



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Ošetrovatelská péče o vojáky na chirurgickém  
oddělení**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Eliška Prášková

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Maňhalová, Ph.D.

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Ošetrovatelská péče o vojáky na chirurgickém oddělení jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 30. 4. 2018

.....

*podpis*

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Janě Maňhalové, Ph.D., mé vedoucí práce, za ochotu, trpělivost, cenné rady a věcné připomínky. Také bych chtěla poděkovat všem, co se zúčastnili výzkumného šetření.

## Ošetrovatelská péče o vojáky na chirurgickém oddělení

### Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelství vojáků na chirurgickém oddělení. Jejím cílem bylo za pomoci výzkumného šetření zjistit, jaký je pohled vojáků na jim poskytnutou ošetrovatelskou péči a jak jsou s ní spokojeni. Dále zjišťovala, jaké mají všeobecné sestry zkušenosti s jejich ošetřováním.

Stanovených cílů bylo dosaženo za pomoci polostrukturovaných rozhovorů, jež byly vedeny s všeobecnými sestrami pracujícími na chirurgickém oddělení a vojáky z povolání, kteří mají zkušenosti s ošetrovatelskou péčí na chirurgickém oddělení. Dotazováno bylo 7 sester a 8 vojáků, rozhovory s nimi byly kódovány pomocí metody "tužka a papír".

Tato práce poskytuje komplexní pohled na problematiku ošetrovatelské péče o vojáky na chirurgickém oddělení. Z historického hlediska se ošetrovatelství s vojáky úzce pojí. Popisuje strukturu a organizaci tohoto oddělení, včetně nejčastějších chirurgických výkonů a ošetrovatelské péče s nimi spojenou. Ta má svá specifika, jež jsou dána povahou chirurgického výkonu a konkrétním stavem pacienta. Bakalářská práce se věnuje i rolím sestry a pacienta, které se v rámci vztahu sestra-pacient objevují. Mapuje a vysvětluje systém poskytování zdravotní péče vojákům, jenž je legislativně podložen.

Na základě výsledků uskutečněného výzkumu bylo zjištěno, že zkušenosti všeobecných sester s ošetřováním vojáků závisí na konkrétním chirurgickém oddělení, kde pracují. Častěji je ošetřují ty, jež jsou zaměstnané ve vojenské nemocnici, což má legislativní podklad. Většina vojáků se setkala s adekvátním a příjemným přístupem ze stran všeobecných sester, avšak objevily se i výtky na jejich nepříjemné chování či nezvládnutý příjem pacientů. Z odpovědí se zdá, že vojáci jsou s poskytnou péčí spíše spokojeni.

### Klíčová slova:

Ošetrovatelská péče; vojáci; chirurgie; všeobecná sestra

# **Nursing Care of Soldiers in at the Surgical Ward**

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with the issue of nursing care of soldiers in the surgical department. Based on a qualitative survey, the goal is to determine how the soldiers evaluate the nursing care provided to them and how they are satisfied with it. It also ascertains the nurses' general experience with providing the nursing care.

The set goals were achieved through semi-structured interviews conducted with the general nurses working in the surgical department and professional soldiers who experienced the nursing care at the surgical department. Seven nurses and eight soldiers were questioned by using the pencil-and-paper interviewing method.

The thesis provides a complete view on the nursing care for soldiers in the surgical department. From the historical point of view, the nursing is closely connected with the soldiers. It describes the structure and organization of this department, including the most common surgical procedures and the nursing care associated with them. The care is specific due to the nature of the surgical procedure and the particular condition of the patient. The bachelor thesis explores the role of the nurse and the patient in connection with the nurse-patient relationship. It maps and explains the legal system of providing the health care to soldiers. The military health care providers must primarily take care of the members of the Armed Forces of the Czech Republic and the employees of The Ministry of Defence, and to others only if they do not jeopardize the quality of the care provided to the above mentioned patients.

Based on the results of the research, it has been found that the experience of general nursing staff depends on the particular surgical department where they work. The soldiers are more often treated by those employed in a military hospital, which also has a legislative background. Most soldiers met with an adequate and sympathetic attitude from the nurses, although there were also complaints about their unpleasant behaviour or neglected admissions of patients. According the answers, the soldiers seem to be satisfied with the provided care.

## **Keywords:**

Nursing care; soldiers; surgery; nurse

## Obsah

ÚVOD .....	7
1. SOUČASNÝ STAV .....	8
1.1 Historie ošetrovatelství .....	8
1.1.1 Neprofesionální ošetrovatelství .....	8
1.1.2 Florence Nightingale .....	8
1.1.3 Nikolaj Ivanovič Pirogov .....	10
1.1.4 Jean Henri Dunant .....	10
1.2 Ošetrovatelská péče v chirurgii .....	11
1.2.1 Pojmy zdraví, nemoc .....	11
1.2.2 Rozdělení chirurgických oborů .....	11
1.2.3 Organizace chirurgického oddělení .....	12
1.2.4 Nejčastější typy chirurgických výkonů .....	14
1.2.5 Ošetrovatelská péče .....	14
1.2.6 Role sestry .....	16
1.3 Role a potřeby pacienta .....	17
1.4 Poskytování zdravotní péče vojenským poskytovatelem .....	21
1.5 Příslušníci Armády České republiky .....	23
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	25
2.1 Cíle práce .....	25
2.2 Výzkumné otázky .....	25
3. METODIKA .....	26
3.1 Design výzkumného šetření .....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	26
3.2.1 Výzkumný soubor sester .....	27
3.2.2 Výzkumný soubor vojáků .....	27
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	28
4.1 Rozhovory s všeobecnými sestrami .....	28
4.2 Rozhovory s vojáky jako pacienty .....	32
5. DISKUZE .....	42
6. ZÁVĚR .....	47
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	48
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	49
9. PŘÍLOHY .....	55

## ÚVOD

Problematika ošetrovatelské péče o vojáky na chirurgickém oddělení je aktuálním tématem, které jsme se rozhodli v bakalářské práci řešit. Péče o druhého člověka je lidem přirozená, postupně se z ní vyvinul samostatný vědní obor, jak jej známe dnes. Na rozvoj ošetrovatelství měly přirozeně velký vliv války, jelikož nabýval počet lidí potřebných lékařské i ošetrovatelské pomoci, a proto tkví základ ošetrovatelství právě v péči o vojáky. Největší reformátorkou ošetrovatelství byla Florence Nightingale, autorka řady revolučních změn právě v této oblasti. Významnou kapitolou jejího života byla Krymská válka, kde vedla tým sester ve vojenské nemocnici. Postupem času se rozvoji ošetrovatelství začalo věnovat více pozornosti.

Chirurgie má mnoho podoborů, z nichž každý má svá specifika, avšak jejich společným prvkem je operační terapie. Příchod do nemocnice z důvodu operace je pro každého pacienta stresující záležitostí, proto by měla všeobecná sestra poskytovat pacientům pomoc nejen po fyzické, ale i psychické stránce a plnit tak všechny role, které jim náleží. Měla by respektovat a snažit se o uspokojení všech potřeb pacienta. Špatná zkušenost s ošetrovatelskou péčí ve kterékoliv její oblasti může v pacientovi zanechat negativní obraz všeobecných sester obecně.

Proto bylo cílem této bakalářské práce zjistit, jaké mají všeobecné sestry zkušenosti s ošetrovatelstvím vojáků, jaký je pohled vojáků na jim poskytnutou ošetrovatelskou péči a jak jsou s ní spokojeni. Spokojenost pacientů obecně je v poslední době velmi diskutované téma, kterému je přisuzována velká důležitost. Sama si myslím, že spokojený pacient je chloubou každé všeobecné sestry.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Historie ošetrovatelství

Úvodní kapitola se bude věnovat historii ošetrovatelství, která je nedílnou součástí ošetrovatelské péče o vojáky. Popisuje neprofesionální i profesionální ošetrovatelství, včetně jeho největší reformátorky Florence Nightingale.

### 1.1.1 *Neprofesionální ošetrovatelství*

Ošetrovatelská péče jako péče o člověka sahá až do předkřesťanských kultur, jelikož pomáhání druhému je přirozená lidská vlastnost (Kutnohorská, 2010). Dle Farkašové (2010a) je neprofesionální ošetrovatelství historicky nejdelším obdobím. Kutnohorská (2010) uvádí, že rozvoji ošetrovatelství nepochybně pomohlo křesťanství, a to kvůli pomoci bližnímu, kterou soustředilo do mužských a ženských klášterů. Ještě před jeho vznikem se zkušenosti s péčí o druhé předávaly ústní formou z generace na generaci.

Velký vliv na rozvoj ošetrovatelství měly samozřejmě války, kde nabyl počet lidí potřebných lékařské i ošetrovatelské péče, a proto má ošetrovatelství základ právě v péči o vojáky. Už za křižáckých výprav, které se uskutečnily v letech 1095-1272 n. l. začaly vznikat organizované vojenské ošetrovatelské řády, jež měly pečovat o raněné „křižáky“. Nejznámějšími řády byly Maltézští rytíři a rytíři sv. Lazara. Nejvíce vojáků ale umíralo na nemoci ze špatných hygienických podmínek, ne na samotné zranění nepřitelem (Kutnohorská, 2010). To změnila až Krymská válka a s ní příchod Florence Nightingale, která se zasloužila o „reformaci ošetrovatelství“ (Farkašová, 2010b).

### 1.1.2 *Florence Nightingale*

Florence Nightingale se narodila 12. května 1820 v italské Florencii do vlivné anglické rodiny. 7. února 1837 si zapsala do osobního deníku, že k ní promluvil Bůh a povolal ji do svých služeb. Rozhodla se tedy, že zůstane svobodná a začala studovat historii, literaturu, filozofii, umění, hudbu, statistiku i jazyky, např. latinu, francouzštinu, italštinu, němčinu a řečtinu. Na tehdejší poměry i fakt, že byla ženou, se jí dostalo vynikajícího vzdělání (Kutnohorská, 2010). Často cestovala po Evropě a seznamovala se s ošetrovatelskou péčí poskytovanou v nemocnicích a sanatoriích (Pavlíková, 2006). Kutnohorská (2010) dále popisuje, že ve své práci byla velmi systematická, zodpovědná a vedla si poznámky o organizaci práce lékařů i sester. V roce 1851 absolvovala Florence Nightingale tříměsíční kurz ošetrovatelství v německém Kaiserswerthu ve škole pastora Theodora Fliednera, kde se definitivně rozhodla o své profesi. V roce



1853 se stala vedoucí Ústavu pro péči o nemocné šlechtičny v Londýně, kde zavedla revoluční změny, nechala např. vybudovat výtah z kuchyně přímo na oddělení, rozvod teplé tekoucí vody po celé nemocnici. V neposlední řadě také nechala nainstalovat signalizační zařízení od lůžka se zvonkem na chodbě.

Pavlíková (2006) popisuje důležitou část jejího života, kterou byla Krymská válka, jež začala v roce 1854 a představovala pro ni výzvu. Sama se nabídla, že povede sestry v tehdejší vojenské nemocnici, tzv. lazaretu. Na vzdory lékařům prosadila hygienická opatření, prádelnu, pravidelnou stravu pro pacienty a ošetrovatelskou péči. Jelikož začali poprvé v historii dostávat zranění vojáci nemocenské dávky, vytvořila systém, díky kterému mohli vojáci posílat peníze svým rodinám. Také pro pacienty vytvořila odpočinkovou místnost s psacími potřebami a společenskými hrami. Pečlivě si vedla záznamy o počtu ošetřených, zemřelých i poskytnuté ošetrovatelské péči. Díky svým pečlivým poznámkám a provedeným systematickým změnám zjistila, že úmrtnost vojáků na počátku války byla 42%, zatímco na jejím konci klesla na pouhé 2,2 %. Farkašová (2010b) zdůrazňuje, že za onu poskytnutou pomoc byli vděční hlavně vojáci, které trápily nejenom zranění, ale také epidemie a nízká hygienická úroveň. Od nich si vysloužila přezdívku dáma s lampou, jelikož na pravidelné kontroly pacientů chodila i v noci.

Veškeré své zkušenosti s ošetrováním vojáků zveřejnila v roce 1859 v knize *Poznámky o ošetrovatelství*. Kutnohorská (2010) uvádí, že onemocněla tzv. krymskou horečkou, která jí zkomplikovala celý zbytek života. Také se zmiňuje o domněnce dějepisců, že trpěla syndromem vyčerpání a posttraumatickým syndromem. Pavlíková (2006) popisuje pět základních elementů zdravého prostředí, které sama Florence Nightingale uveřejnila ve své knize - jedná se o čistý vzduch, čistou vodu, čistotu prostředí, světlo a funkční kanalizaci. Farkašová (2010b) zmiňuje i další publikace, které Florence Nightingale sepsala. Jedná se o *Poznámky o vlivech na zdraví, efektivita, nemocniční starostlivost v britské armádě z roku 1858*, dále *Poznámky o stavu hygieny v indické armádě z roku 1871* či *Život a smrt v Indii*, kterou vydala v roce 1874. Celkem publikovala přes 200 knih, článků a zpráv.

V knize od Kutnohorské (2010) se dočteme, že ošetrování jí bylo posláním, něčím, čemu se musí věnovat tělem i duší, bylo to hlavním smyslem jejího života. Tvrdila, že ošetrování je ošetrovatelce jediným úkolem. Shetty (2016) publikovala o Florence

Nightingale článek, ze kterého se dozvíme, že významně přispěla k rozvoji ošetrovatelské profese. Podařilo se jí posunout dříve nerespektované povolání na více autonomní a zároveň aplikovala praxi založenou na důkazech.

### ***1.1.3 Nikolaj Ivanovič Pirogov***

Vedle Florence Nightingale stojí také Nikolaj Ivanovič Pirogov, kteří podle Kutnohorské (2010) položili základy ošetrovatelské péče o raněné vojáky na bojišti. Sám Pirogov byl světově uznávaný ruský chirurg, jenž objevil narkózu. Plevová a Slowik (2011) dodávají, že rozpracoval teorii úrazového šoku, zavedl sádrové obvazy a přikládal velkou důležitost dokumentaci a třídění pacientů. Z ošetrovatelského hlediska je ale významnější jeho účast v Krymské válce, kam se odebral spolu se třiceti milosrdnými sestrami, které, jak udává Kutnohorská (2010), sám odborně vyškolil. V „Sevastopolských dopisech“ popisuje utrpení, jež na vlastní oči spatřil. Spolu s ošetrovatelkami se denně po dobu deseti měsíců staral o raněné vojáky, sám s nimi spal pod širým nebem. Jako první začal organizovat dobrovolné zdravotnice. Velmi dobře rozpoznal ošetrovatelskou schopnost žen, které dle jeho vlastních slov vynikají odvahou, houževnatostí i trpělivostí. Důraz kladl hlavně na dodržování hygienických pravidel, poněvadž epidemie měly na svědomí více ztrát na životech, než zranění z boje.

### ***1.1.4 Jean Henri Dunant***

Od Plevové a Slowik (2011) se dozvíme i o roli v ošetrovatelské péči, kterou sehrál Jean Henri Dunant, který se zabýval problémem lidské bídy a péčí o raněné vojáky. Dle Kazimoura (2017) v roce 1859 odjel jako vážený obchodník na schůzku s Napoleonem III. na bojiště u Solferina, kde zhlédl otřesnou současnou situaci na bitevním poli. O raněné vojáky se nikdo nestaral. Všechny zážitky sepsal do knihy *Vzpomínky na Solferino*, kterou rozeslal evropským panovníkům i vojevůdcům. Do závěru přiložil návrh na založení mezinárodní organizace, která by pečovala o zraněné vojáky a zároveň, jak píše Kutnohorská (2010), navrhl uzavřít mezinárodní dohodu, která by raněné v boji chránila. Plevová a Slowik (2011) udávají, že se tím se zasadil o to, aby se nic podobného nikdy neopakovalo. Dal také vzniknout myšlence organizace Červený kříž, který pomáhal raněným a odborně připravoval ošetrovatelský personál, aby byl v době války k dispozici.

Kutnohorská (2010) popisuje vývoj Červeného kříže, který započal v únoru roku 1863 na evropské konferenci v Ženevě, kde byl založen Mezinárodní výbor Červeného kříže.

Delegáti se domluvili na přípravě dobrovolných zdravotníků v době míru a zásadě nedotknutelnosti a neutrality osob označených červeným křížem, jenž se stal znakem nově vzniklé organizace. Islámské země začaly postupně užívat jako symbol červený půlměsíc namísto kříže. V roce 1965 bylo přijato sedm základních principů Červeného kříže: nestrannost, neutralita, lidskost, dobrovolnost, nezávislost, světovost a jednota (Kutnohorská, 2010).

## **1.2 Ošetřovatelská péče v chirurgii**

### **1.2.1 Pojmy zdraví, nemoc**

Definovat pojmy nemoc a zdraví je složitý multidisciplinární problém a nelze je jednoznačně vymezit, jelikož pro každého autora znamenají něco trochu jiného (Zacharová, 2007). Křivohlavý (2009) ukazuje, co si různé profese pod pojmem zdraví představují. Lékař ho chápe jako nepřítomnost nemoci či úrazu. Pro sociologa je zdravý člověk schopen adekvátně fungovat v rámci všech sociálních rolí, jenž mu náleží. Idealista označuje zdravého člověka za takového, jenž se cítí duševně, tělesně, sociálně i duchovně dobře. Zacharová (2007) ještě tento výčet doplňuje o humanistu, který za zdravého považuje člověka, co se dobře vyrovná s každým životním úkolem.

Křivohlavý (2009) definuje zdraví jako celkový (fyzický, psychický, duchovní a sociální) stav člověka, jenž mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. V kapitole od Kuzníkové (2011) se dočteme, že WHO (Světová zdravotnická organizace) definuje zdraví jako stav úplné biologické, psychologické a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci či vady.

Zacharová (2007) nezapomíná ani na definování pojmu nemoc, který prošel stejně jako pojem zdraví dlouhým vývojem. V této knize se můžeme dočíst několik definic. První z nich je, že nemoc lze chápat jako poruchu systému člověk – prostředí. Další je nemoc jako porucha zdraví. Lze ji chápat také jako poruchu schopnosti jedince plnit očekávané role. Kolektiv autorů (2007) vymezuje nemoc jako poruchu se specifickou příčinou a rozpoznatelnými příznaky. Je to tělesná patologie či selhání normální funkce kromě těch, které jsou přímým důsledkem fyzického poranění, které ale může nemoc způsobit.

### **1.2.2 Rozdělení chirurgických oborů**

Burda (2016) definuje chirurgii jako základní lékařský obor s dlouhou historickou tradicí, který se věnuje prevenci, diagnostice i operační terapii. V příspěvku od Kršky (2011) se dočteme, že samotné slovo chirurgie pochází z řeckého *cheirurgia*, což

v doslovném překladu znamená ruční práce. Slezáková et al. (2012) dodává, že chirurgie prošla dlouhým historickým vývojem, jenž sahá až do doby prvobytně pospolné společnosti. Přírozeně dochází k jejímu největšímu rozvoji v období válek kvůli častým zraněním vojáků. Podle Burdy (2016) dělíme chirurgické obory na všeobecné a specializované, přičemž příkladem všeobecných oborů jsou břišní či hrudní chirurgie, mezi ty specializované pak řadíme neurochirurgii, kardiochirurgii nebo plastickou chirurgii. V dnešní době se můžeme setkat i se superspecializovanými chirurgickými obory, jakou je např. hepatobiliární chirurgie, která se věnuje onemocněním jater a žlučníku.

Naproti tomu Janíková a Zeleníková (2013) rozdělují chirurgické obory do následujících skupin: všeobecná chirurgie, onkochirurgie, kardiovaskulární chirurgie, hrudní chirurgie, plastická chirurgie, dětská chirurgie, transplantační chirurgie, rekonstrukční chirurgie, traumatologie, transplantační chirurgie, popáleninová medicína, ortopedie, urologie, oftalmologie, otorinolaryngologie, gynekologie a porodnictví, stomatologie, anesteziologie a resuscitace. Všeobecná chirurgie se věnuje operacím krku, hrudní stěny, břicha a končetin. Onkochirurgie se zabývá chirurgickou léčbou onkologických onemocnění. Slezáková et al. (2007a) doplňuje, že onkologické onemocnění je onemocnění nádorové. Janíková a Zeleníková (2013) definují i ostatní chirurgické obory – plastická chirurgie zahrnuje operace získaných onemocnění povrchových částí těla a vrozených vývojových vad, rekonstrukční chirurgie je obor věnující se úpravě a obnově různých částí těla i s jejich funkcí, neurochirurgie řeší chirurgickou cestou nemoci centrálního nervového systému a periferních nervů. Traumatologie se zabývá komplexní léčbou poranění, ortopedie se věnuje problémům pohybového aparátu. Urologie léčí onemocnění vylučovacího systému a mužských pohlavních orgánů. Oftalmologie je věda zabývající se ušními, krčními a nosními chorobami. Oftalmologie se soustředí na oční onemocnění, stomatologie pak na léčbu zubů, čelisti a obličeje. Šturma (2007) vysvětluje, že anesteziologie a resuscitace je obor zabývající se útlumem vědomí, léčbou bolesti, neodkladnou resuscitací a intenzivní medicínou, jenž se věnuje pacientům, u kterých hrozí nebo již došlo k selhání základních životních funkcí.

### ***1.2.3 Organizace chirurgického oddělení***

Chirurgické oddělení dělíme na ambulantní, lůžkovou a operační část (Slezáková et al., 2012).

Slezáková et al. (2012) říká, že v rámci ambulantního úseku je poskytováno základní chirurgické ošetření. Součástí je urgentní příjem neboli EMERGENCY, vyšetřovny, ordinace specialistů, zákrokový sál, sádrovna, RTG pracoviště a ambulance pro bolest. Dle Burdy (2016) je urgentní příjem zařízen pro pacienty s úrazy či akutním chirurgickým onemocněním. Odborné ambulance slouží pacientům se specifickým onemocněním. V sádrovně se přikládají a snímají pacientům sádrové obvazy. Ne vždy je to samostatně vyčleněná místnost, může být součástí chirurgické ambulance. Na zákrokovém sále se provádí lékařské výkony, po kterých pacient odchází rovnou domů, příkladem může být odstranění nezhojného kožního nádoru. Slezáková et al. (2012) přidává popis činnosti ambulance pro bolest, jež se věnuje klientům pouze s chronickou bolestí.

Dle Burdy (2016) je operační část chirurgického oddělení rozdělena do několika zón – ochranné, aseptické, sterilní a odsunové. V ochranné zóně se nachází vstupní filtr pro převlečení personálu, zázemí pro personál a sklady. Aseptickou částí je myšlen prostor předzávěsní a umývárny, tedy prostory těsně přiléhající k operačnímu sálu. Sterilní zóna zahrnuje septické i aseptické operační sály. Vokurka et al. (2007) definuje pojem aseptický jako sterilní, čili bez přítomnosti mikroorganismů. Septický sál pak Sriram (2017) vysvětluje jako místo, kde se provádějí operace infikovaných míst, příkladem může být absces. V knize od Burdy (2016) se dále dočteme, že odsunovou zónu tvoří dospávací pokoj a prostor k odeslání použitých materiálů.

Slezáková et al. (2012) se věnuje i lůžkovým ošetrovacím jednotkám, které bývají diferencovány podle poskytované péče a pohlaví pacienta. Řadíme sem standardní ošetrovací jednotky, jednotku intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení a dospávací pokoj. Standardní ošetrovací jednotky dále dělíme podle Burdy (2016) na septické, jež se věnují pacientům s komplikovaným hojením či stomií, a aseptické, kde leží pacienti po chirurgickém zákroku a nepředpokládá se u nich žádná komplikace. Drlíková (2010, s. 31) vysvětluje, že „*stomie vychází z řeckého slova stoma, stomatos (ústa, otvor, ústí) a znamená vyústění dutého orgánu na povrch těla jeho chirurgickým vyšítlím anebo pomocí katétru.*“ Burda (2016) pokračuje jednotkou intenzivní péče (JIP), která se zaměřuje na pacienty po operačním zákroku, kdy je potřeba monitorace celkového stavu pacienta. Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) je určeno pacientům po těžkých úrazech a chirurgických operacích, kdy hrozí selhání základních životních funkcí (Burda, 2016).

#### **1.2.4 Nejčastější typy chirurgických výkonů**

Vytejšková (2015) uvádí nejčastější příklady chirurgických výkonů, kam řadí incizi neboli rozříznutí tkáně, excizi čili vyříznutí ložiska, suturu, což je sešití povrchové rány, exstirpaci neboli chirurgické odstranění a ablaci, kterou Burda (2016) vysvětluje jako chirurgické odstranění nějaké části těla, např. nehtu. Dále ještě přidává a definuje pojmy amputace, anastomóza, exkochleace, extrakce, punkce, repozice, resekce a transplantace. Amputace je snesení konečné části těla, může se jednat o končetiny či rektum. Anastomóza znamená spojení dvou dutých orgánů, nejčastěji tenkého střeva a žaludku. Exkochleaci vysvětlují Janíková a Zeleníková (2013) jako vyškrábání dutiny v těle, příkladem může být píštěl. Extrakce označuje odstranění cizorodého materiálu nebo tkáně, např. zubu. Punkce je nabodnutí chorobného ložiska, orgánu či tělní dutiny. Repozici vyjadřuje napravení patologického postavení končetiny nebo jejích částí, jako příklad můžeme uvést repozici kostních úlomků v místě zlomeniny. Resekce je chápána jako odstranění části orgán. Živný a Vokurka (2012) vymezují pojem transplantace. Jedná se o proces, při kterém jsou buňky, tkáň nebo celý orgán odebrány od živého nebo mrtvého jedince a vloženy do druhého jedince. V případě autotransplantace je dárce i příjemce jedna osoba (Živný a Vokurka, 2012).

#### **1.2.5 Ošetrovatelská péče**

Nejen lékařská péče, ale i ošetrovatelská péče v chirurgii má svá specifika, která zahrnují péči před, při a po operaci. Samotná péče se liší dle typu operace a konkrétního stavu pacienta. Z časového hlediska dělíme péči na perioperační, intraoperační a pooperační. V rámci perioperační péče ještě vyčleňujeme péči předoperační (Burda, 2016).

Příjem na chirurgické oddělení může být plánovaný nebo urgentní, což značně ovlivňuje předoperační péči o pacienta. Plánovaný výkon znamená, že na něj pacient nějakou dobu čeká, což dává prostor pro přípravu jak pacientovi, tak zdravotnickému personálu. Naopak urgentní operace neumožňuje pacientovi dostatečně se připravit (Workman, 2006). Cílem předoperační přípravy je vytvoření co nejlepších podmínek pro zvládnutí operace a pooperačního zotavení bez komplikací. Z časového hlediska ji ještě dělíme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Dlouhodobá předoperační péče je dána typem operačního výkonu a celkovým zdravotním stavem pacienta. Kromě anamnézy musí znát lékař výsledky fyzikálního, laboratorního a interního vyšetření, kam řadíme zhodnocení vitálních funkcí, elektrokardiografii a rentgenové vyšetření

srdce a plic (Janíková a Zeleníková, 2013). Dle Workman (2006) s pacientem diskutujeme i o omezení kouření a plánované redukci hmotnosti. McCarthy, Elshaw, Szlezely a Pflugeisen (2017) zveřejnili článek hodnotící desetiletí výzkumu, který zkoumal účinky vojenského života na stav výživy a zdraví kostí vojáků. Z výzkumu vyplynulo, že v armádě dramaticky vzrostl výskyt nadváhy a obezity, což ovlivňuje vojenskou připravenost a produktivitu. V knize od Burdy (2016) se dočteme, že krátkodobá předoperační péče spočívá ve fyzické, anesteziologické a psychické přípravě. Dbáme tedy na správnou výživu a příjem tekutin, hygienu a kvalitní spánek. Je nutná i péče o operační pole a prevence tromboembolické nemoci. Bulava (2017, s. 88) vysvětluje, že „žilní tromboembolická nemoc (TEN) zahrnuje dvě onemocnění - hlubokou žilní trombózu (HŽT) a plicní embolii (PE).“ Jedná se o třetí nejčastější kardiovaskulární onemocnění, které může způsobit smrt pacienta. Janíková a Zeleníková (2013) vymezují bezprostřední přípravu pacienta jako péči, jež se odehrává cca 2 hodiny před plánovaným výkonem. Zahrnuje aplikaci medikace dle ordinace lékaře, prevenci tromboembolické nemoci v podobě bandáží dolních končetin i předcházející přípravy (Janíková a Zeleníková, 2013).

Intraoperační péče probíhá přímo během operace. Cílem je minimalizovat výskyt pooperačních komplikací. Sestra nejčastěji určuje identifikaci pacienta, zajišťuje jeho bezpečnost, prevenci proleženin, podchlazení a nozokomiálních nákaz (Burda, 2016).

Pooperační péči dělíme na bezprostřední a následnou, přičemž následná řeší rehabilitace a návrat k běžnému životu. Bezprostřední ošetrovatelská péče zahrnuje monitorování pacienta v prvních 24 hodinách od výkonu (Janíková a Zeleníková, 2013). Podle Slezákové et al. (2007b, s. 98) je „*klient pod intenzivním dohledem, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a nejsou u něho patrné obranné reflexy – schopnost kašlat a polykat.*“ Dále udává, že je nutné sledovat fyziologické funkce jako je vědomí, dech, krevní tlak, pulz či tělesnou teplotu v pravidelných intervalech dle stavu pacienta. Častým projevem vymizení anestetika z těla je bolest, která se nesmí podceňovat, jelikož může značit závažný stav či komplikaci (Slezáková et al., 2007b). Sestra bolest sleduje a dle ordinace lékaře podává léky na tlášení bolesti. Pacient musí ležet ve vhodné poloze a dodržovat režimová opatření. V prvních hodinách po operaci je hygiena omezena na minimum a pouze v oblasti lůžka, pacient nikam sám nevstává. Je důležité všimnout si i zvracení a vyprazdňování, velkým

problémem je po operaci zástava odchodu plynů a stolice. Prevence dekubitů a tromboembolické nemoci se řeší po celou dobu hospitalizace pacienta (Burda, 2016).

### **1.2.6 Role sestry**

Role je soubor vyžadovaného a očekávaného chování, jež je dáno společenským postavením jedince. Charakteristickým znakem sociálních rolí je reciprocita, tzn. že se odehrávají v párech - každý plní svou roli ve vztahu k jiné osobě. V případě zdravotní sestry se liší podle toho, s kým je v kontaktu. Jinou roli tedy plní v kontaktu s pacientem, s kolegyní či lékařem (Sikorová, 2011). Zacharová (2017) uvádí, že vedle řady jiných činností ovlivňuje sestra i jednání a prožívání pacientů. Jelikož je postavena do role odborného pracovníka, musí být plně zodpovědná za svá jednání i rozhodnutí. Musí brát v potaz následky svých činů, včetně jejich morálního aspektu. Tím nejdůležitějším je úcta k člověku. Dle Sikorové (2011) se v posledních desetiletích začala ošetrovatelská činnost soustřeďovat hlavně na zdraví. Do popředí se tak dostává primární prevence, podpora a udržování zdraví, posílení komunit a prevence nemocí. Díky praxi založené na důkazech bude tento trend pokračovat i dále v 21. století (Sikorová, 2011).

Mezi základní povinnosti sestry, jež přijala Mezinárodní rada sester, patří předcházení nemocem, podpora zdraví, navrácení zdraví a zmírnění utrpení. Zdravotní sestry se tak věnují práci a pomoci jednotlivcům, rodinám i celé veřejnosti (Zacharová, 2017). Parsons rozdělil do čtyř oblastí základní role sestry. Prvním je funkční specifita, která vyjadřuje povinnost být fakticky i právně kompetentní k výkonu povolání, zahrnuje i požadavky na ochotu a schopnost asertivní komunikace s ostatními. Druhou oblastí je emocionální neutralita. Nejedná se o bezcitnost, ale vyjádření porozumění a sympatie bez plného rozvinutí. Neplatí pouze ve vztahu sestra-pacient, ale na všechny role, které sestře náleží, tzn. i na ostatní pracovníky zdravotnického zařízení. Třetí oblastí je univerzalizmus, což znamená, že příjemcem ošetrovatelské péče může být jakýkoliv jedinec. Zde se uplatňuje očekávaná sociální role rovnocenného poskytování zdravotnické péče. Poslední oblast je kolektivní orientace. Ta jasně říká, že sestra jedná v zájmu druhých osob - pacientů, nevychází tedy ze svých vlastních zájmů. Blaho pacientů staví nad své vlastní (Zacharová, 2016). Kutnohorská (2007) poznamenává, že etické povinnosti se vztahují na všechny role, které sestra plní. Dle Zacharové (2017) je sestra z pohledu pacientů osoba, jenž má pochopení pro jejich problémy, pomáhá jim je



řešit s laskavostí a tolerancí. Mnohdy pozná pacienta po psychologické stránce lépe než lékař.

Kutnohorská (2007) ve své knize uvádí, že základními rolemi sestry jsou sestra ošetrovatelka, poradkyně, komunikátorka, edukátorka, nositelka změn, advokátka pacienta/klienta, manažerka a výzkumný pracovník. Sikorová (2011) píše, že svůj vývoj zaznamenaly také definice rolí sestry v rámci Světové zdravotnické organizace (WHO). V současnosti říkají, že sestry pomáhají jedincům, rodinám i celým skupinám dosáhnout psychického, fyzického i sociálního potenciálu. Potřebují tak kompetence vhodné k podpoře a udržení zdraví a předcházení nemocem. Sestry dále plánují, poskytují, hodnotí a vyhodnocují poskytnutou péči. Jsou oprávněny k samostatné činnosti v rámci celého zdravotnického týmu. Také se snaží aktivně zapojovat pacienty, rodiny i celé skupiny do všech forem zdravotní péče (Sikorová, 2011). V knize od Zacharové (2017) se dočteme, že sestra poskytuje pomoc každému člověku, jenž její péči potřebuje. Jedná uctivě, respektuje a hájí pacientova práva, nenechává se ovlivnit pohlavím, věkem a osobností pacienta.

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) udávají, že vztah a spolupráce mezi sestrou a pacientem je silně ovlivněn jejich osobním vztahem a schopnosti účinně si vyměňovat informace. Adekvátní komunikace zvyšuje účinnost ošetrovatelské péče, pozitivně ovlivňuje průběh nemoci a může zabránit mnoha konfliktům. Podle Zacharové (2016) patří k základním dovednostem sestry schopnost empatie a využití zpětné vazby, čímž pozitivně ovlivňuje vzájemnou důvěru. Poukazuje také na to, že role sestry a pacienta jsou naprosto odlišné (Zacharová, 2016).

### **1.3 Role a potřeby pacienta**

Stát se pacientem s sebou přináší celou řadu změn, ať už fyzických nebo psychických. Pokud je jedinec prohlášen za nemocného, netýká se daná nemoc pouze jeho, ale má vliv i na jeho rodinu, přátele, zaměstnavatele i kolegy. Z tohoto důvodu se hovoří o tzv. roli pacienta, ve které jsou vyzdvihovány tři aspekty. První je otázka zavinění změněného stavu, pacient však ve většině případů není obviňován z toho, že je nemocen. Druhým aspektem je otázka odpovědnosti. Pacient na sebe bere nové odpovědnosti, které doposud neměl a zároveň bývá zproštěn některých dosavadních činností, které byl povinen vykonávat. Třetím aspektem je očekávání, což znamená, že se od pacienta očekává snaha ke zlepšení jeho zdravotního stavu (Sikorová, 2011).

V rámci vztahu sestra-pacient se sestra často dostává do dominantní pozice, je určitým způsobem nadřazená pacientovi, který získává, díky svým neuspokojeným potřebám, roli žadatele a vzhledem k sestře je v submisivním postavení. Od pacienta se očekává aktivní spolupráce se zdravotnickým personálem v zájmu co nejrychlejšího a nejkvalitnějšího uzdravení (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Zacharová (2016) podotýká, že nemocný je vyřazen ze společnosti zdravých jedinců, dostává se do společensky i psychicky podřízeného postavení. I když jsou změny většinou dočasné, jedná se o zásadní proměnu oproti normálnímu životu.

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) udávají, že samotná role pacienta je v neustálém vývoji, který záleží na aktuálním stavu nemoci. Vývoj může směřovat k uzdravení, zhoršení zdravotního stavu, ke chronicitě, k nevratnému poškození zdraví či dokonce smrti. Sikorová (2011) popisuje i rozdíly mezi pacienty v ambulanci a lůžkové péči. K praktickému lékaři přichází pacient do jisté míry dobrovolně s vizí partnerské kooperace. Do nemocnice je 98 procent pacientů posláno svým odborným ošetřujícím lékařem, jen minimum jich přichází do nemocnice z vlastní vůle. Jedinec se v nemocnici dostává do role nemocničního pacienta a musí počítat s tím, že spíše než partnerská spolupráce nastane poslušání autorit. Pacient v ambulanci má naději, že jeho zdravotní stav není příliš vážně ohrožen, na rozdíl od pobytu v nemocnici, kdy si již uvědomuje závažnost svého stavu (Sikorová, 2011). Role nemocného tak s sebou přináší zúžení osobních zájmů a nezáměr o věci, které se pacienta přímo netýkají. Pojí se také s emocionální závislostí a egocentrismem. Tyto skutečnosti nejsou přirozenou součástí nemoci, ale do jisté míry jsou žádoucím faktorem v procesu uzdravování, jelikož lze tyto reakce považovat za způsob koncentrace energie na vlastní osobu pro zvládnutí boje s nemocí (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

Sikorová (2011) jmenuje některé negativní stránky, které ovlivňují roli pacienta v nemocnici. Řadí sem neosobní jednání s pacientem, bolest, špatnou sebekontrolu či nedostatečnou informovanost. Zdravotníci se většinou zajímají jen o zdravotní potřeby, ty ostatní bývají odsunuty do pozadí. Problém může nastat u fyzicky velmi aktivních lidí, kteří se najednou dostávají do pasivity.

Základním motivem jsou v rámci ošetřovatelství bezpečnost péče, její kvalita a potřeby pacienta. Sestra potřeby pacienta identifikuje, a pokud jejich uspokojení není v jejich

kompetencích, přenechá je jinému zdravotnickému personálu, jelikož zdravotní sestra musí pracovat týmově (Špirudová, 2015). Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) poznamenávají, že empatie zkvalitňuje vztah mezi sestrou a pacientem. Sestra by tedy měla rychle rozeznat potřeby pacienta a zároveň vědět, co pro něj může udělat. Řešením jedinečných potřeb vracejících se amerických vojáků a válečných veteránů se ve svém výzkumu zabývali Morrison-Beedy, Passmore a D'Aoust (2017), kteří své výsledky sdíleli prostřednictvím webových seminářů a prezentacemi na národních konferencích. Zároveň začali povzbuzovat různé vysoké školy zabývající se ošetrovatelstvím, aby této problematice začaly také věnovat.

Kelnarová et al. (2011) popisuje dělení potřeb z různých hledisek. Nejčasněji užívané dělení je na potřeby biologické, psychické a sociální. Do biologických potřeb řadíme spánek, potravu, tekutiny či vyprazdňování. Do psychických patří potřeba myšlení, vnímání nebo učení. Za sociální potřeby pak považujeme potřebu společnosti, uznání, komunikace. Další dělení může být na vyšší, kam řadíme potřebu seberealizace, estetiky, uznání či ocenění, a nižší potřeby, které jsou převážně biologické. Šamánková (2011) se zabývá několika teoriemi motivace na základě potřeb. Rozebírá Viktora Emanuela Frankla, Coveyovu teorii, Murrayho teorii tvořenou potřebou a tlakem, Frommovu teorii potřeb i Maslowovu hierarchii potřeb.

Zítková (2015) rozebírá Maslowovu pyramidu potřeb, jejímž autorem je americký psycholog A. H. Maslow. Zařazujeme ji mezi základní teorie motivace, jež se věnují vlastnímu obsahu motivačního procesu. Podle ní se motivace týká realizace kroků za účelem uspokojování potřeb, které rozděluje do pěti hierarchických úrovní. Kotler a Keller (2007) podotýkají, že potřeby jsou seřazeny od nejnaléhavějších až po ty nejméně naléhavé. Nejdříve se lidé snaží o uspokojení svých nejdůležitějších potřeb, pak následují další. Příkladem může být, že hladový člověk neprojeví zájem o novinky v oblasti umění, ani o to, jak ho vnímají druzí, a dokonce ani o to, jak čistý vzduch dýchá. Teprve po najedení a napití vstoupí do popředí jiné potřeby. Kelnarová et al. (2015) definuje všech pět hierarchických úrovní. První tvoří fyzické potřeby, které vyjadřují potřeby organismu ovlivňující stálost vnitřního prostředí a přímo souvisí s přežitím jedince. Řadíme sem potřebu vzduchu, jídla, pití, spánku a odpočinku, tepla, vylučování, sexu, ale také pohybu. V nemoci jsou tyto potřeby prvořadým úkolem. Janíková a Zeleníková (2013) popisují hygienickou péči v rámci chirurgického oddělení. Je značně ztížena omezenou hybností nemocného, měla by však převažovat

snaha o maximální soběstačnost pacienta, kterou Kelnarová et al. (2015) řadí do potřeby jistoty a bezpečí. Druhou úrovní je potřeba jistoty a bezpečí, které vyjadřuje nutnost známosti a stability prostředí. Řadíme sem potřebu klidu a soběstačnosti či touhu po důvěře a spolehlivosti. Třetím stupněm je potřeba lásky sounáležitosti, která vyjadřuje potřebu někam patřit, milovat a být milován. Plháková (2006) uvádí, že Maslow upozornil, že tyto potřeby jdou provázány silnou ambivalencí a různými omezeními. Kelnarová et al. (2015) pokračuje čtvrtým stupněm, kterým je potřeba úcty, sebeúcty a ocenění, jež vyjadřuje nutnost respektu od jiných osob. Charakterizují ji pojmy jako neudělat si ostudu, mít určitý společenský status, prestiž a neztrapňovat se. Poslední pátou úroveň tvoří potřeba seberealizace a sebeaktualizace. Člověk se snaží dosáhnout toho, na co dosáhnout může. Jelikož tvoří vrchol pyramidy potřeb, všechny ostatní k ní postupně směřují. Pro člověka je přirozenou tendencí být dobrý a radovat se z dobře odvedené práce. Řadíme sem potřebu kulturního vyžití estetického a aktivního využívání volného času. Jackson, Santor, Ely, T. M., Ely, E. W., Boehm, Kiehl, Anderson (2014) se v rámci své studie zabývali využitím Maslowovy hierarchie na JIP. Došli k závěru, že její aplikace zlepšuje péči o pacienty v sedaci, deliriu a při časné mobilitě.

Šamánková (2011) si myslí, že naplnění potřeb pacientů a práv pacientů souvisí s respektováním profesních slibů, posílením sebevědomí pacienta a zároveň ovlivňují obecnou morálku. Právo znát jméno lékaře a zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují, a právo na stýkání se s přáteli a členy své rodiny dodává pacientovi pocit naplnění potřeby sounáležitosti a příslušnosti. Mach (2015) uvádí právo pacienta na respektování soukromí s ohledem na poskytované zdravotnické služby, které Šamánková (2011) vysvětluje jako uspokojení pacientovy potřeby na soukromí. Ochrana osobních informací plní potřebu respektu osobnosti. Právo pacienta na adekvátní léčbu v možnostech nemocnice a úplné zdůvodnění případného překlada na jiné oddělení či jiné zdravotnické zařízení je důležité v rámci naplňování potřeb bezpečí a jistoty, seberealizace, seberepektu i soukromí. Mach (2015) zmiňuje i právo pacienta na ohleduplnost, důstojné zacházení a úctu, které podle Šamánkové (2011) přímo ovlivňuje potřebu bezpečí a jistoty, ohleduplnosti a respektu. Několikrát zmiňovanou potřebu bezpečí a jistoty, sounáležitosti, ale také informovanosti ovlivňují i práva na přiměřenou kontinuální léčbu a právo na srozumitelné vysvětlení jeho zdravotního stavu.

Kapounová (2007) se ve své knize věnuje potřebám pacienta v rámci intenzivní péče. Jelikož se stav pacienta neustále vyvíjí, mění se spolu s ním i pacientovy potřeby a rozsah poskytované ošetrovatelské péče. Jelikož je pacient na zdravotní péči závislý, je nezbytné, aby sestra znala všechny jeho potřeby, vyslechla ho a byla mu rádcem. V rámci satureování jeho potřeb by měla maximálně podporovat jeho soběstačnost. Základními potřebami v rámci intenzivní péče jsou potřeba dýchání, vyprazdňování, soběstačnosti a výživy. Dle Nováka (2016) má v oblasti výživy u intenzivní péče nezastupitelné místo umělá výživa, jelikož pacient často nepokryje své potřeby normálním příjmem potravy. Je nutné posoudit výchozí nutriční stav a perspektivu primárního onemocnění. Friedlová (2007) uvádí, že dýchání je základní lidská potřeba, jehož změna značí změnu psychické či fyzické aktivity. Od Kukola (2016) se dozvíme, že toaleta dýchacích cest neboli péče o dýchací cesty musí být zcela individualizována potřebám nemocného, od čehož se odvíjí i následná ošetrovatelská péče. Jak již bylo napsáno výše, potřeba soběstačnosti se podle Kelnarové et al. (2015) řadí mezi potřeby bezpečí a jistoty v rámci Maslowovy hierarchie potřeb. Kalvach (2011) definuje soběstačnost jako schopnost jedince samostatně uspokojovat své potřeby. Je ovlivněna funkční zdatností organismu a funkční náročností prostředí. Kapounová (2007) pokračuje potřebou vyprazdňování, což je jedna ze základních biologických potřeb člověka a současně fyziologická funkce organismu.

#### **1.4 Poskytování zdravotní péče vojenským poskytovatelem**

Podmínkami poskytování zdravotních služeb vojenskými poskytovateli se zabývá vyhláška č. 156/2015 Sb., která je platná od 1. července 2015. V §1 vyhlášky 156/2015 Sb. se dočteme, že vojenský poskytovatel poskytuje zdravotní služby ve zdravotnických zařízeních ministerstvem. Poskytuje je vojákům z povolání, vojákům v záloze ve službě, studentům školského zařízení zřízených ministerstvem, válečným veteránům nebo bývalým vojákům, jejichž služební poměr zanikl z důvodu důchodu. Dále státním zaměstnancům ministerstva, zaměstnancům Generálního štábu Armády České republiky, Vojenskému zpravodajství, Vojenské policii a rodinným příslušníkům vojáků z povolání. Jiným osobám může vojenský poskytovatel poskytovat zdravotní služby pouze v případě, že to neohrozí plnění jeho základních úkolů nebo poskytování péče výše uvedeným pacientům.

Podle §3 vyhlášky 156/2015 Sb. zřizuje ministerstvo odlišná zdravotnická zařízení podle druhu a formy poskytované zdravotní péče. Patří sem vojenská nemocnice,

Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice, polní nemocnice, Specializovaná infekční nemocnice, odbor letecké záchranné služby a urgentní medicíny, Centrum zdravotních služeb, Vojenský rehabilitační ústav, vojenská lázeňská léčebna a další.

§4 vyhlášky 156/2015 Sb. říká, že praktickým lékařem vojáka z povolání či studenta vojenské vysoké školy může být pouze registrovaný vojenský poskytovatel zdravotních služeb. Svobodnou volbu mají pouze u výběru lékaře v oboru zubní lékařství nebo gynekologie a porodnictví. Z §6 vyhlášky 156/2015 Sb. se dozvíme, že pokud ošetřující zdravotník spadající pod vojenského poskytovatele rozhodne, že onemocnění nebo úraz vojáka není léčitelný v primární ambulantní péči, rozhodne o jeho přijetí na lůžkovou část zdravotnického zařízení vojenského poskytovatele. Je-li potřeba neodkladné poskytnutí zdravotní péče pacientovi v zájmu jeho zdraví, může ošetřující zdravotník vojenského poskytovatele rozhodnout i o přijetí na lůžko zdravotnického zařízení jiného poskytovatele lůžkové péče. V případě život ohrožujících stavů je voják z povolání převezen zdravotní záchrannou službou k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče. Ve vojenských zdravotnických zařízeních je však voják z povolání přijímán na lůžko přednostně.

§9 vyhlášky 156/2015 Sb. se týká přepravy vojáků, kterou má na starost vojenský poskytovatel zdravotnické dopravní služby. Dopravují je k poskytovateli zdravotních služeb i zpět do vlastního sociálního prostředí. Je-li to nutné, zajišťují také přepravu mezi vojenskými nebo smluvními civilními zdravotnickými zařízeními. V odůvodněných případech transportují i civilní osoby, kteří vyhledali vojenské zdravotní zařízení kvůli náhlému zhoršení zdravotního stavu. V neposlední řadě zajišťují rychlou přepravu vojenských zdravotních pracovníků kvůli poskytnutí neodkladné péče u jiného poskytovatele zdravotních služeb.

§12 vyhlášky 156/2015 Sb. se věnuje polním nemocnicím. Polní nemocnice je mobilní zdravotnické zařízení vojenských poskytovatelů. Poskytuje akutní lůžkovou intenzivní péči, standardní lůžkovou péči, jednodenní péči, ambulantní i specializovanou ambulantní péči. Působí na místech plnění úkolů vojáků, hlavně v zahraničních misích, ale i při vyhlášení krizového stavu na území České republiky - v tomto případě pomáhá i civilním osobám.

§14 vyhlášky 156/2015 Sb. vysvětluje, že Vojenská nemocnice je jedním ze zdravotnických zařízení vojenských poskytovatelů, které poskytuje lůžkovou, jednodenní i ambulantní péči. Zajišťuje také lékařské posudky, pracovní-lekářské služby a posudkovou péči. Na základě pověření ministerstva provádí výzkumnou a vývojovou činnost. Dále vzdělává lékaře a další zdravotnické pracovníky vojenských poskytovatelů. § 15 vyhlášky 156/2015 Sb. říká, že Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice poskytuje zdravotní služby pacientům podle výše zmíněného §14. Zároveň se zde provádí klinická a praktická výuka studentů lékařských fakult vysokých škol na základě smlouvy uzavřené s příslušnou vysokou školou.

## **1.5 Příslušníci Armády České republiky**

Vojákem z povolání je podle §2 zákona 221/1999 Sb. O vojácích z povolání občan, který vykonává vojenskou činnou službu jako zaměstnaní. Je tedy ve služebním poměru k České republice, do kterého může povolán jen dobrovolně na základě vlastní žádosti. Zákon dále zakazuje diskriminaci uchazečů a vojáků z důvodu pohlaví, rasy, barvy pleti, víry či náboženství, národnosti, sexuální orientace, sociálního původu, rodu, majetku, těhotenství/mateřství nebo proto, že vojákyně kojí. Voják ani služební orgán nesmí svých práv a povinností zneužívat k újmě nebo ponižování důstojnosti jiné osoby. Za ponižování důstojnosti lze považovat všechny formy obtěžování, vytváření nepřátelské atmosféry a nežádoucí chování sexuální povahy. V §2a zákona 221/1999 Sb. se dozvíme, že voják je povinen být trestně bezúhonný, což dokazuje platným výpisem z evidence Rejstříku trestů. §3 zákona 221/1999 Sb. udává, že do služebního poměru může být povolán pouze občan České republiky starší 18 let, jenž složil vojenskou přísahu, je trestně bezúhonný, není členem politické strany a nepropaguje nebo nesympatizuje s hnutím, které hlásá rasovou či jinou nenávisť. Dále musí splňovat kvalifikační předpoklady stanovené pro služební zařazení. Podle §5 zákona 221/1999 Sb. činí zkušební doba vojáka 3 měsíce, v rámci které může být v pracovní neschopnosti pro nemoc nebo úraz pouze 10 dnů.

Předmětem úpravy zákona 45/2016 Sb. O službě vojáků v záloze je podle §1 postavení a průběh vojenské činnosti vojáků v záloze. §2 zákona 45/2016 Sb. říká, že voják v záloze ve službě je ve služebním poměru k České republice a nestanoví-li tento zákon jinak, platí pro něj stejná ustanovení jako pro vojáka z povolání. Na rozdíl od vojáků z povolání mohou být dle §33 zákona 45/2016 Sb. vojáci v aktivní záloze jinak výdělečně činní a mohou být členy politických stran a odborových organizací.

Parlament České republiky přijal zákon 170/2002 Sb. O válečných veteránech, jelikož má na zřeteli morální ocenění mužů a žen, kteří bránili svobodu a demokracii a s nasazením vlastních životů bojovali za vlast. Válečným veteránem je podle §3 zákona 170/2002 Sb. občan České republiky, který se po 8. květnu 1945 účastnil zahraniční mise v místě ozbrojeného konfliktu nepřetržitě po dobu minimálně 90 dnů nebo v souhrnu nejméně 360 dnů. Válečným veteránem se stává i občan, který plnil úkoly v místě ozbrojeného konfliktu jako zaměstnanec ústředního orgánu státní správy nebo bezpečnostního sboru. Pokud člověk splňuje některou z výše uvedených podmínek, ale je pravomocně odsouzen k trestu odnětí svobody nepodmíněně za trestný čin, který spáchal v souvislosti s výkonem služby, za válečného veterána se nepovažuje. Wirnitzer (2017) publikoval článek, podle kterého si stát po letech uvědomil, že je potřeba o novodobé veterány pečovat, jelikož o některé se starají rodiny, jiní se o sebe starají sami. Novodobých vojenských veteránů je dnes přes 13 tisíc.

§1 zákona 300/2013 Sb. O Vojenské policii říká, že Vojenská policie je součástí Ministerstva obrany, chrání vojenské objekty, vojenský materiál a ostatní materiál, s nímž příslušné ministerstvo hospodaří. §3 zákona 300/2013 Sb. udává, že vojenští policisté působí vůči vojákům v činné službě, osobám podezřelým ze spáchání trestného činu proti vojákům nebo vojenskému objektu a vůči osobám, které se pohybují ve vojenských objektech.

V §1 zákona 289/2005 O Vojenském zpravodajství se dočteme, že Vojenské zpravodajství je jednotná ozbrojená zpravodajská služba České republiky. Dle §2 zákona 289/2005 jsou jejími příslušníky vojáci z povolání a vojáci v záloze povolání k výkonu služby. §6 zákona 289/2005 říká, že v rámci oboru své působnosti mohou využívat různé specifické prostředky pro získávání informací. Podle §3 zákona 289/2005 však musí dbát cti, vážnosti a důstojnosti.



## **2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Tato kapitola se bude věnovat stanoveným cílům a výzkumným otázkám výzkumného šetření.

### **2.1 Cíle práce**

Zjistit zkušenosti sester s ošetřováním vojáků na chirurgickém oddělení.

Zjistit pohled vojáků na ošetrovatelskou péči na chirurgickém oddělení.

Zjistit spokojenost vojáků s poskytnutou ošetrovatelskou péčí na chirurgickém oddělení.

### **2.2 Výzkumné otázky**

VO1 Jaké mají sestry zkušenosti s ošetřováním vojáků na chirurgickém oddělení?

VO2 Jak vojáci vnímají poskytnutou ošetrovatelskou péči na chirurgickém oddělení?

VO3 Jak jsou vojáci spokojeni s poskytnutou ošetrovatelskou péčí na chirurgickém oddělení?

### **3. METODIKA**

Empirickou část této bakalářské práce tvoří kvalitativní výzkumné šetření, jež bylo provedeno prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů vedených s vojáky, kteří mají zkušenosti s ošetrovatelskou péčí na chirurgickém oddělení, a všeobecnými sestrami pracujícími na chirurgickém oddělení, kde se s vojákem jako pacientem setkaly.

#### **3.1 Design výzkumného šetření**

Získaná data byla využita pouze pro účely zpracování této bakalářské práce a analyzována za použití otevřeného kódování. Kódovány byly metodou „*tužka a papír*“, jde o tzv. kódování v ruce (Šedřová, Švaříček, 2007). Společné prvky v odpovědích byly shrnuty do kategorií a podkategorií. Následně byly pro lepší přehlednost zařazeny do diagramů. Při hledání vhodných informátorů pro rozhovory s všeobecnými sestrami byla využita metoda sněhové koule, tzv. snowball sampling. Holá et al. (2013) vysvětlují, že metoda sněhové koule znamená, že výzkumník vybere dotazovaného, jenž doporučí další možné účastníky výzkumu. Stejná metoda byla využita u rozhovorů s vojáky z povolání. U dvou vojáků se stalo, že o svých zkušenostech s ošetrovatelskou péčí odmítli mluvit, protože se s ní setkali kvůli nepříjemnému zranění v zahraniční misi. Rozhovory byly prováděny buď na osobní schůzce nebo přes Skype a jejich délka byla velmi individuální. Samotný sběr dat byl zahájen v únoru a končil v březnu 2018. Výzkum byl ukončen teoretickým nasycením. Poté byla data kategorizována a analyzována. Rozhovory s všeobecnými sestrami se zaměřovaly na ošetrovatelské činnosti u civilních a vojenských pacientů, četnost setkávání se s vojákem jako pacientem a jeho vnímání. Tímto jsme zjišťovali zkušenosti sester s ošetřováním vojáků. Otázky kladené vojákům byly zaměřené na jejich zdravotní problémy, vnímání všeobecné sestry a přístup zdravotnického personálu. Pomocí nich jsme určovali pohled vojáků na poskytnutou ošetrovatelskou péči. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí nebyla zjišťována přímou otázkou, ale určením pozitivních a negativních zkušeností.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Do výzkumu se zapojilo celkem 8 vojáků z povolání s různým pracovním zařazením, 6 všeobecných sester a 1 praktická sestra, všechny pracující v chirurgických oborech.

### ***3.2.1 Výzkumný soubor sester***

Výběrový soubor sester tvořilo celkem 6 všeobecných sester a jedna praktická sestra, všechny pracují na chirurgickém oddělení. Jejich věk se pohyboval v rozmezí od 22 do 31 let. Mezi informátory bylo 5 žen a 2 muži. Převládalo u nich vysokoškolské bakalářské vzdělání, jeden informátor měl vysokoškolské magisterské vzdělání a jedna středoškolské, ta však dálkově studuje bakalářský studijní program, proto byla do výzkumného souboru zařazena také. Délka jejich praxe se pohybovala v rozmezí od 1 do 9 let. Informátoři pracují v různých chirurgických oborech, konkrétně na chirurgickém lůžkovém oddělení, na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, v ortopedické ambulanci, na traumatologicko-ortopedickém oddělení, na chirurgické jednotce intenzivní péče a 2 informátorky na chirurgické ambulanci. Ze všech rozhovorů byly po ústním souhlasu pořízeny audio záznamy, jež byly následně transkribovány do programu Microsoft Word. Přepis bude součástí volné přílohy CD. Všeobecným sestřám bylo položeno celkem 11 otázek.

### ***3.2.2 Výzkumný soubor vojáků***

Výběrový soubor vojáků tvořili muži, jejichž věk se pohyboval v rozmezí od 20 do 32 let. Převládalo u nich středoškolské vzdělání, pouze jeden informátor měl vzdělání vysokoškolské bakalářské. 5 vojáků pracuje u Vojenské policie, 2 jako vojenští hasiči a 1 slouží u 43. výsadkového praporu v Chrudimi. Ani jeden z nich se dlouhodobě neléčí. Všechny rozhovory byly po ústním souhlasu nahrány, byl z nich pořízen audio záznam, jenž byl následně transkribován do programu Microsoft Word. Přepis bude součástí volné přílohy CD. Vojákům z povolání bylo položeno celkem 19 otázek.

## 4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 4.1 Rozhovory s všeobecnými sestrami

V následující tabulce jsou popsány identifikační znaky informátorů, jako je pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka jejich praxe v oboru ošetrovatelství a chirurgické oddělení, na kterém pracují. Tabulka obsahuje i jejich označení.

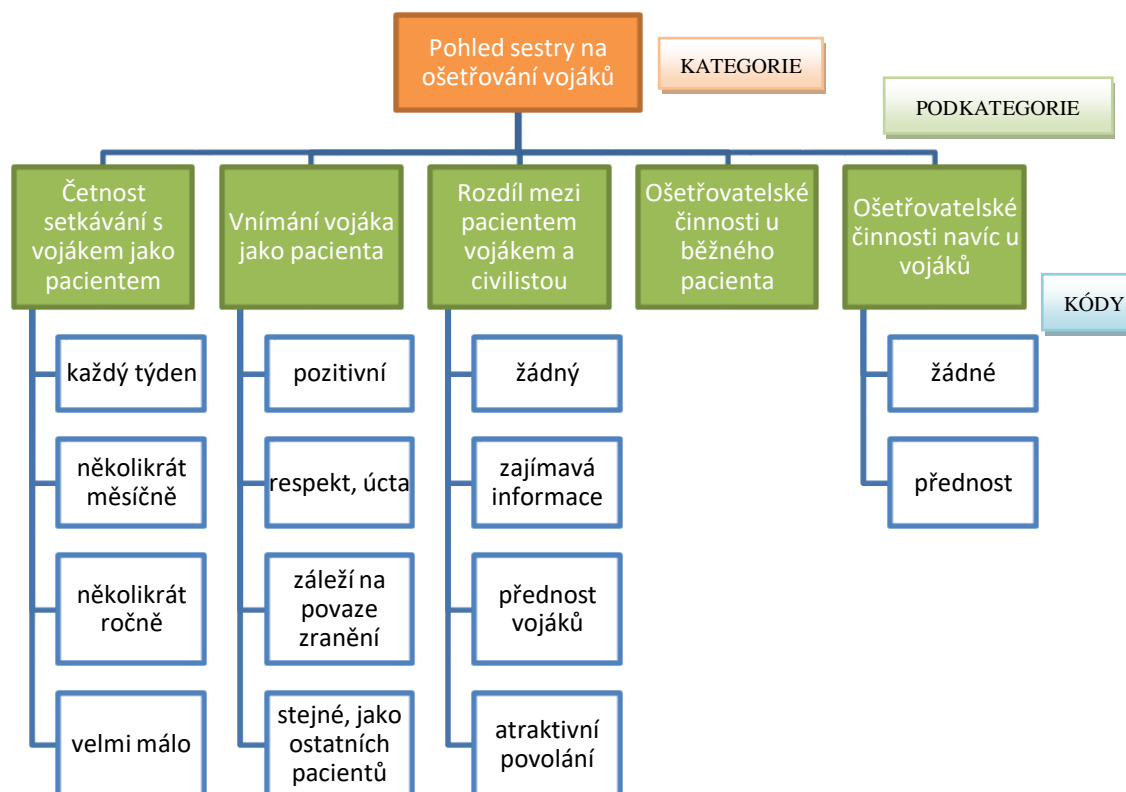
**Tabulka 1 Identifikační znaky informátorů - všeobecné sestry**

	Označení	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe	Chirurgické oddělení
Informátor	S1	Ž	26	VŠ Bc.*	4 roky	Chirurgie lůžková část
Informátor	S2	M	27	VŠ Bc.	5 let	ARO
Informátor	S3	Ž	23	VŠ Bc.	1 rok	Ortopedická ambulance
Informátor	S4	Ž	24	VŠ Bc.	2 roky	Chirurgická ambulance
Informátor	S5	M	31	VŠ Mgr.**	9 let	Traumatologicko-ortopedické oddělení
Informátor	S6	Ž	22	Maturita	3 roky	Chirurgická ambulance
Informátor	S7	Ž	27	VŠ Bc.	5 let	Chirurgická JIP

Legenda: Ž: žena, M: muž, \*VŠ Bc.: vysokoškolské bakalářské vzdělání, \*\* VŠ Mgr.: vysokoškolské magisterské vzdělání, ARO: anesteziologicko-resuscitační oddělení, JIP: Jednotka intenzivní péče

Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

## Schéma 1 - Pohled sestry na ošetřování vojáků



Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

Kategorie „*Pohled sestry na ošetřování vojáků*“ vychází z rozhovorů se 6 všeobecnými sestrami a 1 praktickou sestrou, z nichž všechny pracují na některém z chirurgických oddělení. Mapuje, jak často se s vojáky jako pacienty setkávají, jak je vnímají a jak k nim přistupují. Zahrnuje několik podkategorií: Četnost setkávání se s vojákem jako pacientem, Vnímání vojáka jako pacienta, Rozdíl mezi pacientem vojákem a civilistou, Ošetřovatelské činnosti u běžného pacienta, Ošetřovatelské činnosti navíc u vojáků.

### Četnost setkávání se s vojákem jako pacientem

První podkategorií je „*Četnost setkávání se s vojákem jako pacientem*“, která vyhodnocuje, jak často se daná všeobecná či praktická sestra s vojákem jako pacientem setkává. V rámci této podkategorie byly vytvořeny 4 kódy: „každý týden“, „několikrát měsíčně“, „několikrát ročně“ a „velmi málo“. S2, S4 a S6 se s vojáky ve své profesi střetávají jen velmi málo až výjimečně. S6 situaci vysvětluje následovně: „*Minimálně, pouze pokud jde o jejich akutní ošetření.*“ Z odpovědi informátorky S4 se také dozvíme

důvod: „Moc často ne, protože nepracuji ve vojenské nemocnici. Častěji v období léta, a to kvůli úrazům, které se jim stanou na dovolené.“ Několikrát do roka je ošetřuje S7: „To se nedá říct, ale určitě několikrát do roka.“ S5 se s vojáky jako pacienty setkává několikrát měsíčně, protože pracuje na traumatologicko-ortopedickém oddělení. Říká: „Poměrně často, několikrát do měsíce. Častěji se setkávám s traumaty než s ortopedickými problémy vojáků.“ Pro S1 je voják také častým pacientem: „Jelikož pracuji v ÚVN Praha, tak poměrně často. Někdy se jich objeví více, někdy méně, je to nárazové.“ Nejčastěji se s nimi setkává S3 a to proto, že pracuje na ortopedické ambulanci.

### **Vnímání vojáka jako pacienta**

Podkategorie „Vnímání vojáka jako pacienta“ vysvětluje, jak všeobecné sestry a praktická sestra vojáky jako pacienty vnímají. Byly vytvořeny 4 kódy: „pozitivní“, „respekt“, „stejně jako ostatní“, „záleží na zranění“. Převažujícím kódem je respekt, který se vyskytl v odpovědích S3, S5, S6 a S7. S3 říká: „Je to člověk jako každé jiné. Často jsou u nás vojáci, co si způsobili zranění v práci, takže se na ně dívám trochu s respektem. Pak k nám chodí i ti, co se teprve do armády hlásí a musí si obejít kolečko po všech odděleních. Ty obdivuji, že se na takovou práci dali.“ Respekt S5 vychází z dřívějších zkušeností: „Dívám se na něj s respektem. Už od dětství jsem toto povolání obdivoval, jelikož můj děda byl voják a často mi o tom vyprávěl.“ S7 je vnímá pozitivně a s respektem hlavně kvůli svému manželovi: „Jelikož je můj manžel voják, tak je vnímám velmi pozitivně. Pokud se dokonce jedná o válečného veterána, mám k němu velký respekt a úctu. Za jejich nasazování životů v zájmu nás všech si jich velmi cením.“ Žádný rozdíl mezi civilními pacienty a vojáky nedělají S1 a S4. S4 se vyjádřila následovně: „Nerozděluji pacienty podle jejich povolání, pacient jako pacient. Přistupuji k nim vždy individuálně a s ohledem na jejich zranění.“ Vnímání vojáka jako pacienta S2 je ovlivněno povahou jeho zranění: „Záleží na povaze zranění. Pokud je například cvičení v Boleticích a zraní se tam, respektoval bych ho víc, než vojáka, co spadl z ležení. Ale jinak bych přistupoval ke všem stejně.“

### **Rozdíl mezi pacientem vojákem a civilistou**

Třetí podkategorii je „Rozdíl mezi pacientem vojákem a civilistou“. Informátoři odpovídali na otázku: „Vnímáte rozdíl mezi civilním pacientem a vojákem?“ Byly vytvořeny 4 kódy: „žádný nevnímám“, „zajímavá informace“, „přednost vojáků“,

„atraktivní povolání“. Žádný rozdíl mezi pacientem vojákem a civilistou nevidí S1, S4 a S6. S4 odpověděla: „*Ne. Jak už jsem řekla, povolání pro mě nehraje roli.*“ Pro S2 je zaměstnání pacienta u Armády České republiky zajímavá informace: „*Ano. To, že je pacient voják, je zajímavá informace, kterou si třeba při předávání směny vždycky říkáme, takže tam rozdíl je.*“ Pro informátorku S3 je podstatné, zda pacient voják je, nebo není: „*Určitě ano, bereme je přednostně, takže je ten rozdíl pro mě důležitý.*“ Rozdíl dělají také S5 a S7, kteří považují povolání vojáka za atraktivní. Odpověď S5 zní: „*Ano, voják je určitě atraktivní povolání, ale v mnou poskytované péči se žádný rozdíl nenajde.*“ S7 konstatovala, že jí jsou vojáci bližší kvůli povolání jejího manžela, který vojákem je.

### **Ošetrovatelské činnosti u civilního pacienta**

Čtvrtou podkategorii tvoří „*Ošetrovatelské činnosti u civilního pacienta*“, jež zjišťuje, jaké ošetrovatelské činnosti provádí daná všeobecná či praktická sestra u civilního pacienta. V rámci této podkategorie nebyly vytvořeny žádné kódy, jelikož se odpovědi sester lišili v závislosti na jejich pracovišti. S1 pracuje na lůžkové části chirurgického oddělení a uvádí: „*Všechny možné - odběry biologického materiálu, převazy, péče o rány, předoperační i pooperační péči, měření fyziologických funkcí, víc mě teď nenapadá.*“ Informátor S2 popsal činnosti obecněji: „*Provádíme komplexní ošetrovatelskou péči od základní hygienické péče po vysoce specializované výkony.*“ Pro všeobecnou sestru S3 z ortopedické ambulance byla odpověď složitá: „*To takhle nejde říct, těch výkonů je spousta. Provádíme specifické odborné výkony i klasickou ošetrovatelskou péči, jako je aplikace léčiv, odběry biologického materiálu a podobně.*“ S4 a S6 pracující na chirurgické ambulanci popsali ošetrovatelské činnosti u civilního pacienta podobně. S4: „*Nejčastěji jsou to převazy ran, zajišťujeme první pomoc i následnou léčbu. Provádíme neplánované příjmy na lůžkovou část.*“ S6: „*Pečujeme o rány, jak chronické tak operační. Provádíme převazy i pacientům z jiných oddělení.*“ S5 odpověděl: „*Poskytujeme klasickou ošetrovatelskou péči, konkrétně provádíme převazy, pečujeme o rány a operační pole, připravujeme pacienty na operaci. Zkrátka vše, co spadá do kompetencí traumatologicko-ortopedického oddělení.*“ S7 se vyjádřila k péči o civilní pacienty na chirurgické jednotce intenzivní péče následovně: „*Těch je opravdu hodně. Monitorujeme všechny fyziologické funkce, zajišťujeme kontinuální i bolusové podávání léčiv. Pečujeme o operační rány a celkově o pacienty po náročnějších výkonech.*“

## Ošetrovatelské činnosti navíc u vojáků

Podkategorie „Ošetrovatelské činnosti navíc u vojáků“ zjišťuje, zda všeobecné sestry a praktická sestra provádí u vojáků jako pacientů nějaké specifické úkony, které u ostatních neprovádí. Byly vytvořeny 2 kódy: „žádné“ a „přednost“. Většina se vyjádřila, že nic speciálního neprovádí. Pouze S5 podotkl: „Přímo ošetrovatelské činnosti žádné. Pouze se vojáci berou přednostně, ale to je u nás spíše starost doktorů a ambulancí.“ S7 konstatovala: „Žádné činnosti navíc neprovádíme. Myslím, že poskytujeme všem stejnou péči.“ S3 uvedla: „Ke každému přistupujeme individuálně, ale konkrétní ošetrovatelské činnosti u vojáků navíc neprovádíme.“

### 4.2 Rozhovory s vojáky jako pacienty

V následující tabulce najdeme identifikační znaky vojáků z povolání, se kterými byly rozhovory uskutečněny. Obsahuje jejich označení, pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a pracovní zařazení.

**Tabulka 2 Identifikační znaky informátorů - vojáci**

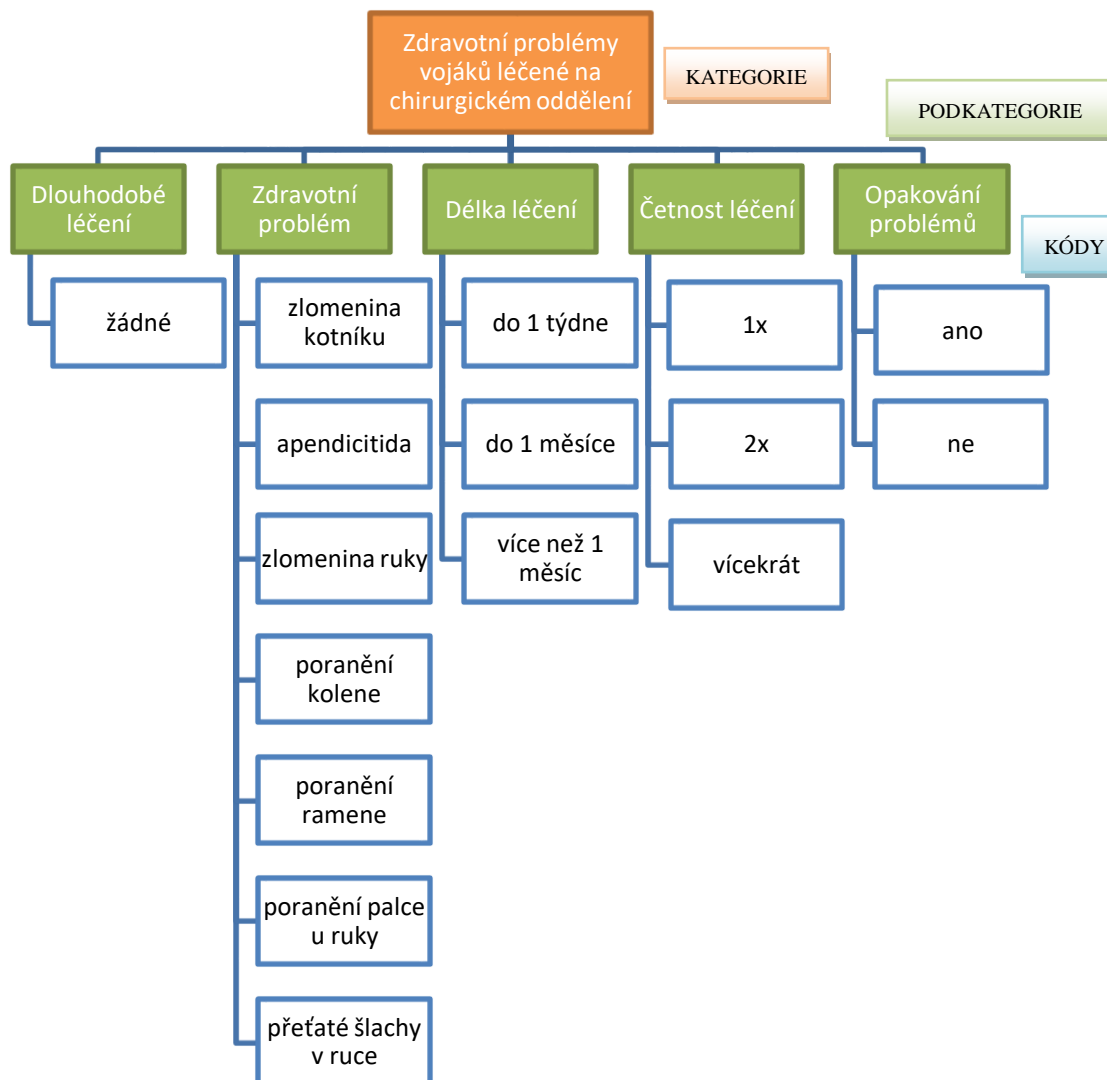
	Označení	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Pracovní zařazení
Informátor	V1	M	32	Maturita	VP
Informátor	V2	M	28	Maturita	Vojenský hasič
Informátor	V3	M	20	Maturita	VP
Informátor	V4	M	26	VŠ Bc.*	VP
Informátor	V5	M	27	Maturita	VP
Informátor	V6	M	26	Maturita	43. výsadkový prapor v Chrudimi
Informátor	V7	M	25	Maturita	VP
Informátor	V8	M	27	Maturita	Vojenský hasič

Legenda: M: muž, \*VŠ Bc.: vysokoškolské bakalářské vzdělání, VP: Vojenská policie



Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

## Schéma 2 Zdravotní problémy vojáků ošetřené na chirurgickém oddělení



Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

Kategorie „*Zdravotní problémy vojáků léčené na chirurgickém oddělení*“ byla vytvořena za účelem shromáždění odpovědí informátorů na otázky týkající se jejich zdravotního stavu a průběhu léčení. Získané informace byly rozděleny do těchto pěti podkategorií: Dlouhodobé léčení; Zdravotní problémy; Délka léčení; Četnost léčení; Opakování problémů.

## **Dlouhodobé léčení**

V první podkategorii s názvem „*Dlouhodobé léčení*“ se objevuje pouze jeden kód: „žádné“. Všichni informátoři shodně uvedli, že se dlouhodobě s ničím neléčí.

## **Zdravotní problémy**

Druhá podkategorie byla pojmenována „*Zdravotní problémy*“ a označuje, s jakými obtížemi v oblasti chirurgie se voják setkal. Obsahuje celkem 7 kódů, jež ukazují na charakter zdravotních potíží jednotlivých informátorů. Prvním kódem je „zlomenina kotníku“ a druhým „apendicitida“, jelikož V1 odpověděl na otázku „S čím jste se léčil na chirurgickém oddělení?“ takto: „*Jednou se zánětem slepého střeva a jednou se zlomeným kotníkem.*“ Třetím kódem je „zlomenina ruky“, protože V2 odpověděl „*Se zlomenou rukou.*“ Čtvrtým jsou „přetátné šlachy v ruce“, jelikož odpověď V4 zní „*Přetátné šlachy v levé ruce a v dětství mi operovali kýlu.*“ Dalším kódem je „poranění palce ruky“, informátor V6 totiž odpověděl „*Měl jsem úraz palce na ruce. Řezal jsem dřevo na cirkulárce a sjela mi ruka.*“ Kód „poraněné rameno“ připadá celkem 2 informátorům, konkrétně V8 a V7, který na otázku odpověděl „*S ramenem, říkali, že je to prasklá chrupavka.*“ Poslední kód je „poraněný meniskus“, který se vyskytl v odpovědích V3 a V5.

## **Délka léčení**

Třetí podkategorii je „*Délka léčení*“, která vypovídá o době rekonvalescence vojáků. Obsahuje celkem 3 kódy, a to „do 1 týdne“, „do 1 měsíce“ a „více než 1 měsíc“. Převažovala zde doba léčení více než 1 měsíc, kterou uvedli informátoři V1, V2, V3, V4, V5, V6 a V7. Delší doba léčení je dobře patrná z odpovědi V7: „*Dlouho, operovali mě 21. září, pět týdnů jsem měl rameno zafixované a pak jsem docházel na rehabilitace, kterých jsem měl celkem 20. Poslední jsem končil v půlce února.*“ V6 popsal situaci následovně: „*Mrtě dlouho, v nemocnici jsem byl tak měsíc a půl a pak ještě tak měsíc doma.*“ V1 byl na chirurgickém oddělení léčen celkem dvakrát a délka jeho léčení byla závislá na povaze zdravotního problému. Popsal ji následovně: „*Se slepákem jen 3 dny, ale s tím zlomeným kotníkem to byly asi 2 měsíce.*“ U V8 trvala doba léčení do jednoho měsíce.

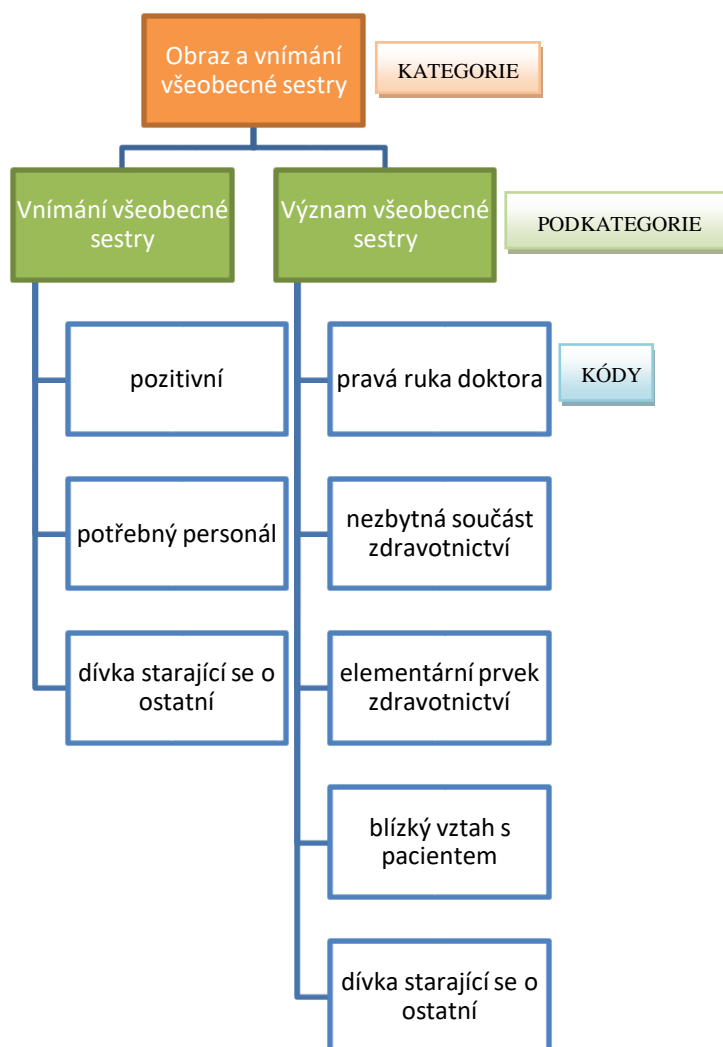
## Četnost léčení

Podkategorie „Četnost léčení“ byla vytvořena na základě odpovědí všech dotazovaných ohledně počtu ošetření či hospitalizací na chirurgickém oddělení. Zde byly vytvořeny 3 kódy s názvy „jednou“, „dvakrát“ a „vícekrát“. Poslední kód se vyskytl pouze u V5. V2, V3, V7 a V8 byli ošetřeni jednou. V7 vysvětluje: „Jen jednou a byla to jednodenní chirurgie.“ Zbytek informátorů, čili V1, V4 a V6, byli ošetřeni dvakrát.

## Opakování problémů

Poslední podkategorii je „Opakování problémů“. Vysvětluje, zda se zdravotní problém léčený na chirurgickém oddělení vyskytl pouze jednou, nebo se opakoval. Převládá kód „ne“. V3 ve své odpovědi připouští, že by k opakování problému došlo: „Nebyl, od té operace je to v pořádku, ale je to teprve rok.“ Kód „ano“ se vyskytl pouze u V5.

## Schéma 3 Obraz a vnímání všeobecné sestry



Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

Kategorie „**Obraz a vnímání všeobecné sestry**“ byla vytvořena z odpovědí na otázky „Jak vnímáte všeobecnou sestru?“ a „Co pro vás všeobecná sestra znamená?“ V rámci této kategorie byly vytvořeny dvě podkategorie, a to Vnímání všeobecné sestry a Význam všeobecné sestry.

### **Vnímání všeobecné sestry**

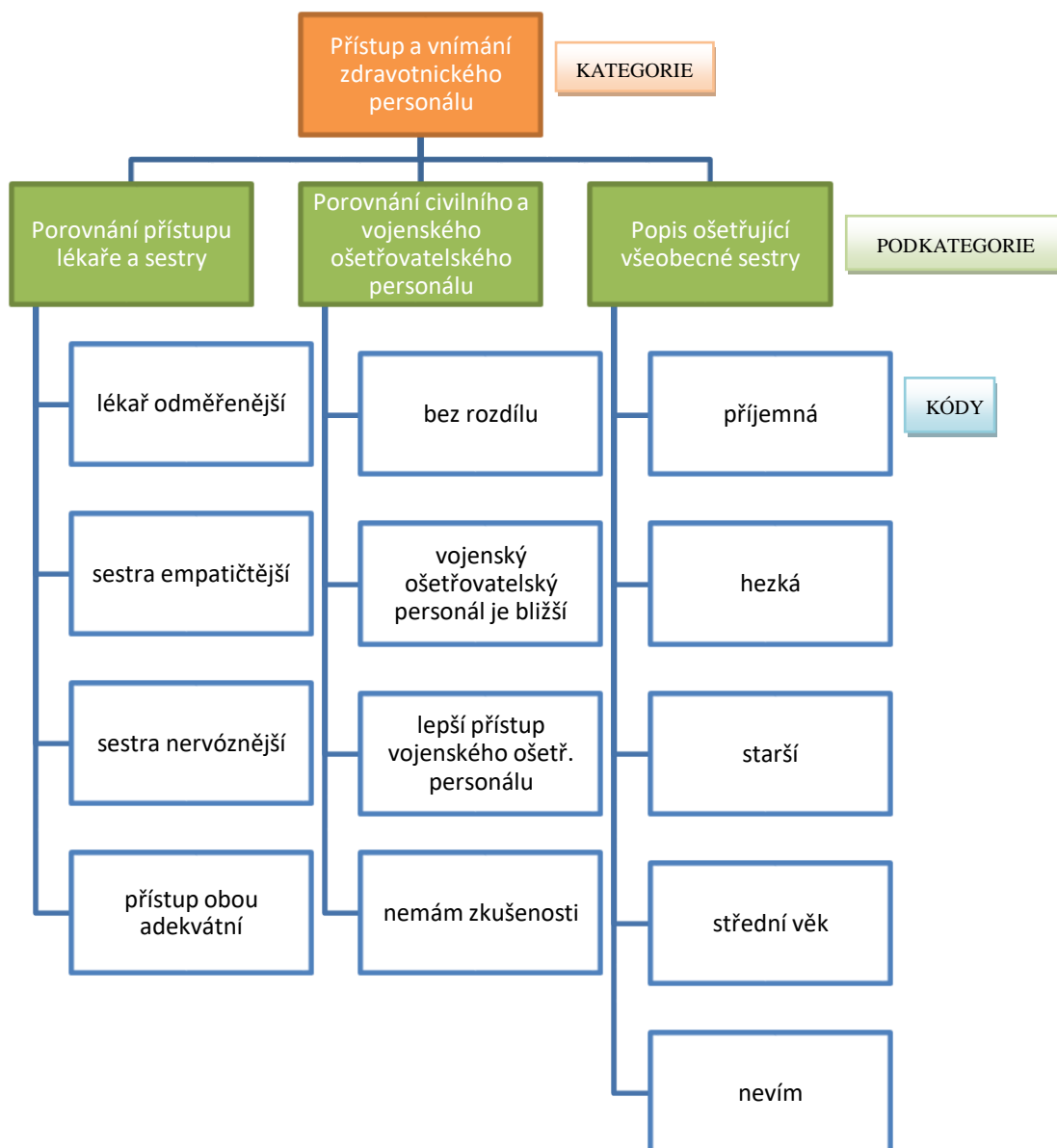
Podkategorie „*Vnímání všeobecné sestry*“ ukazuje, jak vojáci všeobecné sestry vnímají. Byly vytvořeny celkem 3 kódy: „pozitivní“, „potřebný personál“, „dívka starající se o ostatní“. Jako „dívku starající se o ostatní“ označuje všeobecnou sestru V6. Za „potřebný personál“ ji považují V3, V5 a V8. V3 odpovídá: „*Jako potřebný personál se širokospektrálním využitím v oboru lékařství.*“ V8 řekl, že všeobecnou sestru vnímá „*Jako nezbytnou součást v lékařství.*“

V odpovědích však převažuje jejich pozitivní vnímání. V1 uvádí: „*Pozitivně, jednu mám doma.*“ Obsáhlejší je odpověď V4: „*Všeobecný sestry vnímám jako opravdový srdcaře, kteří za malý peníze dělají velmi záslužnou a fyzicky i psychicky náročnou práci. Já sám bych ji za těchto podmínek nedělal.*“ V7 navíc dodává, že všeobecná sestra „*Musí být hodně obětavá a ochotná pomáhat druhým.*“

### **Význam všeobecné sestry**

Podkategorie „*Význam všeobecné sestry*“ vypovídá o tom, jaký význam má všeobecná sestra pro jednotlivé vojáky. Z odpovědí bylo vytvořeno 5 kódů: „pravá ruka doktora“, „nezbytná součást zdravotnictví“, „elementární prvek zdravotnictví“, „blízký vztah s pacientem“ a „dívka starající se o ostatní“. Nejčastější odpovědí je, že význam všeobecné sestry je být pravá ruka doktora. Odpovídají tak V4, V5, V7 a V8. Pro V4 znamená všeobecná sestra: „*Oporu pro pacienta a pravou ruku doktora.*“ V8 řekl: „*Pravá ruka doktora, bez ní by se neobešel.*“ V1 po dlouhém přemýšlení poznamenal: „*Těžká otázka, ale asi že je nezbytná pro lékaře i pacienty. Nikdo by se bez ní neobešel.*“ V2 považuje všeobecnou sestru za „*Elementární prvek zdravotnictví, zároveň je nejzatěžovanější zdravotnický pracovník.*“ Pro informátora V3 je jejím hlavním významem mít blízký vztah s pacientem, jeho odpověď zní: „*Osoba, která má bližší vztah k pacientovi než ošetřující doktor.*“ Pro V6 je všeobecná sestra dívka starající se o ostatní.

## Schéma 4 Přístup a vnímání zdravotnického personálu



Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

Kategorie „*Přístup a vnímání zdravotnického personálu*“ mapuje zkušenosti vojáků s chováním zdravotnického personálu vůči nim samotným. Tvoří ji podkategorie Porovnání přístupu lékaře a sestry, Porovnání civilního a vojenského ošetrovatelského personálu a Popis ošetřující všeobecné sestry.

### Porovnání přístupu lékaře a sestry

Podkategorie „*Porovnání přístupu lékaře a sestry*“ hodnotí, jak k danému vojákovi přistupoval personál, se kterým se na chirurgickém oddělení setkal. Z odpovědi na otázku „Jak byste porovnal/a přístup lékaře a sestry k vám jako k pacientovi?“ byly

vytvořeny 4 kódy: „lékař odměřenější“, „sestra empatictější a přátelštější“, „sestra nervóznější“ a „přístup obou adekvátní“. Převažovala odpověď, že sestra byla empatictější než lékař. Dokazuje to odpověď V1: „*Lékaři bývají více odměření, sestry naopak víc starostlivé.*“ Podle V3 a V5 má sestra přátelštější přístup. V4 se vyjádřil mírně vulgárně: „*Lékař se mnou mluvil jakoby snědl moudrý hovn\* a sestra byla lidská, empatická a snažila se skutečně pomáhat i v běžných věcech.*“ Empatie je patrná i z reakce V6: „*No bližší mi byla určitě sestra, pořád mě uklidňovala, věnovala se mi. Opakovala mi, abych se na to zranění nedíval.*“ V1, V4 a V8 se navíc shodují, že lékař se choval odměřeně. V7 vnímá přístup všeobecné sestry i lékaře stejně adekvátně: „*Oboje bez závad.*“ Odlišný názor než ostatní vojáci vyslovil V2, který zmiňuje nervozitu sester: „*Je rozdíl mezi zařízeními, zda se jedná o polikliniku, nemocnici nebo soukromé zařízení, ale většinou byly sestry víc nervózní.*“

### **Porovnání civilního a vojenského ošetrovatelského personálu**

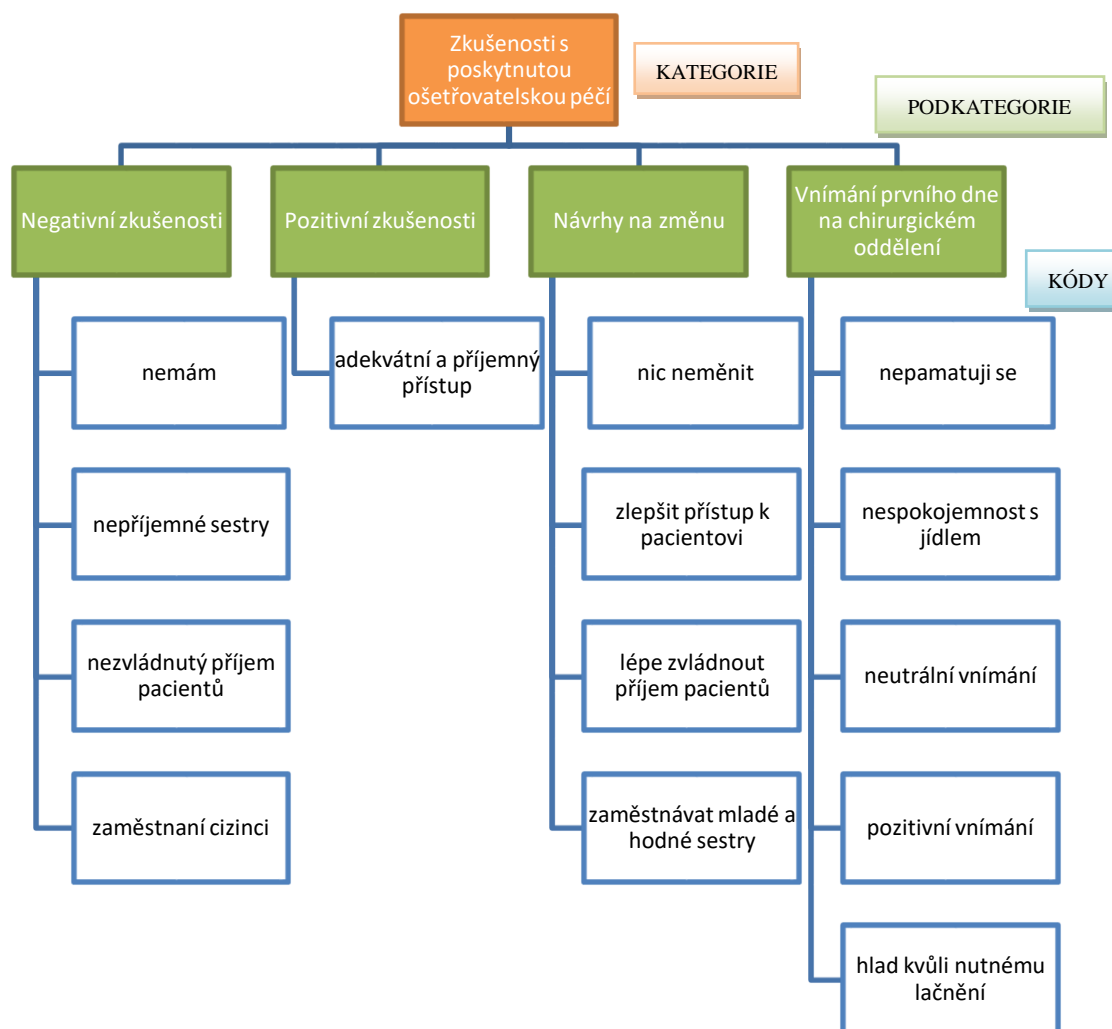
V kategorii „*Porovnání civilního a vojenského ošetrovatelského personálu*“ srovnávali vojáci přístup civilních a vojenských zdravotníků. Byly vytvořeny kódy: „bez rozdílu“, „vojenský ošetrovatelský personál je bližší“, „lepší přístup vojenského ošetrovatelského personálu“ a „nemám zkušenosti“. Nejčastěji mezi nimi nevidí rozdíl, odpověděli tak vojáci V1, V2, V4 a V6. V4 řekl: „*Rozdíl mezi nimi nevidím, oba se starají o lidi a oba by měli být stejní profesionálové.*“ Lepší přístup vojenského ošetrovatelského personálu zaznamenali V5 a V8, který řekl: „*U toho vojenského nečekám ve frontách, berou mě přednostně.*“ O větší blízkosti s vojenským ošetrovatelským personálem se zmínil V3: „*Vojenský je mi bližší, protože jsme ve své podstatě kolegové.*“ V5 poznamenal: „*Většinou se vojenský personál chová k vojákům líp a vychází víc vstříc.*“ Pouze V7 se zatím s vojenským ošetrovatelským personálem nesetkal: „*S vojenským zatím zkušenosti nemám, byl jsem sice ve vojenské nemocnici v Praze, ale staraly se o mě pouze civilní sestřičky, na vojenskou jsem nenarazil.*“

### **Popis ošetřující všeobecné sestry**

V rámci podkategorie „*Popis ošetřující všeobecné sestry*“ odpovídali vojáci na otázku „*Jak byste popsal/a sestru, co se o vás starala?*“ a bylo vytvořeno 5 kódů, jenž zní: „příjemná“, „hezká“, „starší“, „střední věk“ a „nevím“. O tom, že všeobecná sestra byla příjemná, se zmínili V2, V3, V7 a V8. V2 řekl: „*Blondýna, starší, vzhledově nic moc, ale jinak byla příjemná a usmívala se.*“ O V5 se starala všeobecná sestra ve středním

věku, o V2 a V8 již starší všeobecná sestra. V4, V6 a V7 prohlásili, že ošetřující sestra byla hezká. V4 konstatoval: „Byla mladá, hezká a dál nevím, to mi obvyčejně stačí, aby mi bylo dobře.“ Pro V6 byla všeobecná sestra odvedením pozornosti od traumatického zranění palce u ruky: „Byla hezká, takže jsem se snažil koukat na ní místo na ten palec. A měla dobrý prsa.“ V7 ji popsal následovně: „Mladá, milá, hezká, ochotná. Zodpověděla všechny moje dotazy než jsem šel na výkon.“ Pouze V1 ji popsat nedokáže: „Těžko říct, sestry se dost střídaly, tak nevím. Žádnou z nich si nevybavím konkrétně.“

**Schéma 5 Zkušenosti s poskytnutou ošetrovatelskou péčí**



Zdroj: Vlastní zpracování, 2018

Kategorie „*Zkušenosti s poskytnutou ošetrovatelskou péčí*“ mapuje, s jak kvalitní ošetrovatelskou péčí se informátoři setkali. Byla rozdělena do 4 podkategorií, a to Pozitivní zkušenosti, Negativní zkušenosti, Návrhy na změnu a Vnímání prvního dne na chirurgickém oddělení.

### **Pozitivní zkušenosti**

V rámci podkategorie „*Pozitivní zkušenosti*“ se s pozitivním, adekvátním a příjemným přístupem se setkali celkem 4 informátoři, konkrétně V3, V4, V6, V7. Byl zvolen kód „adekvátní a příjemný přístup“. Informátor V4 na otázku: „Jaká byla pozitiva a negativa na poskytnuté ošetrovatelské péči?“ odpověděl: „*Negativa mě nenapadají. Pozitiva byla, že byla sestra milá a pomáhala mi.*“ V6 se vyjádřil primárně pozitivně: „*Byla hlavně pozitiva, hlavně skrz uklidňování, což jsem v tu chvíli potřeboval. Všechno bylo v cajku, v pohodě. Sestřička hned začala připravovat nějaký závěs, kterým mi tu ruku zakryli, abych se na ni nedíval. Nevýhodou bylo, že přímo nade mnou bylo střešní okno a já v něm viděl odraz toho, co mi s ní dělali. Ale za to samozřejmě sestřička nemůže.*“ V7 se k negativům vůbec nevyjádřil a zmínil jen pozitiva: „*Pozitivem bylo určitě příjemné prostředí. Zdravotnictví máme na hodně vysoké úrovni.*“

### **Negativní zkušenosti**

V rámci podkategorie „*Negativní zkušenosti*“, jenž vypovídá o špatných a nepříjemných zkušenostech s ošetrovatelskou péčí, byly vytvořeny 4 kódy: „nemám“, „nepříjemné sestry“, „nezvládnutý příjem pacientů“, „zaměstnaní cizinci“. V3, V4 a V8 se s žádnou nepříjemností nesetkali a negativní zkušenosti s ošetrovatelskou péčí tak nemají. Zato V2 ano: „*Nepříjemné a podrážděné sestry.*“ Zároveň však dodává: „*Nevím, je to hlavně o lidech a o přístupu.*“ V5 byl také s některými všeobecnými sestrami nespokojený: „*Ano, některé tlusté a nepříjemné sestry mi vadily.*“ V1 se nikdy s nepříjemným chováním všeobecných sester nesetkal, ale měl problém s nezvládnutým příjmem pacientů: „*U toho slepáku žádná negativa nebyla, ale u zlomené nohy ano. V ambulancích sestry nezvládaly příjem pacientů. Ti se brali podle toho, kdo dřív strčil papíry sestře do dveří, a to se mi nelíbilo.*“

### **Návrhy na změnu**

Třetí podkategorie byla nazvána „*Návrhy na změnu*“. Jsou do ní zařazeny věci, které by chtěli vojáci na ošetrovatelské péči změnit. Byly vytvořeny 4 kódy: „nic neměnit“,



„zlepšit přístup k pacientům“, „lépe zvládnout příjem pacientů“, „zaměstnávat mladé a hodné sestry“. Nic by neměli 3 informátoři - V3, V4, V7. V7 se vyjádřil následovně: „*Na poskytnuté péči bych nic neměnil, pouze bych sestřám i doktorům přidal peníze. Dělají náročnou práci, za kterou si lepší finanční ohodnocení určitě zaslouží.*“ V8 navrhl: „*Lepší přístup k pacientovi a víc porozumění.*“ V2 je podobného názoru: „*Nic. Možná jen vlídnější personál, ale to je všechno.*“ Voják V1 se setkal s nezvládnutým příjmem pacientů v ambulanci, a proto by uvítal jeho zlepšení. V5 a V6 se shodli, že by bylo dobré zaměstnávat více mladých a hodných všeobecných sester. V6 svůj návrh vysvětluje takto: „*Víc mladých a hezkých sestřiček, aby se bylo na co koukat. Když se tam mihla starší sestra, tak mi moc pozornost od úrazu neodvedla.*“ V5 řekl: „*Změnil bych jen, aby se více zaměstnávaly mladé a hodné sestřičky.*“

### **Vnímání prvního dne na chirurgickém oddělení**

Poslední podkategorií je „*Vnímání prvního dne na chirurgickém oddělení*“. Bylo sem zařazeno 5 kódů - „nepamatuji se“, „pozitivní vnímání“, „neutrální vnímání“, „nespokojenost s jídlem“, „hlad kvůli nutnému lačnění“. Většina vojáků ve svých odpovědích na otázku „*Jak vypadal první vámi strávený den na chirurgickém oddělení?*“ uvedla, že si první den z různých důvodů nepamatuje. V6 to přičítá operaci, V1 zase narkóze: „*Ten si moc nepamatuji, jelikož jsem byl po narkóze. Jen vím, že mi pořád měřili tlak. Noha se léčila jen ambulantně.*“ V2 naopak dlouhé době od ošetření v nemocnici. V4 si první den v nemocnici také příliš nepamatuje, ale utkvěla mu vzpomínka na podávané jídlo: „*První dny strávené v nemocnici si moc nepamatuju, snad jen, že nemocniční stravu bych nemusel mít každý den.*“ V5 ho vnímal pozitivně: „*Byl pozitivní, s ničím jsem neměl problém, ale konkrétněji si nevzpomenu.*“ V3 ve své odpovědi uvedl, že den vnímal normálně a popsal ho následovně: „*Normálně, všichni byli milí, všechno mi vysvětlili. Nastoupil jsem na oddělení, pak mě vzali na sál, kde mě odoperovali, jeden den jsem tam ještě ležel a šel domů.*“ V7 si vybavil, že měl kvůli nutnému lačnění velký hlad: „*No byl jsem nalačno, hned ráno mě položili na lehátko a čekal jsem tam asi do půl jedné, než odoperovali člověka přede mnou. Pamatuji si, že jsem měl strašný hlad. Pak mě odvezli na sál, napíchli mi žílu a víc nevím.*“ V8 se nevyjádřil k žádným pocitům, které z tohoto dne měl. Pouze konstatoval: „*Vyšetřili mi úraz ramene a dostal jsem ortézu.*“

## 5. DISKUZE

Následující kapitola shrnuje výsledky výzkumného šetření, jež bylo realizováno s vojáky z povolání s různým pracovním zařazením, všeobecnými sestrami a jednou praktickou sestrou. Všechny sestry pracují v chirurgických oborech. Výsledky dává následně do souvislostí a porovnává je s dostupnou literaturou.

Cílem této bakalářské práce bylo jistit zkušenosti sester s ošetřováním vojáků na chirurgickém oddělení, pohled vojáků na jim poskytnutou ošetrovatelskou péči a jejich spokojenost s ní. K výzkumnému šetření bylo použito kvalitativní šetření, což je nematematický analytický postup, jenž umožňuje poznání širšího kontextu jevů (Kutnohorská, 2009). Výzkumný soubor tvořily dvě skupiny informátorů. První jsou všeobecné sestry a jedna praktická sestra, všechny pracují na některém z chirurgických oddělení a mají zkušenosti s ošetřováním vojáků. To je důvod, proč byla do výzkumného šetření zařazená i praktická sestra. Druhá skupina je tvořena vojáky, kteří byli na chirurgickém oddělení hospitalizováni nebo ošetřeni. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí polostrukturovaných rozhovorů, u nichž je dobré začít formou nezávazné komunikace s cílem získání důvěry a navození příjemné atmosféry (Jansa et al., 2012).

**Výzkumný cíl: Zjistit zkušenosti sester s ošetřováním vojáků na chirurgickém oddělení.**

**Výzkumná otázka: Jaké mají sestry zkušenosti s ošetřováním vojáků na chirurgickém oddělení?**

Jedním z cílů bylo zjistit, jaké zkušenosti mají všeobecné sestry s ošetřováním vojáků. Nejdříve bylo zapotřebí v teoretické části této práce vymezit chirurgické oddělení a popsat specifika ošetrovatelské péče jemu náležící. Následně byly vedeny polostrukturované rozhovory se 6 všeobecnými sestrami a jednou praktickou sestrou, jež v chirurgických oborech pracují. Ze zhodnocení výsledků je patrné, že četnost setkávání se s vojáky jako pacientem tkví v konkrétním chirurgickém oddělení a v nemocnici, kde daná sestra pracuje. S vojáky se spíše setkávají všeobecné sestry pracující ve vojenských nemocnicích, než ty, které v nich nepracují. Tato skutečnost má legislativní podklad, jelikož vojáci z povolání musí být podle §6 vyhlášky 156/2015 Sb. léčeni vojenským poskytovatelem zdravotnických služeb, výjimku tvoří pouze akutní případy. Sama jsem se v rámci odborné praxe setkala s vojáky jako pacienty častěji

ve vojenské nemocnici, než v nemocnicích ostatních. Dalším výsledkem je způsob vnímání vojáků jako pacientů sestrami. Některé je vnímají jako všechny ostatní pacienty, častěji je však vnímají s úctou a respektem, což jsou dvě složky, které vytváří optimální vztah mezi pacienty a zdravotnickým personálem (Munzarová, 2011). Podle Zacharové (2017) je úcta tím nejdůležitějším aspektem, jelikož je sestra postavena do role odborného pracovníka. Jako pozitivní skutečnost vnímáme fakt, že se u žádné sestry neobjevila odpověď s negativním postojem vůči vojákům. Předmětem týkající se pohledu sestry na ošetřování vojáků také je, zda vnímá rozdíl mezi ním a civilním pacientem. Některé dotazované sestry žádný rozdíl nevnímají. V4 odpověděla následovně: *„Nerozděluji pacienty podle jejich povolání, pacient jako pacient. Přistupuji k nim vždy individuálně a s ohledem na jejich zranění.“* Naproti tomu je některé považují za pacienty s atraktivním povoláním. V odpovědích se vyskytl i fakt, že je to zajímavá informace při předávání směny. Většina sester se před reakcí na chvíli zamyslela, což značí, že pro ně tato otázka nebyla jednoduchá. Pro mě samotnou je zodpovězení složité, sama rozdíl jednoznačně vnímám, ale konkrétní definování podstaty už tak jednoduše vysvětlit nedovedu. Aby byl pohled sestry na ošetřovatelství vojáků ucelený, zajímalo nás, jaké ošetřovatelské činnosti provádí sestra u civilního pacienta a jaké navíc u vojáků. Z odpovědí vyplývá, že ošetřovatelské činnosti jsou ovlivněny konkrétním chirurgickým oddělením, protože každé má svá specifika. Vypadá to, že žádné ošetřovatelské činnosti se navíc u vojáků neprovádí. Pouze S5 se zmínila o přednosti, kterou vojáci ve zdravotnických zařízeních vojenského poskytovatele mají: *„Přímo ošetřovatelské činnosti žádné. Pouze se vojáci berou přednostně, ale to je u nás spíše starost doktorů a ambulancí.“* Tato skutečnost vyplývá z §1 vyhlášky 156/2015 Sb., který říká, že vojenský poskytovatel zdravotních služeb může poskytnout zdravotní péči ostatním osobám až poté, co ji poskytne vojákům. Podle §6 vyhlášky 156/2015 Sb. jsou ve vojenských zdravotnických zařízeních vojáci přijímáni na lůžko přednostně.

**Výzkumné cíle: Zjistit spokojenost vojáků s poskytnutou ošetřovatelskou péčí na chirurgickém oddělení.**

**Výzkumná otázka: Jak jsou vojáci spokojeni s poskytnutou ošetřovatelskou péčí na chirurgickém oddělení?**

Dalším výzkumným cílem bylo zjistit spokojenost s ošetřovatelskou péčí. Ta nebyla zjišťována přímou otázkou, ale dotazováním na pozitivní a negativní zkušenosti s ošetřovatelskou péčí. V rámci pozitivního hodnocení ošetřovatelské péče

se informátoři zmiňovali o adekvátním a příjemném přístupu ze stran všeobecných sester. Negativní zkušenosti spíše nemají, avšak vojáci V2 a V5 uvedli, že se setkali s nepříjemnými sestrami. V1 napoprvé jakoukoliv negativní zkušenosti popřel, později ovšem popsal nezvládnutý příjem pacientů: „*V ambulancích sestry nezvládaly příjem pacientů. Ti se brali podle toho, kdo dřív strčil papíry sestře do dveří, a to se mi nelíbilo.*“ Jako žádoucí se jevilo poskytnout vojákům prostor pro návrhy na změnu v jim poskytnuté ošetrovatelské péči. Výsledkem bylo, že by vojáci neměnili nic, nebo zlepšili přístup k pacientovi. V odpovědích se objevuje i návrh, že by se mělo zaměstnávat víc mladých a hodných sester. V6 to odůvodňuje následovně: „*Víc mladých a hezkých sestřiček, aby se bylo na co koukat. Když se tam mihla starší sestra, tak mi moc pozornost od úrazu neodvedla.*“ Už D. Orem stanovila, že sestra pomáhá pacientovi nejen fyzicky, ale i po psychické stránce (Pavlíková, 2007). Psychická pomoc je důležitá i při zvládnání bolesti (Křivohlavý, 2002). V oblasti pozitivních a negativních zkušeností V2 podotýká, že „*je to hlavně o lidech a o přístupu.*“ S tímto názorem se ztotožňujeme i my, každá všeobecná i praktická sestra by měla přistupovat k pacientovi individuálně s ohledem na jeho aktuální potřeby.

Úroveň spokojenosti pacienta závisí převážně na tom, jaké povahy bylo jeho onemocnění a jaký typ péče z medicínského hlediska mu byl poskytnut. Neopomenutelné jsou i sociálně-demografické charakteristiky jako věk, vzdělání, ekonomické postavení či rodinné zázemí (Ondriová, Hudáková, Pavelková, 2013). Fakt, že spokojenost s ošetrovatelskou péčí ovlivňuje i medicínské hledisko, je patrné u informátora V6. Na otázku, zda má nějakou negativní zkušenost s ošetrovatelskou péčí, odpověděl: „*Jo to mám. V Trutnově mi totiž chtěli ten palec vzít, tak jsem jel do druhé nemocnice, kde se ho pokusili zachránit a povedlo se to.*“ Z této odpovědi vyplývá, že nespokojenost s lékařskou péčí přímo ovlivnila i názor na péči ošetrovatelskou. Spokojenost je definována jako pozitivní hodnocení určitých vymezených dimenzí zdravotní péče (Ondriová, Hudáková, Pavelková, 2013).

**Výzkumný cíl: Zjistit pohled vojáků na ošetrovatelskou péči na chirurgickém oddělení.**

**Výzkumný cíl: Jak vojáci vnímají poskytnutou ošetrovatelskou péči na chirurgickém oddělení?**

Třetím výzkumným cílem bylo zjistit pohled vojáků na ošetrovatelskou péči. Byly jim kladeny otázky ohledně vnímání všeobecné sestry, jejího popisu a porovnání přístupu sestry a lékaře. Z odpovědí na otázky, jak všeobecnou sestru vnímají a jaký má podle nich význam, je zřejmé, že ji vnímají pozitivně a považují ji za potřebnou. V2 poznamenal, že všeobecná sestra je „*Elementární prvek zdravotnictví, zároveň je nejzatěžovanější zdravotnický pracovník.*“ Jarošová (2007) považuje za elementární prvky zdravotnictví nejen poskytovatele zdravotních služeb, ale i jejich plátce a samotného pacienta. U významu všeobecné sestry vojáci nejčastěji uváděli, že je „pravou rukou lékaře“. Voják V3 řekl, že jejím významem je mít bližší vztah k pacientovi, než má lékař. Pro V1 a V2 je důležitou osobou ve zdravotnictví. Mezi základní úkoly sestry, jež přijala Mezinárodní rada sester, patří předcházení nemocem, podpora zdraví, navrácení zdraví a zmírnění utrpení (Zacharová, 2017). Dále musí být ochotná, schopná asertivní komunikace, musí umět vyjádřit porozumění a sympatie. Jedná v zájmu pacientů, nevychází tedy ze svých vlastních zájmů. Blaho pacientů staví nad své vlastní (Zacharová, 2016). Podle našeho názoru není sestra pouze „pravou rukou lékaře“, jak někteří vojáci uváděli, ale je nezávislým pracovníkem, jelikož ošetrovatelství je samostatná vědní disciplína. Po zhodnocení odpovědí ohledně spokojenosti vojáků s ošetrovatelskou péčí se zdá, že jsou s ní spíše spokojeni.

Pro ucelení pohledu vojáků na ošetrovatelskou péči na chirurgickém oddělení jsme od nich zjišťovali, jaký názor mají na civilní a vojenský ošetrovatelský personál, jak by porovnali přístup lékaře a sestry a jak by popsali všeobecnou sestru, která je ošetrovala. Při porovnávání civilního a vojenského ošetrovatelského personálu se odpovědi rozcházeli. Pro V1, V2, V4 a V6, mezi nimi není žádný rozdíl. V4 se jako jediný zmínil o profesionalitě: „*Rozdíl mezi nimi nevidím, oba se starají o lidi a oba by měli být stejní profesionálové.*“ Tento názor sdílíme také, veškerý ošetrovatelský personál by měl být profesionální. Naopak voják V5 se setkal s lepším přístupem ze strany vojenského ošetrovatelského personálu, než toho civilního. V8 řekl: „*U toho vojenského nečekám ve frontách, berou mě přednostně.*“ Tím poukázal na fakt, že podle §1 vyhlášky 156/2015 Sb. musí být ve vojenských nemocnicích primárně ošetřeni vojáci, až následně ostatní pacienti. Z analýzy odpovědí ohledně porovnání přístupu všeobecné sestry a lékaře se jeví trend, že sestra bývá empatičtější. Podle informátorů V1, V4 a V8 bývá lékař odměřenější. Schopnost empatie patří k základním sesterským dovednostem, čímž pozitivně ovlivňuje vzájemnou důvěru (Zacharová, 2016). Empatie totiž

zkvalitňuje vztah mezi sestrou a pacientem (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011). Další analyzovanou oblastí byl popis ošetřující sestry. V2, V3, V7 a V8 ji označili za příjemnou. V4, V6 a V7 si všímali jejího vzhledu a vylíčili ji jako hezkou. V4 řekl: *„Byla mladá, hezká a dál nevím, to mi obvyčejně stačí, aby mi bylo dobře.“* V6 všeobecná sestra zaujala a vyjádřil se o ní následovně: *„Byla hezká, takže jsem se snažil koukat na ní místo na ten palec. A měla dobrý prsa.“* V2 odpověděl: *„Blondýna, starší, vzhledově nic moc, ale jinak byla příjemná a usmívala se.“* Odpovědi mužů na otázky o vnímání všeobecných sester jsou zaměřené spíše na vnímání sestry jako ženy místo sestry jako poskytovatelsky ošetrovatelské péče (Maňhalová, 2013). Vojáci se ve svých odpovědích vyjadřovali spíše ke vzhledu všeobecné sestry, což podle nás toto tvrzení potvrzuje. Dle Plevové a Slowik (2010) má celková úprava zevnějšku a vzhled všeobecné sestry velký význam, jelikož poukazuje na její osobnost. Neupravená sestra působí nedůvěryhodně a nezodpovědně.

## 6. ZÁVĚR

Smyslem bakalářské práce bylo zhodnotit poskytovanou ošetrovatelskou péčí vojákům na chirurgickém oddělení. Prvním cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry na chirurgickém oddělení zkušenosti s ošetřováním vojáků. Druhým cílem bylo zjistit, jaký mají vojáci pohled na jim poskytnutou ošetrovatelskou a tím třetím, jak byli s péčí spokojeni. Na základě těchto tří cílů byly stanoveny výzkumné otázky.

Z analýzy rozhovorů s všeobecnými sestrami bylo zjištěno, že jejich zkušenosti s ošetřováním vojáků závisí na konkrétním chirurgickém oddělení, kde pracují. Častěji je ošetřují ty, které jsou zaměstnané ve vojenské nemocnici, což vychází z §1 vyhlášky 156/2015 Sb. O podmínkách poskytování zdravotních služeb vojenskými poskytovateli. Vojáky jako pacienty vnímají častěji pozitivně a s respektem, některé však mezi vojenskými a civilními pacienty nevnímají žádný rozdíl.

Analyzovány byly i odpovědi vojáků z povolání na otázky ohledně přístupu zdravotnického personálu, zkušeností s poskytnutou ošetrovatelskou péčí a vnímání všeobecné sestry. Po zhodnocení rozhovorů se zdá, že většina vojáků se setkala s adekvátním a příjemným přístupem ze stran všeobecných sester, avšak objevily se v nich výtky na nepříjemné chování sester či nezvládnutý příjem pacientů. Ze zhodnocených odpovědí vypadá, že vojáci jsou s poskytnutou péčí spíše spokojeni.

Přínosem této práce je zveřejnění výsledků ohledně pohledu a spokojenosti vojáků s ošetrovatelskou péčí, protože péče o vojáky není tématem pouze minulosti, ale i současnosti. Práce přináší i výsledky analýzy rozhovorů s všeobecnými sestrami o zkušenostech s ošetřováním vojáků. Poukazuje na problematiku ošetrovatelské péče o vojáky z pohledu všeobecných sester i pacientů.

Tuto práci lze využít jako informační a výukový materiál, který může sloužit všeobecným sestram, jež mají o problematiku ošetrovatelství vojáků zájem. Může sloužit také jako informační materiál pro vojáky, kterých se léčba na chirurgickém oddělení týká. Využít ji může i laická veřejnost.

Výstupem bakalářské práce bude na žádost napsaný článek do recenzovaného časopisu Vojenské zdravotnické listy. Bude obsahovat informace o zkušenostech všeobecných sester s ošetřováním vojáků, pohledu vojáků na jim poskytnutou ošetrovatelskou péčí a spokojenosti s ní.

## **7. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

ARO - anesteziologicko-resuscitační oddělení

HŽT - hluboká žilní trombóza

JIP - Jednotka intenzivní péče

PE - plicní embolie

RTG - rentgen

TEN - tromboembolická nemoc

ÚVN - Ústřední vojenská nemocnice

VP - Vojenská policie

VŠ Bc. - vysokoškolské bakalářské vzdělání

VŠ Mgr. - vysokoškolské magisterské vzdělání

WHO - Světová zdravotnická organizace



## 8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BULAVA, A., 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0.
2. BURDA, P., 2016. Základy ošetrovatelské péče na chirurgickém oddělení. In: BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., *Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
3. DRLÍKOVÁ, K., 2010. Stomie. In: ZACHOVÁ, V. et al., *Stomie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.
4. FARKAŠOVÁ, D., 2010a. Historický kontext ošetrovatel'stva. In: FARKAŠOVÁ, D. et al., *História ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. 169 s. ISBN 978-80-8063-332-5.
5. FARKAŠOVÁ, D., 2010b. Florence Nightingalová. In: FARKAŠOVÁ, D. et al., *História ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. 169 s. ISBN 978-80-8063-332-5.
6. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
7. HOLÁ, L. et al., 2013. *Mediace a možnosti využití: v praxi*. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4109-3.
8. JACKSON, J. C., SANTORO, M. J., ELY, T. M., ELY, E. W., BOEHM, L., KIEHL, A. L., ANDERSON, L. S., 2014. Improving patient care through the prism of psychology: Application of Maslow's hierarchy to sedation, delirium, and early mobility in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*. 29(3). p 438-444. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.01.009.
9. JANÍKOVÁ, E. ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
10. JANSÁ, P. et al., 2012. *Pedagogika sportu*. Praha: Karolinum. 226 s. ISBN 978-80-246-2026-8.
11. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
12. KALVACH, Z., 2011. Obecné hodnocení soběstačnosti a výkonnosti (functioning). In: KALVACH, Z. et al., *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-247-4026-3.
13. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

14. KAZIMOUR, I., 2017. *Historie zdravotnictví [online]*. Martin Koláček - E knihy jedou. 450 s. [cit. 2017-27-11]. ISBN 978-80-7512-758-7. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=tmrnDQAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=kazimour+historie+zdravotnictv%C3%AD&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwiB18amteTXAhVC6aQKHwBoBpAQ6AEIJzAA#v=onepage&q=kazimour%20historie%20zdravotnictv%C3%AD&f=false>
15. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
16. KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.
17. KOTLER, P., KELLER, K. L., 2007. *Marketing management*. 12. vydání. Praha: Grada. 792 s. ISBN 978-80-247-1359-5.
18. KRŠKA, Z., 2011. Předmluva. In: KRŠKA, Z. et al., *Techniky a technologie v chirurgických oborech: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-247-3815-4.
19. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
20. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
21. KUKOL, V., 2016. Péče o dýchací cesty. In: BARTŮNĚK, P. et al., *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
22. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
23. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
24. KUTNOHORSTKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s., ISBN 978-80-247-2713-4.
25. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. Psychosociální aspekty zdraví a nemoci. In: KUZNÍKOVÁ, I. et al., *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
26. MACH, J., 2015. Právní souvislosti vztahu lékaře a pacienta. In: PTÁČEK, R. et al., *Lékař a pacient v moderní medicíně: Etické, právní psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.

27. MAŇHALOVÁ, J., 2013. *Hodnota a postoj ošetrovatelství pro veřejnost*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
28. MCCARTHY, M. S., ELSHAW, E. B., SZELZELY, B. M., PFLUGEISEN, B., 2017. Health promotion research in active duty army soldiers: The road to a fit and ready force. *Nursing Outlook*. 65(5). p 6-16. ISSN 00296554.
29. MORRISON-BEEDY, D., PASSMORE, D., D'AOUST, R., 2015. Military and veteran's health integration across missions: How a college of nursing "joined forces". *Nursing Outlook*. 63(4). p 512-520. doi: 10.1016/j.outlook.2015.05.004.
30. MUNZAROVÁ, M., 2011. Důstojnost člověka v kontextu lékařství. In: PTÁČEK, R., Bartůněk, P., *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
31. NOVÁK, F., 2016. Výživa v intenzivní péči. In: BARTŮNĚK, P. et al., *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
32. ONDŘIOVÁ, I., HUDÁKOVÁ, A., PAVELKOVÁ, M., 2013. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Sestra*. 23(1). ISSN 1210-0404.
33. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
34. PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
35. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
36. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2011. Historie ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
37. PLHÁKOVÁ, A., 2006. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 80-247-0871-X.
38. SHETTY, A. P., 2016. Florence Nightingale: The queen of nurses. *Archives of Medicine and Health Sciences*. 4(1). p 144-148. doi: 10.4103/2321-4848.183362.
39. SIKOROVÁ, L., 2011. Role sestry a nemocného. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
40. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2007a. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
41. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2007b. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II: Pediatrie, chirurgie*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2040-1.

42. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II: Pediatrie, chirurgie*. 2. vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3602-0.
43. SRIRAM, B. M., 2017. *SRB's Surgical Operations: Text & Atlas*. Jaypee Brothers: New Delhi. 1438 p. ISBN 9352702115.
44. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. Lidské potřeby v souvislosti s právy pacientů In: ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-3223-7.
45. ŠEĐOVÁ, K., ŠVARŤÍČEK, R., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
46. ŠPIDUROVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: dopomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
47. ŠTURMA, J., 2007. Minimum anesteziologie pro lékaře neanesteziologa. In: SKALICKÁ, H. et al., *Předoperační vyšetření: Návody pro praxi*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
48. VOKURKA, M. et al., 2007. *Velký lékařský slovník*. 7. vydání. Praha: Jessenius Maxdorf. 1082 s. ISBN: 978-80-7345-130-1.
49. Vyhláška č. 156/2015 Sb., o podmínkách poskytování zdravotních služeb vojenskými poskytovateli, oborech ambulantní péče, u kterých voják z povolání může uplatnit svobodnou volbu poskytovatele zdravotních služeb, a podmínkách organizace plnění úkolů vojenských fakultních nemocnic (o podmínkách poskytování zdravotních služeb vojenskými poskytovateli), 2015. [online]. [cit. 2018-2-19]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 135, s. 2018-2032. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=156/2015&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=156/2015&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
50. VYTEJČKOVÁ, R., 2015. Malé chirurgické výkony. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al., *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
51. WIRNITZER, J., 2017. Zraněný voják učí armádu, jak se starat o 13 tisíc novodobých veteránů. Péči potřebují i rodiny. [online]. [cit. 2018-02-06]. Dostupné z: [https://zpravy.aktualne.cz/domaci/novodobi-veterani-pece-stat-rodiny-prirucka-zraneni/r~077f293cdaa011e78d510cc47ab5f122/?utm\\_source=centrumHP&utm\\_medi](https://zpravy.aktualne.cz/domaci/novodobi-veterani-pece-stat-rodiny-prirucka-zraneni/r~077f293cdaa011e78d510cc47ab5f122/?utm_source=centrumHP&utm_medi)

um=dynamicleadbox&utm\_content=editor1-static&utm\_term=position-2&redirected=1517920156

52. WORKMAN, B., 2006. Principy předoperační a pooperační péče. In: WORKMAN, B. et al., *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
53. ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
54. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-271-0156-6.
55. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení - 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 264 s. ISBN: 978-80-271-0155-9.
56. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
57. Zákon č. 170/2002 Sb. O válečných veteránech, 2002. [online]. [cit. 2018-02-06]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 72, s. 3653-55. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=170/2002&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=170/2002&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
58. Zákon č. 221/1999 Sb. O vojácích z povolání, 1999. [online]. [cit. 2018-02-06]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 76, s. 3722-54. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=221/1999&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=221/1999&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
59. Zákon č. 289/2005 Sb. O Vojenském zpravodajství, 2005. [online]. [cit. 2018-02-06]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 104, s. 5388-93. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=289/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=289/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy).
60. Zákon č. 300/2013 Sb. O vojenské policii a o změně některých zákonů (zákon o Vojenské policii), 2013. [online]. [cit. 2018-02-06]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 115, s. 3346-63. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=300/2013%20&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=300/2013%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

61. Zákon č. 45/2016 Sb. O službě vojáků v záloze, 2016. [online]. [cit. 2018-02-06]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 17, s. 450-59. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=45/2016&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=45/2016&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
62. ZÍTKOVÁ, M., 2015. Možnosti motivace nových pracovníků. In: ZÍTKOVÁ, M. et al., *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5094-1.
63. ŽIVNÝ, J., VOKURKA, M., 2012. Poruchy imunitního systému. In: VOKURKA, M. et al., *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Karolinum. 305 s. ISBN 978-80-246-2032-9.

## **9. PŘÍLOHY**

Příloha 1 Otázky kladené všeobecným sestrám

Příloha 2 Otázky kladené vojákům

## **Příloha 1**

Otázky kladené všeobecným sestřám:

1. Jaké je vaše pohlaví?
2. Kolik je vám let?
3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jak dlouho již pracujete v oboru ošetrovatelství?
5. Jak často se s vojákem jako pacientem setkáváte?
6. Jak vnímáte vojáka jako pacienta?
7. Vnímáte rozdíl mezi civilním pacientem a vojákem?
8. Jaké ošetrovatelské činnosti provádíte u běžného pacienta?
9. Jaké ošetrovatelské činnosti provádíte navíc u vojáků?
10. Je něco, co byste k tomuto tématu dodal/a?



## **Příloha 2**

Otázky kladené vojákům:

1. Jaké je vaše pohlaví?
2. Kolik je vám let?
3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jaké je vaše pracovní zařazení?
5. Léčíte se s něčím dlouhodobě?
6. S čím jste se léčil na chirurgickém oddělení?
7. Jak dlouho jste se léčil/a?
8. Kolikrát jste se léčil/a na chirurgickém oddělení?
9. Byl váš problém opakovaný?
10. Jak vnímáte všeobecnou sestru?
11. Máte nějakou negativní zkušenost s ošetrovatelskou péčí?
12. Co pro vás všeobecná sestra znamená?
13. Jak byste porovnal/a přístup lékaře a sestry k vám jako k pacientovi?
14. Můžete porovnat civilní ošetrovatelský personál od vojenského?
15. Jak byste popsal/a sestru, co se o vás starala?
16. Jak vypadal první vámi strávený den na chirurgickém oddělení?
17. Jaká byla pozitiva a negativa na poskytnuté ošetrovatelské péči?
18. Co byste na poskytnuté ošetrovatelské péči změnil/a?
19. Je něco, co byste k tomuto tématu dodal/a?