



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Specifika práce sestry na chirurgické ambulanci

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Martina Paulíková

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Specifika práce sestry na chirurgické ambulanci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu své bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15.8.2019

Martina Paulíková

Poděkování: Chtěla bych poděkovat paní děkance Mgr. Ivaně Chloubové Ph.D. za její čas, trpělivost, ochotu a cenné rady, které mi během zpracování bakalářské práce věnovala.

Specifika práce sestry na chirurgické ambulanci

Základní teoretická východiska: Chirurgická ambulance patří mezi často vyhledávané specializované ambulance ze strany pacientů. Její náplň práce je především péče o pacienty s bolestí břicha, léčba ran nebo malé chirurgické výkony. Sestra má v ambulanci nezastupitelnou roli, asistuje lékaři, komunikuje s pacientem a vykonává činnosti spadající do jejích kompetencí.

Cíle práce: Předkládaná bakalářská práce má tři výzkumné cíle: Cíl 1: Popsat náplň práce sestry na vybraných chirurgických ambulancích. Cíl 2: Zjistit připravenost sester na práci v chirurgické ambulanci. Cíl 3: Zmapovat rozdíly práce sestry na chirurgické ambulanci v nemocnici v Pelhřimově a v nemocnici v Českých Budějovicích. K těmto cílům byly sestaveny následující výzkumné otázky: Výzkumná otázka 1: Jaká je náplň práce sestry na chirurgické ambulanci? Výzkumná otázka 2: Jak jsou sestry připravené na práci na chirurgické ambulanci? Výzkumná otázka 3: Jaké jsou rozdíly v náplni práce na chirurgické ambulanci v Pelhřimově a Českých Budějovicích?

Použité metody: Data byla v empirické části práce zpracovávána pomocí kvalitativního výzkumného šetření za pomoci polostrukturovaných rozhovorů.

Výsledky: Dle výsledků analýzy dat byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky. Z odpovědí respondentek nám vyplývá, že náplň práce sestry na obou zkoumaných pracovištích není zcela totožná. Sestry z okresní nemocnice se starají i o pacienty s traumatem nebo s proktologickou příčinou, se kterou jsou spjaté větší nároky na vědomosti a dovednosti sestry.

Z výsledků analýzy také vyplynulo, že absolventky vysokých škol nebo vyšších odborných škol byly více připraveny na své povolání. Týká se to jak teoretické, tak praktické připravenosti.

Klíčová slova: ambulance; komunikace; vzdělání

Nurse's job specifications in surgical ambulance

Theoretical Base: As for patients, surgical outpatient clinic belongs to much sought-after departments in a hospital. Its job requires mostly treating patients suffering from stomachache, healing wounds or performing minor surgeries. A nurse has an irreplaceable role in the surgical clinic. She assists to a doctor, talks to the patients and performs activities within her competence.

Goals: This bachelor thesis has three research objectives. Goal 1: To define nurse job description at given surgical clinics. Goal 2: To find out, if nurses are well prepared for the surgical clinic job. Goal 3: To find and describe nursing job differences at hospital in Pelhřimov and České Budějovice. There are these research questions: Research question 1: What is the nurse job description at surgical clinic? Research question 2: How well are nurses prepared for the nursing job at surgical clinic? Research question 3: What are the differences in nurse job description at surgical clinics in Pelhřimov and České Budějovice?

Used methods: The data for the empirical part of the bachelor thesis were collected by conducting a qualitative research. A semi-structured interview was selected for collecting the data.

Results: According to the results of data analysis, research questions were answered. The research shows that the nurse job description in both the workplaces concerned is not completely the same. Nurses working at the district hospital take care even of patients with trauma or proctological patients. That requires higher demands for knowledge and abilities of the nurse. The research also shows that the absolvents of universities or vocational schools were better prepared for their jobs, both theoretically and practically.

Key words: ambulance; communication; education

Obsah

ÚVOD.....	7
1. ČLENĚNÍ CHIRURGIE.....	8
1.1 STANDARDNÍ ODDĚLENÍ.....	8
1.2 JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE.....	9
1.3 JEDNODENNÍ CHIRURGIE.....	9
1.4 CHIRURGICKÁ AMBULANCE.....	10
1.4.1 Traumatologická ambulance.....	11
1.4.2 Ortopedická ambulance.....	12
1.4.3 Proktologická ambulance.....	13
1.5 KOMUNIKACE.....	14
1.5.1 Faktory ovlivňující komunikaci.....	14
1.5.2 Vedení komunikace sestry – pacient.....	15
1.5.3 Specifika komunikace se seniory.....	16
1.5.4 Specifika komunikace s dětmi.....	17
1.5.5 Specifika komunikace s agresivním pacientem.....	17
1.6 VZDĚLÁNÍ SESTER.....	19
1.7 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	22
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	24
2.1 CÍLE PRÁCE.....	24
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	24
2.3. OPERACIONALIZACE POJMŮ.....	24
3. METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	26
3.1 VÝZKUMNÁ METODA.....	26
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	26
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	28
KATEGORIE 1 – PRÁCE NA CHIRURGICKÉ AMBULANCI.....	28
Specifikum práce na ambulanci v okresní nemocnici.....	29
Specifikum práce na ambulanci v krajské nemocnici.....	31
Udržování kontaktu s pacientem v okresní nemocnici.....	33
Udržování kontaktu s pacientem v krajské nemocnici.....	35
KATEGORIE 2 – PŘIPRAVENOST SESTER NA PRÁCI V AMBULANCI.....	36
Připravenost sester v okresní nemocnici.....	37
Připravenost sester v krajské nemocnici.....	39
KATEGORIE 3 – ROZDÍLY PRÁCE NA AMBULANCI V OKRESNÍ NEMOCNICI A NEMOCNICI KRAJSKÉHO TYPU.....	40
5. DISKUZE.....	44
6. ZÁVĚR.....	51
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	53
8. SEZNAM PŘÍLOH.....	59

ÚVOD

Chirurgická ambulance se řadí mezi často navštěvované odborné ambulance z řad pacientů, ale také praktických lékařů, kteří své pacienty posílají na konziliární vyšetření. Nejčastějším důvodem návštěvy pacienta jsou bolesti břicha, nehojící se defekty, zánětlivá ložiska v podkoží, excize névů a popáleniny. V okresních nemocnicích spadají pod chirurgickou ambulanci i další odborné ambulance, např. traumatologická nebo proktologická ambulance. To si vyžaduje i větší nároky na kvalifikovanou všeobecnou sestru, která se musí orientovat ve veškeré problematice všech onemocnění, která spadají pod odbornost těchto ambulancí. Očekává se od ní i orientace ve speciálním vybavení specializované ambulance, ať už se týká přístrojů, které musí umět obsluhovat, udržovat funkční a čisté, nebo nástrojů, které musí perfektně rozeznat. Zmiňujeme se jen o činnostech, které jsou specifické, ale aplikace injekce, zavedení periferního žilního katetru, sádrování, příprava sterilního stolku a mnoho dalších činností, které všeobecná sestra v chirurgické ambulanci vykonává, jsou brány jako samozřejmost.

Všeobecná sestra musí zajistit návaznost a koordinaci ošetřování pacientů, aby tím zajistila péči v nejmenším časovém úseku. Zajišťuje stálý kontakt s pacienty v čekárně, popřípadě vyhledává akutní stavy, které si vyžadují okamžité ošetření.

V neposlední řadě se očekává, že sestra bude udržovat stálou komunikaci s pacientem. Jsou proto hned dva důvody. Pacient, se kterým zdravotnický personál komunikuje, není zbytečně vystavován obavám a nejistotě, je stále seznamován s nadcházejícím plánem péče. Stálý přísun informací mu zajistí přehled v zajištěné péči a průběžné informování o aktuálních výsledcích. V dalším případě, při správně vedené komunikaci, je získána i pacientova důvěra, se kterou můžeme vytěžit další informace, které se pacient bál říct nebo na ně zapomněl. Nejen komunikace s pacientem je prospěšná, ale také stálý kontakt s ostatními spolupracovníky, kteří se podílí na poskytování zdravotní péče.

Toto téma jsme si zvolili, abychom poukázali na práci sestry na chirurgické ambulanci, na její všestrannost, přehled a dovednosti, které jsou na ni nárokovány při poskytování péče.

1. ČLENĚNÍ CHIRURGIE

Obor chirurgie se řadí mezi nejstarší lékařské obory v historii. Dle Zemana, Krška (2011) je název odvozen od řeckého slova *cheirurgia*, což v překladu znamená práci rukou (cheir = ruka, ergein = pracovat). První zmínky o tomto oboru pochází z doby asi 3 000 let př. n. l. ze starého Egypta. Chirurgie se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou včetně operačního řešení daného problému. Chirurgie se dělí na všeobecnou a specializovanou. Do specializované chirurgie řadíme oftalmologii, neurochirurgii, gynekologii, traumatologii, plastickou chirurgii, kardiochirurgii, ORL, stomatologii, ortopedii a dětskou chirurgii. (Slezáková, 2010)

1.1 Standardní oddělení

Na standardní chirurgické oddělení jsou přijímáni pacienti, kteří mají stabilní fyziologické funkce a nepředpokládá se, že nejsou ohroženi na jejich selhání. Pacient je na standardní oddělení buď přeložen z jednotky intenzivní péče (JIP), nebo z operačního sálu. Po čase stráveném na operačním sálu je nejprve pacient s doznívající anestézií umístěn na tzv. dospávací pokoj, kde jsou jeho fyziologické funkce nadále intenzivně sledovány. Po stabilizaci stavu lze pacienta přeložit na standardní chirurgické oddělení, o čemž rozhoduje lékař. Ošetrovatelská péče je zde zaměřena na snížení bolestí a na včasné podání analgetik, předcházení pooperačních komplikací a začlenění pacienta zpět do společnosti. (Janíková a kol., 2013)

Schneiderová (2014) jmenuje několik činností všeobecné sestry a dalšího zdravotnického personálu, které přímo ovlivní vertikalizaci pacienta: monitorace fyziologických funkcí v pravidelných intervalech dle ordinace anesteziologa, stav vědomí, kontrola operační rány, funkčnost drénu a jeho sekrece, kontinuální nebo bolusová aplikace analgetik dle bolestí pacienta a subjektivní stav pacienta. Subjektivní stav pacienta je důležitý především s ohledem na gastrointestinální trakt. Pacient může trpět nevolností až zvracením, zadržováním plynů a stolice. Tyto důležité aspekty musí všeobecná sestra v pooperační péči pečlivě sledovat, aby předešla možným komplikacím, kterým je pacient vystaven. Janíková a kol. (2013) doplňuje, že důležitou složkou při rekonvalescenci pacienta je i výživa, jejímž cílem je zabránění malnutrice, která se často vyskytuje u seniorů. Správně zvolená nutriční podpora může zabránit úmrtnosti a pooperačním komplikacím. Pokud pacient začne přijímat stravu do 3 dnů, není

zapotřebí volat nutričního terapeuta. Pokud snížený příjem potravy přetrvává 5–7 dnů, je pacient přímo ohrožen a stojí za zvážení oslovit nutričního terapeuta.

1.2 Jednotka intenzivní péče

Jednotka intenzivní péče (dále jen JIP) je specializované oddělení, kde jsou uloženi pacienti v akutním stavu, který by mohl přímo ohrozit jejich život. Předpokládá se, že výsledkem intenzivní péče je pozitivní změna zdravotního stavu pacienta, aby mohl být přeložen na standardní oddělení (Ševčík, 2014). Kapounová (2007) jmenuje i další důvody k přeložení pacienta na JIP: přístrojové vybavení oddělení nebo péče vysoce specializovaného personálu. Většinou jsou zde hospitalizováni pacienti s akutními stavy, těžkými úrazy nebo po rozsáhlém operačním výkonu. Dle Janíkové a kol. (2013) je na JIP přeložen pacient po operačním výkonu hned z několika důvodů: kontinuální sledování fyziologických funkcí, eliminace bolesti, předcházení pooperačních komplikací a péče o psychický stav pacienta. Lékař ordinuje veškeré intervence do dokumentace. Nejčastějšími výkony u pacienta jsou: měření fyziologických funkcí, bilance tekutin, krevní vyšetření, aplikace medikace, záznam o pohybovém režimu nebo polohování, pokyny k ošetření operační rány a další potřebná vyšetření.

1.3 Jednodenní chirurgie

V následující kapitole se pokusíme definovat termín jednodenní chirurgie a její výhody v praxi. Na jednodenní chirurgii dochází pacienti na rozsáhlejší ambulantní výkon, po kterém pacient po dvanácti nebo dvaceti čtyř hodinách odchází domů. Přináší to pacientům i nemocnici řadu výhod, ať už jde o minimalizaci nozokomiálních infekcí, méně stresující výkon, nebo o snížení nákladů na péči. Nejde o zavedení nových léčebných postupů nebo standardů, jen je poupravena pooperační péče o pacienta, která nesmí žádným způsobem ohrozit pacienta. Pacient neprochází klasickým koloběhem: příjem – operace – pooperační péče na standardním chirurgickém oddělení – propuštění. Při tomto způsobu ošetření nepříjde pacient z jednodenní chirurgie do kontaktu s hospitalizovanými pacienty. Jednodenní chirurgie je zcela odloučena od standardních oddělení. (Czudek, 2009)

Mezi výkony v ambulantní jednodenní péči řadíme operaci tříselné kýly a laparoskopickou cholecystektomii. Schneiderová (2014) jmenuje i další příklady ambulantních výkonů, které se v jednodenní ambulanci řeší: plánované excize recidivujících névů, rozsáhlejších lipomů a ateromů. Czudek (2009) doplňuje i další

důležité aspekty, které nesmí být opomenuty při poskytování péče v jednodenní chirurgii: technické vybavení operační složky, dovednosti chirurga, farmakologické a technické možnosti anesteziologa, indikační schopnost operátora, a především motivace pacienta.

1.4 Chirurgická ambulance

Šafránková a kol., (2006) rozděluje ambulanci na několik částí: ordinace lékařů, čekárna pro pacienty, kartotéka, ostatní provozní místnosti (skladovací místnost), sociální zařízení, místnost pro pohotovostní službu, personální zázemí. Pacienti na ambulanci chodí s doporučením od praktického lékaře nebo bez doporučení, jde-li o akutní příhodu. Pacient je na ambulanci vyšetřen a jsou u něj provedena základní vyšetření, aby lékař mohl rozhodnout o hospitalizaci pacienta nebo o pokračování ambulantní péče. Mezi nejčastější vyšetření na ambulanci patří: odběr anamnézy, měření fyziologických funkcí, fyzikální vyšetření pacienta (pohled, poslech, poklep, pohmat), odběry biologického materiálu. Na ambulanci dochází k prvnímu pacientovu styku s nemocničním zařízením, je proto nutné, aby tuto skutečnost měl zdravotní personál na paměti a byl si vědom důležitosti svého profesionálního chování. Vyléčení pacienta závisí nejen na správné a cílené léčbě, ale také na psychickém stavu pacienta, který můžeme chováním zdravotního personálu ovlivnit.

Na chirurgické ambulanci se provádí celá řada výkonů, které se týkají všeobecné chirurgie. Přichází tam pacienti na plánovaný příjem k hospitalizaci, ale také neplánovaně, při akutních potížích, na kontrolní vyšetření a převazy ran pacientů, kteří jsou ambulantně léčeni. Jsou zde prováděny i drobné operační výkony, ošetření menších poranění a je zde poskytována lékařská první pomoc. (Slezáková, 2010)

Workman, A., a kol. (2006) informuje o další náplni práce všeobecné sestry na chirurgické ambulanci. Pacienti tam dochází na vyšetření, které se provádí před plánovanou hospitalizací. Pacient absolvuje rentgen srdce a plicí, EKG, odběry biologického materiálu a další vyšetření dle pacientova onemocnění a ordinace lékaře. Toto vstupní setkání pacienta se zdravotnickým personálem nám umožňuje také informovat pacienta o zákroku, vysvětlit předpokládaný průběh léčby a edukovat o chodu oddělení. Všeobecná sestra má také podmínky pro vedení rozhovoru s pacientem a může mu odpovědět na jakékoliv dotazy, pokud to bude v její kompetenci.

Postup při plánovaném příjmu pacienta ale neplatí při příjmu urgentním. Když lékař rozhodne o okamžitému příjmu pacienta do nemocnice, veškerá vyšetření se provádí do 24 hodin od příjmu do zdravotnického zařízení včetně dokumentace. Při neplánovaném

příjmu pacienta může být příjem doprovázen pacientovým strachem a úzkostí. Je zapotřebí s pacientem stále komunikovat a edukovat o prováděné ošetrovatelské péči. Ze strany lékaře by měly být zákroky a postupy léčby řádně a jasně vysvětlovány, aby se předešlo případným nejasnostem a úzkostným stavům pacienta. (Workman, A., a kol. 2006)

1.4.1 Traumatologická ambulance

Slezáková, a kol., (2012) řadí traumatologii do chirurgických oborů zabývajících se komplexní léčbou poranění. Zeman, Kršek, (2011) doplňují, že poranění je každá újma na zdraví zapříčiněná traumatem. Traumatologie je nadstavbový obor chirurgie. Další specializované obory se odvíjí od systému, kterého se týkají, např.: neurochirurgie, urologie, hrudní chirurgie aj. Zabývá se prevencí, diagnostikou a terapií. Při polytraumatu se na léčbě podílí i celá řada specialistů, traumatolog má za úkol koordinovat léčbu, rozhodovat o prioritách a následně nastavit terapii.

Činnostmi, kterými se zabývá traumatologická ambulance, je celá řada: podpora zdraví, preventivní péče, vyšetřovací a léčebná terapie. Ambulance by měla být bezbariérová a dostupná vozům zdravotnické záchranné služby. Patří sem pacienti všech věkových skupin a jakéhokoliv druhu poranění. Můžeme se zde setkat i s „problémovými“ pacienty, jako např.: pacienty agresivními, v ebrietě, s bezdomovci, cizinci bez dokladů i pacienty závislými na návykových látkách. Sestra má za úkol nejenom spolupracovat s pacientem, ale také s jeho rodinnými příslušníky, uplatňuje se tím efektivní uzdravování, dodržování léčebného režimu a ošetřování. Práce sestry by měla být v souladu s etikou, požadavky pacienta a právy pacientů. Práce na traumatologické ambulanci je velice fyzicky náročná. (Seménková, 2013)

Opálková, Vojtěchová, (2013) jmenují nejčastější typy úrazů, které jsou v traumatologické ambulanci ošetřovány: fraktury (zlomeniny): otevřené nebo zavřené, luxace nebo subluxace, poranění páteře – spondylochirurgie, tržná nebo řezná poranění. Košťálová, (2015) dodává další výkony, které se na traumatologické ambulanci provádí: sádrování – přikládání sádrových dlah na končetinu. Další častý výkon je punkce, při kterém je odebrán vzorek z tělní dutiny nebo orgánu speciální punkční jehlou za terapeutickým nebo diagnostickým účelem.

Opálková, Vojtěchová, (2013) mezi nejčastější mechanismy vzniku řadí: dopravní nehody, pracovní úrazy, úrazy vzniklé při sportu, domácí úrazy – senioři, úrazy vzniklé pod vlivem návykových látek – alkohol nebo drogy, ale také suicidální pokusy. Při

ošetřování pacientů v traumatologické ambulanci se setkáváme také s komplikacemi vzniklými po nastavené léčbě jako např.: hojení ran per sekundam, bagatelizace příznaků, pozdní vyhledání zdravotnického zařízení, poškození sádrové fixace, nedodržování léčebného režimu, ale i iatrogenní poškození.

1.4.2 Ortopedická ambulance

Repko, a kol. (2012) charakterizuje ortopedii jako obor zabývající se léčbou pohybového aparátu. Ortopedie léčí jakékoliv příčiny vzniku onemocnění na pohybovém aparátu jako např.: degenerativní onemocnění, posttraumatická postižení, vrozené vývojové vady a infekční i nádorové postižení.

Vyhnalová, Hemerlová (2005) seznamují s tím, že ortopedická ambulance zajišťuje první kontakt s pacientem, kde se podrobí prvnímu ošetření. Lékař zde provádí vyšetření, která jsou nutná ke stanovení diagnózy, např.: vyšetření počítačovou tomografií nebo rentgenové vyšetření. Když lékař indikuje operační řešení nebo léčbu za hospitalizace, pacient je přijímán na ambulanci a poté je doveden na lůžkové oddělení, kde pokračuje lékařská a ošetrovatelská péče.

Všeobecná sestra v ortopedické ambulanci ukládá pacienty na vyšetřovací lehátko, aby mohl lékař provést příslušné vyšetřovací metody. Je proto nutné se držet několika zásad manipulace u pacientů po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu, aby nedošlo k sororigenickému poškození při špatné manipulaci. Slezáková s kol., (2010b) informuje o několika základních zásadách při pohybu a manipulaci s pacientem po totální endoprotéze: Dohlédneme na uložení a manipulaci operované končetiny do mírné abdukce s lehkou vnitřní rotací a kontrolu nevhodného polohování končetiny pacientem. Poučíme pacienta o nutnosti používání klínu mezi kolena během spánku, o přetáčení se přes neoperovanou končetinu na břicho. Upozorníme na zákaz ležení na operované končetině. Pacient nesmí během ukládání na lehátko končetiny překřížit, vytáčet končetinu zevně, sedat si do hlubokého křesla nebo nízkou židli, dřepat, klekat a předklánět se. Při užití WC v nemocničním zařízení je nutné zajistit se sestrou nástavec nebo užit toaletu k tomu přípustnou. Pacienta musíme informovat i o možnosti pádu s hrozcí luxací endoprotézy, vyvarovat se nerovnému terénu, mokré podlaze apod.

Všeobecná sestra v ambulanci vykonává práci s dokumentací, ale i řadu odborných výkonů. Mezi nejčastější výkony patří řádná edukace pacienta při odchodu do domácího ošetřování. Měla by upozornit na vyvarování se rizika pádu – zajistit madla do koupelny,

ke schodům, užívat protiskluzové podložky a pečovat o operační ránu. (Slezáková a kol., 2012)

1.4.3 Proktologická ambulance

Proktologická ambulance se zabývá onemocněním anorekta, konkrétně se jedná o záněty, píštěle, trhliny a hemoroidální onemocnění. (Šulcová, 2014) V proktologické ambulanci se uplatňují dvě endoskopické vyšetření: anoskopie a rektoskopie. Krška (2011) anoskopii přibližuje jako vyšetření čtyř centimetrů od análního otvoru. Anoskopie se provádí především v diagnostice onemocnění, ale také v terapii v případě vnitřních hemoroidů. Mikšová, Froňková, Zajíčková, (2006), popisují, že se při rektoskopii vyšetřuje přibližně 25 centimetrů střeva od análního otvoru a provádí se rigidním přístrojem rektoskopem. Anděl, Škrovina, Ducháč, (2012) doplňují indikace k rektoskopickému vyšetření: časté nucení na stolicí, bolesti konečníku, tužkovitá stolice, pálení nebo řezání při defekaci, časté nucení na stolicí, příměsi krve nebo hlenu ve stolici.

Všeobecná sestra v proktologické ambulanci si připraví před rektoskopií před vyšetřením několik pomůcek: ochranné jednorázové pracovní prostředky, rigidní rektoskop, pomůcky k premedikaci, zkumavky pro odběr biologického materiálu, pomůcky pro vyšetření per rectum. Před vyšetřením pacientovi pomůžeme zaujmout správnou polohu: kolenoprsní, kolenoloketní nebo na boku, dle zvyklostí oddělení. Během vyšetření pacienta podporujeme a komunikujeme s ním, vysvětlujeme následující části vyšetření, snaží se zmírnit jeho stud a strach, sledujeme celkový stav pacienta. Lékaři pomáhá zavádět rektoskop do konečníku a spolupracuje s ním během vyšetření např. odsávání střevního obsahu, provádí insuflací vzduchu pro lepší přehlednost střevní sliznice, odběr biologického materiálu na histologické, cytologické a mikroskopické vyšetření. Po vyšetření zajistí očistu pacienta, pomáhá mu z vyšetřovací polohy a zajišťuje jeho bezpečnost. (Mikšová, a kol, 2006)

Všeobecná sestra má v proktologické ambulanci nezastupitelnou roli. Mezi základní předpoklady sestry patří komunikace, kterou projeví zájem o pacienta a může získat další informace, o kterých se pacient třeba bál mluvit. Navazuje tím i důvěru při jeho návštěvě v ambulanci. Je důležité, aby byl pacient řádně edukován o důvodu vyšetření a jeho průběhu. Při tomto vyšetření nesmíme opomenout, že by se především mělo ohlížet na lidskou důstojnost. (Heřmanová a kol., 2012)

1.5 Komunikace

V této kapitole se pokusíme přiblížit problematiku komunikace ve zdravotnictví. Komunikace má hned několik významů. Komunikace nám slouží k informovanosti mezi sebou, výměně myšlenek, emocí i svých názorů. Je zapotřebí, aby komunikace byla srozumitelná a jasná pro všechny aktéry a tím byla prospěšná pro pacienta. (Vévoda a kol., 2013) Předávání informací zahrnuje složitou kombinaci sociálně-technických metod, kdy vyvažují vztahové faktory oproti obsahu a riziku komunikace. Nemělo by se jednat pouze o sdělení klinických dat. Odvíjí se od komunikačních návyků, které jsou považovány za komunikační dovednost a nauku. (Rattray, Flanagan, a kol., 2018) Komunikaci řadíme mezi důležité předpoklady pro práci všeobecné sestry. Komunikace mezi zdravotnickým personálem a klientem je nepostradatelná. Při správné komunikaci můžeme minimalizovat strach a úzkost, které velmi často klienty doprovází při hospitalizaci v nemocnici (Plevová, a kol., 2011). Vévoda, a kol. (2013) doplňuje, že špatná komunikace mezi sestrou a pacientem může zapříčinit nedorozumění, konflikt nebo komunikační šum. Poté může docházet ke ztrátě důvěry pacienta ke zdravotnickému personálu a tento problém se odráží na poskytované ošetrovatelské péči a efektivní lékařské léčbě. Správně vedenou komunikací si zdravotnický personál vytváří dobrý vztah nejen mezi sestrou a pacientem, ale také s jeho příbuznými. Správná komunikace a dobré vztahy na pracovišti leckdy usnadní i jakýkoliv předávající problém. Šachová, Brabcová (2013) upozorňují, že pro zdravé vyvíjení organizační kultury zdravotnického zařízení je důležité mj. budování systému komunikace mezi členy zdravotnického personálu, kdy se uplatňuje komunikace na horizontální úrovni (sestra – sestra) a vertikální úrovni (vedoucí sestra – sestra).

1.5.1 Faktory ovlivňující komunikaci

Plevová a kol. (2011) rozdělila faktory, které na nás působí a mohou ovlivnit naši komunikaci, do několika skupin. Mezi důležité faktory zařazuje psychofyziologický kontext. Řadí se do toho fyziologický stav, emocionální stav, osobnost, vnímání, hodnoty, přesvědčení a potřeby. Vztahový kontext poukazuje na charakter vztahů mezi účastníky, ať se jedná o vztah společenský, přátelský, nebo pracovní. Záleží i na úrovni důvěry mezi účastníky, společenské minulosti účastníků nebo rovnováze moci a vlivu ve společnosti. Nesmíme opomenout ani environmentální kontext. Vyjadřuje prostředí, ve kterém komunikace probíhá, zda je při komunikaci soukromí, pohodlí, bezpečí a přítomnost hluku a rozptylujících faktorů. Důvod komunikace vyznačuje situační kontext.

Komunikaci vedeme hned z několika důvodů: dosažení cílů, výměna informací, problémy, které chceme vyřešit, sdělení vlastních pocitů a postojů. U kulturního kontextu ovlivňuje komunikaci několik prvků, které jsou ve vzájemné interakci: úroveň vzdělání účastníků, zvyky a očekávání, způsob vyjadřování a zvyky. Jsou zde zahrnuty všechny sociokulturní prvky. Vymětal (2008) informuje i o jazykových bariérách nebo nářečních výslovnostech, které vedou k nedorozumění. Překážkou mohou být i stereotypní melodie řeči nebo nevhodná terminologie. Rattray, Flanagan a kol., (2018) doplňují další faktory, které mohou komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem ovlivnit. Správně vedenou komunikaci ovlivňují i např. vlastnosti příjemce informací, kam zahrnujeme především jeho subjektivní vnímání, ale i schopnost rezidenta vést komunikaci.

1.5.2 Vedení komunikace sestry – pacient

Komunikace v ošetrovatelské praxi tvoří teoretickou základnu v ošetrovatelské péči. Komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem tvoří tři základní charakteristiky: nezbytnost, nezvratnost a neopakovatelnost. Pro pochopení je důležité si tyto pojmy vysvětlit.

Nezbytnost je chápána v tomto ohledu jako komunikační kontakt s pacientem. Sestra je ve stálé interakci s pacientem, buď verbální, nebo neverbální.

Sestřina vyřčená slova jsou nezvratná. Rozumí se tím, že slova, která sestra při rozhovoru používá, již nejde vzít zpět. Slovní zásoba by se měla vybírat obezřetně, aby si pacient nevyvodil jiný smysl komunikace. Důležité jsou i signály, které sestra při komunikaci vysílá, které se již nedají vzít zpět.

Neopakovatelností se vysvětluje daný okamžik, při kterém je komunikační proces veden. Žádná situace se již nebude za stejných podmínek opakovat.

První podmínkou pro vznik komunikace je motivace. Sestra i pacient musí chtít společně komunikovat. Pacient ve většině případů komunikovat chce. Problém spíše můžeme najít u zdravotníků, kteří například prochází profesionální deformací, nízkou motivací nebo neschopností reagovat na získané informace od pacienta. Druhým požadavkem pro vedení komunikace je umět komunikovat. Pacient v tomto ohledu většinou problém nemá. Vede komunikaci tak, jak byl doposud zvyklý, a přijde mu to zcela normální. Sestra má v tomto ohledu daleko těžší úkol. Musí zvládnout komunikaci s pacientem agresivním, v depresích nebo pod vlivem návykových látek. Je proto důležité, aby si neustále doplňovala své vědomosti a dovednosti a byla schopna vést komunikaci i s problémovým pacientem. Třetím požadavkem na bezpečný průběh

komunikace je schopnost komunikovat. Tento požadavek nemohou nebo částečně nemohou splnit pacienti se smyslovým handicapem. Konkrétně tím myslíme pacienty s poruchou řeči, sluchu, zraku, pacienty s demencí nebo v bezvědomí.

Profesní využití komunikace má v ošetrovatelství hned několik výhod. Pomáhá nám k realizaci všech ošetrovatelských intervencí a správně vedenou komunikací sestra dokáže pacienta namotivovat k vzájemné spolupráci. (Zacharová, 2016)

1.5.3 Specifika komunikace se seniory

„Pacient by si měl z komunikace s lékařem odnášet nejen dostatek informací, ale také pocit důvěry.“ (Ptáček, Bartůněk, 2011 s. 198) Hlavním specifickým krokem při komunikaci se seniorem je dostatek času a prostoru pro vyslechnutí pacienta. Když pacient bude cítit, že ho někdo chce vyslechnout, svěří se nejen s potížemi fyzickými, ale také psychickými nebo sociálními. Dalším důležitým faktorem, na který musíme přihlížet, je i prostředí, ve kterém komunikaci se seniorem vedeme. Senior vyžaduje prostředí klidné, bez rušivých elementů. Má tím pocit soustředění zdravotnického personálu a zájem o jeho potíže. (Ptáček, Bartůněk a kol. 2011) Další důležitou zásadou v komunikaci je, aby se verbální i neverbální komunikace navzájem doplňovaly a byly synchronní. Pracovník by neměl žít v omylu, že senior nepozná, že mezi verbální a neverbální komunikací není soulad. Senior při pochybnostech ztrácí důvěru ve zdravotnický personál, má strach, nejistotu i obavy. Je tím narušen i pocit bezpečí a jistoty. (Malíková, 2011)

Další překážkou v komunikaci se seniory je onemocnění smyslů. Nejčastěji se setkáváme s nedoslýchavostí. Měli bychom pozorovat prostředí při komunikaci, zda neruší průběh hovoru. Dbáme na správnou výslovnost, díváme se seniorovi do obličeje a nesmíme zapomenout na vzdálenost, ve které se seniorem vedeme komunikaci. Měli bychom dbát na nenarušení osobního prostoru seniora čtyřicet centimetrů.

Kompenzační pomůckou je naslouchátko. Naslouchátko udržujeme funkční, staráme se o baterky, uchováváme ho v čistotě a snažíme se vysvětlit seniorovi výhody nošení naslouchátka, protože se často setkáváme s tím, že senior naslouchátko mít odmítá.

Po neurologickém onemocnění se můžeme setkat u klienta s poruchou řeči – afázií. Dochází k neschopnosti mluvit a rozumět mluvenému slovu. Můžou se vyskytovat obě kombinace nebo jedna z nich. Nemožnost se domluvit vede k bouřlivým reakcím. Setkáváme se agresivitou, nervozitou, hněvem nebo rezignací. Při tomto deficitu

s pacientem komunikujeme pomocí obrázku, názoru a nedáváme obecné otázky. (Venglářová, 2007)

Maršálková, Schmeidler, (2016) upozorňují na výskyt ageismu. Je to forma diskriminace a stereotypizace vůči jedincům ve vyšším věku. Tento problém se ale týká všech, protože všichni stárneme od svého narození, tudíž se může s tímto typem diskriminace setkat. Ageismus má na člověka dopady individuální, ale také v rodinné i společenské oblasti, brání tím člověku ve vyšším věku zapojení do činností ve společnosti. V nejbližší době by se tato problematika měla rozšířit mezi širokou veřejnost, aby se počet obětí stále nezvyšoval.

1.5.4 Specifika komunikace s dětmi

Komunikace s dětskými pacienty je velice specifická. Vést komunikaci s dítětem vyžaduje několik předpokladů a specifických znalostí, abychom dokázali přimět dítě spolupracovat. Mezi základní předpoklad komunikace s dítětem patří znát všechna vývojová období a umět s dítětem v každém vývojovém období adekvátně vést rozhovor. Komunikace je ovlivněna zdravotním stavem, typem onemocnění a charakterem průběhu nemoci. Sestra se ve zdravotnickém zařízení stává po rodičích nejbližší osobou dítěte, je proto dobré nahradit dítěti kamarády ve hře, nahradit rodiče i kamarády. (Plevová, Slowik, 2010)

Venglářová, Mahrová (2006) jmenují několik základních zásad pro úspěšnou komunikaci s dětským pacientem: Dítěti nikdy nelžeme. Slovní zásobu používáme dle znalostí a věku dítěte. Vysvětlujeme vše trpělivě a popisujeme všechno, co se bude dít. Dbáme na to, aby dítě nezůstalo samo. Měli bychom říct dítěti i o bolesti, netvrdíme mu opak. Aktivně dítě chválíme a upozorňujeme ho na jakýkoliv jeho úspěch nebo snahu. Při navozování kontaktu s dítětem používáme obrázky, maňásky, knihy, které má dítě rádo. Uvolní se tím napětí, které je potřeba odbourat pro získání důvěry a spolupráci dítěte. Nesmíme zapomenout na začlenění rodičů do procesu. Měli by se přímo účastnit, protože děti jim bezmezně důvěřují.

1.5.5 Specifika komunikace s agresivním pacientem

S agresivním pacientem se setkáváme ve zdravotnickém zařízení čím dál častěji, ať se jedná o lůžkové oddělení, nebo ambulantní složku. Kelnatová, Matějková (2014) definují agresi jako projev vysoké psychické zátěže, kterou dotyčný nedokáže adekvátně tolerovat. V moderní společnosti se využívá agrese i k nesmyslným válkám, násilnými

činy, podvody a zneužíváním vysokého společenského postavení k osobnímu prospěchu. Za agresivní chování se považuje také používání vulgarismů ke zdravotnickému personálu, bouchání dveřmi, odmítání léků a vyšetření, může to vyústit až k fyzickému napadení zdravotnického personálu, pacientů i rodinných příslušníků.

Kalvach, Čeledová a kol., (2011) jmenují několik příkladů, které vyvolávají sklony k agresivnímu chování. Porucha osobnosti vede k projevům agresivity. Projevuje se nerespektováním společenských a etických norem. Poruchu osobnosti mají často pachatelé trestných činů. Dalším častým spouštěčem agrese je i návyková látka. Pacient pod vlivem drog nebo alkoholu se chová nepřiměřeně situaci, může být nebezpečný svému okolí, ale také sobě. S psychiatrickými onemocněními se také pojí i agresivní chování. Jsou to pacienti pod vlivem bludu, halucinace nebo psychotické poruchy, mezi nejčastější psychotické poruchy řadíme schizofrenii. Někteří pacienti, kteří mají diagnostikovanou psychiatrickou chorobu, se agresivně nemusí chovat nikdy. Mohou se chovat mírumilovně a společensky přijatelně bez jakéhokoliv náznaku nemoci. Na druhou stranu někteří lidé se mohou chovat vztahovačně a podezíravě, ale žádným typem psychózy netrpí. Je to trvalý rys jejich osobnosti, egocentrismus nebo přesvědčení jen o své pravdě. Agresivní chování může vyvolat také organické poruchy. Pacient s hypoglykemií se může chovat agresivně předtím, než upadne do bezvědomí, když se tomu nedokáže zabránit včas. Některé formy epilepsie vyvolává sklony k agresivitě nebo při organické změně mozku může nastat neschopnost kontrolovat své chování.

Venglářová, Mahrová (2006) sestavily obecný postup, jak komunikovat s agresivním pacientem a přistupovat k němu. Základním předpokladem pro zvládnutí a odvrácení agrese je zachování klidu, přistupujeme k pacientovi vlídně a respektujeme normy společenského chování. Na agresi nesmíme reagovat agresí, neboť by se agrese ještě více stupňovala. Můžeme pacientovi sdělit, že se nechová slušně, a tím mu sdělíme, jak to působí na okolí. Komunikujeme s pacientem o tom, co vyvolalo jeho agresi, vyslechneme jeho stížnost a respektujeme jeho názor. Řekneme pacientovi, že s jeho chováním nesouhlasíme. Ptáme se na doplňující otázky, tím vyjadřujeme zájem o pacienta i o nastalý konflikt, orientujeme se tím také lépe v celé situaci a pochopíme příčinu konfliktu. Naše verbální i neverbální komunikace musí být shodná, pacient tím uvěří zájmu i postoji, který tím zaujmeme. Snažíme se z jeho argumentů pochopit reálné důvody jeho chování, nemusí se často shodovat s tím, co pacient momentálně tvrdí. Po vyslechnutí pacienta se snažíme jeho požadavkům vyhovět, ale ve většině případů to není

možné. V takové situaci pacientovi sdělíme, proč nejde jeho požadavkům vyhovět, a vyjádříme pochopení s danou nepříjemností.

1.6 Vzdělání sester

V následující kapitole jsme se zaměřili na vzdělání sester a role všeobecné sestry. Trvalo dlouhá léta, než vznikla pozice všeobecné sestry. Potvrzuje to i Plevová a kol. (2011) která zmiňuje, že ošetrovatelství prošlo několika etapami vývoje, ale až ve třetí etapě se pojednávalo o profesionálním ošetrovatelství. Prvotně se vzdělání předávalo z generace na generaci v chudobincích a hospitálech pod jednou střechou. V první polovině 19. století se rozdělily hospitály na sirotčince, chudobince, starobince a špitály (nemocnice). Až v druhé polovině tohoto století proniklo do nemocnic medicínské poznání, a tím i začala vznikat novodobá funkce sestry. Lékař při své práci potřeboval pomocníka, který rozumí jeho odborné komunikaci a ošetřování nemocných. V roce 1860 byla založena první ošetrovatelská škola v Londýně, kterou založila Florence Nightingalová, a v roce 1874 vznikla i v českých zemích první ošetrovatelská škola.

V roce 1989 Evropská komise doporučila, aby se sestry ve 21. století vzdělávaly na vysokoškolské úrovni a tím mohly získávat další akademické hodnosti. Vzdělávání sester prošlo zásadními změnami i před vstupem do Evropské unie (dále jen EU), aby naplňovalo směrnice EU a bylo umožněno libovolnému pohybu po státech EU. (Plevová, a kol., 2011)

V legislativě je v získání kompetencí všeobecné sestry uplatněn *zákon č. 96/2004 Sb o nelékařských zdravotnických povoláních*, který byl novelizován *zákonem č. 201/2017 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání*. Zmíněná novela významně ovlivnila vzdělávání sester, získání odborné způsobilosti k výkonu všeobecné sestry je podmíněno absolvováním:

- 1) nejméně tříletým studiem akreditovaným zdravotnickým bakalářským oborem pro přípravu všeobecných sester,
- 2) nejméně tříletým studiem vyšší odborné školy v oboru diplomovaná všeobecná sestra,
- 3) studium na vyšší odborné škole nejméně jeden rok, jde-li o absolventa, který získal odbornou způsobilost k výkonu praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry,
- 4) studium oboru všeobecná sestra, pokud bylo studium zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

- 5) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra na psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997. (Zákony pro lidi, 2017b)

Za výkon povolání se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem se sestra aktivně účastní preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péče. (Zákony pro lidi, 2004) Vyhláška č. 39/2005 Sb. § 4 stanovuje minimální požadavky na programy k získání odborné způsobilosti k výkonu všeobecné sestry. Studium probíhá v prezenční nebo kombinované formě s odborným charakterem výuky. Doba trvání je minimálně tři roky a nejméně 4 600 hodin teoretické výuky, z toho je doba praktického vyučování minimálně 2 300 hodin. (Zákony pro lidi, 2005)

Role sestry definuje Farkašová a kol, (2006 s. 180) jako „*očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti.*“ Ze sociologického pohledu vymezujeme roli dle vztahu k profesi termínem sociální status neboli pozice. Pod rolí profesní si vysvětlujeme určené chování jedince, které je od něj očekáváno při výkonu jeho funkce. Role sestry je historicky podmíněna a určena objektivními danostmi společnosti. Jen málo profesí prodělalo tolik změn jako povolání sestry a mění se i v současnosti, aby se udrželo poskytování standardizované ošetrovatelské péče. To je podmíněno novými vědomostmi a dovednostmi, které jsou spojeny s nemocí i zdravím jedince nebo skupiny.

Sestra musí znát vymezení své role, protože díky ztotožnění s ní může akceptovat pravidla chování a jednání a na druhé straně může vyloučit jejich porušování. Role sestry je charakterizována následujícími znaky: sestra vychází z potřeb nemocného během své práce a pochopí problémy nemocného, sestra má schopnost zajistit pocit jistoty nemocnému, je emociálně neutrální – schopná se racionálně kontrolovat. (Farkašová a kol., 2006)

Sestra nezastává jenom jednu roli, ale jedná se o roli více, které jsou ovlivněny několika faktory: změnami ve společnosti, systémem zdravotní péče, novými poznatky a technologií, zdravotním stavem obyvatelstva. Na tyto faktory reaguje i vzdělání sester i ošetrovatelská praxe, tím se mění i role sestry. V současné době sestra plní nejčastěji tyto role, které jsme převedli na práci na ambulanci:

Sestra – poskytovatelka ošetrovatelské péče: Charakterizuje holistické chápání jedince i při poskytování ošetrovatelské péče na ambulanci, kterou zohledňujeme zdraví a prostředí v uspokojování potřeb.

Sestra – manažerka: Sestra díky této roli řídí a organizuje poskytovanou ošetrovatelskou péči a plní i úkoly manažerky ošetrovatelské péče tím, že řídí ošetrovatelský proces u jednotlivců i skupin. Na ambulanci je tato role nezbytná, aby ošetrovatelská péče navazovala a měla logicky plánované kroky, které zajistí komplexní péči v nejužším časovém horizontu.

Sestra – edukátorka: Edukační role sestry je obecně uplatňována na jakémkoliv pracovišti v rámci zdravotnického zařízení. Činnosti sestry při edukaci jsou v zájmu udržování a zachování zdraví jedince nebo celé skupiny. V chirurgické ambulanci se s edukací nejčastěji setkáváme při přípravě na vyšetření (např. rektoskopické), při dodržování a poučení o dietním režimu a aplikaci subkutánní injekce.

Sestra – mentorka: Mentorka zodpovídá za klinický dohled a rozvoj nad studenty ošetrovatelství a porodní asistence. Na roli mentorky jsou kladeny i určité požadavky jako např.: adekvátní klinická a pedagogická způsobilost a zralá osobnost. V ambulanci se tato role sestry uplatňuje při působení studentů na pracovišti, aby získali komplexní návaznost ošetrovatelské péče mezi jednotlivými odděleními. (Farkašová a kol., 2006)

Kompetence všeobecných sester

Kompetence všeobecných sester jsou vymezeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. *O činnostech zdravotnických pracovníků*, která byla novelizována vyhláškou č. 391/2017, která ukládá kompetence všeobecných sester včetně ostatním zdravotnickým pracovníkům.

Uvedené kompetence všeobecných sester se vztahují na sestry pracující na chirurgické ambulanci. Všeobecná sestra zapisuje do zdravotnické dokumentace, motivuje a edukuje jednotlivce i skupiny osob k přijetí životního stylu i v péči o sebe. Spolupracuje s nově nastupujícími pracovníky a podílí se v zapracování. Všeobecná sestra sleduje a hodnotí fyziologické funkce. Získává od pacienta anamnézu osobní, rodinou, pracovní a sociální anamnézu. Všeobecná sestra doporučuje pacientům vhodné prostředky pro ošetření chronických ran a doporučuje kompenzační pomůcky pro zajištění mobility a sebeobsluhy v domácím prostředí. Všeobecná sestra zavádí periferní žilní katetry u pacientů starších 3 let a podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak. Všeobecná sestra odebírá biologický materiál od pacienta neinvazivní cestou nebo žilní

krev. Sestra ošetřuje akutní a operační rány, včetně ošetření drénů, odstraňuje stehy u primárně hojících se ran. Přebírá, kontroluje a ukládá léčivé látky. Provádí katetrizaci močového měchýře u žen a dívek starších 3 let. Všeobecná sestra zajišťuje stálou připravenost pracoviště včetně technického vybavení i funkčnost zdravotnických prostředků. (Zákony pro lidi, 2017)

1.7 Syndrom vyhoření

Syndromem vyhoření jsou ohroženy sestry v ambulantní sféře především kvůli velké fyzické zátěži. Serenari, Cucchetti, Russo et al., (2019) naznačují, že syndrom vyhoření se častěji vyskytuje u pracovníků chirurgických oborů. Pojednává o tom také Špirudová (2015), kdy informuje o skutečnosti, že čím větší je fyzická zátěž od sestry vyžadována, tím je i větší míra poškození. Syndromem jsou tedy ohroženy sestry ve vyšším věku, kterým již schází fyzická kondice. Mladá fronda dnes (2006) informuje i o dalších příčinách syndromu vztahující se na ambulantní sestry: stresová zátěž, emoční vlivy pacientů, rychlý životní styl, reálná zdravotní rizika jako infekce nebo napadání, nárazový charakter práce. Venglářová a kol., (2011), charakterizují syndrom vyhoření jako psychosomatické onemocnění, kdy dochází k psychickému, fyzickému a emocionálnímu postižení. Je na něm charakteristické, že se prvotně projevuje na psychické stránce, která zpočátku není vidět. Na fyzické stránce je vidět, až když je syndrom v posledních fázích. Hekelová, (2018) popisuje, že v první fázi dochází k nadšení, kdy sestra pracuje s velkým zápalem, ale nesoustředí se na vlastní psychohygienu nebo odpočinek. V druhé fázi dochází k vystřízlivění. Sestra si začíná všimnout reality a ta se liší od původní představy. Ve třetí fázi dochází k frustraci, přicházejí pocity, že je člověk na všechno sám, otázky o smyslu práce. Čtvrtá fáze je vyčerpání, pocit apatie, prohlubuje se tím jen předchozí fáze, kdy sestra pracuje jako stroj, začíná se vyhýbat lidem, veškerá činnost je prováděna bez vnitřní motivace. V páté fázi je již plně rozvinutý syndrom vyhoření. Sestra již není schopná plnit své činnosti, vyhýbá se komunikaci, v této fázi si teprve uvědomuje vážnost situace, ale už nebyvají síly na cestu zpět.

Příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit do tří skupin: Tělesné vyčerpání je charakterizováno dlouhodobou únavou, ztrátou energie, bolestmi svalů, častější nemocností, zvýšenou potřebou spánku, ale spánek je nekvalitní. Fyzická únava ze sportu po odpočinku zpravidla přejde, ale při syndromu vyhoření po odpočinku únava přetrvává. Na psychické stránce se odráží postoj k sobě i k ostatním. Dochází k vnímání svého života jako jedné velké pohromě. Při psychickém vyčerpání dochází ke ztrátě důvěry,

pesimismu, cyničnosti, zapomnětlivosti, ale i obraně proti novým věcem, změnám. V práci sestra postrádá smysl a dochází k utlumení celkové aktivity. Po emocionální stránce má sestra averzi na lidi. Už nechce slyšet o žádném trápení, starostech nebo problémech druhých. Vytrácí se zájem o druhé lidi a sestra se vyhýbá kontaktu s ostatními lidmi. To se přenáší i do rodiny a vůči přátelům. V dané situaci se stávají jen další přítěží. (Venglářová, 2011)

Prevence syndromu vyhoření

Prieß (2015) jmenuje několik životních oblastí, které tvoří základ pro zdraví: rodina/partnerství, práce, zdraví/kondice, sociální kontakty, zájmy/koníčky a spiritualita. Hekelová (2018) sestavila manuál, jak se lépe ubránit syndromu vyhoření:

- 1) Naučit se, jak vyskočit z kolotoče a dobíjet energii. Nevyčítat si odpočinek, obnovovat své síly.
- 2) Udržovat kvalitní mezilidské vztahy v rodině, s přáteli a v pracovním kolektivu.
- 3) Umět se radovat z maličností. Ocenit i malicherné věci jako třeba dobré počasí, dobrý oběd nebo hezkou květinu. Nebrat nic jako samozřejmost.
- 4) Nakládat s volným časem. Věnovat se důležitým věcem a nezabývat se nepodstatnými záležitostmi.
- 5) Chovat se zdravě asertivně. Sestra by měla umět hájit svá práva, aniž by zasahovala do práv druhých lidí.
- 6) Mít smysl pro humor a s ním dokázat překonávat i těžké situace. S tím jsou spojeni i lidé, kterými je sestra obklopena, být v její blízkosti by měli lidé, kteří jsou pro ni blízcí.

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl č. 1

Popsat náplň práce sestry na vybraných chirurgických ambulancích.

Cíl č. 2

Zjistit připravenost sester na práci v chirurgické ambulanci.

Cíl č. 3

Zmapovat rozdíly práce sestry na chirurgické ambulanci v nemocnici v Pelhřimově a v nemocnici v Českých Budějovicích.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Jaká je náplň práce sestry na chirurgické ambulanci?

Výzkumná otázka č. 2

Jak jsou sestry připravené na práci na chirurgické ambulanci?

Výzkumná otázka č. 3

Jaké jsou rozdíly v náplni práce na chirurgické ambulanci v Pelhřimově a Českých Budějovicích?

2.3. Operacionalizace pojmů

Ambulance – Chirurgické oddělení rozděluje Slezáková (2012) na tři základní trakty: ambulantní část, lůžkové oddělení a operační úsek. V ambulantní části poskytuje základní chirurgické ošetření a diagnostikuje akutní případně chronické onemocnění. Ambulance by měla být dostupná pro vozy záchranné služby s bezbariérovým přístupem i pro pacienty s tělesným znevýhodněním. Slezáková (2013) dále popisuje ambulanci jako místo kde dochází k prvnímu ošetření pacienta a případné místo, kde se s pacientem sepisuje dokumentace při hospitalizaci.

Komunikace – Komunikace je jev lidské společnosti, který se podílí na socializaci každého člověka do společnosti. Komunikace je nezbytná k účinnému vyjadřování, přičemž dochází k výměně informací v mluvené, psané nebo obrazové formě. Je to proces, kdy jedna osoba předává sdělení jiné osobě prostřednictvím nějakého kanálu. Při komunikaci mezi sestrou a pacientem lze uplatnit dva styly: symetrický – označován jako přátelský vztah, kdy je přítomna rovnost mezi subjekty, asymetrický – vztahová nerovnost – vyskytují se zde zákazy, rady a doporučení, které vyvolávají dominanci při komunikaci (Zacharová, 2016).

Vzdělání – Vzdelání je zařazeno mezi nejvýznamnější hodnotu pro jedince i celou společnost. Dle vzdělání lze předurčit sociální postavení člověka ve společnosti a ekonomické možnosti při jeho uspokojování potřeb. Vzdelání osob také ovlivňuje následný rozvoj společnosti, její utváření a změna struktur. Vzdelání ovlivňuje i politicko-morální profil, zajišťuje životní orientaci, k nimž se pojí i schopnost vyrovnávat se s budoucími změnami (Šámalová, 2016).

3. METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

3.1 Výzkumná metoda

Při zpracování výzkumného šetření k bakalářské práci na téma „Specifika práce sestry na chirurgické ambulanci“ byla použita forma kvalitativního výzkumu metodou polostandardizovaných rozhovorů se všeobecnými a praktickými sestrami, které pracují na chirurgické ambulanci v krajské nemocnici a nemocnici okresního typu.

Rozhovory byly zcela anonymní a byly využity výhradně ke zpracování bakalářské práce. Pro respondentky bylo připraveno 22 otázek a jejich odpovědi byly po předchozím souhlasu respondentů zaznamenávány na diktafon. Rozhovory trvaly v průměru od 15 do 25 minut, nebyla přítomna další osoba a probíhaly v prostorách chirurgických ambulancí. Tyto rozhovory byly následně přepsány do programu Microsoft Word a dále analyzovány pomocí otevřeného kódování.

Výzkumné šetření bylo rozděleno do třech kategorií, které měly další podkategorie. První kategorie byla nazvána jako práce na chirurgické ambulanci a byla rozdělena na čtyři podkategorie: specifika práce v okresní nemocnici, specifika práce v krajské nemocnici, udržování kontaktu s pacientem v okresní nemocnici a udržování kontaktu s pacientem v krajské nemocnici. Druhou kategorií jsme nazvali jako připravenost sester na práci v ambulanci v okresní a krajské nemocnici. Třetí kapitola mapuje rozdíly v práci sestry na ambulanci v nemocnici okresní a krajského typu.

Cílem práce bylo zmapovat a popsat specifika práce všeobecné a praktické sestry na chirurgické ambulanci, zjistit připravenost sester na práci v chirurgické ambulanci a tyto výsledky porovnat s dvěma typy nemocnic – nemocnicí krajského typu a okresní nemocnicí.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily dvě skupiny. První skupinou bylo pět respondentek z okresní nemocnice ve věku od 23 do 62 let. Druhou skupinou bylo pět respondentek z krajské nemocnice ve věku od 25 do 57 let. Všechny respondentky pracují na chirurgické ambulanci a sedm z nich má středoškolské vzdělání a tři mají vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání. Rozhovory probíhaly po předešlém souhlasu hlavních sester ze zkoumaných pracovišť, ve kterých probíhalo výzkumné šetření.

Tabulka 1 – Identifikační údaje vzorku sester z okresní nemocnice

Označení	Doba praxe	Předešlé pracoviště	Vzdělání
P1	45 let	INT, PSO, CHIR JIP	NCO NZO Brno
P2	32 let	INT, PSO,	Psychiatrické kurzy, kurz asertivity, sebeovládání, kognitivní terapie
P3	9 let	CHIR	Bc.
P4	23 let	CHIR, CHIR JIP	
P5	4 roky		

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

Tabulka 2 – Identifikační údaje vzorku sester z krajské nemocnice

Označení	Doba praxe	Předešlé pracoviště	Vzdělání
C1	20 let	CHIR	
C2	33 let	CHIR, COS	NCO NZO Brno
C3	16 let	CHIR	DiS.
C4	6 let	INT	
C5	5 let	CHIR	DiS.

Zdroj: Vlastní zpracování, 2019

4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

První kategorie je nazvána jako práce na chirurgické ambulanci, kde jsme zjišťovali, jaká je pracovní náplň sester pracujících na chirurgické ambulanci a jakým způsobem je udržován kontakt s pacientem a popřípadě také jaké překážky se mohou vyskytovat buď na straně pacienta, nebo zdravotnického pracovníka. Druhá kapitola je věnována přípravě sester na práci na ambulanci a případným nevědomostem, které musely dohnat a doučovat se při nástupu na chirurgickou ambulanci. Poslední kategorie mapuje rozdíly práce sestry v okresní a krajské nemocnici.

Kategorie 1 – Práce na chirurgické ambulanci

Práce na chirurgické ambulanci

a) Specifikum práce na ambulanci v okresní nemocnici

b) Specifikum práce na ambulanci v krajské nemocnici

c) Udržování kontaktu s pacientem v okresní nemocnici

d) Udržování kontaktu s pacientem v krajské nemocnici

Specifikum práce na ambulanci v okresní nemocnici

Z analýzy odpovědí je patrné, že P1, P2, P3, P4 a P5 označují za každodenní činnost v ambulanci převazy akutních i chronických ran, P5 ještě doplňuje, že občas při převazu odebírá stěr na mikrobiologické vyšetření. P1, P2 a P3 odpovídají, že na ambulanci ošetřují jakékoliv tržné rány a výkony s tím spojené, jako je příprava sterilního stolku a příprava šicího materiálu, P3 dodává: „*Sterilní stolec se připravuje i na excizi nebo incizi, akorát se přidává skalpel nebo další nástroje dle pokynu lékaře.*“ Jako další činnosti na ambulanci P1, P2, P4 a P5 uvádí, že se starají o pacienty s úrazy kostí, ale i měkkých tkání, řadí k tomu i sádrování nebo nasazování rigidních ortéz. Respondentka P5: „*Zajišťujeme tu péči o pacienty s úrazem hlavy, hrudníku, břicha i končetin, ale pacienty s úrazem očí nebo ušních, nosních a krčních úrazů zde neošetřujeme, posíláme je do příslušně specializované ambulance.*“ Z odpovědí respondentů P2, P4 a P5 vyplývá, že k častým úrazům řadí i popáleniny dětí i dospělých. Z odpovědi P2 lze usoudit, že se nejedná jen o fyzicky náročnou práci: „*Nejhorší je, když přijdou rodiče s popáleným dítětem, dle velikosti popálené části je léčíme u nás v okresní nemocnici nebo jsou transportovány na vyšší pracoviště. Děti mají obrovské bolesti a strach, je to pro nás i psychicky náročná práce.*“

Všechny respondentky se shodly na tom, že dalším důvodem, proč pacienti navštěvují chirurgickou ambulanci, jsou bolesti břicha, kdy lékař vylučuje náhlou příhodu břišní. Z odpovědi P3 a P5 vyplývá, že k vyloučení náhlé příhody břišní lékař potřebuje další vyšetření, aby jeho rozhodnutí bylo správné: „*Pacientům s bolestí břicha často nabíráme žilní krev a moč, výsledky pak lékařům pomůžou k odhalení příčiny a nastavení správné terapie.*“ Respondentka P3 zmiňuje, že k zjištění příčiny bolesti břicha je potřeba ještě dalších vyšetření jako rentgen břicha, ultrazvukové vyšetření nebo vyšetření počítačovou tomografií. Z odpovědi P5 lze usoudit, že na výsledky se někdy ani nečeká a lékař se rozhodne pacienta nechat v nemocnici hned: „*Někteří pacienti mají tak velké bolesti nebo závažné potíže, že je lékař přijme na oddělení hned a výsledky vyšetření zhodnotí lékař na oddělení, až když jsou k dispozici.*“

Z odpovědí respondentek P2, P3 a P5 je zřejmé, že na ambulanci sepisují sestra s lékařem dokumentaci s pacientem při akutním příjmu, informantka P5 popisuje: „*Přijímáme pacienty k hospitalizaci, připravujeme veškerou administrativu k hospitalizaci a zajišťujeme pacienta jako zavedení periferního žilního katetru nebo permanentního močového katetru.*“ P3 se ještě zmiňuje o kontaktu s rodinou: „*Při příjmu pacienta do nemocnice nesmíme zapomenout ani na komunikaci s rodinou, která*

o pacienta má strach, považuji to za důležité.“ Při dokončení administrativy při příjmu pacienta je volán sanitář, který doprovodí pacienta na vyšetření dle ordinace lékaře a uloží ho na lůžko příslušného oddělení. Tento postup doplnila respondentka P2: *„Když je příjem sepsán, zavolám sanitáře a ten doprovází pacienta na vyšetření a potom na oddělení.*“ Dle analýzy odpovědi P4 se lze setkat i s odmítáním péče ze strany pacientů: *„Některým pacientům není viditelně dobře, jejich výsledky také nejsou uspokojivé, ale přesto se tu setkáváme s tím, že podepisují negativní revers a odchází domů, ale často se přeci jen vrátí, ale v daleko horším stavu.*“ K této odpovědi se přiklání i respondentka P5: *„Někteří pacienti naši péči stále odmítají a pak přijdou, když jim už opravdu jde o život.*“

Dle respondentky P1 lze usoudit, že na ambulanci také připravují pacienty na větší zákroky, buď na hospitalizace, nebo na oddělení jednodenní chirurgie, kam ráno pacient přijde, v průběhu dopoledne je proveden chirurgický výkon a odpoledne, při stabilizaci stavu, je pouštěn do domácího ošetřování: *„Objednáváme také pacienty na jednodenní chirurgii, třeba se syndromem karpálního tunelu, k excizi melanomu nebo jakýchkoliv novotvarů.*“ S touto odpovědí se ztotožňuje i P3 a doplňuje: *„Pacienty zde na tyto výkony také připravujeme, vystavujeme žádanky na EKG a odebíráme žilní krev na srážlivost, aby pacient neměl na výkon vysoké INR.*“

K popisu práce na chirurgické ambulanci bylo zapotřebí také zjistit, zda práce sestry je především odborná, nebo administrativní. Všechny respondentky se shodly, že jejich práce je především odborná. Podle odpovědi P2 musíme ale zmínit, že v pracovní době se o vedení kartotéky stará administrativní pracovnice, ale o pohotovostní službě tato činnost připadá na službu konající sestru. P2 zmiňuje také: *„Při příjmu pacienta k hospitalizaci samozřejmě dokumentaci vypisujeme vždycky, i v pracovní době.*“ S tím se ztotožňuje i informantka P5, která ještě vysvětluje: *„S dokumentací ještě vyplňujeme žádanky na vyšetření nebo na odběry biologických materiálů.*“

Při zjišťování, jaké speciální vybavení se na ambulanci nachází, nám respondentky P1, P2 a P5 odpověděly totožně. Vysvětlovaly, že nejčastěji používají v proktologické ambulanci rektoskop a hemoran, na které musely být při nástupu na ambulanci zaškoleny, aby dokázaly lékaři přístroj nastavit a udržovat funkční. Respondentka P3 nás informuje i o práci na traumatologické ambulanci, kde ošetřují pacienty objednané, nejčastěji už po operačním výkonu. Podrobně vysvětluje: *„Na traumatologické ambulanci se provádí extrakce K drátů, šroubů nebo dlah, lékaři musím připravit sterilní stůl se základními nástroji jako třeba pinzeta, jehelec, nůžky, kochr a skalpel a nástroje k tomu potřebné*

jako třeba imbusy, kleště kombinačky nebo Liston kleště.“ Respondentka P1 připomíná, že v ambulanci chronických ran se starají nejčastěji o pacienty s bércovými vředy: *„Využíváme tu materiály k vlhkému hojení, a když je potřeba, pacienta plánovaně přijmeme k hospitalizaci a aplikuje se na něm léčba Vivanem, tzv. podtlakovou terapií.“*

Respondentky také popisují rozdíly ve spektru pacientů v pracovní době a během pohotovostní služby. Všechny respondentky se shodují, že v pracovní době navštěvují ambulanci pacienti, kteří přicházejí na plánované kontroly po úraze, na převaz rány nebo kontrolu po operaci, ale také pacienti akutní, kteří přijdou sami, na doporučení praktického lékaře, nebo je přiveze zdravotnická záchranná služba. Respondentka P3 to podrobně vysvětluje: *„V běžnou pracovní dobu je na ambulanci více lékařů a sester, abychom zvládli ošetřit pacienty, kteří k nám jdou neplánovaně s akutním problémem, ale i ty, kteří jsou plánovaně objednáni. V pohotovostním čase je nás tu míň, proto bychom měli ošetřovat jen akutní pacienty, ale chodí sem pacienti i s dlouhodobými problémy, a tím pak nastávají komplikace, že tu pacienti čekají i dvě hodiny, než se na ně dostane řada.“* Respondentka P5 nás informuje, že o pohotovostní službě ošetřují i pacienti spadající do urologické ambulance: *„Staráme se zde i o pacienty, kteří mají akutní urologické potíže jako například neprůchodnost permanentního močového katetru nebo epicystostomie, pacienty s renální kolikou nebo hematurií. O pohotovostní službě k nám spadá více oborů chirurgie, protože jsou ambulance zavřené.“*

Specifikum práce na ambulanci v krajské nemocnici

Z odpovědí respondentek vyplývá, že považují za každodenní činnost péči o pacienty s bolestí břicha, kdy se vylučuje především náhlá příhoda břišní. Respondentka C4 tuto péči rozebírá podrobně: *„V ambulanci lékař pacienta vyšetřuje a posílá ho na další vyšetření nápomocné k rychlé diagnostice, můžeme se zde setkat nejčastěji s biliární kolikou, apendicitidou nebo střevní neprůchodností.“* S tím je spojena i odpověď C3: *„Pacienty posíláme na rentgenové vyšetření, CT vyšetření, ultrazvukové vyšetření.“* Respondentka C1 popisuje: *„U pacientů s bolestí břicha nejčastěji odebíráme krev na biochemické a hematologické vyšetření. Moč posíláme na biochemické vyšetření nebo mikrobiologické vyšetření uricult.“* Respondentka C4 nám popsala, jak péče o pacienty dále probíhá: *„Když se lékař rozhodne pacienta vyšetřovat ambulantně, tak si nejčastěji na výsledky pacient počká v čekárně, když usoudí, že pacienta hospitalizujeme, rovnou začneme vypisovat dokumentaci.“*

Při vyšetření pacienta lékařem zaujímá sestra svou roli: „*Když lékař pacienta vyšetřuje, pomáhám pacientovi, aby zaujmul správnou polohu, někteří jsou imobilní, takže jsou na nás zcela závislí,*“ popisuje respondentka C5.

K sepisování dokumentace při akutním příjmu řadí respondentky C1 a C3 i další administrativní činnosti. C1 popisuje: „*Při akutním příjmu připravujeme ještě žádanky na další vyšetření, odebíráme žilní krev, moč a popřípadě stěr z rány, dle ordinace lékaře.*“ O dalším postupu informuje C4: „*Když je všechno dopsáno, zavolám sanitáře a ten s pacientem jede na vyšetření, která jsou potřeba dodělat, a pak ho předá do péče na oddělení.*“

Respondentka C3 nás informuje i o dalších důvodech návštěv pacientů ambulance: „*Pacienti k nám chodí na excize nebo incize, nejčastěji se jedná o nějaké abscesy třeba zánětlivých ateromů.*“ S tím se ztotožňuje i respondentka C2: „*Každodenní činností je příprava sterilního stolku pro malé chirurgické výkony. Skoro každý den tu připravujeme excizi na névy nebo jiné novotvary.*“ Dle dalších odpovědí C5 se dozvídáme, že na ambulanci dochází pacienti se zarůstajícími nehty nebo panariciem: „*Lékař prst pacientovi ošetří pomocí chirurgických nástrojů a poté mi řekne, jaké prostředky na ránu mám aplikovat a poté bolestivou část zavážu obvazem.*“

Všechny respondentky se shodují, že jejich další činností je udržování chodu ambulance. Řadí do toho doplňování materiálu, udržování pořádku a čistoty v ambulanci. Respondentka C5 ještě dodává: „*Musíme pravidelně v ambulanci utírat povrchy dezinfekcí, abychom zabránili nozokomiálním infekcím.*“

Mezi další činnosti ambulance se řadí objednávání pacientů na plánované operace. Respondentky C3 a C5 popisují, že do ambulance pacient přijde již s doporučením k operaci. Respondentka C3 nám přibližuje: „*Pacienti k nám většinou přichází a o své diagnóze už vědí od jiného lékaře, chtějí se jen domluvit na termínu operace.*“ O případných pooperačních komplikacích se zmiňuje C2: „*Pacienti se obracejí na ambulanci chirurgie, kde je jim poskytnuta péče a plánování dalšího léčení. Nejčastěji se jedná o dehyscenci operační rány.*“

Respondentky C1 a C2 považují svou práci za odbornou i administrativní, ale oproti tomu dostáváme odpověď od respondentky C3, která nás informuje o tom, že její práce je převážně odborná. Respondentka C5 ještě dodává: „*Naše práce je především odborná, ačkoliv mi přijde, že administrativní práce přibývá stále více. Ve škole jsme se naštěstí administrativou zabývali také, byli jsme na to dost připraveni.*“

Co se týče odpovědí na spektrum pacientů v pracovní době a pohotovostní službě se všechny respondentky shodují, že v tom žádný rozdíl není. Z odpovědi respondentky C3 se dozvídáme: *„Spektrum pacientů je stále stejné, protože k nám nechodí pacienti na plánované kontroly, my se staráme jen o akutní pacienty.“* V počtu pacientů ošetřených za službu se všechny respondentky také shodují. Odpověděly, že většinou je to v rozmezí od 30 do 50 pacientů. Dle odpovědi C3 je zřejmé, že pacienti k nim přicházejí již roztrídění dle svých akutních potíží: *„U nás se pacienti ještě přetřídí, rozdělujeme pacienty ještě na gastrointestinální, urologickou, popřípadě gynekologickou ambulanci. Když jsme velká nemocnice, fungují tu všechny odborné ambulance i o pohotovosti.“*

Udržování kontaktu s pacientem v okresní nemocnici

Při otázce, kolik času stráví sestra s jedním pacientem, byly odpovědi respondentek totožné. Argumentovaly tím, že to je ovlivněno mnoha faktory. Respondentka P1 uvedla: *„Když jde o jednoduchý převaz rány, která se hojí bez komplikací, pacient není v ambulanci ani pět minut.“* Navazuje na to odpověď P2, která informovala: *„Pak může přijít pořezaný pacient, který si poškodí třeba šlachy, a ambulance se na hodinu a půl zastaví.“* Respondentka P4 sjednotila faktory ovlivňující délku ošetření: *„Záleží na mnoha faktorech, nejenom s jakým problémem k nám pacient přichází, ale také na věku pacienta, jeho mobilitě a přidružených onemocněních, která mohou ošetření limitovat.“* Všechny respondentky se na závěr odpovědi shodly, že běžné ošetření pacientů trvá od 5 do 15 minut.

S délkou ošetřovací doby jednoho pacienta souvisí i počet pacientů, které sestra v ambulanci za jednu službu ošetří. Dle respondentek P1, P2 a P5 ošetří za službu okolo 50 pacientů. Dle odpovědi P5 je patrné, že to ovlivní mnoho faktorů: *„Záleží na tom, jaké je počasí a jestli se zrovna dělají sezónní práce jako třeba sekání dřeva nebo zimní sporty, pak návštěvu ambulance ovlivňují i kulturní akce v okolí.“* Dle odpovědí respondentek P3 a P4 se dozvídáme, že záleží také na tom, o jaký den se jedná, protože P3 uvedla: *„V rozdílu počtu pacientů ošetřených v ambulanci hraje roli také to, jestli je všední den, víkend nebo státní svátek.“*

Při mapování, zda mají sestry čas vést komunikaci s pacientem během jeho ošetření, se nám dostalo různých odpovědí. Respondentka P1 a P2 uvedly, že na komunikaci s pacientem čas mají, P2 ještě dodává: *„Při komunikaci s pacientem dojde k odlehčení atmosféry, pacient se někdy i svěřil s dalšími jeho obtížemi.“* Oproti tomu odpovídají

respondentky P3 a P5 zcela rozdílně, P5 uvedla: „*V pracovní dobu někdy ano, ale všímám si především toho, abych pacientovi pomohla na lehátko, aby se nezranil.*“ K tomu respondentka P3 přidává: „*O pohotovostní službě komunikovat s pacienty nestíhám, protože pracuji s dvěma lékaři najednou a hlídám si hlavně to, abych udělala všechno a na nic nezapomněla.*“ Dle odpovědi P4 je patrné, že si sestra musí práci organizovat: „*Musím často asistovat dvěma lékařům najednou, protože pacientů je hodně a já nestíhám, připravuji si nástroje nebo co je třeba už dopředu, aby lékař na mě nemusel čekat.*“

U odpovědi na otázku týkající se problémů při komunikaci se všechny respondentky shodly, že se s tím setkávají velice často. Z analýzy odpovědí P1 a P4 vychází, že komunikaci ovlivňuje pacientova povaha. P4 popisuje: „*Někteří pacienti jsou natolik netrpěliví, že i když vidí, že si do ambulance bereme akutní pacienty, jsou schopní nám vynadat a z čekárny odchází, protože už nechtějí čekat. Myslím, že za to může i jejich povaha.*“ Další příčiny popisuje i P2: „*Problém nastane tehdy, když pacient přijde v ebrietě nebo pod vlivem návykových látek, není s ním pak rozumná domluva a dostáváme se do konfliktu.*“ Respondentka P3 má pozoruhodný poznatek: „*Velmi často je problém i s doprovodem pacienta, ten je někdy víc konfliktní než samotný pacient.*“

V odpovědi na osobní zkušenosti se syndromem vyhoření se P1 a P4 shodují, že zkušenost mají. P1 uvádí: „*Neznám člověka, který by si po tolika letech práce ve zdravotnictví syndromem vyhoření neprošel, je to práce náročná nejenom fyzicky, ale hlavně psychicky, záleží na tom, v jaké míře se syndrom rozjede.*“ Respondentka P3 nás překvapila svou odpovědí: „*Účastnila jsem se kurzu o syndromu vyhoření, byli tam i lidé, kteří si tím prošli a vyprávěli nám o tom, naučila jsem se tam, jak syndromu předcházet, a proto mě to nikdy nepotkalo. Jsem ráda, že jsem se mohla tenkrát účastnit, jinak bych už byla vyhořelá.*“ Syndrom vyhoření je také ovlivněn délkou praxe, potvrzuje to odpověď P5: „*Jsem v praxi zatím jen pár let, takže se syndromem vyhoření nemám osobní zkušenost.*“

Prevencí syndromu vyhoření je dle P1, P2 a P3 stálý kontakt s rodinou nebo někým blízkým. Respondentka P2 upřesňuje: „*Jezdíme často na výlety a přijdu tím na jiné myšlenky.*“ Dle P4 je vhodná psychohygienu: „*Vyrovřádám si tím svou psychickou stránku.*“

Udržování kontaktu s pacientem v krajské nemocnici

V kontaktu s jedním pacientem, z časového hlediska, tráví všeobecná sestra v průměru 10 až 20 minut, je to ovšem ovlivněno několika faktory. C1 a C4 se shodují v tom, že záleží na mobilitě pacienta. C4 nám dále vysvětluje: „*Záleží i na věku pacienta nebo zda má s sebou doprovod. Pacientovi pomáháme na lehátko a se svlékáním, když je u něj rodina a pomůže nám, je pak všechno rychlejší.*“ Respondentka C2 si myslí, že záleží na výkonu, který se u pacienta realizuje: „*Pokud děláme excizi nebo incizi, tak je to na delší dobu, ale když objednáme na operaci, tak je to chvilinka.*“ Respondentka C3 řadí do faktorů, které ovlivňují ošetrovací dobu, i zkušenosti lékaře: „*Záleží na lékaři a jeho zkušenostech, zkušenějším lékařům trvá vyšetření kratší dobu než těm méně zkušeným.*“

Na otázku, zda mají sestry čas vést s pacientem komunikaci, odpovídají respondentky kladně. Všechny respondentky se shodly, že vždycky vedou s pacientem rozhovor. Respondentka C1 porovnála předchozí zkušenosti: „*Na ambulanci je komunikace s pacientem rozdílná než na oddělení, tam jsem pacienta viděla po celý den, tudíž jsem se na doplnění informací mohla případně doptat, na ambulanci vidíte pacienta pár minut a musíte se od něj dozvědět to nejdůležitější.*“ K odpovědi nám dodala zajímavou zkušenost i C2: „*Když jsem předtím pracovala na operačním sále, s pacientem jsme tam moc nemluvili, bylo to pro mě těžké, protože jsem na to nebyla zvyklá.*“

Na příčinách chyb při komunikaci se respondentky C2, C3, C4 a C5 shodují v tom, že na vině je alkohol. Odpověď C4 nám odhalila i následky pacientovy ebriety: „*Pacient bývá často verbálně agresivní, je s ním těžká domluva.*“ S tím se ztotožňuje i C3 a doplňuje: „*Domluva s nimi není v podstatě žádná, když mu něco doporučíme, stejně to nedodrží a ve většině případů se vrátí, buď ve stejném stavu, nebo strážlivý.*“ Oproti tomu respondentka C1 odpovídala: „*Myslím si, že se častěji setkáváme s agresivním pacientem, který nechce dlouho čekat, tak je nepříjemný a negativně hodnotí naši práci.*“ Faktor, který nelze ovlivnit ze strany pacientů, je i zhoršující se smyslové vnímání. Potvrzuje to respondentky C2 a C4, který se shodují v tom, že práce se seniorem bývá delší a obtížnější. Dle C4: „*Se seniory je těžší komunikace, oni se špatně orientují, takže jim musíme informace opakovat a mluvit nahlas. Nejlepší je, když mají s sebou doprovod z rodiny, ale to nebývá často.*“

Se syndromem vyhoření mají osobní zkušenost C1 a C3, tvrdí, že jsou vyhořelé. Respondentka C1 nás informuje: „*Když jsem pracovala na oddělení, tak si pacienti naši práce více vážili. Na ambulanci je to jiné, pacienti si spíše diktují, jak by chtěli ošetřovat,*

někdy to zkouší i na lékaře. Když vidíte, že si vaší práce naváží a jsou naopak někdy agresivní, lehko tu zdravotník vyhoří.“ Informantka C2 odpovídá neutrálně: „Nevím o tom, určitě mě někdy práce nebaví, každý den nemá člověk dobrou náladu, ale nesetkala jsem se s tím nikdy, že bych musela změnit pracoviště nebo odejít na pracovní neschopnost.“ Při syndromu vyhoření záleží i na délce praxe, dokazují to i odpovědi C4 a C5, kde tvrdí, že jsou v praxi krátce a s touto problematikou se ještě osobně nesetkaly. Respondentka C4 má zkušenost z předešlého pracoviště: „Má kolegyně si prošla syndromem vyhoření. My ostatní jsme viděli, jak byla neochotná a pacienti ji jen obtěžovali jejich problémy, její stav se prohluboval. Nakonec se i ona sama zanedbávala, přestala i jíst, ale naši pomoc odmítala. Myslím, že kdyby se něco takového začalo dít i mně, po téhle zkušenosti bych to nenechala zajít tak daleko.“

Prevenici syndromu vyhoření jsou pro C4 a C5 jejich koníčky, které jim pomáhají. Respondentka C1 nám odpověděla, že prevenci nevyhledává: „Zatím jsem neměla potřebu se tím zabývat.“ Z analýzy odpovědí C2 a C3 je patrné, že se se svými pracovními zážitky vyrovnávají samy. C2 nám odpověděla: „Snažím se doma vyhledávat nějakou činnost, kterou přijdu na jiné myšlenky, svou práci a starosti v práci si nechci vkládat do osobního života.“ C3 své zážitky zanechává hned při odchodu z práce: „Domů odcházím s čistou hlavou, abych špatnou náladu z práce nepřenesla na své blízké, při odchodu vše házím za hlavu.“

Kategorie 2 – Připravenost sester na práci v ambulanci

Připravenost sester na práci v ambulanci

a) Připravenost sester v okresní nemocnici

b) Připravenost sester v krajské nemocnici

Připravenost sester v okresní nemocnici

Dle analýzy odpovědí P1, P2, P3 a P5 lze usoudit, že jedna z prvních činností, které se musely sestry naučit, bylo sádrování a příprava sádrových dlah. Respondentka P2 ještě dodala: *„K sádrování jsem se musela naučit i přikládání ortéz, abych je pacientům nasazovala správně a splňovalo to různá kritéria, jak chtěl lékař. Nikdy předtím jsem s nimi nepracovala.“* Další častou odpovědí od P2, P3, P4 a P5 byla příprava sterilního stolku na malý chirurgický výkon. Respondentky P4 a P5 se ještě musely naučit některé chirurgické nástroje: P4: *„Musela jsem se ještě doučit některé typy kleští, například Luer, Liston nebo kombinačky, aby mohl lékař v traumatologické ambulanci provádět extrakci drátů a šroubů.“* Oproti tomu P1 měla s přípravou sterilního stolku zkušenosti: *„Sterilní stolek jsem už uměla z předchozího pracoviště, měla jsem velkou výhodu oproti ostatním, které se to tu učily.“*

Dle odpovědí je zřejmé, že P1 a P4 se musely naučit práci organizovat. Dle P1: *„Na začátku mi dělalo problém takové to vedení ošetřování, je to jiná práce než na oddělení. Tam se péče o pacienty později opakuje, ale na ambulanci nikdy nevíte, s jakým problémem pacienti přijdou, a musíte s lékařem hned reagovat a zajistit péči.“* Z odpovědi P5 vyplývá, že ji limitovala i zručnost: *„Po nástupu jsem se učila i obvazovou techniku, hlavně jak obvázat prsty u ruky, aby obvaz nepadal a plnil svou funkci.“* S tím se ztotožňuje i P2: *„Než jsem nastoupila, koupila jsem si knížku s obvazovou technikou, abych si to znovu oživila, protože na předchozím pracovišti jsem to nikdy nepotřebovala.“* Respondentky P2 a P5 se shodují, že nové pro ně bylo rektoskopické vyšetření. Dle P2 bylo důležité: *„Musela jsem se hlavně naučit s rektoskopem zacházet, abych ho uměla vyčistit a složit zpět do původního stavu.“* K tomu nám P5 doplňuje: *„Dalším přístrojem v proktologické ambulanci byl Hemoron, který si lékař sestavuje sám, ale já ukládám pacienta do správné polohy a měřím fyziologické funkce, bylo to pro mě nové.“* Oproti tomu P3 nás informuje, že již z proktologické ambulance zkušenosti měla: *„Když jsem byla ve škole na praxi, měla jsem možnost být pár dní v proktologické ambulanci, tady si stačilo jen rektoskop a Hemoron znovu osvěžit, byla to pro mě výhoda, protože tolik praxe jsme na střední škole neměli“* Respondentka P4 si připomínala i výměnu katetru: *„Když jsem sem nastoupila, zanedlouho jsme měli o pohotovosti vyměnit epicystostomii a já jsem si nebyla jistá, jak se to dělá, protože jsem na tento výkon připravovala pomůcky naposledy ve škole.“* Respondentky P2 a P3 uměly správně popisovat chronické rány. Dle

P3: „Výhodou pro práci na ambulanci bylo, že jsem uměla popsat ránu, ve škole a na praxi jsme se to hodně učili.“ P2 má zkušenosti z předchozího pracoviště: „Když jsem pracovala na interně, tak jsme tam chronické rány měli často, tady mi to bylo výhodou, uměla jsem je ošetřit a popsat.“ Oproti tomu respondentky P3 a P5 neznaly materiály k vlhkému hojení ran. P3 nám popisuje: „Všechny materiály k hojení ran jsem neznala, učili jsme se jen o těch základním, rozšířila jsem si obzory až po nástupu sem.“

Při nástupu na nové pracoviště byla školitelka pro P1 a P4 staniční sestra. P1 nám popisuje: „Když jsem nastoupila na ambulanci, tak jsem se doučila už jen věci, které jsem neuměla, a ptala jsem se všech, kdo byli zrovna nejblíže, žádné přezkoušení nebylo, jako je to teď.“ P4 má zkušenost jinou: „První dva dny jsem chodila do práce se staniční sestrou a pracovala pod jejím dohledem, pak jsem postupně přecházela do služeb.“ Oproti tomu se P2 a P5 shodují, že jim byla přidělena mentorka. P2 vysvětluje: „Prvních čtrnáct dní po nástupu jsem pracovala jenom s ní, ze začátku jsem jen koukala, pak jsem si to taky postupně zkoušela sama.“ Respondentka P5 měla s mentorkou stejné služby: „Chodila jsem s ní na její směny a pracovaly jsme spolu, byla jsem ráda, že se mi mentorky nestřídají, protože každá má jiné zvyklosti.“

Délku adaptačního procesu měla každá respondentka rozdílně dlouhou, ovlivňovalo to i vzdělání a předchozí pracoviště. Respondentka P3 nám vysvětluje: „Když jsem nastoupila po škole na oddělení, byla jsem v adaptačním procesu jen půl roku, bylo to díky vysokoškolskému vzdělání, ostatní se střední školou měli adaptační proces rok. Po nástupu na ambulanci jsem už žádný neměla.“ Potvrzuje to i P4: „Když jsem nastoupila po střední škole do nemocnice, měla jsem adaptační proces přes rok, chodili jsme i na jiná oddělení třeba na měsíc, abychom si rozšířili obzory. Byla jsem za to nakonec docela ráda.“ Respondentky P1 a P2 se shodují, že jejich adaptační proces trval mezi šesti až dvanácti měsíci, ale při nástupu na další pracoviště již adaptační proces neměly. V posledních letech se podmínky pro ukončení adaptačního procesu ztížily. Dle P5: „Adaptační proces jsem měla rok, poté jsme museli napsat seminární práci a test.“

Při doporučení, na co by se měly sestry při přípravě na jejich povolání zaměřit, se P1, P2 a P5 shodují, že důležitý je kontakt s pacientem. Dle P2: „Kontakt s lidmi, mluvit s nimi, myslím, že po praktické a odborné stránce jsou připraveni dost, ale ten vztah sestra – pacient tam prostě chybí.“ Respondentka P4 by ocenila více praxe: „Myslím, že by prospělo si projít oddělení na delší dobu, než se někdy studentky rozkoukají, zase jdou jinam.“ Respondentka P3 byla s přípravou na budoucí povolání spokojena: „Myslím, že

jsou připraveni dobře, ve zdravotnictví se nejde všechno naučit ve škole, musíme se vzdělávat celý život.“

Připravenost sester v krajské nemocnici

Při zjišťování, jaké vědomosti nebo dovednosti sestrám chyběly při nástupu na ambulanci, se všechny shodují, že největším problémem bylo pro ně naučit se chodit ambulance a organizace práce. Respondentka C1 nám poskytuje podrobný popis: *„Nejtěžší bylo si umět práci zorganizovat a připravit se na dalšího pacienta, na oddělení je ta práce více organizovaná a člověk se tam snáz chytne, na ambulanci je to nevyzpytatelné a každý si musí najít svůj systém práce.“* V odpovědi se C2 a C4 shodují, že pro ně bylo těžké naučit se objednávání pacientů, C2 ještě dodává: *„Než jsem nastoupila na ambulanci, pracovala jsem na operačních sálech, tam jsme nepoužívali dokumentaci a tady jsem musela umět sepsat příjem a zajistit veškerou administrativu, bylo to pro mě úplně nové.“* Respondentka C4 se učila i po odborné stránce: *„Před nástupem na ambulanci jsem nepracovala jako sestra, takže mi chvíli trvalo, než jsem si všechno zase oživila. Největším problémem byla zručnost – odběr krve nebo zavedení flexily.“* Na rozdíl od nich měla C3 nedostatků podstatně méně: *„Na oddělení jsem se toho naučila hodně, na ambulanci jsem se jen naučila provozní věci, trvalo to jen pár dnů. Hodně praxe jsme obešli i ve škole, z toho jsem čerpala také.“* Respondentka C5 přiznává: *„Z oddělení jsem dobře ovládala administrativu, takže napsat příjem pacienta nebyl problém. Vzpomínám si, že jsem se doučila pár nástrojů, které jsem z oddělení neznala.“* Respondentka C2 měla problémy s komunikací: *„Na ambulanci vidíte pacienta jen chvíli a potřebujete zjistit co nejvíce, na oddělení jste celý den, a tak se dozvídáme spoustu věcí. Nejtěžší bylo umět mluvit s dětmi, které k nám chodí s bolestí břicha, často s námi nechtějí mluvit a neřeknou, kde je břicho bolí.“*

Z analýzy získaných dat nám vyplývá, že školitele měly respondenty podle toho, zda je ambulance jejich prvním pracovištěm, a podle délky praxe. C1 a C2 se shodují, že jim nebyl přidělen konkrétní školitel, už se jen doučily, co neuměly, aby mohly vykonávat svou práci. Respondentka C3 má zkušenost jinou: *„Měla jsem konkrétní kolegyni, která mě zde učila, ale pomáhali mi tu všichni.“* Podobně na tom byly respondenty C4 a C5. Měly přidělenou konkrétní školitelku, ale lišily se v délce adaptačního procesu. Informantka C4 byla v adaptačním procesu rok, oproti tomu C5 jen polovinu: *„Byla jsem v adaptačním procesu půl roku, ale na oddělení, tady na ambulanci, jsem už adaptační*

proces neměla.“ To potvrzuje i druhá absolventka vysoké školy: *„Po nástupu do zaměstnání jsem byla v adaptačním procesu půl roku. Když jsem šla na jiné pracoviště, v adaptačním procesu jsem již nebyla.*“ Respondentky C1 a C2 měly nástupní praxi rok a poté skládaly zkoušku z nástupní praxe.

Na závěr se C1, C2 a C4 shodují, že by se studenti, kteří se připravují na své povolání všeobecné sestry, měli více věnovat praktickému vyučování. Oproti tomu C3 a C5 se shodují v tom, že by se více měli zajímat o nástroje a základní typy vlhkého hojení. C5 nám popisuje: *„Měli by se více naučit, jaké nástroje se lékaři při převazu podávají nebo jaké jsou druhy vlhkého hojení ran, pak ještě příprava sterilního stolku, jinak jsou studenti zkušení.*“ Respondentka C4 doporučuje rozšířit pracoviště o ambulantní trakty: *„Myslím, že by se měli všichni studenti podívat i na jakoukoliv ambulanci, protože tam je práce sestry úplně jiná než na lůžkové části.*“

Do podmnožiny všech respondentek jsme vybrali respondentky vysokoškolsky vzdělané (P3, C3 a C5) a analýza získaných dat nám ukázala na několik společných faktorů, které jim díky absolvování vysokoškolského vzdělání pomáhají při nástupu do zaměstnání. Všechny respondentky se shodují, že adaptační proces trval půl roku oproti respondentkám středoškolsky vzdělaným. Respondentka P3 oceňuje hodně praxe, kterou absolvovala při studiu vysoké školy: *„Výhodou pro práci na ambulanci bylo, že jsem uměla popsat ránu, ve škole a na praxi jsme se to hodně učili.*“ S tím se ztotožňuje i C3: *„Na oddělení jsem se toho naučila hodně, na ambulanci jsem se jen naučila provozní věci, trvalo to jen pár dnů. Hodně praxe jsme obešli i ve škole, z toho jsem čerpala také.*“ Respondentka C5 oceňuje i teoretickou připravenost na nástup do zaměstnání: *„Naše práce je především odborná, ačkoliv mi přijde, že administrativní práce přibývá stále více. Ve škole jsme se naštěstí administrativou zabývali také, byli jsme na to dost připraveni.*“ Respondentka P3 ještě konkretizuje výhodu praktických dovedností: *„Na vysoké škole jsme se také učili o centrálním žilním katetru. Když jsem nastoupila na oddělení a mělo ho hodně pacientů, byla jsem ráda, že jsme se o tom ve škole učili.*“

Kategorie 3 – Rozdíly práce na ambulanci v okresní nemocnici a nemocnici krajského typu

V poslední kategorii výzkumného šetření budeme mapovat rozdíly v náplni práce sestry na chirurgické ambulanci v okresní a krajské nemocnici. Z analýzy odpovědí respondentek je zřejmé, že obě ambulance se starají o pacienty s bolestí břicha, kdy

vyklučují náhlou příhodu břišní. Je k tomu nápomocná řada vyšetřovacích metod, respondentky P3 a C3 se shodují, že nejčastěji jsou pacienti vyšetřováni na rentgenovém vyšetření, ultrazvukovém vyšetření nebo probíhá vyšetření počítačovou tomografií.

Další shodu jsme zaznamenali v tom, že obě ambulance sepisují akutní příjem pacienta a to je provázáno dalšími činnostmi. Respondentky P3, P5 a C1 se shodují, že odebírají pacientům biologický materiál. Respondentka C1 nám podrobně popsala, o jaké vyšetření se jedná: „*U pacientů s bolestí břicha nejčastěji odebíráme krev na biochemické vyšetření a hematologické vyšetření. Moč posíláme na biochemické vyšetření nebo mikrobiologické vyšetření uricult.*“

Všechny respondentky z obou typů nemocnic se shodují, že na ambulanci sepisují akutní příjem pacienta k hospitalizaci, P5 ještě dodala: „*Přijímáme pacienty k hospitalizaci, připravujeme veškerou administrativu k hospitalizaci a zajišťujeme pacienta jako zavedení periferního žilního katetru nebo permanentního močového katetru.*“

Odběr biologického materiálu se na ambulanci okresní nemocnice nedělá jen při příjmu pacienta, ale také jako součást předoperačního vyšetření. Dle P3: „*Pacienty zde na tyto výkony také připravujeme, vystavujeme žádanky na EKG a odebíráme žilní krev na srážlivost, aby neměl pacient na výkon vysoké INR.*“

O převazy akutních a chronických ran se starají v okresní nemocnici v ambulanci chirurgie, shodují se na tom všechny respondentky. Oproti tomu v krajské nemocnici převazují rány po operaci nebo při pooperačních komplikacích, dle C2: „*Pacienti se obracejí na ambulanci chirurgie, kde je jim poskytnuta péče a plánování dalšího léčení. Nejčastěji se jedná o dehyscenci operační rány.*“

Příprava sterilního stolku je všem respondentkám z obou nemocni velmi známá, potvrzují, že tato činnost je pro ně každodenní záležitostí. Detaily nám popsala P3: „*Sterilní stůl se připravuje i na excizi nebo incizi, akorát se přidává skalpel nebo další nástroje dle ordinace lékaře.*“ Stejně tvrzení má i C3: „*Pacienti k nám chodí na excizi nebo incizi, nejčastěji se jedná o nějaké abscesy, třeba zánětlivých ateromů.*“ C2 nám přiblížila další indikace: „*Skoro každý den tu připravujeme excizi na névy nebo jiné novotvary.*“ V okresní nemocnici ještě na ambulanci ošetřují akutní tržnou ránu. Shodují se na tom P1, P2 a P3, starají se o jakékoliv tržné rány. Podrobně to popisuje P2: „*Pacienti k nám chodí odřeni, ale také s ránami řeznými nebo bodnými. Pak záleží, jak je rána velká a hluboká, buď se šije na ambulanci, nebo na operačním sále, ale to je výjimečně, spíš se jedná o rány menšího typu.*“ V krajské nemocnici ošetřují incizí i záněty okolo nehtového

lůžka, popisuje to C5: „*Pacienti také u nás mají panariciium nebo zarůstající nehty. Lékař prst ošetří pomocí chirurgických nástrojů a poté mi řekne, jaké prostředky na ránu mám aplikovat a poté bolestivou část zavázu.*“

Z analýzy získaných dat je zřejmé, že dalším důvodem, proč pacienti navštěvují ambulanci v okresní nemocnici, jsou úrazy a popáleniny (P1, P2, P4 a P5). Respondentka P5 nám popsala: „*Zajišťujeme tu péči o pacienty s úrazem hlavy, hrudníku, břicha i končetin, ale pacienty s úrazem očí nebo uší, nosních, krčních úrazů zde neošetřujeme, posíláme je do příslušné specializované ambulance.*“ Další specifickou činností, kterou sestry s lékařem vykonávají, je sádrování, popisuje to P3: „*Poraněnou končetinu dáváme do rigidní ortézy nebo sádrové dlahy, pak pacientům dáváme francouzské berle a poučujeme o aplikaci Fraxiparinu jako prevenci trombózy.*“ Oproti tomu v krajské nemocnici tito pacienti spadají do ambulance traumatologické.

V okresní nemocnici se všechny respondentky shodly, že jejich práce je především odborná, i když administrativní činnost zde také mají. V krajské nemocnici takový názor respondentky neměly. Respondentka C3 sice měla stejný názor jako respondentky z okresní nemocnice, ale C1, C2 a C4 se shodly, že ani jedna složka nepřevažuje a bilancuje střídavě. Má na tom svůj podíl i fakt, že zde objednávají pacienty na plánované operace a zajišťují k tomu potřebné dokumenty. C4 nám danou problematiku přiblížila: „*Pacienty lékař vyšetří nebo si pacienti výsledky z vyšetření už přináší. Jedná se především o hernie, cholecystolithiázy nebo větší excize, které nelze udělat ambulantně.*“

Při otázce na speciální vybavení si v krajské nemocnici respondentky nevzpomněly, že by nějaké používaly. V okresní nemocnici si respondentky vzpomněly hned na několik nástrojů, které v ambulanci používají. Nejčastěji si vzpomněly (P1, P2 a P5) na rektoskop a hemoran, které používají v proktologické ambulanci. Na další speciální vybavení, které v traumatologické ambulanci používají, si vzpomněla P3: „*Na traumatologické ambulanci se provádí extrakce K drátů, šroubů nebo dlah, lékaři musím připravit sterilní stolek se základními nástroji jako třeba pinzeta, jehelec, nůžky, kochr a skalpel a nástroje k tomu potřebné jako třeba imbusy, kleště kombinačky nebo Liston kleště.*“ P1 nás seznámila s chodem ambulance chronických ran, kde se starají převážně o bércové vředy: „*Používáme tu materiály k vlhkému hojení, a když je potřeba, pacienta plánovaně přijmeme k hospitalizaci a aplikuje se na něj léčba Vivanem tzv. podtlakovou terapií.*“

V odpovědích na spektrum pacientů se obě ambulance rozcházejí. Zatímco v krajské nemocnici se respondentky shodly, že pacienti se v pracovní době a pohotovostní službě nemění, protože jsou všichni akutní a plánovaní pacienti k nim na kontroly nedocházejí.

V okresní nemocnici mají systém ošetřování pacientů jiný. V pracovní době ošetřují pacienty jak akutní, tak i pacienty s plánovanými kontrolami po úraze nebo s převazem rány. Ambulance je i personálně více obsazená, jak nám popsala P3. O pohotovostní službě fungují stejně jako v krajské ambulanci. Spadají k nim ještě pacienti s urologickými obtížemi (P5), protože urologická ambulance je otevřena jen v pracovní době.

5. DISKUZE

Výzkumné šetření bakalářské práce bylo provedeno se sestrami, které pracují na chirurgické ambulanci. Bylo vybráno celkem deset respondentek, pět z okresní nemocnice v Pelhřimově a druhá polovina byla z krajské nemocnice České Budějovice.

V první výzkumné otázce při sběru dat jsme se zajímali o náplň práce sestry na chirurgické ambulanci, zda při její práci převažuje odborná stránka nad administrativní, tázali jsme se také, s jakým vybavením sestra pracuje a jaká je organizace práce. Tím jsme odpověděli i na třetí výzkumnou otázku, kdy jsme mapovali rozdíly v náplni práce. Vyzdvihli jsme především aspekty, které se lišily v obou zkoumaných pracovištích.

Zajímala nás také připravenost sester na práci v ambulanci, které jsme se věnovali v druhé výzkumné otázce, zda se sestra po absolvování střední nebo vysoké školy musela učit nové věci a popřípadě jaké. Do této výzkumné otázky jsme zahrnuli také kontakt s pacientem, popřípadě jaké jsou překážky, zda ze strany pacienta, nebo zdravotnického pracovníka.

První výzkumný cíl byl zaměřen na náplň práce sestry na chirurgické ambulanci. Pro dosažení daného cíle jsme si stanovili výzkumnou otázku: Jaká je náplň práce sestry na chirurgické ambulanci? Tázali jsme se respondentek na jejich každodenní práci, s jakým speciálním vybavením sestry pracují a kolik pacientů ošetří za službu, popřípadě co ovlivňuje jejich počet. Je to velmi spjaté i s organizací práce a rozložením pacientů do odborných ambulancí. Dále jsme se pod touto výzkumnou otázkou zajímali o kontakt sestry s pacientem. Zajímaly nás také možné překážky při udržování kontaktu, buď ze strany pacienta, nebo zdravotnického pracovníka.

Za každodenní činnosti považují P1, P2, P3, P4 a P5 převazy akutních i chronických ran. V krajské nemocnici převazují jen rány operační nebo se zabývají pooperační dehiscencí rány, respondentka C2 popsala: *„Pacienti se obracejí na ambulanci chirurgie, kde je jim poskytnuta péče a plánování dalšího léčení. Nejčastěji se jedná o dehiscenci operační rány.“* Schein, Rogers (2011) definují dehiscenci rány jako rozestup fascie, přičemž nedochází k odkrytí břišních orgánů, obvykle na sebe upozorní vytékajícím sekretem, který je doprovázen infekcí.

Respondentky C2 a C3 se shodly, že na ambulanci připravují sterilní stolek na malé chirurgické výkony, konkrétně se jedná o incize a excize. S tím se ztotožňuje i P3: *„Sterilní stolek se připravuje i na excizi nebo incizi, akorát se přidává skalpel nebo další nástroje dle pokynu lékaře.“* Respondentky P1 a P2 doplňují, že sterilní stolek

nepřipravují jen na excizi a incizi, ale také na ošetření tržných ran pomocí šití. S tím se ztotožňuje i Hůsková, Kašná (2009), které popisují, že sterilní stolek se připraví lékaři k provedení malého chirurgického výkonu, nejčastěji se jedná o šití řezné rány.

Z analýzy odpovědí je zřejmé, že dalším důvodem k návštěvě chirurgické ambulance jsou akutní bolesti břicha, na tom se shodují respondentky z okresní i krajské nemocnice. Od P5 a C1 se dozvídáme, že k odhalení příčiny bolesti lékaři napomáhá řada vyšetření, dle P5: *„Pacientům s bolestí břicha často nabíráme žilní krev a moč, výsledky pak lékařům pomůžou k odhalení příčiny a nastavení správné terapie.“* Respondentky P3 a C3 zmínily, že je nutné odebrat anamnézu, fyzikální vyšetření a provést další vyšetření nápomocné k správné diagnostice jako např.: rentgenové vyšetření nebo vyšetření počítačovou tomografií. Slezáková, (2010b) popisuje náhlou příhodu břišní jako náhlý začátek potíží a rychlý průběh onemocnění. Je tedy nutné stanovit rychle a přesně diagnózu pomocí přesně odebrané anamnézy a provedení fyzikálního vyšetření. Za doplňující vyšetření považuje odběr biologického materiálu krve a moče a zobrazovací metody (rentgenové vyšetření, CT vyšetření, ERCP).

Z odpovědí respondentek obou nemocnic je patrné, že na ambulanci sepisují akutní příjem při náhlých potížích pacienta, které si vyžaduje akutní hospitalizaci. Respondentka P5 nás podrobně seznámila s postupem při příjmu pacienta: *„Přijímáme pacienty k hospitalizaci, připravujeme veškerou administrativu k hospitalizaci a zajišťujeme pacienta jako zavedení periferního žilního katetru nebo permanentního močového katetru.“* K tomu se přiklání i C1 a doplňuje další činnosti, které sestra provádí při akutním příjmu: *„Při akutním příjmu připravujeme ještě žádanky na další vyšetření, odebíráme žilní krev, moč a popřípadě stěr z rány, dle ordinace lékaře.“* Avšak Kelnatová, a kol., (2009) popisují příjem pacienta jako výkon spadající pod centrální příjmovou ambulanci, kde se sepisuje chorobopis s pacientem a je zde i základně vyšetřen pomocí fyzikálního vyšetření. Při vyšetření pomáhá sestra pacientovi s napolohováním (C5): *„Když lékař pacienta vyšetřuje, pomáhám pacientovi, aby zaujmul správnou polohu, někteří jsou imobilní, takže jsou na nás zcela závislí.“* Vytejčková, a kol., (2011) charakterizují imobilizační syndrom jako celkovou odezvu organismu na klidový režim. Je to stav, kdy je pacient ohrožen poškozením jednoho nebo více orgánových soustav.

V krajské nemocnici veškeré úrazy a popáleniny dle respondentek ošetřují v ambulanci traumatologické. V okresní nemocnici se o tyto pacienty starají na ambulanci chirurgie, je proto zřejmé, že sestry musí mít větší vědomosti a dovednosti týkající se této

problematiky a odbornosti, aby mohly adekvátně ošetřit pacienty a zajistit kvalifikovanou ošetrovatelskou péči. Mezi nejčastější odbornou činností jmenovaly respondentky sádrování. K tomu se pojí i edukace o chůzi s Francouzskými berlemi a aplikaci subkutánních injekcí. Aplikaci subkutánní injekce definuje Mikšová a kol., (2006b) jako vpravení malého množství léku do podkoží za účelem terapeutických důvodů.

Organizaci práce mají obě zkoumaná pracoviště rozdílnou. Zatímco v krajské nemocnici je spektrum pacientů stále stejný, protože ošetřují v ambulanci jen akutní pacienty, v okresní nemocnici se systém ošetřovaných pacientů trochu rozdílný. V pracovní době se starají o pacienty, kteří mají plánované kontroly nebo převazy, ale i o ty akutní, kteří přichází neplánovaně.

V následujících kapitolách se budeme věnovat druhé polovině první výzkumné otázky, kdy jsme se zaměřili na kontakt s pacientem.

Z odpovědí respondentek z okresní nemocnice vyplývá, že ošetrovací doba se odvíjí od konkrétního pacienta. Tuto skutečnost nás shrnula P4: *„Záleží na mnoha faktorech, nejenom s jakým problémem k nám pacient přichází, ale také na věku pacienta, jeho mobilitě a přidružených onemocněních, která mohou ošetření limitovat.“* S tím souvisí i udržování komunikace s pacientem, respondentka P3 nám popsala, že upřednostňuje především prevenci nežádoucí události: *„O pohotovostní službě komunikovat s pacienty nestíhám, protože pracuji s dvěma lékaři najednou a hlídám si hlavně to, abych udělala všechno a na nic nezapomněla.“* Pokorná a kol., (2019) definují nežádoucí událost jako situaci, která mohla způsobit fyzické, psychické nebo socioekonomické poškození pacienta, kterému byla možnost se vyhnout. Respondentka P5 hledí především na bezpečnost pacienta: *„V pracovní dobu někdy ano, ale všímám si především toho, abych pacientovi pomohla na lehátko, aby se nezranil“* Ritchey, a kol. (2017) poukazují na prevenci pádu u pacientů s osteoporózou, kteří jsou ohroženi zlomeninou. Mietrová (2019) označuje pád pacienta za nejčastější nežádoucí událost ve zdravotnickém zařízení v problematice bezpečnosti pacienta. S obtížnou komunikací mají zkušenosti všechny respondentky. Očekávali jsme, že nejčastější příčinou při komunikaci bude smyslové znevýhodnění pacientů, konkrétně u seniorů, ale výsledky výzkumu prokázaly, že nejčastějším viníkem je alkohol nebo návykové látky. Respondentka P2 vysvětlila: *„Problém nastane tehdy, když pacient přijde v ebrietě nebo pod vlivem návykových látek, není s ním pak rozumná domluva a dostáváme se do konfliktu. Často jsou i agresivní.“* S touto skutečností se ztotožňuje i Kalvach a kol. (2011), kteří popisují, že při užívání

návykových látek a alkoholu se často vyskytuje i agresivní chování. Agresi popisuje jako druh chování, které vede k verbálnímu nebo fyzickému napadání. Může být směřována proti sobě samému nebo proti ostatním lidem, zvířatům nebo věcem. Tyto stresující pracovní zážitky sester ve zdravotnickém zařízení vedou k syndromu vyhoření. Některé respondentky (P1, P4) uvedly, že osobní zkušenost se syndromem vyhoření již mají. P1 měla pozoruhodnou odpověď: „*Neznám člověka, který by si po tolika letech práce ve zdravotnictví syndromem vyhoření neprošel, je to práce náročná nejenom fyzicky, ale hlavně psychicky, záleží na tom, v jaké míře se syndrom rozjede.*“ O tom pojednávají i Venglářová a kol., (2011) ve své publikaci, kde apelují především na ohrožení psychické stránky jedince, která bývá prvotně postižená, až poté se syndrom vyhoření projevuje na fyzické složce jedince. Ashooh, (2019) jmenuje tři aspekty, kterými je syndrom vyhoření charakterizován: snížený pocit osobního úspěchu, emoční únava, pocit, že vlastní prožitky jsou cizí. Za prevencí syndromu vyhoření považují P1, P2 a P3 stálý kontakt s rodinou, respondentka P4 volí psychohygienu. S tím se ztotožňuje i Šauerová, 2018, když vychází ze zásad duševního zdraví, doporučuje především pravidelný pohyb, relaxační aktivity a dodržování pravidelného režimu. Tyto aktivity zvyšují celkovou odolnost člověka, který je plně zaměstnán novou aktivitou.

Na otázku týkající se komunikace s pacientem jsme předpokládali odpověď, že respondentky z krajské nemocnice nebudou mít čas během ošetření. Odpovědi nás ale přesvědčily o opaku, všechny respondentky odpověděly, že čas vždycky mají. Považuje to za důležité i Lotfi, (2019), který upozorňuje na komunikaci mezi sestrou a pacientem. Pacienti hodnotí kladně, když s nimi zdravotničtí pracovníci komunikují. Za nedostatky v komunikaci se v krajské nemocnici skrývá nejenom alkohol, ale také agresivita pacienta. Respondentky C3 a C4 se shodly, že s pacientem v ebrietě je obtížná nejen komunikace, ale také domluva na plánu péče. To potvrzují i Vondráček, Vondráček (2008), kteří upozorňují na potíže při diagnostice i léčbě u pacienta v alkoholickém opojení. Pacient často uvádí zkreslené anamnestické údaje, především v množství požitého alkoholu, ale také příčiny vzniku úrazu, udává nepravdivé obtíže nebo omezuje možnost dalšího vyšetření. Respondentka C1 upozorňuje na agresivní pacienty, kteří nemají trpělivost: „*Myslím si, že se častěji setkáváme s agresivním pacientem, který nechce dlouho čekat, tak je nepříjemný a negativně hodnotí naši práci.*“ Chování pacientů se podepisuje i na psychické stránce jedince. S tím koresponduje i Kopecká (2015), která pojednává i o nevhodné motivaci sestry, která vede k syndromu vyhoření. Jedním z rizikových faktorů jsou i nevděční pacienti. Respondentky C1 a C3 potvrdily, že jsou

vyhořelé, C1 nás informovala, že za to může především uznání pacientů, které jí scházelo: „*Když jsem pracovala na oddělení, tak si pacienti naší práce více vážili. Na ambulanci je to jiné, pacienti si spíše diktují, jak by chtěli ošetřovat, někdy to zkouší i na lékaře. Když vidíte, že si vaší práce naváží a jsou naopak někdy agresivní, lehko tu zdravotník vyhoří.*“ S tím se ztotožňuje i Špirudová (2015), která upozorňuje na ohrožení pracovníků syndromem vyhoření, mimo jiné i ambulantních pracovišť, kde je jeden ze základních předpokladů fyzická kondice. Respondentky C4 a C5 se syndromem vyhořením nemají zkušenost, protože jsou v praxi jenom několik let.

Nadále můžeme přejít k druhé výzkumné otázce, která zněla: Jak jsou sestry připravené na práci na chirurgické ambulanci? V této otázce se zabýváme vzděláním sester, jaké vědomosti nebo dovednosti postrádaly při nástupu na chirurgickou ambulanci a co by se měli studenti vysokých škol doučit pro práci na ambulanci. Nejprve se budeme zabývat okresní nemocnicí a posléze přejdeme na krajskou nemocnici. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nejčastějším výkonem, který se sestry (P1, P2, P3 a P5) musely naučit, bylo sádrování, P2 ještě dodala jako novou činnost přikládání rigidních ortéz. Žvák a kol., (2006) definují sádrové obvazy jako nejčastější tuhnoucí obvazy, které fixují zlomeninu. Dělí se na sádrovou dlahu nebo cirkulární sádrovou fixaci. Příprava sterilního stolku dělala problém P2, P3, P4 a P5, které tento výkon označily za nový při nástupu na ambulanci. Respondentka P4 se učila chirurgické nástroje: „*Musela jsem se ještě doučit některé typy kleští, například Luer, Liston nebo kombinačky, aby mohl lékař v traumatologické ambulanci provádět extrakci drátů a šroubů.*“ V proktologické ambulanci, kde sestry z okresní nemocnice asistují lékaři, bylo pro sestry P2 a P5 nové rektoskopické vyšetření. Konkrétně se učily nejenom jak při rektoskopickém vyšetření lékaři asistovat, ale také jak se zmíněným nástrojem zacházet. Krška, (2011) definuje rektoskopii jako vyšetření koncové části tlustého střeva, které řadí mezi nejčastěji používané endoskopické metody. Absolventka vysoké školy nás překvapila svými znalostmi v proktologické ambulanci: „*Když jsem byla ve škole na praxi, měla jsem možnost být pár dní v proktologické ambulanci, tady si stačilo jen rektoskop a Hemoron znovu osvěžit, byla to pro mě výhoda, protože tolik praxe jsme na střední škole neměli.*“ S tím korespondují i Gurková, Zeleníková (2017), které vysvětlují, že aktivita, která vede k poznání nových dovedností, je více oceněná než opakování dovedností již naučených. Školitelkou byla pro P1 a P4 staniční sestra nebo ostatní kolegyně. Pro P2 a P5 byla vybrána mentorka, která se jim věnovala po dobu adaptačního procesu. Mentorku

definuje Vytejková (2011), jako sestru, která dělá pedagogickou činnost a uplatňuje se vedením studentů nebo nově nastupujících sester. Adaptační proces trval u sester rok, kdy prošly i několika odděleními. Absolventka vysoké školy (P3) měla tento proces o polovinu kratší: „*Když jsem nastoupila po škole na oddělení, byla jsem v adaptačním procesu jen půl roku, bylo to díky vysokoškolskému vzdělání, ostatní se střední školou měli adaptační proces rok. Po nástupu na ambulanci jsem už žádný neměla.*“ V doporučení pro nově připravující se sestry se P1, P2 a P5 shodly, že by se především měly připravit na komunikaci s pacientem. Respondentka P4 by ocenila více praxe, oproti tomu P3 nás překvapila svou odpovědí: „*Myslím, že jsou připraveni dobře, ve zdravotnictví se nejde všechno naučit ve škole, musíme se vzdělávat celý život.*“ Vévoda (2013), popisuje celoživotní vzdělání jako povinnost pro zdravotnické pracovníky, kdy si průběžně obnovují, zvyšují a doplňují vědomosti v daném oboru.

V krajské nemocnici se sestry učily zcela jiné věci než v okresní nemocnici. Všechny respondentky se shodují, že nejtěžší bylo se orientovat v chodu ambulance a umět si organizovat práci. Respondentka C1 porovnává práci na ambulanci s prací na oddělení: „*Nejtěžší bylo si umět práci zorganizovat a připravit se na dalšího pacienta, na oddělení je ta práce více organizovaná a člověk se tam snáz chytne, na ambulanci je to nevyzpytatelné a každý si musí najít svůj systém práce.*“ Absolventka vysoké školy (C3) nám ve své odpovědi dokázala, že praxe při studiu ji dostatečně připravila na její povolání, tudíž se naučila jen provozní věci, protože po odborné stránce byla připravená dostatečně. Oproti tomu C2 měla problémy s komunikací, především u dětí. Přiznává, že komunikace s dětmi je někdy obtížná. Venglářová, Mahrová (2006), informují o důležitosti navázání kontaktu sestra – dítě, kdy sestra se stává pro dítě důležitou osobou. Sestra by měla být klidná a vždy by si měla být jistá, působí tím jako zdroj jistoty a porozumění.

Adaptační proces měly respondentky rozdílně dlouhý, závisí to na předchozích pracovištích a míře vzdělání. C1 a C2 se shodly, že adaptační proces již neměly a doučily se jen to, v čem měly nedostatky. Oproti tomu C3, C4 a C5 měly konkrétní mentorku, ale délka adaptačního procesu byla rozdílná. Vysokoškolsky vzdělané sestry měly adaptační proces půl roku, ale středoškolsky vzdělaná sestra absolvovala roční adaptační proces. Při doporučení, jaké vědomosti nejčastěji studentům chybí, se C3 a C5 shodly. Apelují na větší přehled v chirurgických nástrojích a v základních materiálech pro vlhké hojení. Ihnát (2017), popisuje, že pokud je chronická rána udržována ve vlhkém stavu, dochází k rychlejší reepitelizaci.

Na závěr jsme vyzdvihli pozitivní názory na vysokoškolské vzdělání sester, které oceňují přípravu na své povolání. Absolventka P3 nejvíce uvítala při práci na chirurgické ambulanci odborné popsání rány. V okresní nemocnici na ambulanci každý den převazují akutní, ale i chronické defekty, tyto vědomosti respondentka velice uvítala. Teoretickou přípravu oceňuje C5, konstatovala, že administrativní činnosti stále více přibývá, ale spíše převažuje odborná práce: *„Naše práce je především odborná, ačkoliv mi přijde, že administrativní práce přibývá stále více. Ve škole jsme se naštěstí administrativou zabývali také, byli jsme na to dost připraveni.“* S tím nesouhlasí Vytejková a kol., (2011), kdy tvrdí, že na ambulantním traktu administrativa převyšuje odbornou složku práce sestry.

6. ZÁVĚR

Práce sestry v chirurgické ambulanci je všestranná, je vyžadováno vzdělání sestry, praktičnost a smysl pro organizaci práce. Všeobecná sestra poskytuje nejen asistenci lékaři a vykonává činnosti v její kompetenci, ale také udržuje stálý kontakt s pacienty. V této práci jsme chtěli poukázat na práci sestry v chirurgické ambulanci a její specifika.

V teoretické části jsme popsali chirurgii jako celek, charakterizovali jsme jednotlivé jednotky, které zajišťují nepřetržitou péči o pacienty. Poukázali jsme na komunikaci a její specifika při vedení komunikace, bez které se péče o pacienty neobejde. V neposlední řadě jsme se zabývali vzděláním a kompetencemi všeobecné sestry, které jsou v přímé kooperaci s chirurgickou ambulancí.

V empirické části byly zjišťovány každodenní činnosti sestry v chirurgické ambulanci a jaká specifika si vyžaduje práce na ambulanci. Zajímalo nás také, s jakým speciálním vybavením sestra v ambulanci pracuje a jaké potřebuje vědomosti při poskytování péče. Tázali jsme se také na organizační záležitosti, jako je počet ošetřených pacientů za službu a jaké je třídění pacientů na ambulanci. Zjišťovali jsme, jak udržují sestry kontakt s pacientem, zda k tomu mají vhodné podmínky, především z časového hlediska. Porovnali jsme, jako jsou rozdíly ve výsledcích mezi okresní a krajskou nemocnicí. V další části práce jsme se tázali na vzdělání sester a jaké největší překážky měly při nástupu na ambulanci. Zaměřili jsme se na středoškolsky vzdělané sestry a absolventky vysokých škol a zachytili jsme pozitivní ohlasy na vysokoškolské vzdělání sestry, které měly snazší zapracování díky vědomostem i praktické přípravě.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že náplň práce sestry je na ambulanci velice pestrá. Sestra na ambulanci asistuje lékaři při incizi a excizi, při fyzikálním vyšetření pacienta, při přikládání sádrových dlah, při zavádění permanentního močového katetru a dalších odborných činnostech. Sestra u pacienta odebírá biologický materiál, zavádí periferní žilní katetr, zajišťuje administrativu k dalšímu vyšetření, připravuje pomůcky k vyšetření pacienta, zavazuje rány pomocí obvazové techniky, udržuje v ambulanci pořádek a doplňuje materiál. Dále je z výsledků patrné, že sestra sepisuje akutní příjem pacienta, zajišťuje vyšetření dle ordinace lékaře, komunikuje se samotným pacientem, ale také s rodinnými příslušníky. V okresní nemocnici se v ambulanci ještě starají o pacienty s úrazy kostí i měkkých tkání a o tržné rány, které v ambulanci zažívají. Sestra ošetřuje pacienty i s proktologickou příčinou, u kterých se nejčastěji provádí rektoskopické vyšetření.

Z analýzy výsledků je patrné, že prevence syndromu vyhoření není u všech sester samozřejmostí. Prevencí se zabývají jen ty, které syndrom vyhoření prodělaly nebo měly možnost vidět u svých kolegů. Některé se zaměřují na své koníčky, které jim pomáhají při vyrovnání se s pracovní zátěží, některé se soustředí na své blízké, se kterými tráví svůj volný čas. Na komunikaci s pacienty v krajské nemocnici sestry čas mají, v okresní nemocnici se nám takových výsledků nedostalo. Sestry asistují i dvěma lékařům najednou, tudíž na komunikaci s pacientem čas nemají z důvodu pracovního vytížení nebo pomáhají pacientovi na lehátko, a tím se dostávají do časové tísně. Sestry doporučovaly studentům, kteří se připravují na své povolání, aby se nebáli s pacienty více komunikovat a věnovat se praktickému vyučování.

Chirurgická ambulance ošetří za den mnoho pacientů s širokou škálou onemocnění. Očekává se tedy, že práce zdravotnického týmu bude rychlá se správně nastavenou terapií. To si vyžaduje i organizaci práce a návaznost veškerých vyšetření. Sestra v ambulanci asistuje lékaři při výkonech, ale také provádí výkony spadající do jejích kompetencí a přitom zajišťuje materiálové zásoby s udržením čistoty a pořádku v ambulanci.

Výsledky výzkumného šetření mohou sloužit k doplnění vědomostí a dovedností do osnov pro střední zdravotnický personál, který zapracovává nově nastupující sestry na chirurgickou ambulanci v rámci adaptačního procesu.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ANDĚL, P., ŠKROVINA M., DUCHÁČ V., 2012. *Základy praktické proktologie*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-922-0.
2. ASHOOH., MP., BARNETTE., K., MORAN., TP., ÓSHEA., J., LALL., MD.,
Advanced practice provider burnout in a large urban medical center. *Adv Emerg Nurs J*. 2019 Jul Sep;41(3):234-243. doi: 10.10797/TME.0000000000000255 PubMed
PMID: 31356250
3. CZUDEK, S. A kolektiv, 2009. *Jednodenní chirurgie*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 987-80-247-1786-9.
4. FARKAŠOVÁ., a kol., 2006, *Ošetrovatelství – teorie*. Osvěta. 210 s., ISBN: 80-8063-227-8
5. GURKOVÁ., E., ZELENÍKOVÁ., R., 2017., *Klinické prostředí v přípravě sester*. Praha: Grada, 128 s., ISBN: 978-80-271-9180-2
6. HEKELOVÁ, Z., 2018, *Harmonický životní styl je nejlepší obrana před stresem a syndromem vyhoření*. *Kontakt*. 14 (5), ISSN: 1808-464X
7. HEKELOVÁ, Z., 2018, *Jak nevyhořet v práci sestry?* *Kontakt*. 14 (3), ISSN: 1801-464X
8. HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
9. HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P., 2009., *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Grada, 88 s., ISBN: 978-80-247-2855-1
10. IHNÁT., P., 2017., *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada, 152 s., ISBN: 078-80-271-9625-8
11. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 255 s. ISBN 978-80-247-4412-4
12. KALVACH., Z., ČELEDOVÁ., L., HOLMEROVÁ., R., a kol., 2011., *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 400 s., ISBN: 978-80-247-4026-3

13. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
14. KELNATOVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014, *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*, 2. vydání, Praha: Grada. 148 s. ISBN: 978-80-247-5203-7
15. KOPECKÁ, I., 2015., *Psychologie 3. díl*. Praha: Grada, 264 s., ISBN: 978-80-247-9881-3
16. KOŠŤÁLOVÁ, K., 2015, *Kompetence sester na traumatologických ambulancích* [online] České Budějovice, 2015, [cit. 2015-06-17]. Dostupné z: https://theses.cz/id/mx8t5d/Diplomov_prce_Ko_lov.pdf Vedoucí práce: Mgr. František Dolák Ph.D.
17. KRŠKA, Z., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*: 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3815-4.
18. LOTFI, M., ZAMANZADEH, V., VALIZADEH, L., KHAJEHGOODARI, M., *Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. Nurse Open*. 2019 Jun 26; 6(3):1189-1196. doi: 10.1002/nop2.316. PubMed PMID: 31367445; PubMed Central PMCID: PMC6650658
19. MALÍKOVÁ, E., 2011, *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN: 978-80-247-3148-3
20. MARŠÁLKOVÁ, K., SCHMEIDLER, K., *Ageismus – hrozba sociální izolace ve stáří*. [online]. Geriatrie a gerontologie, [cit. 1/2016]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2016-1/ageismus-hrozba-socialni-izolace-ve-stari-57667>
21. MIETROVÁ, M., 2019., *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 136 s., ISBN: 978-80-271-2416-9
22. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M., 2006, *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 172 s., ISBN: 80-247-1443-4
23. MIKŠOVÁ, Z., a kol., 2006b. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I: aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN: 80-247-1442-6

24. OPÁLKOVÁ, K., VOJTĚCHOVÁ, P., 2013, *Specifika práce na trauma ambulanci* [online] Brno Dostupné z : http://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/publications/lectures/specifika-prace-na-trauma-ambulanci.pdf?fbclid=IwAR31BZuMeglwe51CkFQ-NJs5-Pm3DmOpTfENK9VqT8FnU8R8UcxCoq3GDek
25. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2011. *Ošetrovatelství II*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 978- 80-247-3558-0.
26. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010, *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN: 978-80-247-2968-8
27. PLEVOVÁ, L. A kol., 2011, *Ošetrovatelství I*, Praha: Grada, 288 s., ISBN: 978-80-247-3557- 3
28. POKORNÁ., A., a kol., 2019., *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 248 s., ISBN: 978-80-271-2619-4
29. PRIEß, M., 2015, *Jak zvládnout syndrom vyhoření*. Praha: Grada. 176 s., ISBN: 978-80-247-5394-2
30. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. A kolektiv, 2011, *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN: 987-80-247-3976-2
31. RATTRAY, N., FLANAGAN, M. A kol., 2018, „Do You Know What I Know?‘‘: How Communication Norms and Recipient Design Shape the Content and Effectiveness of Patient Handoffs. [online]. Journal od general internal medicine , [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30535752>
32. REDAKCE MLADÁ FRONDA DNES, *Zvládání stresu, duševní hygiena a prevence syndromu vyhoření v ambulanci praktického lékaře*. [online]. Zdravotnictví a medicína. [cit. 2006-10-05] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/zvladani-stresu-dusevni-hygiena-a-prevence-syndromu-vyhoreni-v-a-272931>
33. REPKO, M., a kol., 2012, *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. 1. vydání, Brno: NCO NZO, 186 s. ISBN 978-80-7013-549-5
34. RITCHEY., K., OLNEY., A., SHOFER., J., PHELAN., EA., MATSUMOTO., AM., *Implementation of a fall screening program in a high risk of fracture population*.

Arch Osteoporos. 2017 Oct 31;12(1):96. doi: 10.1007/s11657-017-0393-5. PubMed PMID: 29090360

35. SEMÉNKOVÁ, Vladana, *Spolupráce sestry a pacienta na ambulanci úrazové chirurgie* [online] České Budějovice, 2013, [cit. 2018-06-05]. Dostupné z: http://theses.cz/id/5dcv6w/Bakalem_prce_Semnkov.pdf. Bakalářské práce. Vedoucí práce Mgr. František Dolák

36. SERENARI, M., CUCCHETTI, A., RUSSO, PM., et al., 2019., *Bournout and psychological distress between surgical and non-surgical residents*. *Updates Surg.* 2019 Jun;71(2):323-330. doi: 10.1007/s13304-019-00653-0. PubMed PMID: 30941703

37. SCHEIN, M., ROGERS, P., N., 2011., *Urgentní břišní chirurgie*. Grada, 448 s., ISBN: 978-80-247-2357-0

38. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8

39. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2012, *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy II – Pediatrie, Chirurgie*, 2. doplňkové vydání, Praha: Grada. 256 s., ISBN: 978-80-247-3602-0

40. SLEZÁKOVÁ, L., 2013, *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy III – Gynekologie a porodnictví, onkologie a psychiatrie*, 2. doplňkové vydání. Praha: Grada, 243 s., ISBN: 978-80-247-4341-7.

41. SLEZÁKOVÁ, L., a kol., 2010a, *Ošetřovatelství v chirurgii I*, Praha: Grada Publishing, 264 s. ISBN-13: 978-80-247-3129-2.

42. SLEZÁKOVÁ, L., a kol., 2010 b. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3130-8.

43. ŠACHOVÁ, Z., BRABCOVÁ, I., 2013 *Vyhodnocení organizační kultury nemocnice v dimenzi komunikace a vztahu k práci*. [online] České Budějovice, 2015, [cit. 15-03-15] Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2013/01/06.pdf>

44. ŠÁMALOVÁ, K., 2016., *Šance na dosažení vysokoškolského vzdělání v populaci osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 159 s., ISBN: 978-80-246-3469-2.

45. ŠAUEROVÁ, M., 2018., *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 280 s., ISBN: 978-80-247-5265-5.
46. ŠEVČÍK, P., MATĚJOVIČ, M., 2014. *Intenzivní medicína*. 3.vydání. Praha: Galén. 1196 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
47. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015., *Doprovázení v ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 144 s., ISBN: 978-80-247-9965-0.
48. ŠULCOVÁ, J., 2014, *Role sestry v proktologické ambulanci*. [online] České Budějovice, 2014, [cit. 14-05.02]. Dostupné z: https://theses.cz/id/yzro6e/Bakalsk_prce.pdf
49. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007, *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. 96 s. ISBN: 978-80-247-2170-5.
50. VENGLÁŘOVÁ, M., a kol., 2011, *Sestry v nouzi*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3174-2.
51. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN: 80-247-1262-8.
52. VÉVODA, J., a kolektiv, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4732-3.
53. VONDRÁČEK., L., VONDRÁČEK., J., 2008., *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada, 96 s., ISBN: 978-80-247-2629-8.
54. VYHNALOVÁ, E., HEMERLOVÁ, J., 2005 *Ošetrovatelská péče na ortopedii* [online] Praha, [cit. 2005-12-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-na-ortopedii-284901>
55. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací, efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 328 s., ISBN 978-80-247-2614-4.
56. VYTEJČKOVÁ., a kol., 2011., *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Grada, 232 s., ISBN: 978-80-247-3419-4.
57. WORKMAN, A., BENNETT, C., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. 260 s., ISBN: 80-247-1714-X

58. ZACHAROVÁ, E., 2016, *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN: 987-80-271-9238-0.
59. ZÁKONY PRO LIDI, 2004, zákon č. 96/2004 Sb. *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96/zneni-20181228#cast1>
60. ZÁKONY PRO LIDI, 2005, vyhláška č. 39/2005 Sb. *Kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání* Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>
61. ZÁKONY PRO LIDI, 2017., Vyhláška č. 391/2017 Sb. *o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.* Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>
62. ZÁKONY PRO LIDI, 2017., zákon č. 201/2017 Sb. *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání.* Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>
63. ZEMAN, M., KRŠKA Z., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
64. ŽVÁK., I., BROŽÍK., J., KOČÍ., J., FERKO., A., 2006., *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. Praha: Grada, 208 s., ISBN: 80-247-1347-0.

8. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Seznam zkratk

Příloha 2 – Otázky pro respondentky

Příloha 1 – Seznam zkratk

CT – vyšetření počítačovou tomografií

EKG – elektrokardiografie

ERCP – endoskopická retrográdní cholagio – pankreatografie

ORL – otorhinolaryngologie

Příloha 2 – Otázky pro respondentky

Úvodní otázky: Jakou pozici máte na chirurgické ambulanci?

Jaké nejvyšší studium jste dosáhla? Máte nějakou specializaci?

Kolik let máte praxe?

Byla ambulance Vaším prvním pracovištěm, popř. Které bylo/byly předešlé?

Jaké činnosti považujete v ambulanci jako každodenní?

Je Vaše práce především administrativní nebo odborná?

Máte v ambulanci speciální vybavení?

Je nějaká činnost, která je lékařská, ale v běžné praxi ji provádíte vy?

Je rozdíl v spektru pacientů v pracovní dobu a pohotovosti?

Kolik pacientů ošetříte za službu?

Kolik času strávíte s jedním pacientem?

Doprovázíte pacienty na nějaké vyšetření?

Máte čas vést komunikaci s pacientem během ošetření?

Setkáváte se s problémovým pacientem ohledně komunikace?

Máte nějakou osobní zkušenost se syndromem vyhoření?

Jak předcházíte syndromu vyhoření?

Když jste nastoupila na chirurgickou ambulanci, učila jste se nové činnosti?

A jak dlouho?

Byl Vám přidělen mentor/školitel?

Jak dlouho jste byla v adaptačním procesu?

Chyběly Vám nějaké znalosti nebo dovednosti, které byste využila při práci na ambulanci?

Byly to převážně teoretické nebo praktické dovednosti? Vzpomenete si na některé?

Měla byste nějaké doporučení, co konkrétně zařadit do osnov při přípravě na budoucí povolání?