odpovědělo z řad mužů z celkového počtu 19 respondentů pouze 42,1 % respondentů. Žen na tuto otázku odpovědělo kladně, tedy, že sestře řekly o rušivých vlivech pouze 30,3 % respondentek. Myslíme si, že je to způsobené nekonfliktností žen a mužů, či obavami nebo nedůvěrou v sestru. Tyto výsledky jsou zamyšlením pro další sestry (graf 20 a graf 21). Tato otázka byla částečně filtrační, respondenti, kteří odpověděli, že sestrám neřekli o rušivých vlivech, pokračovali dále otázkou č. 14, jak sestry zmírňují rušivé vlivy.

Dalším šetřením byla snaha zjistit, pokud respondenti řekli sestře o rušivých vlivech, jak na ně sestry reagovaly (graf 22 a graf 23). Z celkového počtu 8 mužů odpovědělo 37,5 % respondentů, že sestry reagovaly na připomínku a rušivý vliv odstranily, 37, % mužů uvedlo, že sestry reagovaly na jejich připomínku, ale neměly

možnost připomínku ovlivnit. 10 % mužů uvedlo, že sestry na jejich připomínku nereagovalo. Z celkového počtu 10 žen odpovědělo 60 % na možnost, že sice sestry reagovaly, ale rušivý vliv nemohly odstranit, 20 % žen uvedlo, že sestry nereagovaly na jejich připomínku a 20 % žen uvedlo, že sestry reagovaly na jejich připomínku a rušivý vliv odstranily.

Další otázka pro respondenty byla pro zjištění, jak sestry zmírňují rušivé vlivy. Respondenti měli možnost označit více možností. Odpovídalo 19 respondentů – mužů a celkový počet odpovědí byl 36. Žen odpovídalo 33, celkový počet odpovědí byl 70. Odpovědi od žen a mužů se značně lišily. Nejvíce odpovědí od mužů (13) bylo, že sestry můžou ztlumit zvuk, stejný počet odpovědí (13) bylo to, že sestry mohou ztlumit světlo. Použití zástěn bylo v 7 odpovědí. Ženy odpovídaly v následujícím pořadí: 24 odpovědí bylo na možnost použití zástěny pro intimitu a soukromí. 22 odpovědí bylo na možnost ztlumení světla a 19 odpovědí na ztišení prostoru. Zde je zřejmé, že pro ženy je prioritní zajištění intimity.

V předposlední otázce ve výzkumném šetření bylo snahou zjistit, jak omezují pacienti rušivé vlivy. Opět měli možnost označit více možností. Odpovídal stejný počet respondentů jako v předchozí otázce. Celkový počet odpovědí od mužů bylo 27 a celkový počet odpovědí od žen bylo 45. V této otázce rozdíl mezi ženami a muži nebyly tak zřetelné jako v předchozí. Možnost, že pacienti nemohli spát, pokud je rušivé vlivy obtěžovaly bylo u mužů v 15 odpovědích a u žen v 31 odpovědích. Možnost zhoršení nálady jako následek rušivých vlivů bylo u mužů v 9 odpovědích a u žen v 4 odpovědích. Nezájem o léčbu a RHB jako důsledek rušivých vlivů nevedl žádný muž, ženy tuto možnost uvedly ve 4 odpovědích. Nemožností se aktivizovat uvedli muži ve svých 3 odpovědích, ženy tuto možnost nevedly. Stejně jako uvádí Kozierová (14, s. 946) prostředí a každá změna, jako např. hluk může rušit spánek. Toto vyplývá i z našeho šetření. Pacienti, mající narušené prostředí k odpočinku, mají narušený spánek a nemají dostatek sil např. k rehabilitaci.

Poslední otázka byla, zda si pacienti myslí, že sestry dělají maximum pro dostatečný odpočinek. 89,5 % mužů a 78,8 % žen odpovědělo, že si myslí, že sestry dělají maximum pro dostatečný odpočinek (graf 30 a graf 31). **Toto zjištění nám**

potvrdilo hypotézu č. 2. Sestry eliminují negativní vlivy v maximální míře vzhledem k zachování chodu JIP, např. tlumením světla (graf 26, graf 27 a graf 39).

Podle grafu 32 je zřejmé, že povolání sestry je stále doménou žen. Z celkového počtu sester z výzkumného šetření 107 vyplývá, že bylo pouhých 5 mužů.

V oblasti věku a vzdělání nevyvstaly ve výzkumném šetření žádné zřejmé zvláštnosti. Věk byl zastoupen u sester ve všech věkových skupinách, lze však říci, že sestry důchodového věku nepracují na jednotkách intenzivní péče v takové míře, jako například ve věku 26 – 40 let. Z celkového počtu 107 sester je stále nejpočetnější skupina sester se vzděláním středoškolským 40,2 %.

Z výzkumného šetření u sester se ukázalo, že délka praxe na jednotkách intenzivní péče je ve 45,8 % v délce 0 – 5 let. Můžeme se domnívat, že délka praxe pouze 0 -5 let je ovlivněna namáhavou prací sester na JIP jak po stránce fyzické, tak i psychické.

91,6 % sester, že se domnívá, že pacienty při hospitalizaci na jednotce intenzivní péče ruší vnější vlivy. **Tímto zjištěním byla potvrzena hypotéza č. 1. Sestry si uvědomují negativní vlivy působící na pacienty hospitalizované na JIP.** Sestry, které odpověděly, že si myslí, že pacienty nic neruší, dále nepokračovaly ve vyplňování dotazníku.

Podle grafu 40 je zřejmé, že sestry se domnívají, že pacienti rušivé vlivy na jednotkách intenzivní péče negativně vnímají. Z celkového počtu 98 sester uvedlo 95,9 % sester, že pacienti negativně vnímají vlivy působící na ně během hospitalizace na jednotce intenzivní péče. **Graf 40 nám potvrdil hypotézu č. 3. Pacienti hospitalizovaní na JIP negativně vnímají vlivy působící na ně v rámci chodu na JIP.**

Před zahájením výzkumného šetření jsme se na základě vlastní praxe domnívali, že rušivé vlivy na JIP snáze tolerují muži než ženy. Jednou z hypotéz této práce bylo potvrdit či vyvrátit, kdo z pacientů snáší rušivé vlivy hůře. Z výsledků šetření vyplývá, že jde o muže ve věku 50 a více let. Tohoto pacienta sestry označily z celkového počtu

98 v 43,9 %. **Graf 44 nám nepotvrdil hypotézu č. 5. Rušivé vnější faktory na JIP snáze tolerují muži než ženy.**

Poslední otázkou bylo zjišťování, zda se sestry domnívají, že rušivé vlivy ovlivňují průběh léčby a zdravotní stav pacienta. Z celkového počtu 98 sester označilo 78,6 % možnost, že rušivé vlivy ovlivňují průběh léčby a zdravotní stav pacienta.

Cíle práce jsme měli stanoveny dva. Zjistit, jakým způsobem sestry na JIP ovlivňují negativní vnější faktory působící na pacienta v souvislosti s režimem JIP. Druhým cílem bylo zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na JIP reagují na negativní vnější faktory spojené s chodem JIP. Cíle byly splněny.

Podle grafu 26 a 39 jsme zjistili, jakým způsobem sestry ovlivňují rušivé vlivy na JIP. Nejčastěji se objevují možnosti ztišení prostoru a ztlumení světla. Takto odpovídaly sestry i pacienti.

Druhým cílem bylo zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na JIP reagují na negativní vnější faktory spojené s chodem JIP. Toto zjištění vyplývá z údajů zobrazených v grafu 43. Sestry uvedly, že 36,7 % pacientů na rušivé vlivy reaguje nejčastěji slovním projevem. 26,5 % sester uvedlo slovní agresi, jako projev pacienta na rušivý vliv. 17,3 % sester uvedlo, že se pacienti nijak neprojeví, když jim rušivé vlivy vadí. Negativismus pacienta jako reakci na rušivý vliv uvedlo 12,2 % sester. Agresi fyzickou označilo 5,1 % sester. Apatii jako projev pacienta na rušivý vliv uvedlo 1 % sester. 1 % sester uvedlo reakci na rušivý vliv možnost jiné. Sestra tuto možnost doplnila variantou, že si pacient přikryje hlavu příkrývkou, vadí-li mu rušivé vlivy při hospitalizaci na JIP. Oba cíle byly splněny.

6. Závěr

Jednotky intenzivní péče jsou součástí téměř každého oddělení. Dnešní technicky vyspělá doba, možnosti medicíny a ošetřovatelství znamenají pro pacienty větší šance na uzdravení a přežití. Pokrok v medicíně a jeho agresivnější metody jsou pro pacienta zdrojem určitého diskomfortu. Monitorovací techniky, invazivní vstupy mohou pro pacienta představovat rušivý faktor. Provoz ošetřovatelské jednotky intenzivní péče je soubor prováděných ošetřovatelských činností, které jsou téměř stejné jak přes den, tak i v noci. Nemocnice České Budějovice, a.s. má svůj domácí řád, kde je uvedeno dodržování nočního klidu. To je však na jednotkách intenzivní péče obtížně prováděno. Proto je snahou naší práce, zjistit, jaké negativní vnější rušivé faktory na JIP hospitalizovaní pacienti vnímají.

Bakalářská práce se zabývala zjištěním možností sester ovlivnit rušivé vnější faktory na jednotce intenzivní péče. Byly stanoveny dva cíle. Pomocí dotazníkové metody na základě vyhodnocení výsledků získaných od pacientů a sester bylo cílem zjistit jakým způsobem sestry na JIP ovlivňují negativní vnější faktory působící na pacienta v souvislosti s režimem JIP a zjistit, jak pacienti hospitalizovaní na JIP reagují na negativní vnější faktory spojené s chodem JIP. Cíle práce byly splněny.

Hypotéza číslo 1 „Sestry si uvědomují negativní vlivy působící na pacienty hospitalizované na JIP“ se potvrdila.

Hypotéza číslo 2 „Sestry eliminují negativní vlivy v maximální míře vzhledem k zachování chodu JIP“ se potvrdila.

Hypotéza číslo 3 „Pacienti hospitalizovaní na JIP negativně vnímají vlivy působící na ně v rámci chodu JIP“ se potvrdila.

Hypotéza číslo 4 „Pacienti na JIP považují za nejvíce rušivý faktor hluk“ se taktéž potvrdila.

Hypotéza číslo 5 „Rušivé vnější faktory na JIP snáze tolerují muži než ženy“ se nepotvrdila.

Přínos této práce spočívá v popsání rušivých negativních vlivů na pacienta při hospitalizaci na jednotce intenzivní péče. Může sestru vést k zamyšlení nad tím, jak je

možné tyto ovlivnit negativní vnější rušivé faktory na JIP eliminovat a tím zajistit větší komfort pacienta.

7. Seznam použitých zdrojů

1. Autor neuveden. *Domácí řád*. [online] [cit. 2009/04/15]. Dostupné z www.nemcb.cz
2. ÁGHOVÁ, L., *Hygiena*, 1. vyd. Martin: Osveta, 1993. 268s. ISBN 80-217-0515-9
3. BARTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, 5. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. 181s. ISBN 80-7013-39-1-0
4. BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M., *České ošetrovatelství 13: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II.*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. 67s. ISBN 80-7013-388-0
5. BOHÁČEK, P., Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 33 – 34. ISSN 1210-0404
6. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1995. 173s. ISBN 80-7013-197-7
7. HANDL, Z., *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči – vybrané kapitoly*, 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. 139s. ISBN 80-7013-378-3
8. HAVÁNEK, J. *Hluk a zdraví*, 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 280s. ISBN 80-201-0020-2
9. JANATA, J., *Agrese tolerance a intolerance*, 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 220s. ISBN 80-7169-889-X
10. KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352s. ISBN 978-80-247-1830-9
11. KASAL, E., *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 198s. ISBN 80-246-0556
12. KELO, J., Komunikace pracovníků záchranné služby s agresivním pacientem. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 3, s. 23 – 24. ISSN 1210-0404

13. KOLEKTIV AUTORŮ, *Pracovní lékařství*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2005. 338s. ISBN 80-7013-414-3
14. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1.*, 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 718 s. ISBN 80-217-0528-6
15. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., *Ošetrovatelstvo 2.*, 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 756 s. ISBN 80-217-0528-0
16. KRISTOVÁ, J., Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 12, s. 23 – 24. ISSN 1210-0404
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*, 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1995. 155s. ISBN 80-7013-187-X
18. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9
19. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství 1*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 188 str. ISBN 80-246-0429-9
20. MIKULÁŠOVÁ, D., Počty ošetrovatelského personálu očima sestry z praxe. *Florence*. Praha: 2008, roč. 4, č. 3, s. 106. ISSN 1801-464X
21. MINAŘÍKOVÁ, P., Monitorace pacienta. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 7 – 8, s. 42 – 43. ISSN 1210-0404
22. NĚMEC, I., STUHLÍKOVÁ, H., Agresivní pacient. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 11, s. 24. ISSN 1210-0404
23. TRACHTOVÁ, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186s. ISBN 80-7013-324-8
24. VOKURKA, M., HUGO, J., *Lékařský výkladový slovník*, 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2001. 496s. ISBN 80-7345-009-7
25. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

26. Vyhláška 493/ 2005 Sb., kterou se novelizuje vyhláška číslo 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
27. Vyhláška 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci
28. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400s. ISBN 80-7178-740-X
29. ZADÁK, Z., HAVEL, E., *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*, 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 336s. ISBN 978-80-247-2099-9
30. ZACHAROVÁ, E., *Zdravotnická psychologie*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5
31. ZLOCH, Z., *Kapitoly z hygieny*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 160s. ISBN 80-246-0269-5
32. Zákon 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví

8. Klíčová slova

Sestra

Pacient

Rušivé faktory

JIP (jednotka intenzivní péče)

9. Seznam příloh

1. Bartelův test běžných denních činností
2. Glasgow Coma Scale
3. Dotazník pro sestry na JIP
4. Dotazník pro pacienty na JIP
5. Nemocniční řád Nemocnice České Budějovice, a.s.
6. Hierarchie potřeb podle Maslowa

Příloha č. 1 Bartelův test běžných denních činností

Barthelův test základních všedních činností

<i>Činnost</i>	<i>Provedení činnosti</i>	<i>Bodové skóre</i>
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
5. kontinence	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

Hodnocení testu:

0–40 bodů – vysoká závislost, 45–60 bodů – závislost středního stupně, 65–95 bodů – lehká závislost, 100 bodů – nezávislost

Zdroj: (10)

Příloha č. 2 Glasgow Coma Scale

<i>Odpověď</i>	<i>Reakce na určitý podnět</i>	<i>Body</i>
Otevření očí	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolestivý podnět	2
	pacient nereaguje	1
Slovní odpověď	plně orientován	5
	zmatená	4
	nepřiměřená	3
	nesrozumitelná	2
	bez odpovědi	1
Motorická odpověď	uposlechne příkaz	6
	adekvátní reakce na bolestivý podnět	5
	úhyb	4
	flexe na bolestivý podnět	3
	extenze na bolestivý podnět	2
	bez odpovědi	1
Celkové skóre		3-15

Zdroj: (10)

Příloha č. 3 Dotazník pro sestry na JIP

Dobrý den,

jmenuji se Hana Vejvodová a jsem studentkou 3. ročníku Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku. Získané informace budou použity pouze k zpracování mé bakalářské práce: „Možnosti sestry ovlivnit negativní vnější vlivy na JIP“. Veškeré informace jsou anonymní. Děkuji za vyplnění.

Hana Vejvodová

Pokyny k vyplnění dotazníku: Není- li uvedeno jinak označte pouze jednu možnost

1. Pohlaví

Žena

Muž

2. Věk

18 – 25 let

26 – 40

41 – 55

56 – 70

71 a více

3. Vzdělání (nejvyšší dosažené)

SZŠ

Specializační vzdělání

VZŠ

VŠ

4. Délka praxe (na JIP)

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 – 5 | <input type="checkbox"/> 6 – 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 – 15 | <input type="checkbox"/> 16 a více |

5. Rodinný stav

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Svobodný/ Svobodná | <input type="checkbox"/> Ženatý/ Vdaná |
| <input type="checkbox"/> Rozvedený/ Rozvedená | <input type="checkbox"/> Vdovec/ Vdova |

6. Myslíte si, že pacienti hospitalizovaní na JIP jsou vystaveni rušivým vnějším vlivům?

(Pokud jste odpověděl/ a Ne, ukončete vyplňování dotazníku prosím. Děkuji)

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
|------------------------------|-----------------------------|

7. Který rušivý vliv (dle Vašeho mínění) působí na pacienta hospitalizovaného na JIP nejvíce?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Světlo | <input type="checkbox"/> Hluk |
| <input type="checkbox"/> Porušení intimity | <input type="checkbox"/> Přístrojové vybavení |
| <input type="checkbox"/> Jiné (doplňte):..... | |

8. Jaké rušivé vlivy máte možnost ovlivnit na svém pracovišti v souvislosti s chodem JIP? (Můžete označit více možností)

- Tlumená světla, menší počet světel, nouzová světla
- Ztišení prostoru (rádio, hluk z chodby, atd.)
- Intimita, soukromí (paraván, zástěny, závěsy)
- Dodržuji noční klid, plním ordinace lékaře a provádím pasivní ošetrovatelskou péči
- Jiné (doplňte):

9. Myslíte si, že rušivé vlivy pacienti vnímají negativně?

- Ano Ne

10. Zjišťoval/ a jste někdy, co pacienta ruší?

- Ano Ne

(Pokud jste odpověděl/ a Ne, přejděte k otázce č. 12. Děkuji.)

11. Jak jste reagoval/ a na jeho připomínku?

- Snížil/ a jsem rušivý vliv (ztišil/ a alarmy, ztlumil/ a světla...)
- Neměl/a jsem dostatek času
- Nemohla jsem ovlivnit (v souvislosti s chodem JIP)
- Jiné (doplňte).....

12. Jak reagují pacienti na rušivé vlivy nejčastěji?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Negativismus | <input type="checkbox"/> Apatie |
| <input type="checkbox"/> Agrese (fyzická) | <input type="checkbox"/> Slovní projev |
| <input type="checkbox"/> Agrese (slovní) | <input type="checkbox"/> Vadí jim, ale neprojeví se |
| <input type="checkbox"/> Jiné (doplňte): | |

13. Kdo si myslíte, že rušivé vlivy hůře snáší?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Žena 18 – 35 let | <input type="checkbox"/> Muž 18 – 35 let |
| <input type="checkbox"/> Žena 36 – 50 let | <input type="checkbox"/> Muž 36 – 50 let |
| <input type="checkbox"/> Žena 50 a více let | <input type="checkbox"/> Muž 50let a více |

14. Domníváte se, že rušivé vlivy na JIP působí na zdravotní stav a průběh léčby nemocných?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
|------------------------------|-----------------------------|

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha č. 4 Dotazník pro pacienty na JIP

Dobrý den,

jmenuji se Hana Vejvodová a jsem studentkou 3. ročníku Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Získané informace budou použity pouze k zpracování mé bakalářské práce: „Možnosti sestry ovlivnit negativní vnější vlivy na JIP“. Veškeré informace jsou anonymní. Děkuji za vyplnění. Vejvodová Hana.

JIP – jednotka intenzivní péče

Pokyny k vyplnění dotazníku: Není- li uvedeno jinak označte pouze jednu možnost

2. Pohlaví

- Žena Muž

2. Věk

- 18 – 25 let 26 – 40
 41 – 55 56 – 70
 71 – 85 86 a více

3. Vzdělání (nejvyšší dosažené)

- Základní Střední odborné
 Střední odborné s maturitou Vyšší odborné
 Vysokoškolské

4. Rodinný stav

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Svobodný/ Svobodná | <input type="checkbox"/> Ženatý/ Vdaná |
| <input type="checkbox"/> Rozvedený/ Rozvedená | <input type="checkbox"/> Vdovec/ Vdova |

5. Místo vašeho poranění/ nemoci je:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hlava, krk | <input type="checkbox"/> Ramena, horní končetiny |
| <input type="checkbox"/> Hrudník, břicho | <input type="checkbox"/> Záda |
| <input type="checkbox"/> Dolní končetiny | <input type="checkbox"/> Ostatní |

6. Jaká je délka Vašeho pobytu na JIP (jednotce intenzivní péče)?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0 – 7 dní | <input type="checkbox"/> 8 – 14 dní |
| <input type="checkbox"/> 15 – 21 dní | <input type="checkbox"/> 22 – 28 dní |
| <input type="checkbox"/> 29 – 35 dní | <input type="checkbox"/> 36 a více dní |

7. Pozoroval/ a jste během vašeho pobytu na JIP rušivé vlivy?

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
|------------------------------|-----------------------------|

(Pokud jste odpověděl/ a Ne, ukončete vyplňování a dále již nevyplňujte.

Děkuji.)

8. Jaké rušivé vlivy jste na JIP pozoroval/ a?

- Hluk Narušení intimity a soukromí
- Světlo Ostatní pacienti hospitalizovaní na JIP
- Jiné (doplňte)

9. Jaký rušivý vjem je pro Vás nejvíce obtěžující?

- Hluk Narušení intimity a soukromí
- Světlo Ostatní pacienti hospitalizovaní na JIP
- Jiné (doplňte):

10. Domníváte se, že rušivé vlivy mohou ovlivnit průběh Vaší léčby?

- Ano Ne

11. Řekl/ a jste sestřám o rušivých vlivech, které Vás obtěžují?

- Ano Ne

Pokud jste odpověděl/ a Ne pokračujte prosím otázkou č. 14 Děkuji

12. Jak reagovaly sestry na Vaši připomínku?

- Nereagovaly
- Reagovaly, ale neměly možnost připomínku ovlivnit
- Reagovaly, rušivý vliv odstranily

13. Pokud nereagovaly na Vaši připomínku, proč si myslíte, že nevyhověly?

- Nemohly to ovlivnit
- Neměly zájem

14. Jak sestry zmírňují rušivé vlivy? (Můžete označit více možností)

- Ztlumily zvuk, omezily hlučnost
- Ztlumily světlo, zhasly přebytečné zářivky
- Použily zástěny pro intimitu a soukromí
- Jiné: (doplňte)

15. Jak Vás rušivé vlivy omezily? (Můžete označit více možností)

- Nemohl/ a jsem spát
- Zhoršením nálady (nekomunikace s rodinou, zdravotnickým personálem...)
- Nezájmem o léčbu a rehabilitaci
- Nemožností aktivizovat se (poslouchat rádio, číst si)

16. Myslíte si, že sestry dělají maximum pro dostatečný odpočinek (tlumí světlo, hluk...)?

Ano

Ne

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Domácí řád

1. Nemocný je přijímán zpravidla v příjmové ambulanci oddělení. Při přijetí uvede do zdravotní dokumentace zda souhlasí s podáváním informací o svém zdravotním stavu, v jakém rozsahu a kterým osobám
2. Po příchodu na lůžkové oddělení odevzdá své šatstvo službu mající sestře, která zajistí jeho uložení. Nemocný obdrží nemocniční ložní prádlo (pyžamo nebo košili). Pokud tomu nebrání hygienické nebo protiepidemické důvody může pověřený personál nemocnice povolit užívání osobního ložního prádla.
3. Drobné osobní věci si nemocný ukládá do nočního stolku. Nedoporučujeme uložení většího obnosu peněz nebo cenných věcí. Nemocnice přebírá zodpovědnost za ztráty pouze do 200,- Kč. Ve výjimečných případech lze zajistit uložení cenných věcí u staniční sestry.
4. Není povoleno skladovat v nočním stolku potraviny podléhající zkáze. Jejich řádné uložení v omezeném rozsahu zajistí služba mající sestru. Nemocný konzultuje s lékařem svůj dietní režim. Rozsah věcí uložených na oddělení může být z hygienických a protiepidemických důvodů omezen.
5. Užívání rádií, televize, mobilních telefonů a dalších elektronických přístrojů je povoleno pouze se souhlasem ošetřujícího personálu.
6. Na některých odděleních nemocnice je zakázáno mít na pokoji kořenáče a řezané květiny.
7. Nemocný užívá pouze léky, které mu jsou vydány ošetřujícím personálem. Ve výjimečných případech může užívat i své léky, ale pouze po domluvě s ošetřujícím lékařem, který tento fakt vyznačí do zdravotní dokumentace.
8. Opuštění stanice i návrat nemocný vždy oznámí službu mající sestře. Rozsah pohybu - pohybový režim nemocný konzultuje s lékařem.

9. Nemocní se pohybují pouze v k tomu určených prostorech. Do vyšetřoven, lékařských pokojů, denních místností a dalších provozních prostor vstupují pouze na vyzvání.
10. Po 22 hodině je noční klid, nemocný je povinen se vyvarovat v rámci možností veškerého hluku, který by mohl obtěžovat ostatní nemocné.
11. Návštěvy jsou povoleny pouze v návštěvních hodinách. Návštěvní hodiny jsou vyvěšeny na viditelném místě oddělení, event. o jejich rozsahu podá informaci ošetřující personál. V některých provozech, zpravidla na jednotkách intenzivní péče je rozsah výrazně omezen. Příchod a odchod návštěvy hlásí sestře.
12. Ve výjimečných případech lze povolit návštěvu i mimo návštěvní hodiny, tuto výjimku poskytuje zpravidla pouze primář oddělení a je nutno ji předem domluvit.
13. Návštěvy jsou povinny respektovat soukromí jiných pacientů, brát ohled na jejich zdravotní stav. Při pobytu na oddělení se řídí pokyny ošetřujícího personálu. Z důvodu zdravotního stavu nemocného, jiných nemocných nebo potřeby provádění zdravotních výkonů má ošetřující personál právo kdykoli návštěvy zkrátit či omezit.
14. Návštěvy se pohybují jen v k tomu určených prostorech - zpravidla návštěvní místnosti a pokoje nemocných, do jiných prostor, zvláště vyšetřoven, lékařských pokojů, pokojů jiných nemocných a dalších provozních prostor vstupují jen na vyzvání.
15. Nemocnice doporučuje, aby na návštěvu chodily vždy maximálně dvě osoby najednou. Minimální vhodný věk návštěvníků je 8 let.

Zdroj: (1)

Příloha č. 6 Hierarchie potřeb dle Maslowa



Maslowova hierarchia potrieb