

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Specifika práce sestry ve stomatologické ambulanci

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

doc. MUDr. Vladimír Vurm, CSc.

Autor práce:

Ludmila Bartůšková

2012

Abstrakt

The thesis deals with the work of nurse in stomatological departments. It covers topics such as hygienic and anti-epidemic measures, communication with patients of various typology in the field of prevention.

The thesis aims to find out the specificities of stomatological nurses. The research was focused on the job content, communication and education of patients in terms of prevention.

The thesis uses a qualitative analysis using directed interview according to a prepared structured questionnaire. The research group consisted of five nurses from stomatological departments in České Budějovice, who have had at least 10-year practice. Based on these interviews I created case studies and used them to make classification tables.

The results showed that the job content of stomatological department nurse includes communication with patients, preparation of the stomatological chair, instruments and other equipment, assistance during stomatological interventions, technical equipment manipulation, stomatological department organization, keeping documentation, providing health and prevention education of patients or children's parents concerning dental care. To be more specific about communication nurses mainly treat anxiety and fear of stomatological treatment. Patients coming to stomatological departments are of various personalities and nurse must be able to communicate with them individually. A very specific communication is needed in case of small children and senior patients, where nurses use various tricks: "metal finger," Tell-Show-Do method, distracting attention, modelling, positive encouragement and keeping parents in the waiting room. Nurses participate in the education of patients although doctor still plays a major role in education.

The thesis could be useful for nurses who consider their future career in a stomatological department. They are recommended to take a communication skills training before they start their own practice.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma: Specifika práce sestry ve stomatologické ambulanci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích.....

.....
Ludmila Bartůšková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala panu doc. MUDr. Vladimíru Vurmovi, CSc. za odborné vedení, trpělivost při konzultacích a za cenné rady k mé bakalářské práci. Dále bych chtěla poděkovat všem osloveným sestřám za jejich vstřícnost a ochotu, s kterou mi poskytly rozhovory a také mé rodině za podporu při psaní bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	7
1. Současný stav dané problematiky	9
1.1 Anatomie a fyziologie	9
1.2 Zubní kaz	10
1.3 Hygienické a protiepidemické zásady	12
1.3.1 Hygienická opatření osob	12
1.3.2 Hygienická opatření ploch	13
1.3.3 Hygienická opatření přístrojů a nástrojů	14
1.3.4 Zacházení s odpady	16
1.4 Prevence ve stomatologii	17
1.4.1 Prevence primární	17
1.4.2 Prevence sekundární	19
1.4.3 Prevence terciární	20
1.5 Komunikace s pacientem	20
1.5.1 Obecné zásady komunikace	20
1.5.2 Pacienti různého věku	21
1.5.3 Pacienti se sociálními problémy	21
1.5.4 Pacienti s psychickým defektem	22
1.5.5 Pacienti se smyslovým defektem	22
1.5.6 Pacienti s tělesným defektem	24
1.5.7 Pacienti s mentálním znevýhodněním	24
1.5.8 Pacienti cizinci	24
2. Cíl práce a výzkumné otázky	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Výzkumné otázky	26
3. Metodické postupy	27
3.1 Použité metody a techniky	27
3.2 Charakteristika sledovaného souboru	27
4. Výsledky	29

4.1 Kazuistiky respondentů výzkumu	29
4.2 Kategorizace dat v tabulkách	39
5. Diskuze	51
6. Závěr	55
7. Seznam použitých zdrojů	56
8. Klíčová slova	61
9. Přílohy	62

Úvod

Stomatologie je lékařský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou, terapií a výzkumem onemocnění a vývojových poruch zubů, chrupu a všech tkání dutiny ústní, rovněž i orgánů a tkání topograficky s ní souvisejících. Cílem oboru je zabezpečit odpovídající úroveň orálního zdraví všech věkových skupin obyvatelstva. Při zajišťování této úrovně se vychází z mezinárodně uznávaných programů zvyšování kvality zdraví, především z dokumentů Světové zdravotnické organizace. Mezi základní stomatologické obory patří záchovná stomatologie, stomatochirurgie, stomatologická protetika, parodontologie, pedostomatologie, a ortodoncie (1,4,19).

Stomatologická péče je poskytována ve stomatologické ordinaci a na stomatologickém oddělení. Stomatologická ordinace je ambulantní zařízení poskytující preventivní a léčebnou péči. Základním vybavením je zubní souprava. K ošetření pacientů se používá sada nástrojů, instrumentárium. Stomatologické oddělení se dělí na část ambulantní, lůžkovou a operační úsek. Ambulantní část poskytuje základní stomatologickou léčbu a diagnostiku u akutních či chronických onemocnění, konziliární službu a organizaci a zabezpečení pohotovostní služby. Ambulance by měla mít bezbariérový přístup. Lůžková část je stavebně uspořádána a vybavena tak, aby odpovídala požadavkům oboru stomatologie. Obsahuje standardní ošetrovací jednotku a jednotku intenzivní péče. Operační sály slouží pro operační léčbu. Je zde předšálí, místnost pro předoperační přípravu s vybavením pro anestezii a místnost pro sledování klienta po operačních zákrocích (5,23).

Sestra pracující na stomatologickém pracovišti by měla mít znalosti nejen z oboru stomatologie, ale i z dalších klinických oborů – chirurgie, vnitřního lékařství, ORL, onkologie, psychologie, dermatovenerologie, pediatrie, psychologie. Dále by měla mít výborné komunikační schopnosti. Jejím úkolem je vytvářet pozitivní psychologické klima na pracovišti. Ochota a vstřícnost zvyšují důvěru pacienta a tím ho povzbuzují k větší spolupráci. Sestra musí zvládat specifické výkony typické pro tento obor. Má znalosti léčebných postupů ve stomatologii, asistuje při stomatologických zákrocích, manipuluje se stomatologickými léčivy a prostředky a s přístrojovým

vybavením pracoviště. Jejím úkolem je zajišťovat zdravotně výchovnou činnost a edukovat nemocného, případně rodiče dítěte o technice péče o zuby, dále objasňuje zvláštnosti ústní hygieny při konkrétním onemocnění. Předvede a vysvětlí používání zubní náhrady a ortodontických aparátů. Rovněž učí místně aplikovat léky. Sestra má na starost i organizaci provozu stomatologické ambulance, kdy objednává klienty a komunikuje s laboratoří a dalšími pracovišti. Také vede záznamy do stomatologické dokumentace (17,27).

1. Současný stav dané problematiky

1.1 Anatomie a fyziologie

Zuby jsou tvrdé, mineralizované útvary v dutině ústní. Jejich funkcí je uchopování, oddělování a rozměňování potravy. Jsou rovněž součástí mluvidel. Soubor zubů se nazývá chrup neboli dentice. V horní čelisti tvoří zuby horní zubní oblouk, v dolní čelisti dolní zubní oblouk. Součástí oblouků jsou i výběžky čelistí a dásně. Podle tvaru a počtu kořenů zubu rozlišujeme řezáky (*dentes incisivi*), špičáky (*dentes canini*), třenové zuby (*dentes premolares*) a stoličky (*dentes molares*) (9).

Každý zub se skládá ze tří částí, z korunky zubu, zubního krčku a zubního kořene. Korunka je část zubu, která vyčnívá do ústní dutiny a je na povrchu krytá sklovinou. Sklovina je nejtvrďší látkou v těle. Je tvořena mineralizovanými hranoly a je velmi odolná. Sklovina je závislá na pH slin. Sliny obsahují ionty vápníku a fluoru. Pokud pH prostředí v ústní dutině klesne, dochází k demineralizaci vnější skloviny. V místech, která jsou rychleji demineralizovaná, mezizubní prostory a krčky zubů, dochází k prvním projevům kazu. Pokud dojde k poškození skloviny, tak neregeneruje. Většinu hmoty zubu tvoří zubovina, což je žlutobílá hmota podobná kosti. Při obvodu dřevné dutiny jsou uspořádány odontoblasty. Každý odontoblast vysílá dlouhý výběžek až do zevní části dentinu (Tomesovo vlákno). Funkcí odontoblastů je tvorba dentinu, kterou si zachovávají po celý život jedince. Zubní cement je tvrdá zubní substance, která pokrývá kořen zubu. Slouží k ukotvení paradontálních vazů, čímž dochází k upevnění zubu v čelisti. Uvnitř zubu je dřevná dutina, ve které je zubní dřev. Do zubní dřevě kanálkem pronikají cévy a nervy, které jsou příčinou citlivosti zubu. Zub je uložen v zubním lůžku. Velikost a hloubka alveolů souvisí s existencí a délkou zubních kořenů. S růstem kořenů se alveoly prohlubují, při ztrátě zubů atrofují a po čase zmizí. V místech, kde dásně naléhá na zub, je brázda vyplněná tekutinou, která omývá dentogingivální uzávěr (4,17).

Soubor všech zubů jedince tvoří dentici. Z časového hlediska se dentice rozlišuje na dentici dočasnou a trvalou. Dočasná dentice obsahuje 20 zubů – 8 řezáků, 4 špičáky

a 8 stoliček. Trvalá dentice obsahuje 32 zubů – 8 řezáků, 4 špičáky, 8 třenových zubů a 12 stoliček. K označení zubů a rychlé orientaci se ve stomatologické dokumentaci používají buď počáteční písmena latinských názvů jednotlivých zubů, nebo číslice. Velkými písmeny a arabskými čísly se označují zuby trvalé, malými písmeny a římskými čísly zuby dočasné. K přesnému určení polohy zubu v čelistech slouží zubní kříž, který odlišuje zuby horní a dolní čelisti. Dále rozděluje zuby do čtyř kvadrantů. V každém kvadrantu u dočasného chrupu je pět zubů a u trvalého osm zubů (33).

Horní čelist je zásobována krví z a. infraorbitalis, a. palatina major a a. buccalis. Dolní čelist je zásobena a. alveolaris inferior, a. sublingualis a a. buccalis. Obě čelisti jsou inervovány z n. trigeminus - horní čelist z n. maxillaris, dolní čelist z n. mandibularis (4).

1.2 Zubní kaz

Jedná se o mikrobiální proces, který narušuje a ničí tvrdé tkáně zubu. Začíná jako křídově bílá skvrna a postupně se šíří do hloubky. Časem zasahuje dentin a může vést k zánětu zubní dřevě. Zanedbání terapie zubního kazu může vést k různým komplikacím nebo až ke ztrátě zubu (4).

Vznikem zubního kazu se zabývá Millerova chemicko-parazitární teorie. Pro vznik kazu je třeba splnit několik podmínek: přítomnost kariogenních mikroorganismů, sacharidy, tvrdé zubní tkáně a čas, po který výše uvedené faktory působí. Plak se vytvoří již za 24-48 hodin po posledním čištění zubů. Mezi plakotvorné mikroorganismy patří *Streptococcus mutans*, *sanguis*, *salivarius* a *mitis*. Tyto bakterie adherují na sklovinu a zkvašují sacharidy za vzniku organických kyselin, které působí na tvrdé zubní tkáně. Zároveň mají schopnost intracelulárního ukládání sacharidů a jejich opětovné mobilizace v období klidu. Vzniklé kyseliny demineralizují sklovinu. V ústní dutině máme i proteolytické bakterie, které jsou schopné rozrušovat kolagen a vést ke vzniku kazivých dutinek (9).

Zubní kaz dělíme dle různých hledisek. Dle postižení tvrdých tkání rozlišujeme kaz skloviny, dentinu, cementu, dle topografie kaz korunky či kořene, dle vzniku kaz

primární, sekundární a recidivující, dle časového průběhu kaz akutní, chronický, zastavený a dle charakteru šíření kaz penetrující či podminující. Velmi důležité je však klinické rozdělení na počínající lézi, kaz povrchový, střední, hluboký, hluboký blízko dřeni a penetrující do dřene (4,30).

Příznaky zubního kazu dělíme na subjektivní a objektivní. Subjektivně pacient cítí bolest, která úzce souvisí s velikostí kazivé afekce a s její lokalizací. V počáteční fázi se bolest nevyskytuje, neboť kavitace buď ještě nevznikla, nebo je velmi malá. Výjimku však tvoří kazy lokalizované v krčku, neboť jsou blízko ke dřeni. Pokud je destrukce zubu rozsáhlá a kazivý proces se dostává do blízkosti dřeňové dutiny, pak vzniká bolest. Bolest se projevuje citlivostí na mechanické, chemické a tepelné podněty. Pokud dojde k destrukci zubní stěny, tak pacient zaregistruje zubní kaz jako ostrou hranu nebo si všimne ulpívání stravy v kazivé dutině. Objektivně se diagnostikuje kaz přímým pohledem či pohledem v zrcátku. Vypadá jako křídově bílá skvrna. Při rozsáhlejším kazivém procesu lze najít kazivou dutinu, která je vyplněna hnědavou změklou hmotou. Při vyšetření pohmatem sonda vázne v místě léze. Zuby je možné též prosvítit. Na snímku se kaz jeví jako tmavší stín. Zubní kaz lze diagnostikovat též rentgenologicky, barvením pomocí přípravků s rodopsinem a laserovou fluorescencí (4).

Při terapii zubního kazu je nutné odstranit všechny kazivé hmoty. Poté následuje úprava vzniklých okrajů kavity a aplikace výplňového materiálu. Existuje technologie HealOzone, která vytvoří kolem kariózního zubu vakuum, ve kterém je zubní kaz pomocí ozonové terapie deaktivován. Po deaktivaci pak následuje řízená mineralizace a obnova normální struktury zubu. Kavity dělíme na jamkové, fisurální a hladkých ploch. Při ošetření zubního kazu se dodržuje následující postup. Nejprve se získá přístup a otevírá se kariózní léze. Pak je odstraněn kazivý dentin. Následuje úprava kavity, čímž se rozumí preparace základního obrysu kavity, snesení demineralizované skloviny, uhlazení stěn a hran. Výplň musí být v zubu dobře ukotvena a musí být rezistentní. Na závěr se kavita opláchne vlažnou vodou a osuší proudem vzduchu (4,13).

Druh výplňového materiálu se vybírá dle rozsahu, lokality a doby, po kterou má výplň v zubu zůstat. Materiály dělíme na provizorní a definitivní. Provizorní výplně se užívají k překrytí krátkodobých dezinfekčních či devitalizačních vložek, během

endodontického ošetřování, nebo pokud není čas na zhotovení konečné výplně. Výplňový materiál by měl být netoxický, chemicky a objemově stálý a mechanicky odolný. Důležité je, aby hermeticky uzavíral kavitu, nebarvil, snadno se připravoval, odstraňoval i aplikoval. K provizorním materiálům patří cement zinkoxidfosfátový, polykarboxylátový, zinkoxideugenolový, zinkoxidsulfátový a silikátový. Mezi definitivní výplňové materiály řadíme amalgám, kompozita a skloionomerní cement (4).

1.3 Hygienické a protiepidemické zásady

Ve stomatologické ambulanci při vyšetření nebo ošetření pacienta se zubní lékař a jeho spolupracovníci dostávají do styku s infekčním biologickým materiálem. Nejčastějšími zdroji infekce jsou sliny, krev, vodní aerosol a prach. Vodní aerosol se využívá jako chladicí systém při preparaci zubní vrtačkou. Obsahuje kapičky slin, ve kterých se ukrývá bakteriální mikroflora dutiny ústní pacienta. I přestože se sestra snaží zachytit kontaminovaný aerosol odsávacím zařízením, který je součástí zubní soupravy, daří se jí to jen z části. Dochází k rozplynutí aerosolu na zdravotní pracovníky, zubní soupravu s příslušnými plochami pro lékaře a sestru a část se usadí i v prachu. Sestra si uvědomuje svoji zodpovědnost za zdravotnický personál a za pacienty a hygienu provádí spolehlivě. Vždyť jednou ze základních činností sestry je zabraňování vzniku nozokomiálních nákaz a přenosu zdroje infekce. Pracuje v souladu s provozním řádem, který se řídí platnými zákony, dodržuje bariérovou ošetřovatelskou péči, zásady sterilizace, dezinfekce, dekontaminace, správně manipuluje s odpady, čímž snižuje riziko nozokomiální nákazy na minimum (30).

1.3.1. Hygienická opatření osob

Mezi osoby, které mohou být nakaženy ve stomatologické ambulanci, patří pacienti, zubní lékař, veškerý zdravotnický personál, zubní technik i ulizečka. Je proto třeba, aby všichni byli ohleduplní na druhé a svou práci vykonávali svědomitě. Sestra je vizitkou čistoty a péče v zubní ambulanci. Denně se obléká do čistého ochranného

pracovního oděvu, má čisté krátce střižené nehty, nenosí v pracovní době hodinky ani prstýnky na ruku. Jsou zdrojem přenosu infekce. Při výkonech používá ochranné jednorázové pomůcky, jako jsou jednorázové rukavice, ústenka, ochranná zástěra, ochranné brýle nebo kryt na obličej. Myje si ruce vždy po odchodu pacienta, při manipulaci s biologickým materiálem, po výkonech na pacientovi, nebo pokud to uzná za potřebné. Mýdlo je v dávkovací nádobě dobře dostupné. Ve zdravotnickém zařízení se používají na sušení rukou jednorázové ubrousky. Způsob mytí rukou zdravotnického personálu je popsán v provozním řádu. Pro pacienta sestra připravuje jednorázové pomůcky a sterilní nástroje. Jednorázovými pomůckami pro pacienta jsou krční rouška, kelímek, savky. Při výkonech na pacientovi dodržujeme zásady aseptiky. Při porušení integrity sliznice se využívají sterilní nástroje a pomůcky. I pacienti by měli být zodpovědní vůči svému zubnímu lékaři a jakékoliv infekční onemocnění by měli hlásit před počátkem prohlídky (2,30).

1.3.2 Hygienická opatření ploch

U hygieny ploch platí zásada alespoň jednou denně otřít celý prostor na vlhko po ukončení denního provozu. O to se stará většinou kvalifikovaná uklízecká firma. Úklidové pomůcky jsou uloženy čisté v místnosti, která je k tomuto účelu určena. Sestra uklízí plochy dle provozního řádu v ordinaci. Používá dezinfekce v originálním balení s virucidním účinkem. Jednotlivé dezinfekce společně nemíchá. Sleduje jejich expirace, správnou dobu expozice, používá dezinfekce na místa určená dle příbalového letáku. Denně připravuje dezinfekční roztok čerstvý. Dezinfekční přípravek mění nejlépe každý měsíc, aby si bakterie nevytvořily rezistenci. Při použití dezinfekce využívá jednorázové rukavice pro svou ochranu. Při ředění dezinfekce sestra vlije do vody dezinfekční přípravek, který přesně odměřila dle návodu. Při kontaktu biologického materiálu s plochou, sestra plochu řádně dezinfikuje, přikryje navlhčeným mulem nebo ubrouskem. Po expozici očistí plochu obvyklým způsobem. Při odchodu pacienta veškeré plochy, křeslovou soupravu, nástroje a přístroje, které přišli s pacientem do

kontaktem odezinfikuje a nechá dezinfekci působit dle doby expozice v příbalovém letáku (16, 31).

1.3.3 Hygienická opatření přístrojů a nástrojů

Při použití jehly a stříkačky se kryt od jehly nevrací na jehlu. Jehla se ani neodděluje od konusu stříkačky. Při této manipulaci by mohlo dojít až k ohrožení zdraví. Stříkačku je možno oddělovat pomocí speciálních kontejnerů opatřených oddělovači. Stříkačka a kryt od jehly se dává do biologického odpadu (32).

Zubní soupravu se všemi jejími příslušnými plochami dezinfikujeme po odchodu každého pacienta. Pacient dostává jednorázové pomůcky, které se po použití vyhazují. Vyšetřovací nástroje, což jsou zrcátko, sonda a pinzeta, a další použité nástroje se po pacientovi připraví ke sterilizaci a následně se po ukončení směny vysterilizují. V zubní ordinaci se ke sterilizaci používá buď parní autokláv nebo horkovzdušný sterilizátor (25,31).

Sterilizace je proces postupů, kterými usmrtíme veškeré mikroorganismy i s jejich možnými rezistentními spory. Sterilizační proces má 3 fáze - předsterilizační fáze, vlastní sterilizace a fáze po sterilizaci. Předsterilizační fáze začíná již, když sestra odebere nástroje po odchodu pacienta a vloží je do dezinfekčního roztoku s viricidním účinkem. Dezinfekční roztok má přesně odměřený dle příbalového letáku, expozice je též v souladu s příbalovým letákem. Poté se nástroje vyjmou a opláchnou teplou vodou s použitím mechanického čištění. Jako doplňková metoda se používá čištění ultrazvukem o frekvenci 37 kHz. Pročištěné nástroje se usuší a zkontroluje se jejich funkčnost. Jsou-li nefunkční, pak je vyřadíme. Po usušení a kontrole nástrojů přichází balení do vhodných obalů. Obaly máme buď jednorázové nebo na více použití. K jednorázovým řadíme papírové, polyamidové a kombinované - papír s folií. Jednorázové se používají jen jednou. Mají na sobě chemický test, který ukáže, zda sterilizační proces proběhl správně. Obal sestra označí datem, kdy došlo ke sterilizaci a napíše o jaký materiál či nástroj se jedná. Obaly se zatavují nebo se lepí originální páskou s procesovým testem. Jako opakovaně používané obaly se ve

stomatologii využívají kazety, dozy nebo kontejnery. Ty jsou z kovového materiálu a mají filtr. Sestra je označí procesovým testem a dále postupuje jako u jednorázových obalů - napíše datum sterilizace a expirace, kod pracovníka (16,31).

Sterilizační komoru plníme do $\frac{3}{4}$ objemu, tak aby se materiál nedotýkal stěn. Ve stomatologické ambulanci se využívá především sterilizace vlhkým teplem. V komoře je možné sterilizovat materiály z kovu, skla, porcelánu, keramiky, textilu, gumy, plastů a dalších tepelně odolných materiálů. Při sterilizaci je nutné dodržovat parametry stanovené vyhláškou 195/2005 Sb., která se zabývá odpady. Parametry se týkají teploty, tlaku, přetlaku a doby sterilizace (30,31).

Další možností sterilizace ve stomatologické ambulanci je sterilizace proudícím horkým vzduchem. Využívají se tři druhy programů. V prvním programu se využívá teplota 160°C, čas expozice 60 minut. Tento program se používá nejčastěji, neboť je šetrný k nástrojům. V druhém programu se využívá teploty 170°C při čase expozice 30 minut a ve třetím programu se používá teplota 180°C, čas expozice 20 minut (30,31).

Kontrolu sterilizace provádí sestra pomocí indikátorů. Indikátory máme biologické, nebiologické a fyzikální. Biologické indikátory obsahují oslabené mikroorganismy. Používají se u nového přístroje nebo po opravě před začátkem provozu, u sterilizátorů mladších deseti let jednou za rok, u starších deseti let jednou za půl roku. Biologické indikátory se mohou sterilizovat společně s materiálem. Jsou vyrobeny tak, aby proces sterilizačního testu proběhl asepticky (16,31).

Nebiologické indikátory po sterilizaci mění barvu na podkladě chemické reakce dle podmínek ve sterilizační komoře. Mezi nebiologické testy patří Bowie-Dick test, který určuje odvzdušněnost a pronikavost páry do sterilizovaného materiálu. Chemický procesový test určuje, zda je materiál správně vysterilizovaný. Chemické testy jsou součástí všech jednorázových obalů a obalů na více použití, jež jsou prodyšné. Na kovové dozy, kazety a kontejnery se chemické testy lepí. Pak se chemické testy vkládají do sterilizační komory. Ukazují, zda sterilizační proces proběhl správně ve všech místech (18,30).

Do fyzikálních systémů patří vakuový test, který ukazuje těsnost přístroje. Test obsahuje teploměry s odporovým čidlem, čidla tlaku, termistory. Veškeré fyzikální systémy jsou instalovány ve sterilizačním přístroji (18,31).

Po ukončení sterilizace zkontroluje sestra vysterilizovaný materiál a veškeré testy, zda proběhly správně. Testy a průběh sterilizace sestra sleduje a zapisuje do dokumentace. Po každém ukončení sterilizačního procesu zapíše den sterilizace, jaký sterilizační program zvolila, dobu expozice, teplotu, zda sterilizační proces proběhl úspěšně, druh materiálu a podepíše se (31).

Sestra sterilizovaný materiál uloží do uzavíratelné skříně, zásuvky, dózy, kontejneru nebo volně. Datum expirace se mění dle druhu obalu. Pokud je materiál uložen ve více obalech, expirace materiálu se sčítá (30,31).

1.3.4 Zacházení s odpady

Sestra zachází s odpady podle provozního řádu, který se řídí zákonem o odpadech č. 185/2001 Sb. Jejím úkolem je třídít odpady podle typu na biologický odpad, komunální odpad a nebezpečný odpad, do kterého patří amalgámový kal, odpadní amalgám, injekční jehly a ostré předměty. K odpadům se dle Katalogu odpadů přiřazuje kód. Obaly na odpad sestra označí štítkem, nebo využívá barevných obalů s nápisy. Obaly na odpad se označují proto, aby bylo zřejmé, o jaký typ odpadu se jedná. Nebezpečný odpad dává do silnostěnných spalitelných neprůhledných nádob se šroubovacím víčkem. Denně se odstraňují odpady z ambulance speciální úklidovou firmou. Na jehly sestra nedává krytku a jehlu od injekční stříkačky neodděluje. Na injekční jehly využívá speciální kontejner, který má na víčku instalované speciální oddělovače. Při manipulaci s biologickým materiálem používá sestra ochranné pomůcky. Do nebezpečného odpadu patří také odpadní amalgám a amalgámový kal. Amalgám je složen ze rtuti a inleje, což jsou piliny kovů především stříbra, mědi a cínu. Pro rtuť platí bezpečnostní opatření vyplývající z legislativy. Rtuťové výpary jsou pro člověka vysoce toxické. Sestra rtuť bezpečně skladuje v jiné místnosti, než je ordinace nebo jídelna. Skříň, v níž se nachází, je uzamykatelná. Odpadní amalgám

vzniká ze zbytku amalgámu, který se již nevejde do kavity vypreparovaného zubu nebo při preparaci zubního pahýlu. Vkládá se do silnostěnné nádoby uzavíratelné víčkem, v níž se nachází fixační roztok. Nádobka je popsána. Součástí zubní soupravy je amalgámový systémový separátor. Jeho funkcí je odloučit amalgám z odpadních vod tak, aby posléze neznečistila životní prostředí (30, 37).

Amalgámový kal i veškerý amalgámový odpad odebírá speciální separační služba. Sestra denně po směně dezinfikuje amalgámové separační zařízení dle pokynů z provozního pracovního řádu (30).

1.4 Prevence ve stomatologii

Prevenčí rozumíme soustavu opatření, která mají předcházet poškození zdraví, vzniku onemocnění a úrazu včetně jejich komplikací a trvalých následků. Prevenci rozdělujeme na primární, sekundární a terciární (4).

1.4.1 Prevence primární

Úkolem primární prevence je předejít vzniku onemocnění. V dětském věku se snažíme předejít vzniku zubního kazu a ortodontických anomálií, ve středním věku paradontopatiím a v pokročilejším věku nádorovým onemocněním. Dále se snažíme předcházet úrazům a chorobám z povolání. Profylaxe zubního kazu zahrnuje pravidelné preventivní stomatologické prohlídky, provádění účinné ústní hygieny, možnost fluoridace a výživové poradenství (4,8,24).

Preventivní zubní prohlídky by měly být zahájeny v době, kdy dojde k erupci prvních zubů dočasné dentice. Zuby se vyšetřují pomocí zubního zrcátka a sondy pod kontrolou zrakem. V pozdějším věku je možné vyšetřit pacienta také rentgenologicky. Zhotovují se snímky nejen extraorální, ale i intraorální. Při preventivní prohlídce je rovněž kontrolována úroveň ústní hygieny. Rozhodujícím kritériem ústní hygieny je rozsah plaku. Pacient je motivován a instruován k provádění účinné ústní hygieny. V dnešní době je možné využít profesionálního čištění chrupu dentální hygienistkou.

Lékař rovněž poskytuje pacientovi výživové poradenství. Nedostatek potravy či její nevhodné složení může způsobit vznik zubního kazu. Nevhodná je především vysoká konzumace sacharidů, konzervačních látek, barviv, lepivých a tuhých potravin (4,22,29)

Ústní hygiena je hygiena zubů a ústních struktur, včetně protetických náhrad a ortodontických přístrojů. K pomůckám ústní hygieny patří různé mechanické a chemické prostředky. Důležité je pravidelné, systematické a metodicky správné čištění chrupu. Zuby by se měly čistit minimálně dvakrát denně. Čištění by se mělo provádět ráno po snídani a večer před spaním. Po večerním čištění by se neměly konzumovat žádné potraviny, výjimku tvoří pitná či minerální voda. K mechanickým prostředkům péče o dutinu ústní patří zubní kartáček, dentální nit, kartáčky pro mezizubní prostory, mezizubní stimulátory, stomatologické irigátory a párátka. K chemickým prostředkům patří roztoky, pasty, zubní prášky, želé, ústní vody a žvýkačky bez cukru. Je známo několik metod čištění chrupu. Je nutné, aby metoda byla maximálně účinná a lehce osvojitelná. Žádné čištění by nemělo bolet. Metodu vybíráme nejen dle věku pacienta, ale i dle stavu jeho chrupu. Pohyby kartáčku by měly být buď vertikální nebo krouživé. Horizontální pohyby slouží pouze k čištění okluzních plošek zubů. Při čištění bychom neměli opominout žádný zub. Rovněž bychom neměli zapomínat na čištění linguálních stran zubů a mezizubních prostor. U dětí s malým počtem prořezaných zubů první dentice matka stírá zuby dvakrát denně navlhčenou gázou. Děti od tří let jsou již schopny čistit si chrup samy. Tato činnost by však měla být dozorována rodiči (4,23,30).

Sloučeniny fluoru hrají v prevenci zubního kazu zásadní roli. Fluor je součástí tvrdých zubních tkání. Během vývoje zubů jsou fluoridy zabudovány do krystalické mřížky hydroxyapatitu za vzniku hydroxyfluorapatitu. Čím dříve se fluoridy do tvrdých zubních tkání zabudují, tím jich více obsahují. K funkcím fluoru patří zvyšování odolnosti skloviny vůči kyselinám, zpomalování demineralizace, posílení remineralizace a zpomalení metabolismu mikroorganismů. K zubům se dostává cestou endogenní či exogenní. Lokální fluoridace by měla vždy převažovat nad fluoridací celkovou. Celková fluoridace zahrnuje pití fluoridované pitné vody, mléka, užití fluoridových tablet a žvýkaček. Mezi lokální způsoby patří užití fluoridovaných zubních

past, gelů, výplachů, laků a obkladů. K neúčinnějším formám prevence zubního kazu patří užití fluoridových tablet, které se doporučuje dětem do dvanácti let. V ČR jsou k dispozici tablety Natrium Floratum. Dávkování tablet je dle věku a dle přirozeného výskytu fluoridů v pitné vodě. Je doporučeno tablety spíše cucat než polykat (4,6,21).

Strava působí na chrup nejen svým chemickým složením, ale i mechanickými vlastnostmi. Pro zuby škodlivé jsou zejména jednoduché cukry – glukóza, fruktóza, sacharóza a laktóza. Nevhodné jsou škroby – bílé pečivo, bramborové lupínky, hamburgery, hranolky. Nebezpečné jsou i koncentrované ovocné džusy a citrusové plody. Nedoporučuje se jíst potraviny, které dlouho ulpívají na zubech – čokoláda, karamel, marmeláda. Pro zuby prospěšná je konzumace mléka, mléčných výrobků, syrového ovoce a zeleniny. Z výše uvedených skutečností je zřejmé, že požadavky na stravu v rámci preventivní stomatologie nejsou v rozporu se zásadami pro optimální výživu, která je všeobecně doporučována. Nedostatečná či nevyvážená strava může zvýšit riziko vzniku patologického procesu, zejména narušením mineralizace tvrdých zubních tkání. Z anorganických prvků jsou dále důležité pro mineralizaci skloviny kalcium, fosfor, molybden, selen, stroncium, lithium a vitamín D (12,30).

1.4.2 Prevence sekundární

Sekundární prevence má za úkol zavčas podchytit každý patologický stav, vyléčit ho nebo ho alespoň zastavit. Mezi tato opatření patří pravidelné preventivní prohlídky, které jsou v ČR hrazeny dvakrát ročně zdravotními pojišťovnami. Tyto prohlídky by měly být prováděny pečlivě s cílem zavčas diagnostikovat patologický proces a okamžitě ho ošetřit, aby nedocházelo k další progresi onemocnění. V rámci prohlídek dochází rovněž k snímkování podezřelých zubů a extrakci zubů se špatnou prognózou. Nesmíme zapomenout na odstranění podpůrných faktorů pro progresi onemocnění. Pacienta motivujeme a instruujeme ohledně správné hygieny dutiny ústní. Důležité z hlediska prevence vzniku zubního kazu je i výživové poradenství (4,30).

1.4.3 Prevence terciární

Úkolem terciární prevence je vyléčení vzniklých komplikací nemoci a zabránění jejich další možné progresi. Mezi opatření terciární prevence patří léčba onemocnění zubní dřeně, periodoncia, chirurgická terapie, protetická sanace chrupu, resekce kořenového hrotu, extrakce zubu a psychoterapie. Při volbě terapie je třeba zohlednit věk, profesi a pohlaví pacienta (4).

1.5 Komunikace s pacientem

1.5.1 Obecné zásady komunikace

Každá kvalifikovaná zdravotní sestra musí mít nejen odborné a praktické znalosti z oboru stomatologie, ale musí znát i zásady správné komunikace s pacientem, jeho doprovodem a rodinnými příslušníky. Úkolem sestry je zprostředkování kontaktů s pacientem, organizace provozu v čekárně, objednávání a zajištění přátelského klima. Často se stará o zařízení čekárny a organizuje práci v ordinaci. Umění komunikace má ve stomatologii svá specifika, protože pacienti mají ze zubního ošetření strach (30).

Komunikace začíná již při objednávání pacienta, které probíhá převážně telefonicky. Důležité je zejména řádné oslovování, pozdravení a poděkování za objednání. Komunikace by měla probíhat příjemným hlasem. Při vstupu pacienta do ordinace a před přípravou k vyšetření by měla sestra hovořit o jiných záležitostech, než je následné ošetření. Pacient se pak snáze uklidní a uvolní. Je třeba mu poskytnout čas, aby se v novém prostředí adaptoval. Sestra by měla umět dobře naslouchat a pozorovat jednání příchozího pacienta. Vždy je třeba respektovat individualitu každého jedince a být pozorný k jeho potřebám. S pacienty jednáme vstřícně, oslovujeme je tituly. Vstřícným jednáním a informováním navodíme pocit důvěry. Ujistíme, že vyšetření bude bezbolestné. Je samozřejmostí, že pacientovi oznámíme, co mu bude děláno, jak bude ošetření probíhat a jaký bude výsledek. Po ukončení ošetření ho poučíme, jak budeme postupovat dále a co by on sám měl dělat (9,30).

Velmi důležitá je i komunikace nonverbální. Pacient vždy sleduje mimiku zdravotnického personálu v ordinaci. Na druhou stranu i sestra může z nonverbálních projevů pacienta vyčíst hodně informací (30).

1.5.2 Pacienti různého věku

Stomatologickou ambulanci navštěvují lidé různého věku. Každý věk má svá specifika. V této kapitole se budeme více zabývat komunikací s dětmi a se seniory.

Komunikujeme-li s dítětem, pak je dobré, pokud rodiče s dítětem přijdou na první návštěvu zubní ordinace, když dítě nic nebolí. Dítě se pak může v klidu seznámit se zubní ordinací a se zdravotnickým personálem. Sestra sveze dítě na zubním křesle, pochválí dítě za čištění zubů a motivuje ho k další péči o chrup. Dítě dostane omalovánky, obrázek či drobný dárek. Takové dítě pak nemá z případné další návštěvy zubní ordinace takový strach. Z nástrojů má dítě přirozený strach, proto příprava instrumentária a jeho vystavování nesmí být nikdy před dítětem. Dítěti v žádném případě nelžeme. Je-li třeba provést bolestivý výkon, snažíme se dítěti vysvětlit význam lokální anestezie a ujdijeme alespoň sprej. K ošetření obtížně spolupracujících dětí využívají různé triky: kovový prst, metoda Tell – Show – Do (Vysvětlí – Ukaž – Proved'), odvedení pozornosti, modelování, pozitivní povzbuzení a odchod rodiče do čekárny. (7,15,30)

Starší lidé mají zhoršenou orientaci, hůře vidí, slyší, méně si pamatují, mají problém s vybavováním si zážitků a anamnestických dat. K pacientům se chováme uctivě. Dáme jim dostatek času, nikam nechvátáme, vše trpělivě vysvětlujeme. Mluvíme nahlas, pomalu a srozumitelně. Sestra rovněž pomáhá seniorům s usazením do zubního křesla a odebráním hole či berlí (30).

1.5.3 Pacienti se sociálními problémy

Mezi pacienty se sociálními problémy patří bezdomovci, opilci a narkomani. Tito lidé často přijdou k lékaři bez jakéhokoliv dokladu a bez pojištění. Je třeba, aby

sestra okamžitě kontaktovala sociální pracovníky. V ordinaci by měl být zjištěn typ sociálního poškození. V některých případech existuje i zákonná ohlašovací povinnost. Krizová sociální intervence v ordinaci je krátkodobá a zaměřená na řešení aktuálního problému. Poskytnutí léčby lékař dle platných zákonů a etických norem nesmí odmítnout (14).

1.5.4 Pacienti s psychickým defektem

Komunikace s agresivním pacientem je velmi náročná. V pozadí agrese bývají zpravidla negativní emoce – strach, obava, úzkost. Úkolem zdravotnických pracovníků je zjistit, o co pacientovi skutečně jde. K pacientovi se chováme s úctou a respektem. Pokud máme obavu, že agresivitu pacienta nezvládneme, zavoláme na pomoc jiné osoby (14).

Při komunikaci s pacientem bychom si měli všimnout i pacientovy úzkosti. O pacienta projevíme zájem a nabídneme mu podporu. Mluvíme klidně. Pomůžeme pacientovi verbalizovat jeho pocity a zkusíme identifikovat zdroj úzkosti. Zkusíme zjistit, co pacientovi v podobné situaci pomáhá. V případě potřeby mu zajistíme psychologickou péči. Někdy je třeba úzkostného jedince zamedikovat (3,14).

1.5.5 Pacienti se smyslovým defektem

Pacienti s vrozenou sluchovou vadou mají menší slovní zásobu, mívají potíže s navazováním kontaktu a hůře se orientují i v běžných sociálních situacích. Jsou silně fixováni na mateřskou osobu. Jejich potřeba haptického kontaktu je vysoká. Důležitým prvkem v komunikaci je identifikace neverbálních projevů. Pro ověření subjektivního dojmu je možno se zeptat blízké osoby, která pacienta velmi dobře zná. Při vzniku sluchové vady v pozdějším věku nebude psychomotorický vývoj jedince tak výrazně narušen. Větším problémem však bývají poruchy emocionální a změny v sebehodnocení. Postižení nemají možnost účastnit se běžných hovorů, jak byli dříve zvyklí. Mají dojem, že se hovoří o nich. Jsou podezíraví a nedůtkliví. Při komunikaci

s osobami s poruchou sluchu vždy odstraníme rušivé vlivy z okolí. Dbáme na možnost výběru formy komunikace neslyšícím - orální řeč, odezírání, prstová abeceda, písemná řeč, znaková řeč, piktogramy. Vhodně upozorníme nemocného, že na něj mluvíme. Mluvíme pomalu, stručně a zřetelně. Postižený by měl neustále vidět naše ústa. Víme-li, že jedinec má postižené jen jedno ucho, využijeme zdravý sluchový orgán. Průběžně se ujišťujeme, že pacient rozumí. Jestliže se nemůžeme domluvit, zajistíme přítomnost někoho z rodiny nebo tlumočnicka znakové řeči (20).

Osoba s poruchou zraku se ocitá v prostředí, které je pro ni neznámé a má potíže s prostorovou orientací. Pro nevidomého je velmi důležitý hlas a hlasová intonace. Pomáháme taktně, nejlépe na vyžádání. Vždy mluvíme a projednáváme vše s nevidomým, nikoli s jeho průvodcem. Při komunikaci se pacientovi díváme do obličeje a neobracíme se k němu zády. Vždy zdravíme jako první, k pozdravu připojíme jméno nevidomého. I my se představíme. Vhodný je iniciační dotek. Podání rukou při pozdravu je zcela přirozené, jen je musíme slovně uvést. Aktivizujeme osobu s poruchou zraku k využití jiných smyslů – umožníme mu osahat předměty, které budeme používat. Vysvětlujeme zvuky a hluk, kterým nerozumí. Není dobré s ním zbytečně manipulovat, neboť tak zbytečně narušujeme jeho prostorové vnímání a schopnost orientace. Hovoříme o všem, co v ambulanci nebo při ošetřování děláme. Když vcházíme či vycházíme z místnosti, vždy to oznamujeme (35).

Při komunikaci s hluchoslepým musíme vědět, co pacient zvládne. Využijeme k tomu všechny dostupné zdroje informací - mateřská osoba, učitel, zkušenosti předchozích poskytovatelů péče. Je důležité diagnostikovat a zhodnotit úroveň komunikačních dovedností pacienta. K hluchoslepému nepřistupujeme náhle, ale spíše pozvolna, mírně a jemně. Neustále mu vysvětlujeme jakékoli změny. Při příchodu se představíme – používáme náš identifikační znak nebo použijeme smluvené znamení. Předmět či signál, podle nějž nás hluchoslepý bezpečně rozpozná, zastupuje naše jméno. Je důležité poskytovat pacientovi zpětnou vazbu. Pacient by měl znát všechny osoby z ošetřujícího týmu (20).

Při komunikaci s pacienty s defektem řeči je třeba být mimořádně trpělivý. Mluvíme na ně pomalu. Zásadně po nich neopakujeme špatně artikulovaná slova.

Koktavým pacientům se neusmíváme a nedopovídáme za ně slova dopředu. Počkáme, až se oni sami vyjádří. Při poruše řeči zaviněné receptivní afázií nám nezbyvá než rezignovat na verbální komunikaci a snažíme se o výraznou komunikaci mimickou či gestickou – kývnutí hlavy, mrknutí či gesto (14).

1.5.6 Komunikace s pacienty s tělesným defektem

Základem efektivní komunikace s osobou tělesně znevýhodněnou je důsledná identifikace potřeby a rozsahu požadované pomoci. Přílišná aktivita může být inhibiční a zhoršit vzájemné vztahy. Přiměřená dopomoc a aktivita ze strany znevýhodněného je produktivnější než úplný servis a zajištění veškeré péče. Nejprve zjistíme stupeň sebezpečí pacienta a požadavky na způsob manipulace s ním - uložení kompenzačních pomůcek. Nevyhýbáme se komunikaci. Udržujeme horizontální oční kontakt (20,34).

1.5.7 Komunikace s pacienty s mentálním znevýhodněním

Vzhledem k vyšší emocionální nestabilitě těchto pacientů a intenzivnějšímu prožívání je nutný velmi individuální přístup. Důležitý pro komunikaci je nejen mentální věk znevýhodněného, ale i jeho aktuální psychický stav. Významným činitelem je také důkladná anamnéza a analýza dat získaných od nejbližších osob znevýhodněného. Od těchto osob zjistíme míru samostatnosti a sebeobsluhy. Stanovíme spolu s nimi zásady individuálního přístupu k pacientovi. Při osobním kontaktu pak komunikujeme již přímo s osobou se znevýhodněním. Při komunikaci udržujeme oční kontakt, jsme tolerantní a trpěliví, používáme jednoduché věty a mluvíme pomalu. Přizpůsobíme komunikační styl a jazyk schopnostem a dovednostem pacienta (20).

1.5.8 Pacienti cizinci

Zdravotničtí pracovníci by měli vědět, které etnické skupiny žijí v blízkosti jejich pracoviště a měli by být seznámeni se základními hodnotami, normami a

praktikami těchto skupin. Při komunikaci s cizincem je třeba nejprve identifikovat možnosti komunikace. Ověříme si jazykovou znalost a při nedostatečnosti volíme jiné techniky – gestikulace, mimika, pohyb, psaní, kreslení, komunikační karty, fotografie, film. Pokud není jiná možnost, tak využijeme služeb tlumočnicka. Největší překážkou v efektivní komunikaci s pacienty cizinci je egocentrismus a stereotypizace (10,26).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zjistit specifika práce sestry ve stomatologické ambulanci

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je náplň práce sestry v péči o pacienty ve stomatologické ambulanci?
2. Jaké jsou specifika komunikace s pacienty ve stomatologické ambulanci?
3. Podílí se sestra na edukaci pacienta v oblasti preventivní péče?

3. Metodické postupy

3.1 Použité metody a techniky

Pro realizaci empirické části bakalářské práce bylo využito kvalitativní šetření pomocí řízeného hloubkového rozhovoru. Tuto metodu jsem zvolila proto, že umožňuje zachytit individuální postoje a názory jednotlivých sester vůči jejich práci. Výhodou rozhovoru je přímé setkání s respondentkami a položení doplňujících otázek při nepochopení otázky, či pokud je odpověď nedostačující.

Při hloubkovém rozhovoru bylo použito předem připraveného strukturovaného dotazníku (příloha 1). Strukturovaný rozhovor byl vytvořen dle cíle práce a výzkumných otázek. Pro zachycení rozhovoru byl použit mp3 přehrávač s diktafonem. Před začátkem každého rozhovoru jsem získala souhlas k natáčení a zpracování údajů od každé respondentky. Na základě těchto rozhovorů byly vytvořeny kazuistiky, které jsem následně využila k tvorbě kategorizačních tabulek. Tabulky byly využity jako podklad k diskusi a pro zpracování výsledků.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru a průběh rozhovoru

Výzkumný soubor je tvořen ze zdravotních sester. Sestry byly vybrány na základě určitých kritérií. K těmto kritériím patřilo místo působiště, vzdělání a délka praxe. Všechny pracují v soukromém sektoru zubních ordinací v Českých Budějovicích a praxi na pozici zubní sestra vykonávají minimálně 2 roky. Sestry byly dle těchto kritérií vyhledány a následně pozvány k rozhovoru stručným úvodním dopisem (příloha 2). Se zdravotními sestrami pak bylo individuálně domluveno setkání. Úvodních dopisů jsem rozdala sedm, z toho s pěti respondentkami byly vytvořeny hloubkové rozhovory.

Rozhovory měly stejnou strukturu a vznikly ve stejném prostředí. Za prostředí byla zvolena tichá a útulná kavárna bez rušivých elementů. Rozhovor se odehrával v přátelské atmosféře. Hloubkové rozhovory byly vedeny systematicky ve specifických úsecích, které odpovídají výzkumným otázkám bakalářské práce. Otázky se týkaly hlavně práce sester, prevence, komunikace s pacienty a dalšího vzdělávání.

Na začátku rozhovoru jsem vždy představila sebe a svoji bakalářskou práci. Vysvětlila jsem účel rozhovoru a to že rozhovor bude nahráván na mp3 přehrávač. Dále jsem připomněla, že informace, které mi budou poskytnuty, budou zpracovány pouze pro účely mé bakalářské práce a celý rozhovor je anonymní. Každý rozhovor trval přibližně 45 minut.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky respondentů výzkumu

Kazuistiky respondentů byly zpracovány na základě rozhovorů, které se uskutečnily v stomatologických ambulancích v Českých Budějovicích.

Kazuistika č. 1

První respondentkou je žena, které je 46 let. Praxi ve zdravotnictví má 27 let, z toho 12 let pracuje jako sestra ve stomatologické ambulanci. Vystudovala střední zdravotnickou školu. V ambulanci nedělá jinou profesi než sesterskou.

Respondentka se dále vzdělává a to účastí na vzdělávacích akcích ve svém oboru. Odborné publikace nečte a není členkou odborné společnosti, neboť v tom neshledává žádný smysl. Lékař sestru podporuje ve vzdělávání verbálně a finančně. Sestra vnímá přínos své práce ve stomatologické ambulanci a to zejména v asistenci lékaři, v péči o pacienty a v edukaci v oblasti preventivní péče.

Respondentka uvádí, že k její náplni práce patří komunikace s pacienty, provádění hygienických a protiepidemických opatření, příprava křesla, instrumentaria a dalších pomůcek, asistence při zákrocích, organizace provozu ambulance, zdravotně-výchovná činnost a vedení stomatologické dokumentace. Sestra popírá, že by měla v náplni práce manipulaci s léky, edukaci ohledně místní aplikace léků a vysvětlování užívání zubních náhrad a ortodontických aparátů. Tyto činnosti patří do kompetence lékaře.

Sestra má dostatek času na provedení všech hygienických opatření dle platných hygienických standardů. Při instrumentaci se chrání užitím jednorázových ústenek a rukavic. Ruce si myje před začátkem ošetření, po ukončení ošetření, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem a dále dle potřeby. Při použití jehly a stříkačky sestra nevrací kryt na jehlu. Jehlu od stříkačky odděluje pomocí speciálních kontejnerů opatřených oddělovači. Stříkačku a kryt od jehly dává do biologického odpadu. Kontejner s jehlami značí hned, jakmile se do něj začnou jehly odkládat. Při příchodu infekčního pacienta užije jednorázovou ústenku a rukavice. Pečlivě

vydezinfikuje křeslo a užije i dalších dezinfekčních prostředků. Dezinfekční prostředky mění dle toho, zda se jedná o koncentrát či jednorázové ředění. Dezinfekci na ruce mění až po vypoužití. Dezinfekci na otisky nepoužívá, neboť je v ambulanci nedělají. Koncentrát dezinfekce na savky, chirurgické nástroje a na plochy mění po 3 měsících, aby si na něj bakterie nevytvořily rezistenci. Jednorázové ředění dezinfekce na savky mění denně, na chirurgické nástroje 2x týdně a na plochy 1x týdně. Sestra uvádí, že četnost výměny se liší dle druhu dezinfekce a dle použitého ředění.

Sestra se setkala s různými typy pacientů: pacienty seniory, dětmi, obtížně spolupracujícími dětmi, pacienty se sociálními problémy, se smyslovým a s psychickým defektem a s pacienty cizinci. Nikdy se nesešla s pacientem s tělesným defektem a s pacientem s mentálním deficitem. Respondentka považuje komunikaci se seniory za specifickou. Komunikuje s nimi především trpělivě. Na pacienty má dostatek času, nechvátá. Mluví na ně nahlas, pomalu a srozumitelně. Pomáhá jim rovněž s usazením do křesla a s odebráním kompenzačních pomůcek. Rovněž práci s dětmi považuje za specifickou. Ohledně komunikace s dětmi je pro ni nejdůležitější eliminace strachu dítěte před ošetřením. Dětem rozhodně nelže, zjednodušuje pro ně výklad, chválí je a povzbuzuje. Snaží se, aby byl při ošetření dítěte přítomen jeho rodič. Po ošetření dává drobný dárek. Snaží se o rychlé ošetření bez zbytečných průtahů. Při příchodu dítěte mu ukáže prostředí ordinace a všechny pomůcky, které budou při ošetření užity. Sestra uvádí, že k prvnímu kontaktu dětí se stomatologem dochází nejčastěji po 3. roce života dítěte. Převažující motivací k této návštěvě je buď bolest, nebo defekt zubu. Sestra se v ambulanci setkala i s dětmi, které se nechtěly nechat ošetřit. Tyto děti v ambulanci ošetřují. K ošetření užívají kovový prst, odvedení pozornosti, pozitivní povzbuzení a u hodně úzkostných dětí i odchod rodiče do čekárny.

Respondentka se podílí na edukaci v oblasti preventivní péče. Hlavní roli v edukaci má však lékař. Na edukaci má dostatek času. Četnost edukace pacientů je u nich v ambulanci při každé preventivní prohlídce, což je 2x za rok. Sestra uvádí, že edukují dle potřeby i mimo preventivní prohlídky. Při edukaci rodičů dětí s dočasným chrupem řeší prevenci zubního kazu, techniku čištění zubů, pomůcky, životosprávu, fluoridaci a v případě potřeby i ortodoncii. Při edukaci pacientů se stálým chrupem se

zabývají prevencí zubního kazu, technikou čištění zubů, pomůckami, výživou, ústní hygienou, pískováním a bělením zubů. Sestra edukuje verbálně, názornou instruktáží, pomocí informačních letáků a audiovizuálních pomůcek. Někdy dostává zpětnou vazbu od ošetřeného pacienta.

Kazuistika č. 2

Druhou respondentkou je žena, které je 53 let. Praxi ve zdravotnictví má 34 let, z toho 19 let pracuje jako sestra ve stomatologické ambulanci. Vystudovala vyšší odbornou školu obor dětská sestra. V ambulanci nedělá jinou profesi než sesterskou.

Respondentka se dále vzdělává a to četbou odborných publikací – časopisu LKS. Vzdělávacích akcí se neúčastní a není členkou odborné společnosti, neboť v tom neshledává žádný smysl. Lékař sestru podporuje půjčováním časopisu LKS, nabízí jí leták se vzdělávacími kurzy pro sestry a umožňuje jí účast na stomatologických veletrzích. Sestra vnímá přínos své práce ve stomatologické ambulanci a to zejména v asistenci lékaři, v péči o pacienty a v edukaci v oblasti preventivní péče.

Respondentka uvádí, že k její náplni práce patří komunikace s pacienty, provádění hygienických a protiepidemických opatření, příprava křesla, instrumentaria a dalších pomůcek, asistence při zákrocích, organizace provozu ambulance, zdravotně-výchovná činnost a vedení stomatologické dokumentace. Sestra popírá, že by měla v náplni práce manipulaci s léky, edukaci ohledně místní aplikace léků a vysvětlování užívání zubních náhrad a ortodontických aparátů. Tyto činnosti patří do kompetence lékaře.

Sestra má dostatek času na provedení všech hygienických opatření dle platných hygienických standardů. Při instrumentaci se chrání užitím jednorázových ústenek a rukavic. Ruce si myje před začátkem ošetření, po ukončení ošetření, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem a dále dle potřeby. Při použití jehly a stříkačky sestra nevrací kryt na jehlu. Jehlu od stříkačky odděluje pomocí speciálních kontejnerů opatřených oddělovači. Stříkačku a kryt od jehly dává do biologického odpadu. Kontejner s jehlami značí až těsně před transportem do spalovny. Při příchodu infekčního pacienta užije jednorázovou ústenku a rukavice. Pečlivě vydezinfikuje křeslo

a užije i dalších dezinfekčních prostředků. Dezinfekční prostředky mění dle toho, zda se jedná o koncentrát či jednorázové ředění. Dezinfekci na ruce mění až po vypoužití. Dezinfekci na otisky nepoužívá, neboť je v ambulanci nedělají. Koncentrát dezinfekce na savky, chirurgické nástroje a na plochy nemění. Jednorázové ředění dezinfekce na savky, na chirurgické nástroje a na plochy mění dle doporučení výrobce. Sestra uvádí, že četnost výměny se liší dle druhu dezinfekce a dle použitého ředění.

Sestra se setkala s různými typy pacientů: pacienty seniory, dětmi, obtížně spolupracujícími dětmi, pacienty se sociálními problémy, se smyslovým, s psychickým a s tělesným defektem a s pacienty cizinci. Nikdy se nesetkala s pacientem s mentálním deficitem. Respondentka považuje komunikaci se seniory za specifickou. Komunikuje s nimi především trpělivě. Na pacienty má dostatek času, nechvátá. Mluví na ně nahlas, pomalu a srozumitelně. Pomáhá jim rovněž s usazením do křesla a s odebráním kompenzačních pomůcek. Rovněž práci s dětmi považuje za specifickou. Ohledně komunikace s dětmi je pro ni nejdůležitější eliminace strachu dítěte před ošetřením. Dětem rozhodně nelze, zjednodušuje pro ně výklad, chválí je a povzbuzuje. Snaží se, aby byl při ošetření dítěte přítomen jeho rodič. Po ošetření dává drobný dárek. Snaží se o rychlé ošetření bez zbytečných průtahů. Při příchodu dítěte mu ukáže prostředí ordinace a všechny pomůcky, které budou při ošetření užity. Sestra uvádí, že k prvnímu kontaktu dětí se stomatologem dochází nejčastěji po 2. roce života dítěte. Převažující motivací k této návštěvě je buď bolest, nebo defekt zubu. Sestra se v ambulanci setkala i s dětmi, které se nechtěly nechat ošetřit. Tyto děti v ambulanci ošetřují. K ošetření užívají kovový prst, metodu Tell – Show – Do, odvedení pozornosti, modelování a pozitivní povzbuzení.

Respondentka se podílí na edukaci v oblasti preventivní péče. Hlavní roli v edukaci má však lékař. Na edukaci má dostatek času. Četnost edukace pacientů je u nich v ambulanci při každé preventivní prohlídce, což je 2x za rok. Při edukaci rodičů dětí s dočasným chrupem řeší prevenci zubního kazu, techniku čištění zubů, pomůcky, životosprávu, fluoridaci a v případě potřeby i ortodoncii. Při edukaci pacientů se stálým chrupem se zabývají prevencí zubního kazu, technikou čištění zubů, pomůckami, výživou, ústní hygienou, pískováním, bělením zubů a významem preventivních

prohlídek. Sestra edukuje verbálně, názornou instruktáží a pomocí informačních letáků. Občas dostává zpětnou vazbu od ošetřeného pacienta.

Kazuistika č. 3

Třetí respondentkou je žena, které je 45 let. Praxi ve zdravotnictví má 26 let, z toho 15 let pracuje jako sestra ve stomatologické ambulanci. Vystudovala střední zdravotnickou školu. V ambulanci nedělá jinou profesi než sesterskou.

Respondentka se dále vzdělává a to účastí na vzdělávacích akcích ve svém oboru. Odborné publikace nečte a není členkou odborné společnosti, neboť v tom neshledává žádný smysl. Lékař sestru podporuje ve vzdělávání verbálně, půjčováním časopisu LKS a poskytnutím letáku se vzdělávacími kurzy pro sestry. Sestra vnímá přínos své práce ve stomatologické ambulanci a to zejména v asistenci lékaři, v péči o pacienty a v eliminaci strachu z ošetření u pacienta.

Respondentka uvádí, že k její náplni práce patří komunikace s pacienty, provádění hygienických a protiepidemických opatření, příprava křesla, instrumentaria a dalších pomůcek, asistence při zákrocích, organizace provozu ambulance, zdravotně-výchovná činnost a vedení stomatologické dokumentace. Sestra popírá, že by měla v náplni práce manipulaci s léky, edukaci ohledně místní aplikace léků a vysvětlování užívání zubních náhrad a ortodontických aparátů. Tyto činnosti patří do kompetence lékaře.

Sestra má dostatek času na provedení všech hygienických opatření dle platných hygienických standardů. Při instrumentaci se chrání užitím jednorázových ústenek a rukavic. Ruce si myje před začátkem ošetření, po ukončení ošetření, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem a dále dle potřeby. Při použití jehly a stříkačky sestra nevrací kryt na jehlu. Jehlu od stříkačky odděluje pomocí speciálních kontejnerů opatřených oddělovači. Stříkačku a kryt od jehly dává do biologického odpadu. Kontejner s jehlami značí hned, jakmile se do něj začnou jehly odkládat. Při příchodu infekčního pacienta užije jednorázovou ústenku a rukavice. Pečlivě vydezinfikuje křeslo a užije i dalších dezinfekčních prostředků. Dezinfekční prostředky mění dle toho, zda se jedná o koncentrát či jednorázové ředění. Dezinfekci na ruce mění

až po vypoužití. Koncentrát dezinfekce na otisky, na savky, chirurgické nástroje a na plochy nemění. Jednorázové ředění dezinfekce na otisky mění 1x týdně, na savky mění denně, na chirurgické nástroje 2x týdně a na plochy denně. Sestra uvádí, že četnost výměny se liší dle druhu dezinfekce a dle použitého ředění.

Sestra se setkala s různými typy pacientů: pacienty seniory, dětmi, obtížně spolupracujícími dětmi, pacienty se sociálními problémy, se smyslovým, s psychickým a s tělesným defektem a s pacienty cizinci. Nikdy se nesetkala s pacientem s mentálním deficitem. Respondentka považuje komunikaci se seniory za specifickou. Komunikuje s nimi především trpělivě. Na pacienty má dostatek času, nechvátá. Mluví na ně nahlas, pomalu a srozumitelně. Pomáhá jim rovněž s usazením do křesla a s odebráním kompenzačních pomůcek. Rovněž práci s dětmi považuje za specifickou. Ohledně komunikace s dětmi je pro ni nejdůležitější eliminace strachu dítěte před ošetřením. Dětem rozhodně nelže, zjednodušuje pro ně výklad, chválí je a povzbuzuje. Snaží se, aby byl při ošetření dítěte přítomen jeho rodič. Po ošetření dává drobný dárek. Snaží se o rychlé ošetření bez zbytečných průtahů. Při příchodu dítěte mu ukáže prostředí ordinace a všechny pomůcky, které budou při ošetření užity. Sestra uvádí, že k prvnímu kontaktu dětí se stomatologem dochází nejčastěji po 2. roce života dítěte. Převažující motivací k této návštěvě je buď bolest, nebo defekt zubu. Sestra se v ambulanci setkala i s dětmi, které se nechtěly nechat ošetřit. Tyto děti však v ambulanci neošetřují. Dítě je odesláno na stomatochirurgii do nemocnice, kde je dále ošetřeno v celkové anestezii.

Respondentka se podílí na edukaci v oblasti preventivní péče. Hlavní roli v edukaci má však lékař. Na edukaci má dostatek času. Četnost edukace pacientů je u nich v ambulanci při každé preventivní prohlídce, což je 2x za rok. Při edukaci rodičů dětí s dočasným chrupem řeší prevenci zubního kazu, techniku čištění zubů, pomůcky, životosprávu a fluoridaci. Při edukaci pacientů se stálým chrupem se zabývají prevencí zubního kazu, technikou čištění zubů, pomůckami, výživou, pískováním, bělením zubů a významem preventivních prohlídek. Sestra edukuje verbálně, názornou instruktáží a pomocí informačních letáků. Často dostává zpětnou vazbu od ošetřeného pacienta.

Kazuistika č. 4

Čtvrtou respondentkou je žena, které je 49 let. Praxi ve zdravotnictví má 30 let, z toho 20 let pracuje jako sestra ve stomatologické ambulanci. Vystudovala střední zdravotnickou školu. V ambulanci nedělá jinou profesi než sesterskou.

Respondentka se dále vzdělává a to četbou časopisu LKS. Vzdělávacích akcí se neúčastní a není členkou odborné společnosti, neboť v tom neshledává žádný smysl. Lékař sestru podporuje ve vzdělávání verbálně, půjčuje jí časopis LKS a poskytuje jí leták se vzdělávacími kurzy pro sestry. Sestra vnímá přínos své práce ve stomatologické ambulanci a to zejména v asistenci lékaři, v péči o pacienty, v edukaci v oblasti preventivní péče a v eliminaci strachu z ošetření u pacienta.

Respondentka uvádí, že k její náplni práce patří komunikace s pacienty, provádění hygienických a protiepidemických opatření, příprava křesla, instrumentaria a dalších pomůcek, asistence při zákrocích, organizace provozu ambulance, zdravotně-výchovná činnost a vedení stomatologické dokumentace. Sestra popírá, že by měla v náplni práce manipulaci s léky, edukaci ohledně místní aplikace léků a vysvětlování užívání zubních náhrad a ortodontických aparátů. Tyto činnosti patří do kompetence lékaře.

Sestra má dostatek času na provedení všech hygienických opatření dle platných hygienických standardů. Při instrumentaci se chrání užitím jednorázových ústenek a rukavic. Ruce si myje před začátkem ošetření, po ukončení ošetření, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem a dále dle potřeby. Při použití jehly a stříkačky sestra nevrací kryt na jehlu. Jehlu od stříkačky odděluje pomocí speciálních kontejnerů opatřených oddělovači. Stříkačku a kryt od jehly dává do biologického odpadu. Kontejner s jehlami značí těsně před transportem do spalovny. Infekčního pacienta neošetřuje a přeobjedná ho na jiný termín. Dezinfekční prostředky mění dle toho, zda se jedná o koncentrát či jednorázové ředění. Dezinfekci na ruce mění až po vypoužití. Dezinfekci na otisky nepoužívá, neboť je v ambulanci nedělají. Koncentrát dezinfekce na savky, chirurgické nástroje a na plochy nemění. Jednorázové ředění dezinfekce na savky mění denně, na chirurgické nástroje 2x týdně a na plochy denně. Sestra uvádí, že četnost výměny se liší dle druhu dezinfekce a dle použitého ředění.

Sestra se setkala s různými typy pacientů: pacienty seniory, dětmi, obtížně spolupracujícími dětmi, pacienty se sociálními problémy, se smyslovým a s psychickým defektem a s pacienty cizinci. Nikdy se nesečkala s pacientem s tělesným defektem a s pacientem s mentálním deficitem. Respondentka považuje komunikaci se seniory za specifickou. Komunikuje s nimi především trpělivě. Na pacienty má dostatek času, nechvátá. Mluví na ně nahlas, pomalu a srozumitelně. Pomáhá jim rovněž s usazením do křesla a s odebráním kompenzačních pomůcek. Rovněž práci s dětmi považuje za specifickou. Ohledně komunikace s dětmi je pro ni nejdůležitější eliminace strachu dítěte před ošetřením. Dětem rozhodně nelže, zjednodušuje pro ně výklad, chválí je a povzbuzuje. Snaží se, aby byl při ošetření dítěte přítomen jeho rodič. Po ošetření dává drobný dárek. Snaží se o rychlé ošetření bez zbytečných průtahů. Při příchodu dítěte mu ukáže prostředí ordinace a všechny pomůcky, které budou při ošetření užity. Sestra uvádí, že k prvnímu kontaktu dětí se stomatologem dochází nejčastěji po 3. roce života dítěte. Převažující motivací k této návštěvě je buď bolest, nebo defekt zubu. Sestra se v ambulanci setkala i s dětmi, které se nechtěly nechat ošetřit. Tyto děti však v ambulanci neošetřují. Dítě je odesláno na stomatochirurgii do nemocnice, kde je dále ošetřeno v celkové anestezii.

Respondentka se podílí na edukaci v oblasti preventivní péče. Hlavní roli v edukaci má však lékař. Na edukaci má dostatek času. Četnost edukace pacientů je u nich v ambulanci při každé preventivní prohlídce, což je 2x za rok. Při edukaci rodičů dětí s dočasným chrupem řeší prevenci zubního kazu, techniku čištění zubů, pomůcky, životosprávu a fluoridaci. Při edukaci pacientů se stálým chrupem se zabývají prevencí zubního kazu, technikou čištění zubů, pomůckami, výživou, pískováním a bělením zubů. Sestra edukuje verbálně, názornou instruktáží a pomocí informačních letáků. Občas dostává zpětnou vazbu od ošetřeného pacienta.

Kazuistika č. 5

Pátou respondentkou je žena, které je 71 let. Praxi ve zdravotnictví má 54 let, z toho 54 let pracuje jako sestra ve stomatologické ambulanci. Má kurz zubní instrumentárky. V ambulanci nedělá jinou profesi než sesterskou.

Respondentka se dále vzdělává a to účastí na vzdělávacích akcích ve svém oboru a četbou časopisu LKS. Není členkou odborné společnosti, neboť v tom neshledává žádný smysl. Lékař sestru podporuje ve vzdělávání verbálně a finančně. Dále jí půjčuje časopis LKS, poskytuje jí leták s kurzy pro sestry a umožnil jí účast na vzdělávacím kurzu v zahraničí. Sestra vnímá přínos své práce ve stomatologické ambulanci a to zejména v asistenci lékaři, v péči o pacienty, v edukaci v oblasti preventivní péče a v eliminaci strachu z ošetření u pacienta.

Respondentka uvádí, že k její náplni práce patří komunikace s pacienty, provádění hygienických a protiepidemických opatření, příprava křesla, instrumentaria a dalších pomůcek, asistence při zákrocích, organizace provozu ambulance, zdravotně-výchovná činnost a vedení stomatologické dokumentace. Sestra popírá, že by měla v náplni práce manipulaci s léky, edukaci ohledně místní aplikace léků a vysvětlování užívání zubních náhrad a ortodontických aparátů. Tyto činnosti patří do kompetence lékaře.

Sestra má dostatek času na provedení všech hygienických opatření dle platných hygienických standardů. Při instrumentaci se chrání užitím látkových roušek a jednorázových rukavic. Ruce si myje před začátkem ošetření, po ukončení ošetření, po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem a dále dle potřeby. Při použití jehly a stříkačky sestra nevrací kryt na jehlu. Jehlu od stříkačky odděluje pomocí speciálních kontejnerů opatřených oddělovači. Stříkačku a kryt od jehly dává do biologického odpadu. Kontejner s jehlami značí těsně před transportem do spalovny. Při příchodu infekčního pacienta užije jednorázovou ústenku a rukavice. Pečlivě vydezinfikuje křeslo a užije i dalších dezinfekčních prostředků. Po odchodu pacienta vše horkovzdušně sterilizuje. Dezinfekční prostředky mění dle toho, zda se jedná o koncentrát či jednorázové ředění. Dezinfekci na ruce mění až po vypoužití. Dezinfekci na otisky nepoužívá, neboť je v ambulanci nedělají. Koncentrát dezinfekce na savky, chirurgické nástroje a na plochy nemění. Jednorázové ředění dezinfekce na savky mění denně, na chirurgické nástroje denně a na plochy 1x týdně. Sestra uvádí, že četnost výměny se liší dle druhu dezinfekce a dle použitého ředění.

Sestra se setkala s různými typy pacientů: pacienty seniory, dětmi, obtížně spolupracujícími dětmi, pacienty se sociálními problémy, se smyslovým, s psychickým a s tělesným defektem, s pacientem s mentálním deficitem a s pacienty cizinci. Respondentka považuje komunikaci se seniory za specifickou. Komunikuje s nimi především trpělivě. Na pacienty má dostatek času, nechvátá. Mluví na ně nahlas, pomalu a srozumitelně. Pomáhá jim rovněž s usazením do křesla a s odebráním kompenzačních pomůcek. Rovněž práci s dětmi považuje za specifickou. Ohledně komunikace s dětmi je pro ni nejdůležitější eliminace strachu dítěte před ošetřením. Dětem rozhodně nelze, zjednodušuje pro ně výklad, chválí je a povzbuzuje. Snaží se, aby byl při ošetření dítěte přítomen jeho rodič. Po ošetření dává drobný dárek. Snaží se o rychlé ošetření bez zbytečných průtahů. Při příchodu dítěte mu ukáže prostředí ordinace a všechny pomůcky, které budou při ošetření užity. Sestra uvádí, že k prvnímu kontaktu dětí se stomatologem dochází nejčastěji po 4. roce života dítěte. Převažující motivací k této návštěvě je buď bolest, nebo defekt zubu. Sestra se v ambulanci setkala i s dětmi, které se nechtěly nechat ošetřit. Tyto děti v ambulanci přeobjednáme na jindy, nebo ho ošetříme. K ošetření užívají kovový prst, metodu Tell – Show – Do, odvedení pozornosti a pozitivní povzbuzení.

Respondentka se podílí na edukaci v oblasti preventivní péče. Hlavní roli v edukaci má však lékař. Na edukaci má dostatek času. Četnost edukace pacientů je u nich v ambulanci při každé preventivní prohlídce, což je 2x za rok. Při edukaci rodičů dětí s dočasným chrupem řeší prevenci zubního kazu, techniku čištění zubů, pomůcky, životosprávu, fluoridaci a v případě potřeby i ortodoncii. Při edukaci pacientů se stálým chrupem se zabývají prevencí zubního kazu, technikou čištění zubů, pomůckami, výživou, ústní hygienou, pískováním, bělením zubů a významem preventivních prohlídek. Sestra edukuje verbálně, názornou instruktáží a pomocí informačních letáků. Někdy dostává zpětnou vazbu od ošetřeného pacienta.

4.2 Kategorizace dat v tabulkách

Seznam kategorizačních skupin

1. Identifikační údaje sester (tabulka 1)
2. Další vzdělávání sester (tabulka 2)
3. Podpora zubního lékaře v sebevzdělávání sestry (tabulka 3)
4. Přínos práce sestry ve stomatologické ambulanci (tabulka 4)
5. Náplň práce sestry ve stomatologické ambulanci (tabulka 5)
6. Použití ochranných pomůcek při instrumentaci (tabulka 6)
7. Četnost mytí rukou (tabulka 7)
8. Postup při příchodu infekčního pacienta do ambulance (tabulka 8)
9. Četnost výměny dezinfekčních přípravků v ambulanci - koncentrát (tabulka 9)
10. Četnost výměny dezinfekčních přípravků – jednorázové ředění (tabulka 10)
11. Zkušenost sester s komunikací s různými typy pacientů (tabulka 11)
12. Specifika komunikace se seniory (tabulka 12)
13. Specifika komunikace s dětmi (tabulka 13)
14. Nejčastější věk dětí a motivace při první návštěvě zubního lékaře (tabulka 14)
15. Postup při příchodu obtížně spolupracujícího dítěte do ambulance (tabulka 15)
16. Specifika komunikace s obtížně spolupracujícími dětmi (tabulka 16)
17. Kdo provádí edukaci ve stomatologické ambulanci (tabulka 17)
18. Četnost edukace pacientů (tabulka 18)
19. Témata řešená při edukaci rodičů s dětí s dočasným chrupem (tabulka 19)
20. Témata řešená při edukaci pacientů se stálým chrupem (tabulka 20)
21. Využití pomůcek k edukaci (tabulka 21)
22. Existence zpětné vazby od pacientů (tabulka 22)

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

	R1	R2	R3	R4	R5
Věk	46	53	45	49	71
Praxe ve zdravotnictví	27	34	26	30	54
Praxe v zubní ordinaci	12	19	15	20	54
Dosažené vzdělání	SZŠ	VOŠ dětská sestra	SZŠ	SZŠ	Kurz zubní instrumentárka
Jiná profese než sesterská	ne	ne	ne	ne	ne

SZŠ = střední zdravotnická škola

VOŠ = vyšší odborná škola

R = respondentka

R1 je 46 let, ve zdravotnictví pracuje 27 let, z toho je již 12 let ve stomatologické ambulanci, vystudovala SZŠ. R2 je 53 let, ve zdravotnictví pracuje 34 let, z toho je již 199 let ve stomatologické ambulanci, vystudovala VOŠ obor dětská sestra. R3 je 45 let, ve zdravotnictví pracuje 26 let, z toho je již 15 let ve stomatologické ambulanci, vystudovala SZŠ. R4 je 49 let, ve zdravotnictví pracuje 30 let, z toho je již 20 let ve stomatologické ambulanci, vystudovala SZŠ. R5 je 71 let, ve zdravotnictví pracuje 54 let, z toho je již 54 let ve stomatologické ambulanci, absolvovala kurz zubní instrumentárka. Všechny respondentky uvedly, že ve stomatologické ambulanci nevykonávají jinou práci než sesterskou.

Tabulka 2 Další vzdělávání sester

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Vzdělávací akce	1		1		1	3
Odborné publikace		1		1	1	3
Členka odborné společnosti						0
Neaktivita						0

R1, R2 a R3 se aktivně účastní různých vzdělávacích akcí. R2, R4 a R5 čtou odborné publikace. Žádná ze sester není členkou odborné společnosti. Všechny sestry se aktivně vzdělávají.

Tabulka 3 Podpora zubního lékaře v sebevzdělávání sestry

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Verbální podpora	1		1	1	1	4
Odborné publikace		1	1	1	1	4
Leták s kurzy pro sestry		1	1	1	1	4
Stomatologické veletrhy		1				1
Finanční podpora	1				1	2
Kurz v zahraničí					1	1

R1, R3, R4 a R5 jsou podporovány svým lékařem verbálně. R2, R3, R4 a R5 uvedly, že jim lékař půjčuje odborné publikace a poskytuje jim leták se vzdělávacími kurzy pro sestry. Pouze R1 lékař nabízí možnost účasti na stomatologickém veletrhu. R1 a R5 nabízí lékař finanční podporu vzdělávání. R5 se dokonce zúčastnila kurzu v zahraničí.

Tabulka 4 Přínos práce sestry ve stomatologické ambulanci

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Asistence lékařů	1	1	1	1	1	5
Péče o pacienty	1	1	1	1	1	5
Eliminace strachu			1	1	1	3
Edukace	1	1		1	1	4

Všechny respondentky vidí svůj přínos ve stomatologické ambulanci hlavně v asistenci lékařů a v péči o pacienty. R3, R4 a R5 shledávají svůj přínos v eliminaci strachu z ošetření. R1, R2, R4 a R5 uvádí edukaci pacientů v oblasti preventivní péče.

Tabulka 5 Náplň práce sestry ve stomatologické ambulanci

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Komunikace s pacienty	1	1	1	1	1	5
Dezinfekce a sterilizace	1	1	1	1	1	5
Příprava křesla a instrumentaria	1	1	1	1	1	5
Asistence při zákrocích	1	1	1	1	1	5
Manipulace s přístroji	1	1	1	1	1	5
Organizace provozu ambulance	1	1	1	1	1	5
Zdravotně-výchovná činnost	1	1	1	1	1	5
Stomatologická dokumentace	1	1	1	1	1	5
Manipulace s léky						0
Edukace místní aplikace léků						0
Vysvětluje užívání zubních náhrad						0
Vysvětluje užívání ortodont. aparátů						0

Všechny respondentky uvedly, že k jejich náplni práce patří: komunikace s pacienty, dezinfekce a sterilizace, příprava křesla a instrumentaria, asistence při zákrocích, manipulace s přístroji, organizace provozu ambulance, zdravotně-výchovná činnost a vedení stomatologické ambulance. Ani jedna z respondentek neuvédla, že by manipulovala s léky, učila místně aplikovat léky, vysvětlovala užívání zubních náhrad a ortodontických aparátů.

Tabulka 6 Použití ochranných pomůcek při instrumentaci

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Jednorázové ústenky	1	1	1	1		4
Jednorázové rukavice	1	1	1	1	1	5
Látkové roušky					1	1

R1, R2, R3 a R4 používají při instrumentaci jednorázové ústenky a rukavice. R5 používá jednorázové rukavice. Místo jednorázových ústenek dává přednost látkovým rouškám.

Tabulka 7 Četnost mytí rukou

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Před začátkem ošetření	1	1	1	1	1	5
Po ukončení ošetření	1	1	1	1	1	5
Po manipulaci s bio. materiálem	1	1	1	1	1	5
Po manipulaci s použitým prádlem	1	1	1	1	1	5
Dle potřeby	1	1	1	1	1	5

Všechny respondentky si myjí ruce před začátkem ošetření, po ukončení ošetření, po manipulaci s biologickým materiálem, po manipulaci s použitým prádlem a dále dle potřeby.

Tabulka 8 Postup při příchodu infekčního pacienta do ambulance

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Ústenka či látková rouška	1	1	1		1	4
Jednorázové rukavice	1	1	1		1	4
Dezinfekce křesla	1	1	1		1	4
Dezinfekční prostředky	1	1	1		1	4
Horkovzdušná sterilizace					1	1
Přeobjednání na jiný termín				1		1

R1, R2, R3 a R5 používají při příchodu infekčního pacienta ústenku či látkovou roušku a jednorázové rukavice. Používají dezinfekční prostředky a po odchodu pacienta důkladně dezinfikují křeslo. R5 navíc používá horkovzdušnou sterilizaci. R4 uvádí, že infekční pacienty přeobjednávají na jiný termín.

Tabulka 9 Četnost výměny dezinfekčních přípravků v ambulanci – koncentrát

	R1	R2	R3	R4	R5
Dezinfekce na ruce	po vypoužití	po vypoužití	po vypoužití	po vypoužití	po vypoužití
Dezinfekce na otisky	-	-	ne	-	-
Dezinfekce na savky	po 3 měsících	ne	ne	ne	ne
Dezinfekce na chir. nástroje	po 3 měsících	ne	ne	ne	ne
Dezinfekce na plochy	po 3 měsících	ne	ne	ne	ne

Všechny respondentky shodně uvedly, že mění dezinfekci na ruce až po vypoužití. Dezinfekci na otisky má v ambulanci pouze R3 a koncentrát nemění. R2, R3, R4 a R5 nemění koncentráty dezinfekce na savky, chirurgické nástroje a na plochy. R1 mění koncentráty dezinfekce na savky, chirurgické nástroje a na plochy po 3 měsících.

Tabulka 10 Četnost výměny dezinfekčních přípravků – jednorázové ředění

	R1	R2	R3	R4	R5
Dezinfekce na otisky	-	-	1x týdně	-	-
Dezinfekce na savky	denně	dle výrobce	denně	denně	denně
Dezinfekce na chir. nástroje	2x týdně	dle výrobce	2x týdně	2x týdně	denně
Dezinfekce na plochy	1x týdně	dle výrobce	denně	denně	1x týdně

Jednorázovou dezinfekci na otisky používá pouze R3 a mění ji 1x týdně. Dezinfekci na savky mění R1, R3, R4 a R5 denně. Dezinfekci na chirurgické nástroje mění R1, R3 a R4 2x týdně, R5 ji mění denně. Dezinfekci na plochy mění R1 a R5 1x týdně, R3 a R4 ji mění denně. R2 uvedla, že dezinfekci na savky, chirurgické nástroje a plochy mění dle doporučení výrobce.

Tabulka 11 Zkušenost sester s komunikací s různými typy pacientů

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Pacient senior (nad 60 let)	1	1	1	1	1	5
Pacient dítě	1	1	1	1	1	5
P. obtížně spolupracující dítě	1	1	1	1	1	5
P. se sociálními problémy	1	1	1	1	1	5
P. se smyslovým defektem	1	1	1	1	1	5
P. s psychickým defektem	1	1	1	1	1	5
P. s tělesným defektem		1	1		1	3
P. s mentálním deficitem					1	1
Pacient cizinec	1	1	1	1	1	5

Všechny respondentky se setkaly s pacientem seniorem, dítětem, obtížně spolupracujícím dítětem, pacientem se sociálními problémy, se smyslovým defektem, psychickým defektem a pacientem cizincem. R2, R3 a R5 se setkaly s pacientem s tělesným defektem. Pouze R5 se setkala s pacientem s mentálním deficitem.

Tabulka 12 Specifika komunikace se seniory

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Trpělivost	1	1	1	1	1	5
Dostatek času	1	1	1	1	1	5
Mluvení nahlas	1	1	1	1	1	5
Mluvení pomalu	1	1	1	1	1	5
Mluvení srozumitelně	1	1	1	1	1	5
Pomoc s usazením	1	1	1	1	1	5
Odebrání komp. pomůcek	1	1	1	1	1	5

Všechny respondentky uvedly, že ke komunikaci se seniory je třeba trpělivost a dostatek času. Na seniory mluví nahlas, pomalu a srozumitelně. Pomáhají seniorům s usazením do křesla a s odebráním kompenzačních pomůcek.

Tabulka 13 Specifika komunikace s dětmi

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Eliminace strachu	1	1	1	1	1	5
Mluvení pravdy	1	1	1	1	1	5
Zjednodušení výkladu	1	1	1	1	1	5
Pochvala, povzbuzení	1	1	1	1	1	5
Přítomnost rodiče	1	1	1	1	1	5
Dárek po ošetření	1	1	1	1	1	5
Rychlé ošetření	1	1	1	1	1	5
Prezentace prostředí	1	1	1	1	1	5

Všechny respondentky uvedly, že při komunikaci s dětmi se zaměřují na eliminaci strachu z ošetření. Dětem mluví pravdu, zjednodušují výklad, chválí je a povzbuzují. Jsou rády, když je při ošetření přítomen rodič. Dávají dárek po ukončení ošetření. Snaží se ošetření zbytečně neprotahovat. Dětem ukážou prostředí ordinace a všechny pomůcky, které budou při ošetření používat.

Tabulka 14 Nejčastější věk dětí a motivace při první návštěvě zubního lékaře

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Po 1. roce						0
Po 2. roce		1	1			2
Po 3. roce	1			1		2
Po 4. roce					1	1
Při bolesti zubu	1	1	1	1	1	5
Při defektu zubu	1	1	1	1	1	5
Při zdravých zubech						0

R2 a R3 uvedly, že věk první návštěvy dítěte ve stomatologické ambulanci je po 2. roce života. R1 a R4 uvedly, že věk této návštěvy je po 3. roce. R5 uvedla, že věk první návštěvy je v jejich ambulanci obvykle po 4. roce. Všechny shodně uvedly, že děti přicházejí do ambulance při bolesti či defektu zubu. Žádná z respondentek neuvédla, že

by do ordinace přicházely děti se zdravými zuby za účelem seznámení se s prostředím v stomatologické ambulanci.

Tabulka 15 Postup při příchodu obtížně spolupracujícího dítěte do ambulance

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Ošetříme ho	1	1			1	2
Přeobjednáme ho na jindy					1	1
Pošleme ho do nemocnice			1	1		2

R1, R2 a R5 obtížně spolupracující dítě ošetří, R5 ho přeobjednává na jiný termín, R3 a R4 ho odesílají na stomatochirurgii do nemocnice.

Tabulka 16 Specifika komunikace s obtížně spolupracujícími dětmi

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Kovový prst	1	1			1	3
Metoda Tell – Show – Do		1			1	2
Odvedení pozornosti	1	1			1	3
Modelování		1				1
Pozitivní povzbuzení	1	1			1	3
Odchod rodiče do čekárny	1					1

R1, R2 a R5 využívají k ošetření obtížně spolupracujících dětí kovový prst, odvedení pozornosti a pozitivní povzbuzení. R1 a R5 využívají metodu Tell – Show-Do. R2 užívá též modelování a R1 odchod rodiče do čekárny. R3 a R4 neošetřují obtížně spolupracující děti.

Tabulka 17 Kdo provádí edukaci ve stomatologické ambulanci

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Pouze lékař						0
Pouze sestra						0
Sestra a lékař	1	1	1	1	1	5
Hlavně sestra						0
Hlavně lékař	1	1	1	1	1	5

Všechny respondentky uvedly, že se podílí na edukaci pacientů v oblasti preventivní péče. Hlavní roli v edukaci má však lékař.

Tabulka 18 Četnost edukace pacientů

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
1x za rok						0
2x za rok	1	1	1	1	1	3
Dle potřeby	1					1
Při prevent. prohlídkách	1	1	1	1	1	5

Všechny respondentky shodně uvedly, že edukují pacienta v oblasti preventivní péče v rámci preventivních prohlídek, což je 2x za rok. R1 uvedla, že edukuje i mimo preventivní prohlídky v případě potřeby.

Tabulka 19 Témata řešená při edukaci rodičů s dětmi s dočasným chrupem

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Prevence zubního kazu	1	1	1	1	1	5
Technika čištění zubů	1	1	1	1	1	5
Správné pomůcky	1	1	1	1	1	5
Správná výživa	1	1	1	1	1	5
Fluoridace	1	1	1	1	1	5
Ortodoncie	1	1			1	3

Všechny respondentky uvedly, že při edukaci rodičů s dětmi s dočasným chrupem řeší tato témata: prevence zubního kazu, technika čištění zubů, správné pomůcky, správná výživa a fluoridace. R1, R2 a R5 uvedly téma ortodontie.

Tabulka 20 Témata řešená při edukaci pacientů se stálým chrupem

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Prevence zubního kazu	1	1	1	1	1	5
Technika čištění zubů	1	1	1	1	1	5
Správné pomůcky	1	1	1	1	1	5
Správná výživa	1	1	1	1	1	5
Pískování a bělení zubů	1	1	1	1	1	5
Ústní hygiena	1	1			1	3
Preventivní prohlídky		1	1		1	3

Všechny respondentky uvedly, že při edukaci pacientů se stálým chrupem řeší tato témata: prevence zubního kazu, technika čištění zubů, správné pomůcky, správná výživa, pískování a bělení zubů. R1, R2 a R5 uvedly téma ústní hygieny. R2, R3 a R5 se věnují též tématu důležitosti preventivních prohlídek.

Tabulka 21 Využití pomůcek k edukaci

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Verbálně	1	1	1	1	1	5
Názorná instruktáž	1	1	1	1	1	5
Informační leták	1	1	1	1	1	5
Audiovizuální pomůcky	1					5

Všechny respondentky uvedly, že edukují pacienty v oblasti preventivní péče verbálně, názornou instruktáží a pomocí informačních létáků. Pouze R1 využívá k edukaci audiovizuální pomůcky.

Tabulka 22 Existence zpětné vazby od pacientů

	R1	R2	R3	R4	R5	Součty
Nikdy						0
Občas		1		1		2
Někdy	1				1	2
Často			1			1
Vždycky						0

R1 a R4 uvedly, že dostávají zpětnou vazbu od pacientů často. R1 a R5 ji dostávají někdy a R3 často.

5. Diskuze

Na začátku výzkumného šetření jsem odebrala identifikační údaje od zdravotních sester. Sestrám bylo mezi 46 a 71 roky. Délka jejich praxe ve zdravotnictví byla u všech více než 25 let a délka praxe ve stomatologické ambulanci více než 10 let. Všechny sestry kromě jedné absolvovaly minimálně střední zdravotnickou školu. Poslední sestra má jen kurz zubní instrumentářky. Dle současných platných legislativních norem může jako sestra ve stomatologické ambulanci pracovat absolventka oboru Všeobecná sestra, Dentální hygienistka a Zubní instrumentářka (Zákon 96/2004 Sb.). Žádná z oslovených sester nevykonává v ambulanci jinou práci než sesterskou.

Všechny sestry uvedly, že se dále vzdělávají a že je v tom jejich lékař podporuje. Celoživotní vzdělávání je definováno v zákoně (Zákon č. 96/2004 Sb.) a je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky. Lékaři podporují sestry v sebevzdělání různými způsoby. Nejčastější podporou je poskytnutí časopisu LKS. Jiné odborné časopisy sestry neznají. Dále jsou sestry informovány o aktuálním dění ve stomatologii verbálně. Tři sestry uvedly účast na odborných konferencích a seminářích. Velmi potěšující je skutečnost, že někteří lékaři své sestry podporují finančně a jedna se dokonce zúčastnila vzdělávací akce v zahraničí. Ani jedna z respondentek není členkou odborné společnosti, nevidí v tom žádný přínos pro svou práci. Myslím, že je to hlavně z nedostatku relevantních informací o funkci a smyslu odborných společností. Hlavním smyslem těchto společností je předání zkušeností v oboru, zvýšení prestiže sestry, zkvalitnění zdravotnické péče a motivace k sebevzdělávání (www.cnaa.cz). Bohužel semináře, které odborné společnosti organizují, jsou finančně nákladné, což sestry od účasti na nich odrazuje. Všechny sestry vnímají svůj přínos ve stomatologické ambulanci. Jako hlavní přínos považují asistenci lékaři, péče o pacienty, eliminaci strachu z ošetření a edukaci.

Další okruh otázek se týkal vlastní práce sestry. Nováková uvádí, že k náplni práce sestry patří: komunikace s pacienty, příprava stomatologického křesla, instrumentaria a ostatních pomůcek, provádění hygienických a protiepidemických

opatření, asistence při stomatologických zákrocích, manipulace s přístrojovým vybavením pracoviště, organizace provozu stomatologické ambulance, vedení dokumentace, zajištění zdravotně výchovné činnosti a edukace nemocných, případně rodičů dětí o technice péče o zuby, edukace místní aplikace léků, manipulace se stomatologickými léky, prezentace používání zubní náhrady a ortodontických aparátů (17). Zjistili jsme, že sestry musí mít především výborné komunikační schopnosti a měly by zvládat specifické výkony typické pro tento obor. Sestry mají na starost přípravu stomatologického křesla, instrumentaria a ostatních pomůcek. Asistují při stomatologických zákrocích, manipulují s přístrojovým vybavením pracoviště a provádí hygienická a protiepidemická opatření. Přípravují různé druhy speciálních stomatologických materiálů. Dále zajišťují zdravotně výchovnou činnost a edukují nemocné, případně rodiče dětí o správné technice péče o zuby. Objasňují zvláštnosti ústní hygieny při konkrétním onemocnění. Sestry mají na starost i organizaci provozu stomatologické ambulance, kdy objednávají klienty a komunikují s laboratoří a dalšími pracovišti. Také vedou záznamy do stomatologické dokumentace. Žádná ze sester však neučí místně aplikovat léky, ani s nimi nemanipuluje, nepředvádí a nevysvětluje používání zubní náhrady a ortodontických aparátů. Tyto činnosti provádí lékař sám. Tímto jsme zodpověděli na výzkumnou otázku č. 1: Jaká je náplň práce sestry v péči o pacienty ve stomatologické ambulanci? Vzhledem k tomu, že je tato oblast velmi široká, tak jsme se v následujících částech bakalářské práce a výzkumu zaměřili pouze na 3 oblasti: provádění hygienických a protiepidemických opatření, komunikaci s různými typy pacientů a edukaci v oblasti preventivní péče.

Všechny sestry uvedly, že mají dostatek času na provedení všech hygienických opatření dle platných hygienických standardů. Jako ochranné pomůcky při instrumentaci používají jednorázové ústenky a rukavice. Jedna sestra dává přednost látkovým rouškám před ústenkami. Všechny sestry si myjí ruce před začátkem ošetření, po ukončení ošetření, po manipulaci s biologickým materiálem, použitým prádlem a dále dle potřeby. Hygienická dezinfekce rukou je ukotvena ve vyhlášce (Vyhláška 195/2005 Sb.). Všechny sestry zachází s použitou jehlou stejným způsobem. Při použití jehly a stříkačky kryt od jehly nevrací na jehlu. Jehlu ručně neoddělují od konusu

stříkačky. Stříkačku oddělují pomocí speciálních kontejnerů opatřených oddělovači. Stříkačku a kryt od jehly dávají do biologického odpadu. Toto je v souladu se zákonem (Zákon č. 185/2001 Sb.). Zjistili jsme však rozdíl, kdy dochází ke značení kontejnerů s jehlami. Ve dvou ambulancích jsou kontejnery značeny hned, jakmile se do nich začnou jehly odkládat. Ve třech ambulancích je však zvykem značit kontejnery až těsně před transportem do spaloven. Dále jsme se zabývali četností výměny dezinfekčních přípravků. Dezinfekční přípravky jsme rozdělily na dezinfekci na ruce, otisky, savky, chirurgické nástroje a plochy. Ohledně koncentrátů uvedla pouze jedna sestra, že v jejich ambulanci mění druhy koncentrátů po třech měsících z důvodu zabránění vzniku rezistence bakterií (16,30). V ostatních ambulancích druh koncentráту nemění. Domnívám se, že je to z důvodu neznalosti. Jednorázové ředění desinfekce se mění buď denně, jednou týdně či dvakrát týdně. Četnost výměny se liší z důvodu druhu použité dezinfekce a z důvodu odlišné koncentrace ředění. Všechny sestry shodně uvedly, že se drží návodu použití od výrobce. Postup při příchodu infekčního pacienta do ambulance je správný pouze u jedné sestry. Pacient není ošetřen a je přeobjednán na jiný termín (30). Ostatní sestry pacienta ošetří. Při ošetření však dbají na užití ochranných pomůcek, pečlivou dezinfekci a sterilizaci. Domnívám se, že tento postup není vhodný, neboť napomáhá přenosu nosokomiálních nákaz a v konečném důsledku dochází nejen k ohrožení zdraví personálu, ale i dalších pacientů.

Další hlavní náplní práce sestry ve stomatologii je komunikace. Z našeho šetření jsme zjistili, že sestry se v ordinaci setkaly s různými typy pacientů – seniory (nad 60 let), dětmi, obtížně spolupracujícími dětmi, cizinci, pacienty se sociálními problémy, pacienty s psychickým, smyslovým a tělesným defektem. Naproti tomu zkušenost s hluchoslepými a s pacienty s mentálním deficitem je vzácná. Všechny sestry uvedly jako hlavní komunikační problém úzkost a obavu pacientů ze stomatologického ošetření (7,30). K eliminaci úzkosti se snaží projevit empatii a zájem o pacienta. Nabídnou mu podporu, mluví na něj klidně. Pomáhají vytvořit příjemné prostředí. Vzhledem k široké škále typů pacientů bychom doporučili sestrám návštěvu kurzu komunikačních dovedností, neboť sestra by měla znát specifika komunikace s různými typy pacientů. Kurz by rovněž poskytl sestrám cenné informace, jak eliminovat u pacientů obavu z

vyšetření. Všechny sestry považují komunikaci se seniory za specifickou. Starší lidé mají zhoršenou orientaci, hůře vidí, slyší, méně si pamatují, mají problém s vybavováním si zážitků a anamnestických dat (20,28). Sestry na pacienty nechvátají, vše jim trpělivě vysvětlují. Na seniory mluví nahlas, pomalu a srozumitelně. Sestry rovněž uvedly, že pomáhají seniorům s usazením do zubního křesla a odebráním kompenzačních pomůcek.

Všechny sestry uvedly, že se ve stomatologické ordinaci setkaly s dětmi. Rovněž komunikaci s dětmi považují za specifickou. Děti mají z nástrojů přirozený strach, proto příprava instrumentária a jeho vystavování nesmí být nikdy před dítětem (14,30). Mimoto někteří rodiče straší své děti návštěvou stomatologa, takže je tento přirozený strach ještě umocňován. Všechny sestry uvedly, že dítěti v žádném případě nelžou. Na děti mluví zjednodušeně, chválí ho a povzbuzují. Jsou rády, když při ošetření dítěte je přítomen i jeho rodič. Tři sestry se snaží děti motivovat i drobnou odměnou na koci ošetření. Ošetření dítěte se snaží zbytečně neprotahovat. Dětem ukážou prostředí ordinace a všechny pomůcky, které budou při ošetření používat. Je dobré, pokud rodiče s dítětem přijdou na první návštěvu zubní ordinace, když dítě nic nebolí. Dítě se pak může v klidu seznámit se zubní ordinací a se zdravotnickým personálem (11,22,30). V praxi však k tomuto nedochází. Sestry shodně uvedly, že k prvnímu setkání dětí s dočasným chrupem se zubním lékařem dochází nejčastěji mezi druhým a pátým rokem života dítěte a to z důvodu bolesti či při defektu zubu. Sestry řeší práci s obtížně spolupracujícím dítětem odlišně. Dvě sestry uvedly, že tyto děti odesílají na stomatochirurgii do nemocnice, kde jsou děti dále ošetřeny v celkové anestezii. Jedna sestra uvedla, že dítě objednájí na jiný termín a poprosí rodiče, aby dítě předem psychicky připravili a namotivovali. Dvě sestry pak uvedly, že obtížně spolupracující děti ošetřují. K ošetření užívají různé triky – kovový prst, metoda Tell – Show – Do (Vysvětlí – Ukaž – Proved'), odvedení pozornosti, modelování, pozitivní povzbuzení a odchod rodiče do čekárny (7,15). Domnívám se, že by bylo dobré, kdyby existovaly samostatné stomatologické ambulance zaměřené pouze na dětskou klientelu, jak tomu bylo dříve. Neboť práce s dětmi je velmi specifická. Výhodou by bylo i to, že prostředí čekárny a vlastního pracoviště by mohlo dostat pro dítě příjemnější vzhled (barvy,

barevné obrazy, hračky v čekárně), což by opět napomohlo eliminovat úzkost u dítěte. Tímto jsme odpověděli na výzkumnou otázku č. 2: Jaká jsou specifika komunikace s pacienty ve stomatologické ambulanci?

Velmi potěšující pro nás bylo zjištění, že se všechny sestry podílí na edukaci pacientů. Hlavní roli v edukaci však plní lékař, sestry ho pouze doplňují. Na edukaci mají dostatek času. Všechny sestry uvedly, že edukaci provádí pravidelně při každé preventivní prohlídce, což je dvakrát do roka. K tématům, kterými se při edukaci pacientů zabývají, patří: technika čištění zubů, správné pomůcky na čištění zubů, správná výživa a prevence zubního kazu. U rodičů dětí s dočasným chrupem přistupuje navíc téma fluoridace a ortodoncie. Sestry řeší s pacienty se stálým chrupem ještě témata ústní hygieny, pískování zubů, bělení zubů a významu preventivních prohlídek. Sestry edukují verbálně, názorně a pomocí letáku. Pouze jedna sestra uvedla, že využívá audiovizuální pomůcky. Tímto jsme odpověděli na výzkumnou otázku č. 3: Podílí se sestra na edukaci pacienta v oblasti preventivní péče?

6. Závěr

Cílem této bakalářské práce s názvem "Specifika práce sestry ve stomatologické ambulanci" bylo zjistit, jaká jsou specifika práce sestry ve stomatologické ambulanci. Na základě dosažených výsledků byl náš cíl splněn. V úvodu výzkumné části jsme vymezili tři výzkumné otázky. Výzkumná otázka číslo 1: Jaká je náplň práce sestry v péči o pacienty ve stomatologické ambulanci? Výzkumná otázka číslo 2: Jaká jsou specifika komunikace s pacienty ve stomatologické ambulanci? Výzkumná otázka číslo 3: Podílí se sestra na edukaci pacienta v oblasti preventivní péče? Na výzkumné otázky se nám podařilo nalézt odpověď.

Z dosažených výsledků bylo zjištěno, že k náplni práce sestry ve stomatologické ambulanci patří komunikace s pacienty, příprava stomatologického křesla, instrumentaria a ostatních pomůcek, provádění hygienických a protiepidemických opatření, asistence při stomatologických zákrocích, manipulace s přístrojovým vybavením pracoviště, organizace provozu stomatologické ambulance, vedení dokumentace, zajištění zdravotně výchovné činnosti a edukace nemocných, případně rodičů dětí o správné technice péče o zuby. Mezi specifika komunikace s pacienty patří zejména úzkost a obava ze stomatologického ošetření. Do ordinace přicházejí různé typy pacientů, sestra musí umět s každým správně a individualizovaně komunikovat. Sestry považují komunikaci se seniory i s dětmi za specifickou. K ošetření obtížně spolupracujících dětí využívají různé triky: kovový prst, metoda Tell – Show – Do (Vysvětli – Ukaž – Proveď), odvedení pozornosti, modelování, pozitivní povzbuzení a odchod rodiče do čekárny. Sestry se podílí na edukaci pacientů, hlavní roli v edukaci však má lékař.

Bakalářskou práci mohou využít zdravotní sestry, které by rády v budoucnosti pracovaly ve stomatologické ambulanci. Ohledně doporučení pro praxi bych navrhovala sestřám absolvovat kurz komunikačních dovedností, neboť sestra by měla znát specifika komunikace s různými typy pacientů. Kurz by rovněž poskytl sestřám cenné informace, jak eliminovat u pacientů obavu z vyšetření.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
2. BOŘECKÁ, K., Ruce zdravotníků odpovídají za většinu nozokomiálních nákaz. In: *Florence*, 2011, roč. 7, č. 2, s. 44, 45. ISSN 1801-464X.
3. ČERŇANOVÁ, A., Komunikačné prostriedky na upokojenie agresívneho pacienta. In: *Florence*, 2012, roč. 8, č. 2, s. 20, 21. ISSN 1801-464X.
4. DOSTÁLOVÁ, T., SEYDLOVÁ, M. *Stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 196 s. ISBN 978-80-247-2700-4.
5. FARKAŠOVÁ, D., a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
6. FIALOVÁ, S., NOVÁKOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z pedostomatologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 155 s. ISBN 80-244-0894-5.
7. HANDZEL, J., Obtížně ošetřitelné děti v ordinaci dětského stomatologa. In: *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 11, s. 38, 39, 40. ISSN 1210-0404.
8. HLAVIČKOVÁ, E., Správná péče o zuby od počátku. In: *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 1, s. 28. ISSN 1210-0404.
9. HOLLINS, C., *NVQs for Dental Nurses*. 1. vyd. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2003. 236 s. ISBN 1-4051-0528-3
10. HORŇÁKOVÁ, A., Multikulturní komunikace při ošetřování klienta jiné kultury. In: *Sestra*, roč. 18, č. 9, s. 23, 24. ISSN 1210-0404.

11. HRUBKOVÁ, V., ŠUSTOVÁ, Z., Zubní průkaz dítěte. In: *LKS*, 2005, roč. 15, č. 3, s 10, 11. ISSN 1210-3381.
12. KRŇOULOVÁ, J., EL-LABABIDI, A., a kol., Prenatální a postnatální prevence zubního kazu u dětí. In: *StomaTip*, 2010, č. 1, s. 10, 11. ISSN 1214- 8288.
13. KRŇOULOVÁ, J., EL-LABABIDI, A., a kol., Zubní kaz. In: *StomaTip*, 2010, č. 1, s. 6, 7. ISSN 1214- 8288.
14. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
15. MASÁŘÍKOVÁ, R., Dítě a bolest. In: *Sestra*, roč. 18, č. 9, s. 36, 37, 38. ISSN 1210-0404.
16. NEMŠOVSKÁ, M., Dezinfekce, sterilizace. In: *Florence*, 2011, roč. 7, č. 12, s. 26, 27. ISSN 1801-464X.
17. NOVÁKOVÁ, I. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
18. PODSTATOVÁ, R., Dezinfekce, sterilizace. In: *Florence*, 2011, roč. 7, č. 2, s. 39, 40, 41. ISSN 1801-464X.
19. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství I. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.

20. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 104 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
21. REMEŠOVÁ, B., Fluoridy v prevenci zubního kazu. In: *Florence*, 2011, roč. 7, č. 5, s. 7. ISSN 1801-464X.
22. SÁGLOVÁ, S., Spolupráce dentálního týmu v individuální preventivní péči o dětské pacienty. In: *Dentální tým*, 2010, roč. 3, č. 9, s. 16, 17, 18, 19. ISSN 1803-6929.
23. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty IV*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2506-2.
24. VRUBLOVÁ, Y., Edukace v primární stomatologické péči. In: *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 1, s. 44, 45, 46. ISSN 1210-0404.
25. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 351 s. ISBN 80-246-1091-4.
26. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace*. 1. vyd. Praha: Galen, 2009. 136 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
27. VÁCHOVÁ, Z., ZICHOVÁ, K., Asistence ve stomatologické ordinaci. In: *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 11, s. 35, 36. ISSN 1210-0404.
28. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

29. VRUBLOVÁ, Y., Edukace v primární stomatologické péči. In: *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 1, s. 44, 45, 46. ISSN 1210-0404.
30. VURM, V. *Ošetrovatelství ve stomatologii*. 1. vyd. Praha: Manus, 2005. 82 s. ISBN 80-86571-08-4.
31. VYHLÁŠKA č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. online. 2005. In: /cit. 2008-02-02/. Dostupné z WWW: http://www.khszlin.cz/doc/2005_195.pdf
32. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
33. WEBER, T. *Memorix zubního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 456 s. ISBN 80-247- 1017-X.
34. WICAZOVÁ, E., Komunikace s handicapovanými pacienty. In: *Florence*, 2012, roč. 8, č. 1, s. 38, 39. ISSN 1801-464X.
35. ZACHAROVÁ, E., Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. In: *Sestra*, roč. 20, č. 7 – 8, s. 28, 29. ISSN 1210-0404.
36. ZÁKON č. 96/2004 Sb. 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). [online]. 2008. In: /cit. 2008-02-02/. Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>

37. ZÁKON č. 185/2001 Sb. o odpadech a o změně některých dalších zákonů. [online]. 2008. In: /cit. 2008-02-02/. Dostupné z WWW: <http://www.sbirka.cz/>

8. Klíčová slova

Sestra

Stomatologická ambulance

Komunikace

Náplň práce sestry

Prevence

Pacient

Hygienické zásady

Zubní kaz

9. Přílohy

Příloha 1 Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 1 Polostrukturovaný rozhovor

1. Identifikační údaje

Jaký je Váš věk?

Kolik let pracujete na pozici sestry ve zdravotnictví?

Jak dlouho pracujete jako sestra ve stomatologické ambulanci?

Jaké máte vzdělání ve zdravotnictví?

Vykonáváte ve stomatologické ambulanci i jinou profesi než sesterskou?

2. Vzdělávání sester

Účastníte se vzdělávacích akcí ve svém oboru?

Čtete odborné publikace?

Jste členka odborné společnosti?

Podporuje Vás Váš zubní lékař v sebevzdělávání? A jakým způsobem?

Vnímáte přínos své práce ve stomatologické ambulanci? A v čem?

3. Náplň práce sestry

Jaká je Vaše náplň práce ve stomatologické ambulanci?

4. Hygienická a protiepidemická opatření

Máte dostatek času na provedení všech hygienických opatření dle platných hygienických standardů?

Používáte při instrumentaci ochranné pomůcky? Jaké to jsou?

Jak často si umýváte ruce?

Jak zacházíte s použitou jehlou?

Pokud přijde pacient s infekčním onemocněním, jak postupujete?

Jak často měníte dezinfekční přípravky v ambulanci?

5. Komunikace s pacienty

S jakými typy pacientů jste se ve stomatologické ambulanci setkala?

Považujete práci se seniory za specifickou? Jak s nimi komunikujete?

Považujete práci s dětmi za specifickou? Jak s nimi komunikujete?

V kolika letech dochází k prvnímu kontaktu dětí se stomatologem?

Setkala jste se v ambulanci i s dětmi, které se nechtěly nechat ošetřit? Mohla byste poskytnout zkušenosti a metody postupu při ošetření?

6. Prevence ve stomatologii

Kdo u Vás v ambulanci provádí edukaci pacientů?

Máte na edukaci dostatek času?

Jak často edukujete pacienty o správné orální hygieně?

Kterými tématy se zabýváte při edukaci rodičů dětí s dočasným chrupem?

Kterými tématy se zabýváte při edukaci pacientů se stálým chrupem?

Jaké pomůcky užíváte k edukaci?

Jak často dostáváte zpětnou vazbu od pacientů?