



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Využití kompetencí sester na chirurgickém oddělení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Lucie Harazinová

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Využití kompetencí sester na chirurgickém oddělení“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.8.2020

.....

Lucie Harazinová

Poděkování

Velké poděkování patří především vedoucí mé práce, Mgr. Kristýně Toumové, PhD., za její odborné vedení, trpělivost a cenné rady. Za čas a ochotu děkuji též všem informantkám zapojeným do výzkumného šetření.

Využití kompetencí sester na chirurgickém oddělení

Abstrakt

Cílem mé bakalářské práce je zmapování práce sester na chirurgickém oddělení. Pro komplexní náhled je pozornost věnována standardnímu lůžkovému oddělení, chirurgické jednotce intenzivní péče a chirurgické ambulanci. Určení specifík v práci sester na těchto složkách bylo vymezeno jako druhý cíl.

Pro splnění cílů byly stanoveny 3 hlavní výzkumné otázky: „Jaká je úloha sestry na chirurgickém oddělení?“, „Jaká jsou specifika práce na jednotlivých odděleních?“ a „Jaká je návaznost péče mezi jednotlivými odděleními?“. Vzhledem k rozdílnosti chirurgických složek teoretická část mé práce konkretizuje jejich prostorová uspořádání a vybavenost, popisuje předpokládaný stav pacientů, roli sestry a další aspekty. Pojednává taktéž o historii chirurgie jako oboru, dotýká se tématu současného vzdělávání sester a kompetencí, které vymezují rozsah činností sester.

Výzkumný soubor tvoří celkem 19 informantek, z toho 8 informantek pracujících na standardním chirurgickém oddělení, 6 informantek z chirurgické jednotky intenzivní péče a 5 informantek z chirurgické ambulance. Zvolenou metodou sběru dat pro mé kvalitativní šetření byl polostrukturovaný rozhovor.

Z výsledků vyplývá, že svou úlohu oslovené informantky vnímají obecně v rámci své pracovní pozice a v poskytování ošetrovatelské péče. Specifika standardního oddělení popisují sestry z jeho septické části v těžším zdravotním stavu pacientů, další informantky zmiňují pestrost diagnóz či starost o vyšší počet pacientů. Informantky z jednotky intenzivní péče se shodují ve zvýšené potřebě monitoringu pacientů. Informantky z chirurgické ambulance pečují především o pacienty s akutními obtížemi, přičemž ambulance bývá jejich prvním místem kontaktu se zdravotnickým zařízením.

Výstupem této práce je odborný článek zprostředkující informace pro zdravotnický personál a studenty zdravotnických oborů.

Klíčová slova

Chirurgie; ambulance, jednotka intenzivní péče, standardní oddělení, ošetrovatelská péče

Use of nursing competencies in surgical department

Abstract

The aim of my bachelor thesis is to map the work of nurses in the surgical department. For a comprehensive view, attention is paid to the standard inpatient department, surgical intensive care unit and surgical outpatient clinic. Determining the specifics of the work of nurses in these components was defined as the second goal.

To meet the goals, 3 main research questions were set: "What is the role of a nurse in the surgical department?", "What are the specifics of work in individual departments?" and "What is the continuity of care between departments?". Due to the diversity of surgical components, the theoretical part of my work specifies their spatial arrangements and equipment, describes the expected condition of patients, the role of the nurse and other aspects. It also discusses the history of surgery as a field. The research group consists of a total of 19 informants, of which 8 informants working in the standard surgical department, 6 informants from the surgical intensive care unit and 5 informants from the surgical outpatient clinic.

The results show that the addressed informants generally perceive their role as part of their job position and in the provision of nursing care. The specifics of the standard ward are described by nurses from its septic part in the more difficult state of health of patients, other informants mention the diversity of diagnoses or concern for a higher number of patients. Informants from the intensive care unit agree on the increased need for patient monitoring. The informants from the surgical outpatient clinic mainly take care of patients with acute problems, while the outpatient clinic is usually their first point of contact with a medical facility.

The output of this work is a professional article providing information for medical staff and students of medical disciplines.

Keywords

Surgery; outpatient clinic; intensive care unit; standard ward; nursing care

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Historie chirurgie.....	9
1.2 Ošetrovatelství v chirurgii	10
1.3 Součásti chirurgického oddělení.....	11
1.3.1 Ambulantní část.....	11
1.3.2 Standardní ošetrovací jednotka	12
1.3.3 Jednotka intenzivní péče	12
1.3.4 Operační úsek	13
1.4 Kompetence sester v ČR.....	15
1.4.1 Kompetence v proměnách času	15
1.4.2 Současný systém vzdělávání sester	17
1.4.3 Role sestry při poskytování ošetrovatelské péče	19
1.5 Ošetrovatelská péče na vybraných odděleních	20
1.5.1 Specifika ošetrovatelské péče na chirurgické ambulanci	20
1.5.2 Specifika ošetrovatelské péče na standardním chirurgickém oddělení	21
1.5.3 Specifika ošetrovatelské péče na chirurgické jednotce intenzivní péče	25
1.5.4 Specifika ošetrovatelské péče na operačním úseku.....	26
2 Cíle práce a výzkumné otázky	29
2.1 Cíl práce	29
2.2 Výzkumné otázky	29
3 METODIKA	30
3.1 Použité metody	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	31
4 Výsledky výzkumného šetření	32
4.1 Struktura výzkumného souboru.....	32

4.2 Kategorizace získaných dat	34
5 Diskuze	51
6 Závěr	57
7 Seznam literatury	59
8 Seznam příloh.....	66
9 Seznam zkratk	69

Úvod

Chirurgie je v současné době již nepostradatelným oborem, který v mnohých zdravotnických zařízeních zaujímá přední příčky ve vytíženosti. Pečuje o pacienty celého věkového spektra ve chvílích, kdy jejich zdravotní stav vyžaduje operační léčbu. Úroveň péče na chirurgickém oddělení, jakožto jedním ze základních, mohou pacienti brát jako nepsaný ukazatel kvality pro celé zdravotnické zařízení. Proto pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče musí fungovat nejen multidisciplinární tým na daném oddělení, ale také adekvátní spolupráce mezi jednotlivými chirurgickými složkami.

Péče je poskytována ambulantní a lůžkovou formou, jmenovitě na chirurgické ambulanci, standardním chirurgickým oddělení a chirurgickým oddělení intenzivní péče, přičemž další dělení závisí na typu a velikosti zdravotnického zařízení. Pod chirurgii spadá také mnoho jejích odvětví, například neurochirurgie, traumatologie, kardiochirurgie, ortopedie a další.

Cílem této bakalářské práce je zmapování práce sestry na chirurgii a popsání specifík v práci na chirurgické ambulanci, standardním oddělení a v intenzivní péči. Téma bylo zvoleno k poukázání na pestrost a všestrannost práce v chirurgickém segmentu. Rovným dílem také k zdůraznění postavení sester, které jsou se svou škálou činností společně s lékaři základním stavebním kamenem každého oddělení.

1 Současný stav

1.1 Historie chirurgie

Pravěk

Chirurgie jakožto jeden ze základních lékařských oborů prošla dlouhým historickým vývojem. Do podoby, jež známe dnes se formovala již od dob pravěku. Nejčastější zdravotní problémy našich předků představovaly zlomeniny a poranění, které byly léčeny omýváním, chlazením vodou s následným klidem (Kazimour, 2017). Na dochovaných hmotných pramenech byly učiněny nálezy trepanačních otvorů na lebkách nejstarších zástupců Homo sapiens, spadajících do období 20 000 až 25 000 let př.n.l. (Vyhnánek, 2003).

Starověk

První písemné záznamy lékařského charakteru pochází z Egypta. Mezi nejstarší řadíme Ebersův a Smithův papyrus, jejichž původ se odhaduje na 1550 let př.n.l. Zatímco Ebersův papyrus se zaměřuje na sílu léčivých rostlin a recepty, Smithův papyrus obsahuje popis 48 lékařských případů včetně jejich léčby (Hæger, 2000). Zdrojem znalostí z oblasti anatomie bylo pro tamní lékaře pravděpodobně balzamování mrtvých těl (Vyhnánek, 2003). Spis přináší postupy pro léčbu zlomenin, ran, vymknutí, ale i provedení některých chirurgických zákroků, jako je kastrace či odstranění nádoru. Využívány byly dřevěné dlahy a plátěná obinadla (Zeman, Krška, 2011). V Babylonu a Asýrii nebyla chirurgie natolik rozvinutá. Vysoké úrovně naopak dosahovala v Indii a starém Řecku, kde byla založena tzv. Hippokratova škola. Hippokrates ve svých lékařských spisech věnuje pozornost kupříkladu léčbě kýl, hemoroidů, píštělí či zlomenin a vymknutí (Vyhnánek, 2003).

Středověk

Období středověku je spjato s rozvojem univerzit, což napomohlo ke zvýšení celkové vzdělanosti (Zeman, Krška, 2011). Přesto dochází k úpadku medicíny, kdy chirurgické zákroky poskytovali především lazebníci a bradýři. Rozvoj oboru a medicíny jako takové podpořilo vydání knihy Kánon lékařský, jejíž autorem je arabský lékař a filozof Ibn Síná, známý jako Avicenna (Vyhnánek, 2003).

Novověk

Novověk je pro lékařství příznivou dobou, během které dochází k mnoha objevům a celkovému rozmachu oboru. Do historie se zapisuje William Harvey, který v 17. století objevuje krevní oběh. Vyvrátil tím mylnou představu, že tepny v těle rozvádí vzduch, na základě čehož vzniklo i původní latinské označení arterie (Zeman, Krška, 2011). V 19. století byla zavedena asepse, antiseptika, rentgen a anestezie, rozšiřují a prohlubují se vědomosti ohledně patologické anatomie (Vyhnánek, 2003). Lazebníci a bradýři přichází o povolení k provádění chirurgických zákroků. Koncem 19. století se uplatňují nové operační metody jako např. apendektomie, nefrektomie, radikální operace kýl a další. Ve 20. století se především zlepšují diagnostické a operační techniky a rozšiřují se indikace k operacím. Ty byly v souvislosti se zavedením sulfonamidů a krevních transfuzí stále úspěšnější (Zeman, Krška, 2011). První světová válka dává prostor nové éře plastické chirurgie, která reaguje na důsledky poranění v boji. Její rozvoj pokračuje i po druhé světové válce a v každé zemi je vybudován odborný ústav plastické chirurgie (Měšťák, 2015). V medicíně nově nalézají využití antibiotika, zlepšuje se předoperační příprava a pooperační péče. Technické inovace jsou nadále zužitkovány ve všech odvětvích chirurgie a přispívají k růstu lékařství jako oboru, jejich vývoj pokračuje dodnes (Zeman, Krška, 2011).

1.2 Ošetřovatelství v chirurgii

Chirurgické ošetřovatelství je aplikovaným ošetřovatelským oborem. Uplatňuje poznatky především ze dvou základních oborů - chirurgie a ošetřovatelství, další však přejímá například z psychologie (Kubicová et al, 2000).

Zabývá se ošetřovatelskou péčí o pacienty, jejichž stav vyžaduje chirurgickou léčbu. Právě přímý zásah do těla pacienta (za diagnostickým či léčebným účelem) vymezuje specifickou pozici, který tento obor mezi ostatními zaujímá. Péče o chirurgického pacienta ve všech složkách chirurgie probíhá na podkladě mezioborové spolupráce jak mezi lékaři, tak mezi nelékařskými pracovníky (Janíková, Zeleníková, 2013).

Mezi činnostmi sestry patří asistence u operací a jiných invazivních zákroků, stejně jako péče o pacienta ve všech fázích chirurgické léčby spojená s pozorováním jeho stavu (Janíková, Zeleníková, 2013). Poskytovaná předoperační, intraoperační a pooperační péče se odvíjí od typu výkonu a stavu pacienta (Burda, Šolcová, 2016).

Pro sestry pracující v chirurgii jsou proto důležité teoretické znalosti anatomie a fyziologie, komplikací spjatých s chirurgickými výkony, zásad asepse a bariérové péče, znalosti farmakologie a schopnost edukace. Realizovaná ošetrovatelská praxe by měla být ideálně založená na důkazech (Radford, 2016).

1.3 Součásti chirurgického oddělení

1.3.1 Ambulantní část

Ambulantní část chirurgie se skládá z několika celků. Její součástí je urgentní příjem, tzv. emergency. Emergency slouží pro poskytnutí neodkladné péče pacientům v akutním stavu a v přímém ohrožení života (Šeblová et al., 2018). V případě převozu leteckou záchrannou službou probíhá předávání pacienta na heliportu. Po poskytnutí prvotní péče jsou pacienti dle rozhodnutí lékaře převáženi na operační sál k chirurgickému výkonu či na lůžkové oddělení dle stavu (Remeš, Trnovská, 2013).

Struktura urgentního příjmu se liší v závislosti na typu zdravotnického zařízení (Remeš, Trnovská, 2013). Ve větších ZZ lze dělit UP na vysokoprahový (emergency, pacienti v ohrožení života) a nízkoprahový (specializované ambulance, mimo ohrožení života), přičemž prvním kontaktním místem je vždy informační úsek - recepce či operační středisko (Šeblová et al, 2018).

Operační středisko funguje ve stálém provozu a spolupracuje jak s ZZS, tak i s Policií ČR a Hasičským záchranným sborem ČR. Zajišťuje tísňové a konzultační telefonní linky a s přebíráním pacientů koordinuje provoz urgentního příjmu (Remeš, Trnovská, 2013). Na recepci jsou evidováni pacienti jež budou ambulantně ošetřeni, vyšetřeni či jsou určeni k hospitalizaci (Slezáková et al., 2012).

Pro krátkodobé sledování pacientů na UP je možnost využití lůžkové části ambulantního úseku, tzv. expektační lůžka (Remeš, Trnovská, 2013). Zde pacient tráví maximálně 24 hodin (Šeblová et al, 2018).

V menších ZZ s nižším obratem pacientů může péči zajišťovat pouze chirurgická ambulance či příjmová ambulance. Chirurgická ambulance je určená pacientům docházejícím na kontroly a k již zmíněnému ambulantnímu ošetření či je prvním krokem při hospitalizaci. Pacienti mohou přijít sami či na základě doporučení praktického lékaře. Specifické stavy řeší odborné ambulance, jež se dále dělí dle zaměření - proktologická, cévní aj. (Burda, Šolcová, 2016) Čekárna pro pacienty by

zde měla být dostatečně velká a pohodlná (Slezáková et al, 2012).

Další součástí ambulantní části je sádrovna, ve které se přikládají a snímají sádrové obvazy. Malé ambulantní operační výkony jsou zajišťovány na zákrokovém sále (Slezáková et al, 2012). V blízkosti chirurgické ambulance se taktéž nachází RTG pracoviště, neboť RTG je jednou ze základních diagnostických metod tohoto oboru (Burda, Šolcová, 2016).

1.3.2 Standardní ošetrovací jednotka

Standardní oddělení jakožto ošetrovací jednotka tvoří základní prvek lůžkové části zdravotnického zařízení (Kelnarová, 2015). Oddělení může být dle zvyklosti zdravotnického zařízení rozděleno na ženskou a mužskou část, dále na septickou a aseptickou část. V aseptické části jsou hospitalizováni pacienti s bezproblémovým, tzv. primárním hojením ran po chirurgickém zákroku a pacienti, kteří jsou léčeni konzervativně. Septická část pečuje o pacienty s komplikovanějším sekundárním hojením (Slezáková et al, 2010).

Standardní oddělení se skládá z pokojů pacientů, jídelny pro nemocné, návštěvní místnosti, kuchyňky, vyšetřovny, pracovny sester, denní místnosti personálu, koupelny, čisticí místnosti a oddělené toalety pro pacienty a personál (Kelnarová, 2015).

1.3.3 Jednotka intenzivní péče

Jednotka intenzivní péče je určena pro pacienty, jež se nachází v různém stupni ohrožení či selhání základních životních funkcí. Dle stavu nemocného lze intenzivní péči dělit do tří základních kategorií (Bartůněk, 2016).

Do III. stupně spadají pacienti, u nichž dochází k vícečetnému orgánovému selhání. Je zde poskytována farmakologická a přístrojová podpora (Bartůněk, 2016). Z hlediska množství poskytované péče jsou nejnáročnější skupinou, její zajištění probíhá ve větších a fakultních nemocnicích (Zadák, 2017).

II. stupeň intenzivní péče nepokrývá stavy multiorgánových dysfunkcí, neposkytuje orgánovou podporu. Má však nepřetržitou možnost využití zobrazovacích metod a kromě základního monitorování je zabezpečena i invazivní monitorace (Zadák, 2017). Je zde možnost realizace mezioborové spolupráce, například s fyzioterapeuty. Tento stupeň péče by měl být k dispozici v každé větší nemocnici (Ševčík, 2014).

I. stupeň intenzivní péče lze také označit jako péči intermediální a je uskutečňována i v menších zdravotnických zařízeních (Ševčík, 2014). Zde hospitalizovaní pacienti jeví známky orgánové dysfunkce (Bartůněk, 2016), proto jednotka zabezpečuje jejich kontinuální monitoraci spolu se zvýšenou péčí (Zadák, 2017).

Vstupem do jednotky intenzivní péče je hygienický filtr, který jednotku odděluje od ostatních pracovišť. Jeho součástí je šatna se sociálním zařízením pro personál a příjmová místnost. Rozlišuje se nečistá zóna pro manipulaci s prádlem a kontaminovaným materiálem od zóny čisté, kde jsou naskladněny veškeré pomůcky používané v péči o pacienty. Součástí jednotky je i stanoviště sester a denní místnost (Bartůněk, 2016).

Prostor pro pacienty může být vyřešen několika způsoby. V otevřeném systému jsou všechna lůžka v jedné místnosti, kde jsou od sebe jednotlivě oddělena závěsy. Poloboxový systém umožňuje umístění dvou až tří pacientů do jednoho boxu, uzavřený systém spočívá v uložení každého pacienta do samostatného boxu. Tento systém se jeví jako nejvhodnější z hlediska omezení šíření nemocničních nákaz (Bartůněk, 2016).

Mezi základní vybavení jednotky intenzivní péče patří například přenosné monitory vitálních funkcí a speciální monitory (pro srdeční výdej aj.), centrální monitor, pumpy a dávkovače, přístroje pro orgánovou podporu, pomůcky k intubaci, cévní katetrizaci a drenáži, EKG, ultrazvuk a další (Zadák, 2017).

1.3.4 Operační úsek

V operačním traktu probíhá vlastní chirurgická léčba. Je uzavřeným oddělením, proto je třeba ve všech jeho částech dodržovat přísné hygienické zásady. Jejich porušení může vést k šíření infekcí a následnému poškození pacienta (Wichsová et al, 2013).

Vstupem na operační trakt je filtr, který se nachází v tzv. ochranné zóně. Je zvlášť rozdělen pro ženy a muže a slouží k převlečení z nemocniční uniformy do operačního prádla, včetně nasazení ústenky a čepice. Součástí jsou také sprchy a toalety pro personál a nádoby pro odložení použitého prádla (Schneiderová, 2014).

Rovněž pacient je na lůžku či vozíku převezen na operační trakt přes vstupní filtr pro operovaného. Zde je přeložen na transportní desku operačního stolu a je dále převážen transportní chodbou (Zeman, Krška, 2011). Do ochranné zóny spadají i pracovny vrchní sestry a vedoucího lékaře, denní místnost zaměstnanců, místnosti pro skladování čistících prostředků, biologického materiálu, použitého prádla a dalších

materiálů (Schneiderová, 2014).

Navazuje aseptická zóna, do které spadá předsálí, místnost pro sterilizaci nástrojů a umývárna operačního týmu (Ihnát, 2017). Vodovodní baterie v umývárně jsou obsluhovány paží, lokty či bezdotykově. Od aseptické zóny je dveřmi oddělena sterilní zóna, tedy operační sály (Schneiderová, 2014).

Na vybavenost operačního sálu je kladeno mnoho požadavků. Místnost by měla být především prostorná, pro bezproblémové umístění veškerých přístrojů a jejich pohodlnou obsluhu. Podlahy, stěny i strop musí být omyvatelné. Standardně jsou sály stavěny bez oken a bezpečnou výměnu vzduchu zajišťuje klimatizace, jež zároveň reguluje i jeho teplotu a vlhkost (Ihnát, 2017). Dle technických norem musí být pravidelně prováděna údržba klimatizace - čištění, dezinfekce, výměna filtrů. K osvětlení slouží stropní panely doporučeného bílého světla, k lokálnímu osvětlení nejlépe halogenové lampy (Wichsová et al, 2013). Další individuální osvětlení může poskytnout například svítidlo na čele operátéra (Schneiderová, 2014).

U operačních stolů lze rozlišovat 3 typy - univerzální operační stůl, operační stůl s výměnnou pracovní deskou a operační stůl s plovoucí pracovní deskou. Univerzální operační stůl byl hojně využíván v minulosti, dnes se v rámci moderních operačních sálů nejvíce uplatňuje typ s výměnnou pracovní deskou. Plovoucí pracovní deska je vhodná pro zákroky s peroperační diagnostikou či terapeutickými výkony (Ihnát, 2017).

K úspěšnému provedení operace je zapotřebí i instrumentační a odkládací nástrojový stolek, který je umístěn nad operačním stolem či v jeho těsné blízkosti a obsluhuje jej instrumentační sestra (Schneiderová, 2014). Pro každý typ operace se používají specifické nástroje, které po každém použití prochází procesem dekontaminace a sterilizace, s výjimkou nástrojů jednorázových. V závislosti na oddělení je možnost sestavení setů či sít nástrojů přímo pro daný typ výkonu.

Stejně jako nástroje, i další náležitosti operačního sálu se odvíjí od typu operačního výkonu. To platí zejména pro použitou přístrojovou techniku. Veškeré technické vybavení operačního sálu podléhá hygienickým normám (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.4 Kompetence sester v ČR

1.4.1 Kompetence v proměnách času

Každý z členů ošetrovatelského týmu disponuje kompetencemi, na jejichž výkon byl připraven absolvovaným vzděláváním a jejichž rozsah upravují právní normy spolu se zaměstnavatelem (Mikšová, 2014). Jasně vymezení těchto kompetencí stanovuje obsah profese a přispívá k zajištění kvalitní, bezpečné ošetrovatelské péče (Bartůněk et al., 2016). Činitelem změn v kompetencích, vzdělávání a ošetrovatelství obecně jsou legislativní normy (Kutnohorská, 2010).

Jako středního zdravotního pracovníka zdravotní sestru poprvé označuje vládní nařízení č. 77/1951 Sb. *o středních zdravotnických pracovnících*. Zdravotní sestra dle tohoto nařízení poskytuje odbornou ošetrovatelskou péči jak samostatně, tak dle pokynů lékaře, kterému asistuje při provádění vyšetření a ošetření. Sleduje sociální a zdravotní podmínky obyvatelstva či jeho skupin a zjištěné nedostatky napravuje radou, dohledem či ošetrovatelskou intervencí. Edukuje jednotlivce a skupiny v oblasti zdraví a podílí se na výchově mladých zdravotníků (Nařízení vlády č. 77/1951 Sb.).

Získání způsobilosti k výkonu povolání zdravotní sestry bylo v roce 1966 určeno vyhláškou č. 44/1966, *vyhláškou ministerstva zdravotnictví o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví*, kterou o rok později změnila a doplnila vyhláška č. 90/1967 Sb. Ta uvádí, že způsobilost k výkonu povolání středního zdravotnického pracovníka se získává složením zkoušek na střední zdravotnické škole, přičemž další vzdělávání probíhá prostřednictvím samostudia, kurzů, seminářů a vzdělávacích akcí. Ukládá povinnost nástupní praxe, jejíž délku individuálně určuje zaměstnavatel. Při nedostatečném personálním pokrytí může být sestra přeložena na pracovní pozici mimo vystudovaný obor, a to na dobu 30 dnů bez jejího souhlasu anebo 6 měsíců s jejím souhlasem. V případě překročení této doby je sestra povinna doplnit si příslušné vzdělání, které dokládá splněním zkoušky (Vyhláška č. 44/1966 Sb.; Vyhláška č. 90/1967 Sb.).

Úlohu jednotlivého personálu dále popisuje směrnice Ministerstva zdravotnictví č. 33/1967, *o rozsahu oprávnění a náplni činnosti středních a nižších zdravotnických pracovníků*. Zdravotní sestra například pouze na pokyn lékaře mohla poskytnout převazy a aplikovat intravenózní, subkutánní a intramuskulární injekce. Zajišťovala návštěvní službu zahrnující vyšetřovací a léčebné intervence (Věstník MZ ČSSR, 1967).

Pracovní podmínky sester byly dále upravovány vyhláškou č. 72/1971, vyhláškou ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. Ta ustanovila, že zdravotní sestry, ženské sestry a dětské sestry mohou pracovat v těchto třech oborech bez povinného rozšíření způsobilosti. K výkonu povolání dětské sestry mají zdravotní a ženské sestry povinné pouze absolvování kurzu psychologie a pedagogiky dítěte. Kompetence byly vymezeny směrnicí Ministerstva zdravotnictví č. 27/1972, dle kterých např. zdravotní sestra nemohla provádět odběr žilní krve na alkohol. Příslušelo jí vedení záznamů osob pracovně neschopných, dispenzárně sledovaných a osob v invalidním důchodu (Vyhláška č. 72/1971 Sb.; Věstník MZ ČSSR, 1972).

Činnosti sester se získaným specializačním vzděláním byly vysvětleny směrnicí č. 10/1986. Těmto sestřám byla umožněna publikační činnost, výzkumná činnost a vedení odborné praxe zdravotnických studentů. K aplikaci léků intravenózní cestou vč. infuzní terapie byla kromě slovního pověření potřeba i písemné indikace vedoucího lékaře (Věstník MZ ČSSR, 1986).

V roce 2004 vyšel v platnost zákon č. 96/2004 Sb. *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* a vyhláška č. 424/2004 Sb., *kteřou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Jsou vyjmenována jednotlivá zdravotnická povolání a popsány způsoby k dosažení způsobilosti k jejich výkonu. Vyhláška uvádí rozsah činností, které všeobecná sestra či zdravotnický asistent provádí pod odborným dohledem lékaře, všeobecné či specializované sestry, samostatně, na základě indikace a bez indikace (Zákon č. 96/2004 Sb., Vyhláška č. 424/2004 Sb.). Mnohé administrativní záležitosti, např. sledování termínů očkování, příprava a organizace preventivních prohlídek a jiné činnosti určené směrnicí MZ č. 27/1972 se mění v kompetence lékařů (Mikšová 2014, str.139).

V roce 2011 přichází vyhláška č. 55/2011 Sb. *o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Tu posléze mění vyhláška č. 391/2017 Sb., jež platí dodnes (Vyhláška č. 391/2017 Sb.). Dnes platná novelizace zákona 96/2004 Sb. je popsána v následující kapitole.

1.4.2 Současný systém vzdělávání sester

Dne 8. června 2017 vstoupil v účinnost zákon č. 201/2017 Sb. Je novelizací zákona č. 96/2004 Sb. *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* (Plevová et al, 2018). Pro zdravotníky přinesl množství změn, především zavedení profese praktické sestry. Ta nahrazuje pozici zdravotnického asistenta bez nutnosti nových dokladů o studiu, způsobilost k výkonu povolání přetrvává. Praktická sestra může pracovat bez odborného dohledu. (Havelková, 2017). Způsoby, jak se stát praktickou sestrou popisuje novelizace následovně:

„Odborná způsobilost k výkonu povolání praktické sestry se získává absolvováním střední zdravotnické školy v oboru praktická sestra; střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický asistent, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2018/2019; akreditovaného kvalifikačního kurzu praktická sestra po získání středního vzdělání s maturitní zkouškou a odborné způsobilosti k výkonu povolání ošetřovatele podle § 36; akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotnický asistent po získání středního vzdělání s maturitní zkouškou a odborné způsobilosti k výkonu povolání ošetřovatele podle § 36, pokud akreditovaný kvalifikační kurz byl zahájen do konce roku 2018; nebo 6 semestrů akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester nebo 3 ročníků na vyšší odborné škole v oboru diplomovaná všeobecná sestra.

Odbornou způsobilost k výkonu povolání praktická sestra má také zdravotnický pracovník, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře podle § 18, nebo porodní asistentky podle § 6.“ (Zákon č. 201/2017 Sb.).

Absolventi středních odborných škol s maturitou mohou dále pokračovat ve studiích na vyšší odborné či vysoké škole. Zatímco z vyšší odborné školy si student po studiu odnáší titul diplomovaného specialisty, úspěšným ukončením vysoké školy získává student titul bakalářský (Kapounová, 2007). V obou případech se po dokončení studenti stávají všeobecnou sestrou (Vévoda, 2013).

Legislativně lze způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry dosáhnout vystudováním nejméně tříletého bakalářského oboru pro všeobecné sestry či nejméně tříletého oboru diplomované všeobecné sestry. Dále také nejméně ročním studiem oboru diplomovaná všeobecná sestra v případě již existující kvalifikace praktické sestry,

zdravotnického záchranáře, porodní asistentky či dětské sestry podle § 5a odst. 1 písm. a) nebo b) v případě přijetí do vyššího než prvního ročníku vzdělávání (Zákon č. 201/2017 Sb.).

Tento zákon umožňuje získání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry také absolvováním:

„vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetrovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004, tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.“ (Zákon č. 201/2017 Sb.).

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních od novelizace umožňuje získání způsobilosti po absolvování jednoho roku studia na vyšší odborné škole při splnění výše vypsanych podmínek. Novelizace také zrušila kreditní systém používaný pro kontrolu celoživotního vzdělávání (Havelková, 2017). Ten dříve vznikl na základě Vyhlášky č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Na jejím základě byla hodnocena účast na seminářích, kurzech, kongresech či jiné formy vzdělávání příslušným počtem kreditů (Vyhláška 423/2004 Sb.). Povinnost celoživotního vzdělávání platí však nadále dle směrnice 2005/36/ES (Havelková, 2017).

Jednou z forem celoživotního vzdělání je například specializační vzdělání (Kelnarová, 2015). Jeho obory jsou upraveny nařízením vlády č. 31/2010 o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí (Vévoda, 2013). Pro všeobecné sestry to jsou například obory intenzivní péče, perioperační péče, perfuziologie aj. (Nařízení vlády č. 31/2010)

Získaná specializační způsobilost umožňuje sestře vykonávat takové činnosti, které by bez způsobilosti mohla vykonávat jen pod odborným dohledem. Studium probíhá v akreditovaných zařízeních a je ukončeno atestační zkouškou (Vévoda, 2013).

1.4.3 Role sestry při poskytování ošetrovatelské péče

Profese sestry se formovala pod množstvím změn, kterými během relativně krátké doby prošla. Ovlivněna byla počáteční charitativní činností, zásluhami Florence Nightingalové, technickým rozvojem v 19. století i nastupující dehumanizací oboru (Plevová et al., 2018). 20. století přineslo myšlenky V. Hendersonové, která kladla důraz na vlastní aktivitu a spolupráci jedince v rozvoji jeho nezávislosti na okolí. Uvedla, že úlohou sestry je péče o zdraví člověka v případech, kdy na potřebné činnosti nemá vůli, schopnosti či znalosti (Kutnohorská, 2010). Změnila tím směr ošetrovatelství, které se začalo zabývat podporou a udržením zdraví, předcházením nemocem a zdraví nyní vnímalo jako celek. Tento přístup je spolu s využitím nejnovějších poznatků a technologií aplikován dodnes (Plevová et al., 2018).

Role sestry spadá do role profesní, vyjadřuje tedy čekávané chování v souvislosti se zvoleným povoláním. Nelze určit jednotný soubor všech rolí sestry vzhledem k rozmanitosti práce a závislosti na socio-politických, kulturních a ekonomických podmínkách, mezi ty základní však patří: *ošetrovatelka, manažerka, edukátorka, poradkyně, nositelka změn, advokátka, výzkumnice a týmová hráčka* (Špirudová, 2015).

Farkašová (2006) některé z rolí popisuje takto:

Role sestry ošetrovatelky (poskytovatelky ošetrovatelské péče) je charakteristická holistickým pojetím nemocného v rámci poskytování ošetrovatelské péče (Farkašová, 2006).

Sestra manažerka péči na různých úrovních koordinuje, řídí ošetrovatelský proces a tím i všechny jeho činnosti (Farkašová, 2006).

Při plnění *role edukátorky* sestra příznivě ovlivňuje nemocného v oblasti péče o zdraví, předává mu znalosti a mění jeho postoje, chování či jednání (Farkašová, 2006).

Role nositelky změn spočívá v zlepšování ošetrovatelské péče změnami, které zabráňují stagnaci oboru (Farkašová, 2006).

Sestra advokátka pacientovi vysvětluje jeho práva a aktivně je obhájí v jeho prospěch (Farkašová, 2006).

Sestra výzkumnice svým vzděláním a výzkumnou činností zajišťuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče (Farkašová, 2006).

Podmínkou pro zvládnutí povolání a identifikaci s rolí je úspěšná profesionální adaptace, při níž dochází k přivykání na aspekty sesterské profese. Jako zvládnutí adaptace hodnotíme tři rolové znaky: sociocentrismus, univerzalismus a emocionální neutralitu (Mellanová, 2017).

Sociocentrismus neboli kolektivní zaměření znamená orientaci sestry výhradně na pacientovy potřeby a zájmy namísto jejích vlastních. Univerzalismus předpokládá, že sestra zaujme svou roli k pacientům i spolupracovníkům bez ohledu na sympatie či antipatie. Emocionální neutralita popisuje podřízení emocí rozumové kontrole, předpokladem je emocionálně stabilní osobnost sestry (Mellanová, 2017). Uvedené rolové znaky jsou stejné pro sestry i lékaře (Plevová, 2018).

1.5 Ošetrovatelská péče na vybraných odděleních

1.5.1 Specifika ošetrovatelské péče na chirurgické ambulanci

Na ambulanci jsou přijímáni pacienti, jež přichází na doporučení praktického lékaře či bez něj, jedná-li se o akutní stav (Šafránková, 2006). Pacientovi jsou zde provedena základní vyšetření, která jsou pro lékaře stěžejní k určení diagnózy. Patří mezi ně podrobná anamnéza, fyzikální vyšetření - pohled, poslech, pohmat, poklep a per rectum, měření a zhodnocení fyziologických funkcí a odběr biologického materiálu. Dále je také možnost využití zobrazovacích metod RTG, CT, USG či endoskopie (Burda, Šolcová, 2016). Na podkladě získaných informací lékař určí prvotní ošetření, budoucí léčbu a případnou hospitalizaci (Šafránková, 2006). Na chirurgické ambulanci také probíhá převazování ran a kontrolní vyšetření u ambulantně léčených pacientů. Je zde možnost provedení drobného operačního výkonu a ošetření malých poranění (Slezáková, 2010).

Ambulantní sestra svou práci koná úměrně k rozsahu získané kvalifikace a kompetencí (Plevová, 2011). Určuje pořadí přichozích pacientů, asistuje lékaři při jejich vyšetření a dle pokynů podává léky či infuze. Měří fyziologické funkce, objednává pacienta k vyšetření, udržuje pořádek a plynulý chod ordinace. V případě hospitalizace pacienta sestra vyplní náležitou dokumentaci (Šafránková, 2006). Všeobecná sestra

může pacienta poučit o budoucím zákroku, léčbě a režimových opatřeních. V rámci jejich kompetencí zodpovídá případné pacientovy dotazy (Workman, 2006). Je třeba dbát na profesionální jednání a poskytnutí dostatku informací, neboť ambulance bývá prvním místem kontaktu pacienta s personálem zdravotnického zařízení (Šafránková, 2006).

1.5.2 Specifika ošetrovatelské péče na standardním chirurgickém oddělení

Pacienti hospitalizovaní na standardním oddělení nejsou v přímém ohrožení života. V rozsahu jejich onemocnění je jim poskytována léčebná, ošetrovatelská, vyšetřovací a rehabilitační péče (Kelnarová, 2015). Na oddělení probíhá také předoperační příprava a pooperační péče (Janíková, Zeleníková, 2013).

Předoperační příprava je důležitá pro snížení rizik komplikací v průběhu operace, hojení i následného zotavování (Vyhnánek, 2003). Lze ji dělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Blažek et al., 2012).

Dlouhodobá předoperační příprava spočívá v interním vyšetření pacienta před plánovaným chirurgickým zákrokem. Pacient při něm absolvuje screeningové vyšetření krve a moči, fyzikální vyšetření a vyšetření vitálních funkcí. Vyšetření krve je zaměřené na krevní skupinu, Rh faktor, krevní obraz, aPTT, QUICK a základní biochemii, moč je zkoumána chemicky s vyšetřením močového sedimentu. Je zhotoven RTG snímek srdce a plic spolu s EKG záznamem (Slezáková, 2010). Janíková a Zeleníková (2013) doplňují, že RTG snímek je povinný u pacientů starších 60 let, kuřáků starších 40 let a u pacientů s kardiorespiračním onemocněním. Dle uvážení lékaře mohou být nařízena další speciální vyšetření, přičemž žádné z výše uvedených nesmí být starší 14 dnů před výkonem (Nováková, 2011).

Krátkodobá předoperační příprava zahrnuje období 24 hodin před zákrokem. Pacient je již přijat na oddělení, kde je sestrou poučen o jeho chodu a možnosti uložení cenností do trezoru (Nováková, 2011). Může být ještě dovyšetřen v závislosti na hodnotách předešlého předoperačního vyšetření. Navštíví jej anesteziolog, který s pacientem zkonzultuje průběh budoucí anestezie a na základě získaných informací zvolí vhodný typ jak anestezie, tak premedikace. Úlohou sestry je kontrola veškeré dokumentace – výsledků předoperačního vyšetření, souhlasu s hospitalizací, souhlasu předáváním informací vybraným osobám, souhlasu s podáním anestezie a konkrétním operačním výkonem (Janíková, Zeleníková, 2013). Dále sestra edukuje pacienta o

lačnění po dobu 6-8 hodin před zákrokem a tento požadavek následně kontroluje. V některých případech může lékař rozhodnout o podání tekutin a energie parenterální cestou. Z invazivních vstupů tedy dle ordinace zajišťuje žilní katetr, případně permanentní močový katetr a nasogastrickou sondu (Slezáková, 2012). Pacient provádí celkovou hygienu včetně odličení, ostříhání a odlakování nehtů. U nesoběstačných pacientů s těmito úkony dopomáhá sestra. Ta také dle typu operace a zvyklostí daného oddělení připravuje operační pole (Slezáková, 2010).

O pacientovu psychiku je pečováno podáváním adekvátních informací o výše zmíněných úkonech před operací a informacemi o pooperačním režimu. Cílem lékaře i sestry je zmírnění obav nemocného, zajištění jeho informovanosti o zákroku a přiměření k spolupráci (Nováková, 2011).

Bezprostřední operační příprava označuje dobu 2 hodin před zákrokem. Mezi povinnosti sestry v této chvíli patří opětovná kontrola dokumentace pacienta, kontrola jeho lačnění a vyprázdnění (Slezáková, 2010). Pacient sám nebo s dopomocí odkládá brýle, kontaktní čočky, šperky, zubní i jiné protézy, má odstraněn lak na nehty i make-up (Vorlíček et al., 2012). V rámci prevence tromboembolické nemoci jsou přiloženy kompresní punčochy či bandáže. Na vyzvání anesteziologa sestra aplikuje premedikaci a převáží pacienta pracovníkům operačního sálu (Janíková, Zeleníková, 2013).

Pacienti s onemocněním diabetes *mellitus* musí mít chorobu před plánovaným výkonem dobře kompenzovanou. Jejich předoperační vyšetření by mělo zahrnovat vyjádření ošetřujícího diabetologa ohledně aktuálního stavu pacienta, včetně informací o léčbě, kompenzaci a komplikacích. Pacienti, jejichž léčba spočívá pouze v dietní úpravě jídelníčku, většinou nevyžadují zvláštní opatření. Ovšem i jim je po přijetí na oddělení pravidelně měřena hodnota glykemie. Pacienti na PAD bývají krátkodobě převedeni na inzulínovou léčbu. V den operace se lačnému pacientovi podává infuze glukózy kryté inzulínem dle ordinace lékaře (Krejčí, 2005).

V případě urgentní operace jsou z důvodu nedostatku času provedeny jen ty nejzákladnější a nejnutnější intervence. Ty se soustředí především na zabezpečení základních životních funkcí a rychlé zhodnocení stavu nemocného. Provádí se odběr krve a moči na laboratorní vyšetření z vitální indikace či jako STATIM. Moč i krev je zkoumána biochemicky, případně toxikologicky. Zjišťuje se krevní skupina, Rh faktor, krevní obraz a eventuelně i přítomnost alkoholu v krvi. Pacient je svlečen z oblečení a omyt na znečištěných místech, oholí se operační pole. Snímají se šperky a protézy, které

jsou následně uloženy. Dle indikace lékaře se zajišťuje žilní vstup spolu s podáním léků, nasogastrická sonda či permanentní močový katetr (Schneiderová, 2014).

V závislosti na typu operace může být pacient po jejím dokončení navrácen zpět na standardní chirurgické oddělení. Tomu předchází minimálně dvouhodinový pobyt na dospávací jednotce (Zeman, Krška, 2011), kde je pacient trvale monitorován a kde jsou řešeny silné pooperační bolesti. Na standardní oddělení je předáván při vědomí, bez výrazných komplikací a mimo ohrožení života (Málek et al., 2011). Sestra při poskytování pooperační péče po zbytek operačního dne u pacienta kontroluje fyziologické funkce (TT, TK, P, D, vědomí), vyprázdnění močového měchýře, množství odváděných tekutin z katétrů, drénů, sond a stav obvazu. Všechny zjištěné skutečnosti pečlivě zaznamenává do dokumentace (Zeman, Krška, 2011). Nadále plní intervence dle pokynů lékaře-například podávání antibiotik, antikoagulancií, chronické medikace, infuzní terapie a analgetik (Janíková, Zeleníková, 2013).

Pooperační bolest je po odeznění účinku anestetik běžná po dobu několika hodin či dní (Zeman, Krška, 2011). Pacient k jejímu popisu využívá hodnotící škály bolesti. Nejčastějším typem je vizuálně analogová škála, která je vyjádřena 10 cm úsečkou označenou slovy „žádná bolest“ na začátku a „nejhorší možná bolest“ na jejím konci. Pacient na úsečce zakreslí úroveň své bolesti, kterou následně sestra změří pravítkem v milimetrech (Kolektiv autorů, 2006). Další typy škál představují například numerická hodnotící škála (pacient hodnotí bolest číslem od 0 do 10), stupnice grafických symbolů (stupnice vyjádřená výrazy obličeje), deskriptivní škála (verbální popis bolesti) a mnohé další (Pokorná, 2013). Úlohou sestry je sledování a mírnění pacientovy bolesti (Chatchumni, 2019). K jejímu tlumení se využívají kombinace opioidů a neopoidů. Je důležité zaznamenávat účinky jejich podání, včetně účinků nežádoucích. Bolest pacienta nesmí být podceňována (Pilný, 2017).

Součástí péče na chirurgickém oddělení je péče o operační ránu. První převaz by se měl uskutečnit v rozmezí 24-48 hodin po výkonu, v případě většího prosáknutí či odlepení dříve. Převaz operační rány bývá součástí vizity, při které probíhá její kontrola lékařem (Vytejková et al., 2015). Další důvody pro provedení převazu jsou výměna krytí, odběr biologického materiálu, debridement, odstranění stehů či manipulace s drénem – jeho zkrácení, napojení či odstranění. Pečováno je i o okolí operační rány (Streitová, Zoubková, 2015). Sestra u rány sleduje známky zánětu a komplikací, v případě zavedení drénu kontroluje jeho průchodnost, množství a charakter

odváděného obsahu. Mezi běžné intervence patří i kontrola a převaz invazivního vstupu (PŽK, CŽK), přičemž periferní žilní katétr může být zaveden maximálně 72 hodin. Vše je zaznamenáváno do ošetrovatelské dokumentace (Janíková, Zeleníková, 2013).

V rámci pooperační péče je věnována pozornost také vyprazdňování. Pravidelným jevem po operacích bývá přechodné ochrnutí trávicího systému, jehož funkce se většinou upravuje po 48-78 hodinách po výkonu. Následně dochází k odchodu plynů, stolice a polevení tlaku v břišní oblasti (Vyhnánek, 2003). Pokud se tak nestane, může sestra dle ordinace lékaře podat příslušnou medikaci (např. Syntostigmin), rektální rourku, glycerinový čípek či klyzma. Peristaltiku lze taktéž podpořit pohyby dolních končetin a polohováním. Močení by mělo proběhnout do 8 hodin po operaci, podpořit jej můžeme přiložením teplého obkladu na podbříšek či puštěním vodovodního kohoutku. V případě, že se pacient nevymočí, zavádíme močový katétr. Výdej moči je pravidelně zapisován, u určitých výkonů (např. po transplantaci orgánů) a pacientů s polytraumaty či šokovým stavem je sledována hodinová diuréza (Zeman, Krška, 2011).

Výživa po operaci záleží na typu operačního výkonu a stavu výživy před operací (Vyhnánek, 2003). V operační den jsou podávány po odeznění anestezie tekutiny v malém množství. Dochází k postupné realimentaci, kdy se pacient vrací ke své původní či nově stanovené dietě. Pokud perorálním příjmem nelze zajistit dostatečnou výživu, lze přistoupit na výživu enterální či parenterální (Slezáková et al., 2019). Parenterální výživa spočívá v podání živin do cévního systému, v případě funkčního trávicího traktu se volí výživa enterální (Papežová, 2010). Enterální výživa je pro organismus fyziologická, brání atrofii střeva. Zajišťována je sippingem (popíjením), nasogastrickou sondou a dlouhodobě perkutánní endoskopickou gastrostomií. Parenterální výživa je zajišťována systémy více lahví (multibottle) či kompletní směsí (all in one). Využívána je zpočátku periferní žíla, pro dlouhodobou aplikaci je výhodnější aplikace do žil centrálních (Karel, 2010). V nekomplikovaných případech není doporučováno dlouhé hladovění, neboť velký váhový úbytek pacienta je nežádoucím jevem (Slezáková et al., 2019).

V prevenci vzniku komplikací (zánět plic, proleženiny, trombóza žil DK) se uplatňuje časná rehabilitace a polohování. Pacient si již před výkonem osvojuje dovednosti správného vstávání, chůze a dechového cvičení, které následně v pooperačním období provádí. U nesoběstačných pacientů pasivní cvičení zajišťuje

rehabilitační pracovník (Slezáková et al., 2019). Hybnosti nemocného se přizpůsobuje i hygiena, kterou sestra provádí či pouze dopomáhá. Dbá v jejím rámci o predilekční místa, které omývá a masíruje. U ležících nemocných je důležité nezanedbat péči o dutinu ústní, která může být zdrojem infekčních komplikací (Zeman, Krška, 2011).

1.5.3 Specifika ošetrovatelské péče na chirurgické jednotce intenzivní péče

Ošetrovatelskou péči na jednotkách intenzivní péče chirurgického zaměření realizují všeobecné sestry a specializované sestry pro intenzivní péči (Janíková, Zeleníková, 2013). Způsobilost Sestra pro intenzivní péči lze získat specializovaným vzděláním v oboru Intenzivní péče, zakončeném atestační zkouškou. Podmínkou k jeho zahájení je způsobilost k výkonu povolání Všeobecné sestry dle zákona č. 96/2004 Sb., zákonu o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (MZČRa). Další možností je absolvování dvouletého navazujícího magisterského studia v oboru Intenzivní péče (Masarykova univerzita).

Již v kapitole 1.4.3 jsem popsala jednotlivé stupně I., II. a III. intenzivní péče v závislosti na závažnosti stavu pacienta. Od daného stupně se odvíjí i personální a přístrojové zabezpečení oddělení. Odpovědnost za provoz a lékařský management intenzivní péče nese vedoucí lékař (primář). Sesterská práce je řízena vrchní sestrou v rámci oddělení a staniční sestrou na jednotlivých stanicích (Bartůněk et al., 2016).

Příjem pacienta může být dle uspořádání oddělení uskutečněn v příjmové místnosti, která je vybavena speciálním lůžkem a veškerými pomůckami k zajištění základních životních funkcí a poskytnutí ošetrovatelské péče. Soubor vykonávaných činností při příjmu dle stavu zahrnuje: zajištění dýchacích cest podáním kyslíku či umělé plicní ventilace, zajištění cévního přístupu (PŽK, CŽK, arteriální katétr), zavedení nasogastrické sondy či permanentního močového katétru, natočení EKG, odběr biologického materiálu, vyšetření pacienta lékařem s možným použitím zobrazovacích metod, vstupní filtr a další úkony vedoucí ke stabilizaci celkového stavu (Kapounová, 2007).

Na pracovištích intenzivní péče všech stupňů je pacient pod neustálým dohledem sestry. Hodnoty vyplývající z monitorování jeho vitálních funkcí jsou pravidelně zaznamenávány do dokumentace (Kapounová, 2007). Cílem monitorování je posouzení stavu životních funkcí a průběhu onemocnění, odhalení komplikací, posouzení léčby a jejich možných nežádoucích účinků. Techniky monitorace mohou být

neinvasivní či invazivní, tedy spojené s neporušením kožního krytu či s jeho porušením a kontaktem s tělními tekutinami a plyny (Ševčík, 2014).

Sledovány a hodnoceny jsou oblasti respiračního systému (např. dechová frekvence, pulzní oxymetrie, kapnometrie), kardiovaskulárního systému (EKG, krevní tlak, tepová frekvence, srdeční výdej aj.) spolu s tělesnou teplotou a stavem vědomí. Indikována může být i speciální monitorace, např. měření nitrolebního tlaku (Ševčík, 2014).

Pokud je pacient na oddělení přijat po operaci, úlohou sestry je sledování stavu operační rány a rozvoje možných pooperačních komplikací. Dle ordinace lékaře sestra podává léky včetně infuzní terapie. Sleduje také průchodnost a známky zánětu u žilních vstupů a drénů. Kontroluje vymočení pacienta do 8 hodin po operaci a dále zapisuje hodinovou či denní diurézu (Janíková, Zeleníková, 2013). Sestry pro intenzivní péči mají kompetence pro katetrizaci močového měchýře mužů i žen (MZ ČR).

Dále je dle § 55 Vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků sestrám pro intenzivní péči umožněno bez dohledu a indikace lékaře hodnotit EKG záznam a použít defibrilátor během kardiopulmonální resuscitace; pečovat o dýchací cesty včetně jejich odsávání a převazovat arteriální vstupy současně s jejich posouzením a zajištěním průchodnosti. Povinností sester je kontrola technického stavu přístrojového vybavení, řešení případných komplikací a udržení stavu stálé připravenosti pracoviště.

Bez dohledu, avšak s indikací lékaře jsou sestry kompetentní k provedení výplachu žaludku, zavedení nasogastrické či duodenální sondy, punkci arterie k jednorázovému odběru krve, podání léčiv do epidurálního katétru a k výkonu činností souvisejících s umělou plicní ventilací. Pod dohledem lékaře sestra podává transfuzní přípravky, provádí zevní stimulaci srdce a může také zrušit endotracheální kanylu.

1.5.4 Specifika ošetrovatelské péče na operačním úseku

Péče ve všech složkách chirurgie je týmová, ani operační sál tedy není výjimkou. Na práci v operačním týmu se podílí operatér, asistenti, sestra instrumentářka, pomocná sestra, sálový sanitář, anesteziolog a anesteziologická sestra. Složení se u jednotlivých výkonů liší dle jejich rozsahu, například punkce či incize může zajistit lékař sám či s asistencí sestry (Zeman, Krška, 2011). Schneiderová (2014) rozděluje tým na základní, do něhož spadají lékaři, perioperační sestry, sanitáři,

techničtí pracovníci a pracovníci úklidu. Jako externí pracovníky označuje přizvané specializované lékaře a studenty středních a vyšších odborných zdravotnických škol a studenty lékařských fakult. Centralizované operační sály mají svého vedoucího lékaře, vrchní a staniční sestru (Slezáková et al., 2019).

Práce na operačním úseku probíhá v rizikovém prostředí, ve kterém personál musí dbát na přísná pravidla aseptiky. Chrání tak nejen sebe, ale i pacienta, který je zde na personál zcela odkázán (Ihnát, 2017). Jedním ze základních opatření je důsledná hygiena rukou, jejíž provádění má přímý dopad na výskyt nemocničních nákaz (Iqbal, 2018). Na sále personál pracuje v operačním oděvu, jež se skládá z pokrývky hlavy, ústenky, haleny, kalhot, bot, operačního pláště a rukavic (Janíková, Zeleníková, 2013).

Péče, která je poskytována pacientovi před zákrokem, v jeho průběhu a bezprostředně po jeho ukončení se nazývá perioperační (Wichsová et al., 2013). Cílem každého operačního týmu je její bezproblémový průběh bez zbytečných nežádoucích událostí (Holmes et al., 2019). K jeho dosažení je zapotřebí efektivní komunikace a vzájemná spolupráce všech členů (Elfering et al., 2017).

K získání specializované způsobilosti Sestry pro perioperační péči je zapotřebí absolvování specializačního vzdělání v oboru Perioperační péče. Podmínkou zařazení do něj je získaná odborná způsobilost k výkonu povolání Všeobecné sestry dle zákona č. 96/2004 Sb., zákonu o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů (MZČRb). Její činnost upravuje § 56 vyhlášky 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Janíková, Zeleníková, 2013).

Před uvedením pacienta do anestezie jsou ověřeny prvky předoperační kontroly, která byla vykonána na standardním oddělení (Wichsová et al., 2013). Provádí se také bezpečnostní kontrola s doporučeným využitím tzv. chirurgického kontrolního listu (*WHO Surgical Safety Checklist*), která zahrnuje identifikaci pacienta, označení místa výkonu a identifikace strany výkonu (Pokorná et al., 2019). Nedorozumění v těchto oblastech mohou ohrozit pacientovu bezpečnost (Wiltse, 2018). Pozornost je věnována i přítomnosti alergií. Opětovná kontrola těchto údajů probíhá před zahájením kožního řezu, kdy navíc každý člen týmu uvede své jméno a roli při výkonu, je potvrzeno podání antibiotik. Poté se může začít s vlastním výkonem (World Alliance for Patient Safety, 2008).

Činnost sestry instrumentářky zahrnuje přípravu nástrojů a materiálů k operaci,

jejich údržbu včetně kontroly přístrojů, péči o inventář sálu a vedení příslušné dokumentace. Rovněž na sále zajišťuje aseptické podmínky a při samotném výkonu provádí instrumentování (Slováčková, 2010). Na výkony se připravuje dle stanoveného operačního programu. Poté, co se sama umyje a převleče nachystá sterilní stůl spolu s potřebnými materiály a instrumentáři, pomáhá s rouškovaním pacienta a ostatním členům týmu s oblékáním sterilního oděvu. Během výkonu podává operátorovi či asistentům potřebné nástroje, které od nich zpětně přejímá a upravuje. Toto podávání probíhá bez vyzvání v případě, že dobře zná průběh daného výkonu. V opačném případě může lékař nástroj vyžádat určitým pohybem, posunkem či slovně ve formě zkratky či slangy (Zeman, Krška, 2011). Veškeré použité nástroje a zdravotnický materiál počítá před zahájením operace, po uzavření tělní dutiny a po ukončení operace. Jejich shodu a počet následně eviduje v operační knize a operačním protokolu (Janíková, Zeleníková, 2013).

Pomocná (tzv. obíhající) sestra spolu se sanitářem zajišťuje správnou polohu pacienta na operačním stole (Wichsová et al., 2013), na kterém je popruhy zajištěn proti pádu a má vypodložená místa náchylná ke vzniku proleženin (Janíková, Zeleníková, 2013). Následně přikládá neutrální elektrodu. V průběhu výkonu doplňuje a podává instrumentáře potřebný materiál a nástroje, polepuje identifikačními štítky odebraný biologický materiál a zajišťuje jeho vyšetření. Společně s instrumentářkou obsluhuje přístroje, dodržuje dohled nad sterilitou, počítá množství spotřebovaného materiálu a použitých nástrojů, podílí se na dokumentaci (Wichsová et al., 2013).

Po ukončení operace zůstává s pacientem anesteziolog, který dohlíží nad vymizením účinku svalových relaxancií. Zamezuje tím vzniku pooperačních komplikací, mezi které patří například porucha průchodnosti dýchacích cest, porucha polykání či aspirace zvratků. Sleduje také návrat obranných reflexů, stabilizaci krevního oběhu a dýchání (Zeman, Krška, 2011). Následně je pacient převezen na dvouhodinový pobyt na tzv. pooperačním pokoji, v případě obtížných výkonů na chirurgickou JIP či ARO (Slezáková et al., 2012). Součástí převozu je i předání dokumentace, která obsahuje ordinace pro následující hodiny či dny (Zeman, Krška, 2011).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Prvním cílem této bakalářské práce je „zmapovat náplň práce sestry na chirurgickém oddělení“. Jako druhý cíl bylo určeno „zjistit rozdíly mezi prací sestry na ambulanci, standardním oddělení a v intenzivní péči“.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1: Jaká je úloha sestry na chirurgickém oddělení?

Výzkumná otázka č.2: Jaká jsou specifika práce na jednotlivých odděleních?

Výzkumná otázka č.3: Jaká je návaznost péče mezi jednotlivými odděleními?

3 METODIKA

3.1 *Použité metody*

Empirická část mé bakalářské práce byla zpracována kvalitativní výzkumnou metodou, ke které byl použit polostrukturovaný rozhovor. Podklad tohoto rozhovoru je součástí přílohy č.1. Výzkumné šetření bylo realizováno mimo zdravotnická pracoviště ve volném čase dotazovaných sester.

Rozhovory probíhaly tedy buď osobně na jiném místě či byly uskutečněny prostřednictvím videohovoru. Sestry byly na jejich začátku ujištěné o poskytnutí anonymity, každý rozhovor byl veden individuálně a trval průměrně 30 minut. Na úvod byly zjišťovány identifikační údaje obsahující současné pracovní zařazení, nejvyšší dosažené vzdělání a případné absolvované kvalifikační kurzy, dobu současného zaměstnání a předchozí zaměstnání. Následovalo 23 otevřených i uzavřených otázek, přičemž 14 z nich se týkalo chodu oddělení a 9 otázek bylo směřovaných na téma kompetencí.

Otázky na chod oddělení zahrnovaly popis denního harmonogramu, úlohy sestry na oddělení, nejčastější činnost sestry na oddělení, popis stavu a nejčastějších diagnóz přicházejících pacientů, vysvětlení specifik práce na dané složce chirurgie, personální obsazenosti směn a počtu přidělených pacientů. Sestry byly dále dotazovány na spolupráci s dalšími odděleními či pracovníky zdravotnického zařízení, na komunikační problémy v rámci těchto spoluprací i komunikační problémy v rámci vlastního oddělení. Popsaly, jakým způsobem se k nim pacient dostane a co si myslí o této návaznosti péče. Následně interpretovaly pojem kompetence a zodpověděly, zda znají jejich rozsah pro svou osobu. Dále vyjádřily svůj názor na rozsah vlastních kompetencí, u jakých činností by rozšíření uvítaly a co si myslí o jejich překračování. Po opakovaném ubezpečení o anonymitě odpověděly, zda někdy byly svědky či účastníky překročení kompetencí, v jakých situacích k tomu nejčastěji dochází a jak by se tomu dalo eventuelně zabránit. Nakonec ohodnotily míru spokojenosti se vzdělaností jejich pracovního kolektivu.

Výsledky rozhovorů byly poté doslovně přepsány do počítačového programu Microsoft Word. Po vytištění došlo k jejich dalšímu zpracování metodou otevřeného kódování - technikou barvení textu, na základě čehož došlo k jejich rozdělení do kategorií a podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří celkem 19 sester, z nichž 5 sester pracuje na chirurgické ambulanci, 8 sester na standardním chirurgickém oddělení a 6 sester na chirurgické jednotce intenzivní péče. Sestry mají různé stupně vzdělání a pocházejí z různých nemocnic, kritériem pro jejich výběr bylo pouze zaměstnání na daném oddělení v době výzkumného šetření. Jak již bylo zmíněno, tyto rozhovory byly zorganizovány mimo areál zdravotnických zařízení a proběhl jejich doslovný přepis. Uskutečněny byly v časovém období od počátku května 2020 po začátek července 2020. Sběr dat byl proveden při osobním setkání nebo online metodou prostřednictvím videohovoru.

Výběr sester proběhl metodou sněhové koule. Kontaktovány byly na základě doporučení osob, které měly v okolí sestry splňující má kritéria, tedy práci na některé z jmenovaných chirurgických složek. Dále na doporučení samotných sester o jejich kolegyních či prostřednictvím skupin shromažďujících zdravotníky na sociálních sítích. Pro zachování anonymity nebudou jmenovány názvy zdravotnických zařízení, v nichž jsou sestry zaměstnány.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tab. 1: Základní údaje o sestřích

Označení sestry (S)	Pracovní zařazení	Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolvované kvalifikační kurzy, specializační vzdělání	Doba současného zaměstnání
S1	Standardní CHO	Bakalářské	Žádné	3 roky
S2	Standardní CHO	Bakalářské	Žádné	4 roky
S3	Standardní CHO	Magisterské	Kurz ošetřování klienta se stomií	2 roky a 6 měsíců
S4	Standardní CHO	Bakalářské	Bazální stimulace, tejpování	5 let
S5	Standardní CHO	Bakalářské	Žádné	3 roky
S6	Standardní CHO	Vyšší odborné	Paliativní péče, hojení ran	4 roky
S7	Standardní CHO	Bakalářské	Žádné	2 roky
S8	Standardní CHO	Vyšší odborné	Žádné	4 měsíce
S9	CHIR JIP	Bakalářské	Žádné	1 rok a 9 měsíců
S10	CHIR JIP	Magisterské	Žádné	2 roky
S11	CHIR JIP	Bakalářské, specializace	ARIP	5 let
S12	CHIR JIP	Vyšší odborné	Žádné	9 let a 6 měsíců
S13	CHIR JIP	SZŠ, specializace	Péče o i.v. porty, ARIP	24 let a 9 měsíců
S14	CHIR JIP	Bakalářské, specializace	ARIP	20 let
S15	Chirurgická a úrazová	Bakalářské	Kardiologie pro sestry v	12 let

	ambulance		intenzivní péči	
S16	Urgentní příjem	SZŠ	Žádné	6 let
S17	Chirurgické ambulance	Bakalářské, specializace	ARIP	8 let
S18	Chirurgická a ortopedická ambulance	SZŠ	Žádné	4 roky
S19	Chirurgická ambulance	SZŠ, specializace	ARIP	10 měsíců

Zdroj: vlastní výzkum

Pro zpřehlednění základních informací o dotazovaných sestrách byla vytvořena tabulka. V souladu se zachováním anonymity také každá sestra ve výzkumné části nese pouze označení S spolu s číslem, které vyjadřuje její pořadí.

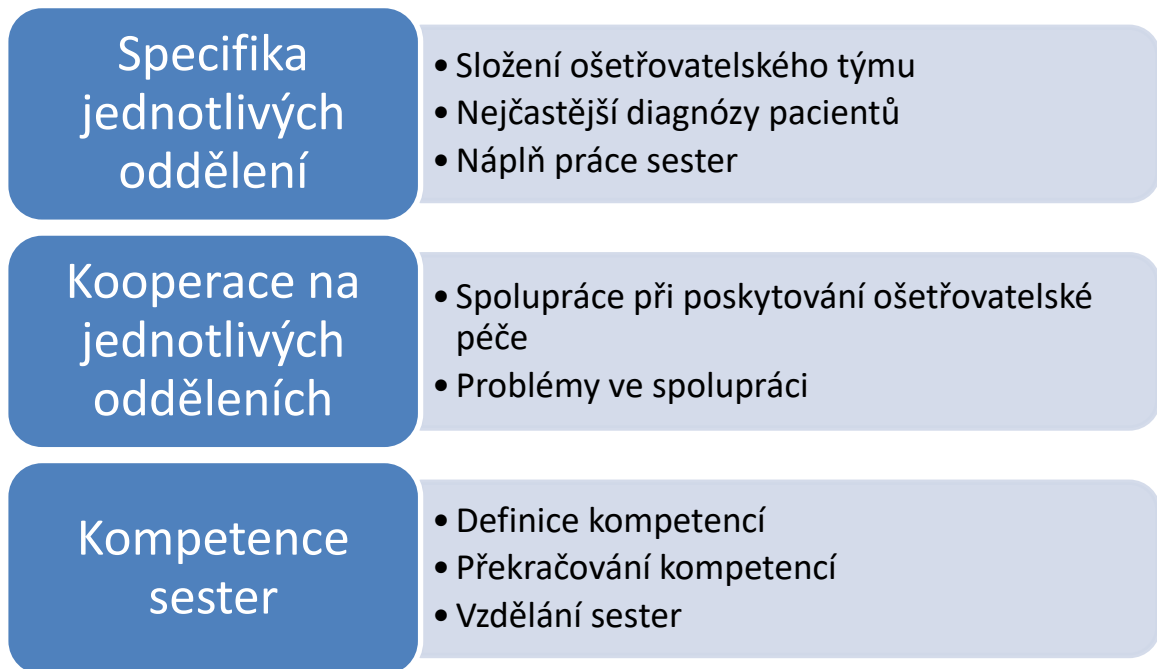
Sestry označeny jako S1 až S8 pracují na standardním chirurgickém oddělení. Všechny mají způsobilost k výkonu povolání praktické sestry a průměrná délka jejich současného zaměstnání činí 3 roky.

Sestry označeny jako S9 až S14 pracují na chirurgické jednotce intenzivní péče. Tuto podskupinu tvoří 3 všeobecné sestry a 3 sestry specialistky, jejichž současná doba zaměstnání je v průměru 10,5 roku.

Sestry označeny jako S15 až S19 pracují v ambulantní části chirurgie. Tato skupina je v rámci vzdělání zastoupena dvěma praktickými sestrami, dvěma sestrami specialistkami a jednou všeobecnou sestrou. Zaokrouhlený průměr (*pozn. 6,16*) jejich současné délky zaměstnání v ambulantní části tvoří 6 let.

4.2 Kategorizace získaných dat

Schéma 1: Přehled kategorií a podkategorií



Pro snazší orientaci ve výsledcích rozhovorů byla získaná data zpracována metodou otevřeného kódování. V této části je prostřednictvím schématu vyjádřeno to, do jakých kategorií a podkategorií byly analyzované informace následně rozřazeny.

Kategorie 1 - Specifika jednotlivých oddělení

Tato kategorie je členěna do tří podkategorií. První z nich se soustředí na personální obsazení služeb sestrami a počty přidělených pacientů. Druhá podkategorie se zabývá nejčastějšími diagnózami pacientů na jednotlivých chirurgických složkách. Třetí podkategorie popisuje denní chod na pracovištích informantek a nejčastěji prováděné činnosti. Informantky zde také vyjadřují, jaká jsou dle nich specifika daných oddělení a jaká je jejich úloha na nich.

Podkategorie 1.1 - Složení ošetrovatelského týmu

Z otázky mířené přímo na počet zaměstnanců lze vyvodit přibližnou personální obsazenost služeb na daných odděleních. Ze standardního oddělení 6 sester (S1, S3-S7) z 8 udává, že denní směny slouží 2 sestry a staniční sestra na R8, přičemž pracoviště S6 navíc využívá převazovou sestru. U S2 a S8 se denní směna skládá ze 3 sester a staniční sestry na R8, u S2 někdy i další sestry na ranní směnu. Celkem 6 sester (S1, S3-S7) zmiňuje také přítomnost sanitárky či ošetrovatelky, S5 i přítomnost studentů. Počty pacientů přidělených jedné sestře se liší. Jejich maximální počty se pohybují mezi 11-15, vypočítaný průměr vychází na 13 pacientů. Nebyla započítána odpověď S7, která udává pouze celkový počet 30 pacientů na oddělení. Na noční směnu opět 6 sester (S1, S3-S5, S7, S8) udává přítomnost 2 sester a pouze S4 i přítomnost ošetrovatelky do 22 hodin. Na pracovišti S6 slouží 1 sestra a 1 ošetrovatelka, S2 se o noční směně nevyjádřila.

Sestry z chirurgické jednotky intenzivní péče ve 4 případech (S9-S12) z 6 vypovídají, že na denní směně slouží 4 sestry spolu se sestrou staniční na R8. Sestra S14 uvádí 3 sestry a S13 2 sestry, přičemž na jejím pracovišti je nejmenší celkový počet pacientů. Maximální počty pacientů přidělených jedné sestře se pohybují mezi 3-4, vypočítaný průměr je blíže číslu 3. Nebyla započítána odpověď S14, která odpovídá: *„To záleží, když mám ventilovaného pacienta, tak mám pokud možno jenom jeho - pokud je to superakutní pacient. Je to prostě podle toho, jak vypadá to oddělení, nedá se to říct takhle striktně, kolik jich jaká sestra má“*.

Počty sester na noční směny jsou u všech sester shodné s denní směnou, tedy u S9-S12 4 sestry, u S14 3 sestry a u S13 2 sestry. Sestry S9, S11-S14 uvedly i celkový počet pacientů, který se pohybuje od 7 do 12 pacientů. Celkový počet pacientů na oddělení je tedy méně než počet pacientů, který má při směně na starost sestra na standardním

oddělení.

Denní směny u sester chirurgické ambulance jsou ve dvou případech (S15, S16) pokryty 3 sestrami a staniční sestrou na R8, přičemž na pracovišti S15 se na ranní a odpolední směně navíc střídají kartotéční sestry. Sestry S16 a S18 uvádějí počet 2 sester na denní směnu a staniční sestru na R8, na pracovišti S18 je přítomna na ranní směně další sestra. Všechny tyto sestry uvádějí přítomnost sanitáře. Sestra S17 pracuje na ranní směny pouze sama s lékařem. Noční směny jsou u S15, S16 a S18 obsazeny 2 sestrami a sanitářem, na pracovišti S19 pouze 1 sestrou. Počty ošetřených pacientů udávají sestry v rozmezí 20-150 denně.

Podkategorie 1.2 - Nejčastější diagnózy pacientů

Celkem 6 sester z 8 pracujících na standardním lůžkovém oddělení uvádí, že mezi nejčastější diagnózy patří komplikace diabetu mellitu. Sestra S3 se vyjádřila následovně: "*Stav (pacientů) je různý, od chodících až po ležící lidi, kteří se nehnou. Diagnózy jsou většinou dia.*" Konkrétněji byl diabetes spojován s defekty dolních končetin, tedy syndromem diabetické nohy. Sestra S5 popisuje, že pacienti s nekrózami často chodí „za 5 minut 12“ a ne vždy je možné končetinu zachránit. Jako další jmenuje polovina dotazovaných sester pacienty po operacích střev a pacienty se stomií. V menším zastoupení pak zmiňují appendektomie, operace varixů, žlučníku, či slinivky břišní. Ty bývají dle S2 plánované. "*Pokud se jedná o akutní pacienty, přicházejí většinou s bolestmi břicha, zástavou odchodu plynů, stolice, zvracením.*", dodává.

Z odpovědí 6 sester chirurgické jednotky intenzivní péče vyplývá, že všechny pracují s pacienty v pooperačním období. Jejich stav popisuje S10 takto: „*Pacienti po operacích nebo v bezprostředním období před nimi, vyžadující kontinuální monitoraci fyziologických funkcí*“. Sestry se shodly se taktéž v tom, že operace jsou prováděny zejména na gastrointestinálním traktu, přičemž 5 sester (S9, S10, S11, S12, S14) jako nejčastější důvod uvádí nádorová onemocnění. Z orgánů GIT dále 4 sestry konkretizují střeva, 3 sestry slinivku břišní a 3 sestry játra. Mimo břišních operací jsou zde dle S10 a S14 také prováděny cévní operace pro aneurysma a bypassy z důvodu neprůchodnosti. S14 ve své odpovědi dále zmiňuje zubní pacienty po resekcích čelisti či jazyka.

Důvodem přijetí do intenzivní péče může být také úraz. Sestra S12 uvádí, že „*úrazy z venku často přicházejí v ebrietě, hlavně krvácení do mozku*“. Zkušenost s úrazy hlavy mají i S11 a S13, která popisuje pacienty s komocí, kraniocerebrálním poraněním a stav po operaci zlomenin.

Úrazy jsou pochopitelně také důvodem pacientů pro návštěvu chirurgické ambulance, jak souhlasí všechny sestry S15-S19. Sestra S16 popisuje, že na ambulanci nejčastěji přicházejí „*pacienti s akutními chirurgickými a traumatologickými problémy*“.

Zatímco S19 pacienty shrnuje jako „*všehochuť, od malých dětí po staré lidi*“, S15 je detailnější. „*V posledních letech je nárůst pacientů bez domova, sociálně slabých, přibývá pacientů ebrietních, pod vlivem omamných látek. Dále také senioři, týrané osoby, osoby po napadení*“. Shodnou se však na příčině úrazů v důsledku pádu či ebriety, kde S19 dává za příklad řezné rány a zlomeniny. Se zlomeninami a otevřenými ranami se setkává i S18, dle jejích slov také často u ebrietních pacientů a to hlavně o víkendech.

Dle sester S15, S16 a S18 je dalším častým důvodem návštěvy náhlá příhoda břišní a rozvoj jejích příznaků. Následně sestry zmiňují také abscesy (S16, S18), hemoroidy (S16), komoce, vykloubená ramena (S18), flegmony, gangrény, akutní cévní uzávěry (S15) či pacienty s doporučením dermatologa k odstranění kožních útvarů (S17). Sestra S15 doplňuje, že přicházejí „*mnohdy i nechirurgické diagnózy špatně odeslané k diagnostice od praktického lékaře, někdy si pacienti pletou ambulanci s praktickým lékařem.*“

Podkategorie 1.3 - Náplň práce sester

Z analýzy výsledků rozhovorů vyplývá, že práce sester na standardním lůžkovém oddělení se řídí daným harmonogramem, který je u všech 8 sester velice podobný. Sestra S8 jej označuje za „*stereotyp*“. Celkem 6 sester při popisu denní směny začíná předáním služby s následnou toaletou pacientů. S8 jako první činnost jmenuje ranní hygienu a S1 rovnou podání ranní medikace, přičemž předpokládám pouhé opominutí činností tomu předcházejících. Během ranních výkonů všechny sestry zmiňují přípravu pacientů k operačnímu výkonu, sestra S3 následovně: „*při hygienách informujeme operanty o krátkodobé předoperační přípravě - kompresní punčochy, žádné šperky, žádné prádlo, co si případně sbalit na JIP atd.*“.

Sestry v různém zastoupení a mírně pozměněném pořadí dále jmenují tyto činnosti: odběry krve (S3, S6, S7), měření ranních glykemií (S3, S7), podání inzulínu (S1, S3, S4, S6, S7), podání ranní medikace (S1-S6), ranní vizity (S2, S3, S5, S7, S8), převazy (S1, S2, S4, S6, S7). O následném zpracování dokumentace se vyjádřily 4 sestry (S1-S4). 4 sestry (S1-3, S7) také hovoří o samotném návozu pacientů na sál, 5 sester (S1, S2, S4, S5, S8) celkově o příjmu nových pacientů či jejich překladu v

průběhu dne. Dále 6 sester (S1-S6) udává podání polední medikace, konkrétní podání antibiotik 5 sester (S1, S3, S6-S8) a infuzní terapii 3 sestry (S1, S2, S5). Sestra S3 upřesňuje: „*Na podávání antibiotik, analgetik a dalších intravenózních léků se snažíme mít sjednocené časy. Proto máme tzv. objížděcí hodiny, kdy vyrážíme s objížděcím vozem mezi lidi a plníme ordinace lékaře. Časy jsou v 11, 12, 17, 21, 21, 23 a 5 hodin*”.

Následuje polední měření glykemie (S5-S7) a polední aplikace inzulinů (S1, S4, S6, S7). „*Po obědě obejdeme všechny lidi, přebalíme pleny, napolohujeme, zkontrolujeme a zjistíme, zda lidé něco nepotřebují. Tyto práce děláme kdykoliv celý den i noc*”, dodává znovu S3. Na pracovištích S2, S4 a S5 probíhají odpolední vizity. Dále se také sestry věnují návozu pacientů ze sálu (S2, S3, S8) a pooperační péči o ně (S1-S6). Přechází ke kontrole večerní glykemie (S5-S7), aplikace inzulinu (S4, S6) a podání večerní medikace (S1,S2,S4-S7). Pouze dvě sestry (S5, S8) uvedly přípravu pacientů na zákrok následujícího dne. Na průběhu noční směny se S3 a S4 shodly v podávání medikace dle ordinace lékaře a kontrole stavu pacientů, S4 však na jejím začátku podotkla opětovnou kontrolu dokumentace.

Ohledně nejčastější činnosti na oddělení se polovina sester (S2, S5, S7, S8) shodla na převazech. Sestry S6 a S7 také obě jmenují obecně plnění ordinace lékařů, S4 a S5 práci s dokumentací a S1 tak označuje všechny náležitosti denního chodu oddělení pro jejich pravidelnost.

Specifika lůžkového oddělení vysvětluje S2 takto: „*Jde zde zodpovědnost za větší množství pacientů než například na JIPce, někdy člověk musí myslet na mnoho věcí najednou, spolupracuje také s více lékaři najednou*”. Sestra S1 vypověděla, že „*práce na chirurgii je velmi rychlá, dynamická, probíhá zde pestrost diagnóz, pacienti zde nezůstávají většinou dlouhodobě-tudíž dochází méně často k hospitalismu*”. Sestry standardní septické chirurgie (S3, S4, S6, S7) chápou specifika svého oddělení v komplikovanějším zdravotním stavu pacientů, kterému S6 přisuzuje rozsáhlejší infuzní a ATB terapii. Sestra S4 ohledně pacientů před a po amputacích uvádí „*specifika komunikace s nimi, práce spočívá ve vysvětlování, empatii, trpělivosti a následné rehabilitaci po výkonu, kam patří i komunikace s rodinou pacienta*”. Sestra S3 specifika stručně shrnuje: „*Myslím, že se nikde jinde neseťkáte s tolika stomiemi a pozdními komplikacemi diabetiků jako u nás*”.

Svou úlohu na oddělení vidí 4 sestry ve své pracovní pozici všeobecné sestry (S1, S5-S6), podobně jako S7 v plnění ordinací lékařů. Sestra S8 odpovídá, že její úloha je „*pokaždé jiná, buď mám na starosti jednu stranu pokojů a to je rozdávání*

časovaných léků, kódování, papíry a léky na bolest, nebo mám všechny pacienty a to je pak lékárna, inzulin, měření tlaku, teploty a přípravy k výkonům". Podobně se vyjádřila i S3 popisem „obíhací" a „vypisovací" funkce, přičemž funkce pro danou směnu záleží na domluvě. Sestra S2 popisuje svou úlohu takto: „Zodpovědnost za pacienty, spolupráce s lékaři, rodinou a poskytování ošetrovatelské péče".

Práci dle harmonogramu podléhá i chirurgická jednotka intenzivní péče. Z 6 oslovených sester pouze 3 (S10, S11, S13) uvádějí na začátku směny předání služby, nicméně se všechny dále shodují v ranní hygieně pacientů. 2 sestry (S11, S13) dále uvádějí ranní odběry, načež se výpovědi opět sjednocují v lékařské vizitě, která je u 4 sester (S9, S10, S13, S14) spojená s převazy nebo je jimi následovaná. Sestry S11 a S12 je uvádějí až později. Sestry S9 a S10 přímo uvádějí následnou vizitu dalším lékařem (S9 hlavní doktorkou oddělení, S10 internistou) a eventuelně velkou vizitu dle dne v týdnu, S12 zmiňuje velkou vizitu bez specifikace. Sestry S11 a S14 se vyjádřily „vizity a asistence u vizit" a „čekání na vizity". Z těchto vyjádření tedy vyvozují větší kontrolu stavu pacientů ze strany lékařů.

Pouze S11 a S14 konkrétně zmiňují podání ranních léčiv. Zbylé 4 sestry hovoří o plnění ordinací, ke kterým se vyjádřila S9: „*plnění ordinací, takže to jsou infuze, léky, slévání drénů, monitorace pacienta a takové ty běžné ordinace*". Dalšími činnostmi na oddělení jsou práce s dokumentací (S9, S10, S11, S14), příjmy a překlady pacientů, včetně pacientů po operaci (S1-S6). S překladem pacientů na standardní oddělení se dle S11 pojí úklid boxu. Sestra S10 k příjmům dodává: „*Někdy již třeba od 10 hodin přijímáme pacienty ze sálu, což děláme prakticky až do večera. K plánovaným příjmům z operačních sálů přijímáme často i pacienty neplánovaně, ať už ze sálu, urgentního příjmu nebo jiných oddělení*". Sestry (S11-S13) také hovoří o přípravě pacienta k vyšetření, jmenovitě dle S11 například CT či RTG. V odpoledních hodinách S9 a S10 vyplňují ošetrovatelskou dokumentaci pacientů. Sestra S13 doplňuje, že je v průběhu dne poskytována ošetrovatelská péče ve smyslu krmení, polohování a rehabilitace. O podávání další medikace s upřesněním času se vyjadřuje S11, S9 hovoří pouze o časovaných lécích a dle S10 kolem páté večer „*podávají jedny z posledních ordinací*".

Ohledně noční směny se S13 vyjádřila, že jde v podstatě o stejné činnosti jako během dne. Sestra S11 nastínila, že po předání služby probíhají večerní vizity a večerní toalety pacientů, dále plnění harmonogramu, doplnění pomůcek na vyšetřovně a boxech, podávání léčiv a práce s dokumentací.

Nejčastější činností na oddělení je dle S9, S10 plnění ordinací lékaře. Sestry

S11, S12 a S14 přímo pojmenovaly podávání léků, zatímco S13 mluví obecně o intenzivní péči okolo pacienta.

Specifika oddělení okomentovala sestra S14 následovně: *„Asi škálou výkonů, které u pacienta můžeme dělat. Ať už je to od normálních věcí, které se dělají na standardech i všude jinde jako jsou toalety a léky per os, tak my tam máme pacienta částečně soběstačného až po pacienty ventilované, v bezvědomí. Tu škálu máme opravdu širokou“*. Sestra S11 pokračuje: *„Pacienti jsou na JIP ležící, napojeni na monitory, ventilátory (UPV), infuzní pumpy a dávkovače, podávání specifických léčiv, neustálé kontinuální sledování pacienta, často akutní stavy, resuscitace, intubace, invazivní monitoring.“* Sestra S9 dodává, že *„o tom člověku víte víc než na standardu, máte jich na starosti méně, staráte se u nich opravdu o všechno“*.

Svou úlohu na oddělení chápou všechny sestry jako péči o pacienty. Tuto odpověď rozvádí S9: *„Zabezpečit pacienty od osobní hygieny, přes základní péči, polohování, pití, monitoraci životních funkcí, podávání léků a když to tak vezmu, tak vlastně zajištění toho, aby lidi byli po všech stránkách v pohodě a měli vše co potřebují, v rámci těch mezí, co tam pro ně jde udělat. Popřípadě ještě jejich kontrola a zavolání doktora“*.

Práce sester v ambulantní části chirurgie pro svou dynamičnost a proměnlivost příliš pravidelnosti v denních činnostech neobsahuje. *„Tím, že pracuji na urgentním příjmu, tak nemáme přesně stanovený chod“*, začíná svůj popis S16. Na začátku dne 3 sestry (S16, S18, S19) udávají předání služby, které se neuskutečňuje na pracovišti S17 z důvodu ranních směn a pouze její přítomnosti jakožto sestry. Při tomto předávání probíhá u stejných 3 sester (S16, S18, S19) informování nové směny o „rozpracovaných“ pacientech v čekárně, v případě sestry S16 i o pacientech uložených na expektačním pokoji. V průběhu směny jsou na pracovištích sester opakovaně realizovány následující intervence: měření fyziologických funkcí (S15, S16, S18, S19), převazy (S15-S19), zajištění dalších vyšetření pacienta (S15, S16, S18, S19), asistence při ambulantní operativě (S15-S19), aplikace léčiv (S15, S16, S18, S19), sádrování (S17-19), administrativa (S15, S17, S18, S19) a odběry krve (S15, S16, S18, S19). K asistenci při ambulantních zákrocích dává sestra S17 za příklad syndrom akutních tunelů, varixy, ateromy, odstranění bradavic, znamének, basaliomů a melanomů. Dalšími činnostmi dle stejné sestry mohou být dlahování, fixace, sterilizace, dezinfekce, vytahování stehů a příprava operačního balíčku. *„Jsou dny, že si člověk dojde stěží na WC a celou směnu běhá kolem pacientů... A pak jsou dny, kdy je klid a dodělávají se*

harmonogramy a resty z předchozích dnů", vypovídá S16.

Následně vysvětluje harmonogram mimořádných prací: *„Na každý den pondělí-pátek máme danou jednu místnost, která by se měla uklidit a překontrolovat expirace léků, sterilních materiálů a prostě všeho, co je ve skříních a šuplících. Ale někdy na to prostě nedojde a dělá se to v průběhu noční nebo další den.*“ Sestra S18 oznamuje, že na harmonogram přes den čas nemají a tyto činnosti jsou prováděny pouze při nočních směnách. Po předání směny jsou dle jejích slov doplněny stříkačky, jehly, tiskopisy a další materiály, oproti denní směně se zakládají karty a zadávají pohotovostní poplatky.

Jako nejčastější činnost všechny sestry (S15-S19) označují převazy. Mezi další časté činnosti jimi byly zařazeny odběry krve (S16, S18, S19) a sádrování (S17, S18, S19).

Specifika této práce hodnotí S16 takto: *„Musíme mít přehled o všech možných diagnózách, často práce s pacienty pod vlivem alkoholu a drog, hodně stresových situací, nelze si dopředu naplánovat, co se bude dít*“ . *„Tady je urgent, kde doktor pořád neseď a když přijede záchranka, tak si pacienta často sestra obstará sama než ten doktor přijde. Sestra musí pacienta zajistit a vědět, co se u takových lidí přibližně dělá*“ , popisuje S18. Sestra S19 udává: *„Nikdy nevím, co bude za 5 minut. Práce zde je velmi různorodá*“ . Velice podobně se vyjádřila i S17. Sestra S15 specifika neudává s tím, že se jedná o běžný nepřetržitý provoz.

Svou úlohu na ambulanci sestry přisuzují obsahu své práce. *„Práce s počítačem a lidmi. Jsem doktorem, sestrou i sanitářem. Taková holka pro všechno*“ , shrnuje S18. *„Spolupráce s lékaři a plnění ordinací*“ , popisuje svou úlohu sestra S19. Sestra S15 udává, že *„krom běžné péče o pacienty má na starosti administrativu v souvislosti s hojením ran a přípravu tiskopisů pro lékaře*“ . Sestry S16 a S17 přímo jmenovaly jednotlivé činnosti prováděné v průběhu dne, jež byly zpracovány výše.

Kategorie 2 - Kooperace na jednotlivých odděleních

Tato kategorie je rozdělena do dvou podkategorií. V první podkategorii informantky uvádějí, s jakými odděleními a pracovníky nemocnice probíhá spolupráce v rámci poskytování ošetrovatelské péče. V druhé podkategorii hodnotí informantky úroveň návaznosti péče a spolupráce jak s dalšími odděleními a pracovníky, tak v rámci vlastního kolektivu.

Podkategorie 2.1 - Spolupráce při poskytování ošetrovatelské péče

Na otázku, s jakými odděleními probíhá spolupráce nejčastěji se 5 sester (S2-S4, S6, S8) standardního lůžkového oddělení shodlo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Následně 4 sestry (S2, S3, S5, S8) uvádějí gastroenterologii, 3 sestry (S1, S6, S7) chirurgickou jednotku intenzivní péče a 3 sestry (S5, S6, S8) oddělení interní. Sestry S6 a S7 také hovoří o spolupráci s druhým standardním chirurgickým oddělením. Mezi další jmenovaná oddělení patří emergency a dospávací jednotka (S1), oddělení následné péče (S2), oddělení radiodiagnostické, dialyzační (S4) a ortopedické (S6). K dalším pracovníkům nemocnice S3 uvádí: *„Fyzioterapeut k nám chodí jednou denně a na každého pacienta, který má napsanou RHB má tak 10-15 minut. Nutriční terapeut k nám přijde pouze na zavolání, při speciálních dietách. Několikrát jsem se setkala s využitím duchovních služeb“*.

Spolupráci s fyzioterapeuty potvrzují ostatně všechny sestry (S1-S8), s nutričními terapeuty souhlasí 6 sester (S1-S3, S5-S7). Dále zmiňují sociální pracovníky (S1), laboranty, lékaře na konziliích a sanitáře (S2), protetiky (S4), psychology a stomickou sestru (S5).

Oproti tomu sestry z chirurgické jednotky intenzivní péče uvádí spolupráci se standardním oddělením jakožto další složkou chirurgie jako jednu z nejčastějších, konkrétně v 5 případech (S9, S11-S14), spolu s anesteziologicko-resuscitačním oddělením (S9-S13). Sestry dále uvádějí pracoviště ortopedie (S11, S12, S14), urgentní příjem (S10, S13, S14), urologické oddělení (S11, S12) a jednotlivě také gastroenterologii, kardiologii, transfuzní stanici (S10), gynekologii, ORL, traumatologii (S11), rehabilitační oddělení či další oddělení intenzivní péče (S13).

Veškerou spolupráci s dalšími pracovníky shrnuje S10 svou odpovědí: *„Fyzioterapeuti chodí každé dopoledne i odpoledne, nutričního terapeuta také využíváme, dále jsou to určitě sanitárky a sanitáři, ti nám pomáhají hodně. Spolupracujeme i s radiologickými pracovníky, endoskopisty, kontaktujeme telefonicky laboratorní pracovníky, transfuzní stanici, v rámci konziliárních vyšetření lékaře napříč všemi obory. Pokud potřebujeme vyšetřit rychle krev, spolupracujeme s pracovníky na urgentním příjmu. V případě zhoršení stavu pacienta nebo přímo potřebě resuscitace spolupracujeme s ARO. S anesteziologickými pracovníky přijdeme vždy do kontaktu i při přebírání pacientů z operačního sálu“*.

Sestra S14 se ke stejné otázce vyjádřila následovně: *„Nejčastěji fyzioterapeut, ti chodí každý den. Pak nutriční na vyžádání, když je potřeba nějaká speciální dieta a pak třeba“*

ještě RTG, které se dělá u nás na oddělení a protože máme taky stomie, tak je i možnost konzultace se stomickými sestrami."

Stejně jako na standardním lůžkovém oddělení, i sestry na JIP všechny jmenovaly spolupráci s fyzioterapeuty. Na druhém místě je pak spolupráce s nutričními terapeuty, které uvedlo 5 sester (S9-S12, 14). Následují radiologičtí asistenti (S10, S11, S13, S14), laboranti (S10, S13), stomické sestry (S9, S14), sanitáři a lékaři z jiných oborů (S10, S11).

Sestry z ambulantní části se všechny (S15-S19) shodují na spolupráci s chirurgickým oddělením. Následně 4 sestry (S15, S16, S18, S19) potvrzují také kooperaci s oddělením interním a 3 sestry (S15-S17) s neurologickým. Uvedeno bylo také oddělení neurochirurgie (S15), dermatologie (S17), ARO (S19), ortopedie, urologie či ORL (S18).

Všechny sestry totožně vypovídají o spolupráci s radiologickými pracovníky. Dále 2 sestry (S18, S19) jmenují sanitáře, 2 sestry (S17, S19) laboranty, 2 sestry (S15, S19) pracovníky RZP, sestra S19 sádrovnici a informantka S15 také sociální pracovníky, musí-li se občas řešit sociální stránka u pacienta. S16 svou odpověď doplňuje o tvrzení: *„jsme jen akutní péče, takže v případě potřeby odesíláme ke konzultaci jinam"*.

Podkategorie 2.2 - Problémy ve spolupráci

Aby se pacient dostal na standardní lůžkové oddělení chirurgie, musí ve zdravotnickém zařízení fungovat patřičná návaznost péče. *„Nejdříve projde ambulancí, kam buď dojde po svých, nebo je přivezen RZP. Poté musí projít klasicky EKG a RTG S+P a poté je odvezen buď na standardní oddělení anebo na JIP, poté se dostane na standard"*, vysvětluje S7. Sestra S3 odpovídá: *„Vždy musí přes chirurgickou ambulanci nebo přes urgentní příjem. Pokud je plánovaný tak musí navíc přes anesteziologii, případně proktologii"*.

Chirurgickou ambulanci v rozhovorech jmenovaly všechny sestry ze standardního oddělení, urgentní příjem u akutních pacientů 5 sester (S1-S3, S6, S8). Dále 4 sestry (S1, S3, S4, S7) před příjmem na oddělení uvádějí provedení předoperačního vyšetření na jiném pracovišti. Pacient může být na standardní oddělení také přeložen z chirurgické jednotky intenzivní péče (S2, S6, S7).

Tuto návaznost hodnotí všechny dotazované sestry kladně. *„Pacienti mají základní odběry hotové, často i i.v. vstup a máme udělané ordinace od lékařů, takže*

nám to ušetří čas a pacientům trápení", vyjadřuje své stanovisko S8. Sestra S7 si o návaznosti myslí, že *„je naprosto v pořádku, nemocnice potřebuje nějaké své třídící místo, kde pacienta určitým způsobem připraví. Někdy se stane, že na ambulanci již zavedou PŽK nebo PMK, udělají někdy i odběry a na oddělení se dostává připravený klidně jít hned na operaci"*.

Sestra S5 si myslí, že je spolupráce probíhá v pořádku za podmínky, že jsou ujednoceny informace, které lékaři dávají pacientům. Nakonec přispívám názorem S3: *„Myslím si, že je dobrá. Horší je když přijde plánovaný pacient, který si nezařídil dlouhodobou předoperační přípravu, ti nám potom ztěžují práci, protože to musíme stihnout den před operací"*.

Odpovědi na otázku, zda-li se vyskytují v rámci vlastního kolektivu či při spolupráci s dalšími odděleními nějaké komunikační problémy již tak jednotné nejsou. Na vlastním pracovišti 5 sester (S2-S4, S7, S8) se nevyskytují žádné nebo pouze minimální problémy. Sestry S5 a S6 uvádějí pouze menší potíže v komunikaci s doktory. *„Jeden lékař chce do rány takové krytí, druhý jiné.. Občas nám něco zapomenou napsat. Ale nakonec se vždy domluvíme"*, komentuje S5. *„Záleží na dané osobnosti člověka. Nějaký lékař vyslechne a řekne, další zase poslouchá napůl"*, podotýká S6. Dle S1 se potíže objevují v oblasti nesdělení informací, co se s pacientem bude dít dále.

V rámci spolupráce mezi odděleními pouze jedna sestra (S5) odpovídá, že o žádných problémech neví. Všechny ostatní sestry možnost problémů připouští či jmenují konkrétní situace. *„K problémům v komunikaci dochází poměrně často, zejména v oblasti nedostatečného předávání informací o pacientovi při překladech"*, dává za příklad sestra S1. Sestra S3 popisuje, že potíže jsou *„většinou v tom, když u nás leží pacienti s diagnózami spadajícími do jejich zaměření tak, že odmítají překlad pacienta. Takže u nás leží pacienti například se srdečním selháním"*. Sestra S7 se údajně setkává s problémy s chirurgickou stanicí JIP s vážením pacientů.

Na oddělení chirurgické jednotky intenzivní péče se pacient dostane po operaci z operačního sálu (S9-S14), překladem ze standardního oddělení při zhoršení stavu (S9, S10, S13, S14), překladem z jiné nemocnice (S10, S13, S14) anebo přímo z urgentního příjmu (S9-S12, S14).

Návaznost péče hodnotí sestry převážně pozitivně. Sestry S11-S14 neshledávají v této oblasti žádné problémy. *„Občas je horší domluva s urgentem, kdy ty lidi nejsou zabezpečeni a nemají takovou péči, kterou by měli mít než přijdou k nám"*, tvrdí S9. U

S10 občas dochází k nedostatečnému předání informací. Obě se shodují, že je to ale „člověk od člověka“.

Na vlastním pracovišti neshledává žádná dotazovaná sestra problémy, o kterých by bylo třeba mluvit. Stejně tak se vyjádřily o problémech při spolupráci s dalšími odděleními, kdy sice problémy někdy nastanou, většinou však probíhá vše v pořádku.

Na chirurgickou ambulanci se člověk dostane po vlastní ose, v případě potřeby je přivezen RZP (S15-S19), PČR či městskou policií (S15). Ošetřen může být na základě doporučení jiného odborného lékaře (S15, S17, S18, S19), například praktického lékaře, dermatologa či lékaře z jiné ambulance či oddělení.

Návaznost péče byla převážně vyhodnocena jako fungující (S16-S19). Sestra S15 označuje jako nevyhovující řešení prostor jejího pracoviště, které komplikuje posloupnost práce. Ve vlastním kolektivu má komunikační problémy S15 dle jejích slov: „*Především s některými lékaři, kdy jasně nespecifikují své požadavky a ordinace*“, sestra S18 zmiňuje občasné neshody ohledně papírování se staniční sestrou. Jiné závažné problémy nebyly shledány.

Kooperaci s dalšími odděleními hodnotí sestry S16, S17 a S19 jako dobrou, S15 zmiňuje jen občasný „komunikační šum“. Negativního hodnocení se dostalo internímu oddělení ze strany S18: „*Hodně u nás vážne komunikace s interním oddělením, kdy k nám často posílají nechirurgické diagnózy*“, tvrdí.

Kategorie 3 - Kompetence sester

Tato kategorie je členěna do tří podkategorií. První podkategorie se zabývá samotným pojmem kompetence, který informantky definovaly a zodpověděly otázku, zda-li znají rozsah kompetencí pro svou pracovní pozici. V druhé podkategorii vyjadřují svůj názor na jejich překračování a uvádí situace, kdy k tomuto jevu dochází. Uvádí taktéž spokojenost s rozsahem vlastních kompetencí a příklady činností, pro které by uvítaly jejich rozšíření. Navrhují také řešení, která by mohla překračování kompetencí zamezit. Ve třetí podkategorii popisují informantky spokojenost se vzdělaností vlastního pracovního kolektivu.

Podkategorie 3.1 - Definice kompetencí

Všechny dotazované sestry (S1-S19) ví, co jsou to kompetence a dokážou je více či méně podrobně definovat. Vyplývá to například z následujících odpovědí: „*Kompetence jsou volně řečeno rámeček zodpovědnosti za provedení výkonu každého*

pracovníka, který je dán zákonem a stupněm vzdělání. To, co může dělat sestra po dosažení určitého stupně vzdělání, aniž by poškodila pacienta svou nevědomostí a neznalostí" (S4) a „Kompetence jsou činnosti, které mám napsané ve smlouvě, co můžu v rámci svého povolání vykonávat. Když udělám něco, co není v mé kompetenci, můžu za to být rádně potrestána" (S7) anebo „Úkony, činnosti, na které máme dle zákona a specifik oddělení pravomoci je provádět, ať už samostatně či pod dohledem. Odvíjí se i od vzdělání" (S10). Většina odpovědí byla pouze formou stručného výroku, že se jedná o činnosti, která sestra smí či nesmí dělat, jak tvrdí i sestra S12: „To je to, co mohu v rámci své pozice vykonávat".

Rozhovor se sestrami taktéž obsahoval otázku, zda-li znají rozsah kompetencí pro vlastní pracovní pozici. Sestry všech složek chirurgie potvrzují, že jsou s jejich rozsahem obeznámeny. „Ano. Vymezuje je i dokument Popis pracovního místa, který je součástí mé pracovní smlouvy", tvrdí S11. Ne všechny však znají jejich kompletní rozsah. To dokládají odpovědi: „Něco bych asi dala dohromady. Pokud se týče léků, tak můžu podávat léky od i.m., s.c. až po i.v. léky bez dohledu. Přímou ty kompetence asi nejsem schopná vyjmenovat" (S9) a „Přiznám se, že určitě nevím vše" (S10). Sestra S3 udává, že minimálně základ zná.

Podkategorie 3.2 - Překračování kompetencí

Po vymezení termínu kompetence se téma rozhovorů přesouvá k jejich překračování.

Ze standardního lůžkového oddělení se 6 sester (S1-S4, S7, S8) vyjádřilo, že překračování kompetencí není vzácností. „V dnešní situaci je to na denním pořádku", zní přímo slova S8. Dokládají to i odpovědi dalších sester: „Nesouhlasím s překračováním. Ale v českém zdravotnictví se kompetence překračují a překračovat budou" (S8) či „Bohužel se to někdy v praxi stává. Nemyslím si, že by to bylo v pořádku, ale někdy jsou k tomu zdravotníci přinuceni okolnostmi a někde i vedením" (S2). Následně všechny sestry kladně zodpověděly otázku, zda-li se někdy ocitly jako svědek či přímý účastník překračování kompetencí, S4 dokonce ještě v roli studentky: „Ano, mnohokrát během svých praxí na studiu při VŠ. Sestřičky nás jako studenty nechaly dělat bez dozoru odběry krve, zavedení PŽK, infuze a podání léků".

Jako nejčastější situace, kdy k překračování dochází uvedlo 5 sester (S1, S2, S5-S7) činnosti prováděné praktickou sestrou. „Hodně sloužím s praktickou sestrou a ta by neměla zavádět PŽK. Ale v rámci naší práce, která je hektická, nic jiného nezbyde a

praktická sestra musí jít zavést kanylu, protože je to v rámci příjmu velice důležitá věc, kdy lékaři čekají na odběry. Jinak to nejde", vypovídá S7. Sestra S2 tvrdí: *„Zaměstnáním praktické sestry a požadování výkonů, které má na starosti všeobecná sestra. Nebo také, že sestry dělají některé výkony za lékaře"*. Důvodem může být dle tvrzení dvou sester (S3, S4) také akutní stav: *„U nás asi akutní stav pacienta, kdy lékař není na oddělení a je těžké ho sehnat a my situaci musíme nějak vyřešit, např. úprava inzulinu dle aktuální glykemie, nebo podání cukru při hypoglykémii, nebo při zvracení pacienta po operaci"*, vysvětluje sestra S3. Přebírání kompetencí lékařů, které zmiňují S1, S2 a S6 je konkretizováno na digitální vybavení stolice všeobecnou sestrou (S1). Bez bližší specifikace byly uvedeny také převazy ran (S8) a tlak ze strany lékaře (S5).

Negativní názor na překračování kompetencí vyslovily i všechny sestry z chirurgické jednotky intenzivní péče. To potvrzují například tyto výroky: *„Myslím si, že to není správné. Bohužel je systém tak nastavený a málokdo se proti tomu ozve - například když lékař řekne, že máme udělat převaz za něj"* (S12) a *„Jsou kompetence, který si myslím že bysme měli mít a nemáme, a naopak nemám potřebu dělat věci, který mi nepřísluší"* (S14). Sestra S11 udává: *„Mnohdy není zbylí. Mnohdy jde o minuty, životy. Mnohdy jde o blbost, kvůli které je zbytečné nahánět lékaře. Člověk si však musí být na tisíc procent jistý že ví, co dělá! Mnohdy ale také není zapotřebí je překračovat a někteří je překračují. V tomto případě s překračováním kompetencí nesouhlasím"*.

Sestry také potvrdily překračování kompetencí na jejich pracovišti. *„Ano, praktické sestry dělají naprosto stejnou práci jako všeobecné sestry. Není personál, takže musí dělat to, co ostatní"*, udává S13. Překračování se nemusí týkat pouze ošetrovatelské péče, jak vyjádřila S14: *„Pokud se to týká kompetencí péče o pacienty, tak ne. Pokud se to týká pracovně-právních záležitostí, tak ano. Třeba když Vaše přímé vedení nedělá rozpis služeb v souladu s tím, jak by se to mělo dělat"*.

Nejčastější situace se dle sester dějí při nepřítomnosti lékaře, jak vyplývá z jejich odpovědí. Tedy při ordinacích lékaře po telefonu (S11, S12), přepsání se v ordinacích, které si následně sestra sama upravuje (S9), při podání běžného léku bez ordinace lékaře, přičemž se mu tato skutečnost ohlásí později (S11), či při potřebě něco rychle vyřešit, když lékař není přítomen (S10). Dále při převazech, výplachu drénu a chystání transfuzí (S12). Sestra S13 uvedla pouze nedostatek personálu obecně a S14 již zmíněné pracovně-právní záležitosti v nedodržování zákoníku práce.

O překračování kompetencí na pracovišti chirurgické ambulance se vyjádřila S15 takto: *„Je to cesta do pekla a má to pak nepříjemný právní dosah, dojde-li k*

poškození pacienta". V této skupině odpovídají 2 sestry tak, že jim překračování kompetencí nevadí, jak dokládají jejich odpovědi: „Mně osobně to nevadí, jsou praktické sestry, které jsou šikovnější a mají větší znalosti a schopnosti než sestry s Bc. a dalšími tituly" (S16) a „Někdy je nutné improvizovat, nemáte za sebou celý tým, monitory atd., takže s tím nemám problém. Jen sem tam narážím na to, že to vyžaduje lékař aby si ulehčil" (S17). Sestra S18 tvrdí: „Záleží na komunikaci, kolektivu a na důvěře. Nemělo by se to, ale to potom bych nemohla dělat nic". Sestra S19 to označuje pouze za „bohužel velmi častý jev".

Nicméně právě poslední dotazovaná sestra S19 z celého výzkumného souboru jako jediná uvádí, že na jejím pracovišti nebyla svědkem či účastníkem překračování kompetencí. Dodává však, že tomu tak bylo na jejím předchozím oddělení - chirurgické jednotce intenzivní péče. Sestra S18 na stejnou otázku uvádí: „Ano, každý den u každého pacienta". Kladně odpovídají i ostatní sestry z chirurgické ambulance.

Při zjišťování situací, které k překročení vedou, uvádí sestry opět činnosti prováděné bez přítomnosti lékaře (S15, S17-S19). Celý proces u akutního pacienta popsala S18 takto: „Když přivezou záchranku, pacient není zajištěný a není tam doktor. Přivezou pacienta s břichem a musí se zajistit žíly, musím vědět co mu můžu a nemůžu dát, bez vědomí lékaře pacienty posílám na RTG, odeberu ho na celkovou laborku, dám mu třeba něco vykapat a když je to fakt špatný, tak rovnou na CT. Počkám, až přijdou výsledky z krve, moči a pak volám doktora". To, že pacienta lékař poprvé vidí až s veškerými výsledky potvrzuje S15. „Když jsem v ambulanci sama bez lékaře, mám dělat jen převazy a objednání, jenže úrazy si čas nevybírají", tvrdí S17. Sestra S16 vše shrnuje takto: „U nás pořád, nehrajeme si na žádné kompetence, když někdo dělá a chce dělat na urgentu, tak musí zvládat všechno".

Jako možné řešení překračování kompetencí označuje 5 sester (S2, S4, S13, S16, S19) dostatečné pokrytí oddělení kompetentním personálem. Celkem 9 odpovědí různými formami vyjadřovalo změnu přístupu na oddělení, například: „Striktním dodržováním platné legislativy a důsledným kontrolováním z řad vedoucích pracovníků" (S1), „Když budou všichni dělat svou práci" (S6), „Učením těch mladších lékařů, ale vlastně i starších, v rámci komunikace a vzájemných vztahů" (S9), „Říct si kolektivně (primář, doktoři, vrchní, staniční, sestry, sanitárky), že se to na našem oddělení dělat nebude a basta" (S11) anebo „Žádost, zda by to ten daný člověk nemohl udělat, protože já na to nemám kompetence a mohla bych z toho mít problém" (S12). Dalším stanoviskem je: „Dalo by se to, ale to by se musely změnit kompetence, nebo by

lékaři museli plnit ty své kompetence tak, jak jsou dané" tvrdí S15, která spolu s S10 a S18 navrhuje zvýšení kompetencí. Sestry S4 a S14 také vidí východisko ve školení personálu, dle S4 hlavně čerstvých absolventů. Sestra S7 zastává názor: „V českém zdravotnictví asi nijak. Jedině dát ještě kratší dobu vzdělání při dodělávání vzdělání". Sestra S5 neví a S17 tvrdí, že to nelze.

Z celkového počtu 19 dotazovaných sester na otázku, zda-li jsou spokojené s rozsahem svých kompetencí, 14 sester odpovídá ano. Jinak se vyjádřily sestry S3, S5, S16, S17 a S18. Sestry S3 a S16 jsou s daným rozsahem nespokojené, S5 si myslí, že by se kompetence mohly v něčem rozšířit. *„Ale to by byla třeba upravit i výuka, aby člověk měl přehled, proč a jak a co hrozí",* dodává. Sestra S17 si myslí *„že pojišťovny by si mohl dělat lékař sám".* Sestra S18 údajně neví, jestli je s rozsahem spokojená vzhledem ke skutečnosti, že je neustále překračuje.

Dotaz, u kterých činností by sestry ocenily rozšíření kompetencí byl ve 3 případech (S9, S10, S13) zodpovězen *„nevím"*, dalších 6 sester (S1, S6, S11, S12, S17, S19) je se současným rozsahem spokojeno. *„Po specializaci jsou mé kompetence poměrně rozsáhlé. Víc už bych asi musela být jedinež doktor. Nenapadá mě nic, co bych chtěla dělat, ale kompetence mi to nedovoluje",* tvrdí S11. Sestry S3 a S5 by uvítaly rozšíření v oblasti podávání léků, jak dokládají jejich odpovědi: *„Myslím si, že by bylo vhodné, aby nějaké základní léky mohly ordinovat i samy sestry" (S3)* a *„Možnost podat pacientovi některé léky na bolest, nevolnost. Ty, co nejsou vázané na předpis" (S5).*

Sestry S16 a S18, jež jsou obě praktické sestry, by uvítaly větší volnost v oblasti i.v. vstupů. Zatímco S16 zmiňuje i.v. podávání léků, S18 navíc i jejich zajištění. Dále byla jmenována rozšíření v oblasti zavedení PMK u mužů (S7, S14), předepisování některých pomůcek (S2), v ošetřování ran (S4) a vytahování drénů a redonů (S8). Sestra S15 se vyjádřila takto: *„Myslím, že by se u pár úkonů dalo navýšit v rámci kompetencí, ale vzhledem k současné situaci to ještě bude dlouho nemožné".*

Podkategorie 3.3 - Vzdělání sester

Z celkového výzkumného souboru 19 sester se pouze 4 vyjádřily, že by uvítaly více vysokoškolsky vzdělaných kolegyně či kolegů. Dokládají to následující odpovědi: *„V rámci kolektivu bych uvítala víc vysokoškolsky vzdělaných sester. V současné době jsou v kolektivu sestry s absolvovanou „pouze" střední zdravotnickou školou. Bohužel aktuální ošetřovatelství vyžaduje modernější pohled na chod oddělení" (S1), „Ano, je zde hodně praktických sester. Vůbec neříkám, že jsou špatné, to vůbec ne, ale když se*

pak koukne na kompetence, tak nemůžou dělat tolik, kolik toho nyní dělají. Je to špatně nastavené, hodně" (S7), „Ano, ocenila, sama mám Bc. a určitě je vidět postup i v myšlení mladších kolegyně s VŠ, ale spíše by byla lepší specializace" (S15) a „Tak to je úder na hlavičku, kéž by si každá sestra prošla pár lety v akutní péči" (S17). Sestra S10 neví, připouští však, že by více jejích kolegyně z intenzivní péče mohlo mít ARIP. Sestra S8 se vyjádřila takto: „No popravdě ano, ani nevím, jestli přímo vzdělání ale spíše zájem o problematiku. V některých případech by to bylo opravdu potřeba".

Negativní stanovisko zaujalo 5 sester (S13, S14, S16, S18, S19). „*Je mi úplně jedno, jestli má kolegyně vysokou školu nebo ne, ale jak pracuje, jestli má cit pro to zaměstnání. Přijde mi, že se v dnešním světě zdravotnictví řeší jen to, jestli má někdo titul nebo ne a když ne, tak je podřadnej. Důležitější je praxe.*", vysvětluje svůj postoj S14. „*Ne, titul nic neznamena. Důležité jsou praktické dovednosti a schopnost logicky myslet*", doplňuje S16. Sestry S13, S18 a S19 se shodly v tom, že náplň práce zůstává stejná s titulem i bez něj.

Celkem 8 (S2-S6, S10-S12) sester vyjádřilo spokojenost s aktuální vzdělaností svého pracovního kolektivu. Z tohoto počtu 4 sestry (S2, S3, S5, S9) popisují přiměřený počet jak praktických sester, tak sester vysokoškolsky vzdělaných. Další 2 vyzdvihují sestry s tzv. „*starou zdrávkou*", dle jejich tvrzení: „*Mám hodně kolegyně z tzv. staré zdrávky a neměnila bych. Léta praxe jim dala mnoho zkušeností, které čerstvý vysokoškolák nemá. Dále mají nadhled, trpělivost a jsou tady pro pacienty*" (S4) a „*Zdravotní sestry se starou zdrávkou, některé mají dodělanou DiS., nic bych neměnila. Jsou zkušené*" (S6). V kolektivu S11 jsou kromě sanitářů všichni vysokoškolsky vzdělaní, S12 pouze ohodnotila vzdělanost jako dostačující.

5 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat náplň práce sestry na chirurgickém oddělení a zjistit rozdíly v práci sester na jednotlivých chirurgických složkách. Pozornost je samostatně věnována ambulantní části chirurgie, standardnímu lůžkovému oddělení a chirurgické jednotce intenzivní péče. Sběr dat pro účely tohoto výzkumného šetření byl proveden kvalitativní metodou prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které byly realizovány s 19 sestrami. Z tohoto počtu 8 sester pochází ze standardního oddělení, 6 sester z chirurgické JIP a 5 sester z ambulantní části.

V úvodu rozhovoru sestry zodpověděly otázky na základní identifikační údaje. Z nich vyplývá, že podskupinu informantek na standardním chirurgickém oddělení tvoří sestry s průměrnou délkou současného zaměstnání 3 roky, podskupinu informantek na chirurgické JIP sestry s průměrnou délkou zaměstnání 10,5 roku a podskupinu informantek z ambulantní části sestry s průměrnou délkou zaměstnání 6 let.

Rozhovory byly předem připraveny tak, aby směřovaly k zodpovězení stanovených výzkumných otázek. Výzkumná otázka č. 1 zní: „Jaká je úloha sestry na chirurgickém oddělení?“ Obecně je dle V. Hendersonové úlohou sestry péče o člověka v situacích, kdy mu k potřebným činnostem schází vůle, schopnosti či znalosti. Špirudová (2015) pak v základních rolích sestry jmenuje ošetřovatelku, manažerku, edukátorku, poradkyni, nositelku změn, advokátku, výzkumnici a týmovou hráčku. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že informantky z jednotky intenzivní péče svou úlohu na oddělení vnímají v poskytování ošetřovatelské péče pacientům. Informantky ze standardního oddělení a ambulantní části pak v rámci své pracovní pozice sestry a obsahu práce celkově, přičemž většinou konkrétně uvedly činnosti z denního chodu. Lze tedy říci, že většina chirurgických sester se vnímá v roli sestry ošetřovatelky, která samostatně a přímo poskytuje základní ošetřovatelskou péči (Staňková, 2002).

Druhá výzkumná otázka je následující: „Jaká jsou specifika práce na jednotlivých odděleních?“ Pro její zodpovězení byly informantkám kladeny dotazy na jejich každodenní práci, na diagnózy přicházejících pacientů a subjektivní vnímání specifik samotnými informantkami.

Z odpovědí je patrné, že na standardním chirurgickém oddělení se oslovené informantky nejčastěji setkávají s komplikacemi diabetu mellitu. Jako konkrétní komplikace byl jmenován syndrom diabetické nohy. Ten Rybka (2007) popisuje jako jednu z nejzávažnějších komplikací, kterou provázejí defekty a gangrény dolních

končetin a která je hlavní příčinou amputací. Dalšími diagnózami pacientů jsou stavy po operaci orgánů dutiny břišní, nejčastěji střev, dále žlučníku či slinivky břišní. Nezřídka se zde také sestry setkávají s pacienty se stomií, tedy vývodem dutého orgánu na povrch těla (Burda, Šolcová, 2015).

Práce sester na standardním chirurgickém oddělení podléhá harmonogramu, který byl na pracovištích oslovených informantek velice podobný. Zahrnoval činnosti od obecných, běžných pro všechna oddělení jako jsou ranní toaleta pacientů, podání inzulínu či medikace až po specifické, kterými jsou převazy a péče o pacienty v předoperačním i pooperačním období. Polovina informantek uvedla právě převazy jako nejčastější činnost na oddělení. Jejich účelem je kontrola či ošetření rány s maximálním úsilím zabránění vstupu infekce (Maďar et al, 2006).

Odpovědi týkající se samotných specifík standardního chirurgického oddělení jsou jednotné pouze ze strany informantek z jeho septické části, které vyzdvihují těžší zdravotní stav pacientů. „*Jsem septické oddělení, takže jsou u nás hospitalizováni pacienti s chronickými defekty, které se špatně hojí a jsou komplikované infekcemi*“, říká S4. To potvrzuje definice Slezákové (2012), dle které septické lůžkové oddělení poskytuje péči pacientům se sekundárním (hnisavým) hojením ran. Informantka S8 udává, že pracuje na hranici septické a aseptické chirurgie, její stanice prý není ničím specifická. Ostatní informantky vypověděly: „*Práce na chirurgii je velmi rychlá, dynamická, probíhá zde pestrost diagnóz, pacienti zde nezůstávají většinou dlouhodobě – tudíž dochází méně často k hospitalismu*“ (S1), „*Je zde zodpovědnost za větší množství pacientů než například na JIPce, někdy člověk musí myslet na mnoho věcí najednou, spolupracuje také s více lékaři najednou*“ (S2), „*Máme na oddělení všehochoť pacientů, máme být cévní chirurgie ale pokud někde není místo, bereme vše*“ (S5).

Jako specifikum chirurgické jednotky intenzivní péče lze považovat práci sester s pacienty v pooperačním období, se kterými se denně setkávají. Oslovené sestry hovořily zejména o pacientech po operacích na gastrointestinálním traktu, nejčastěji z důvodů nádorového onemocnění. Práce zde taktéž podléhá harmonogramu, přičemž jako nejčastější činnost uvádí polovina informantek podávání léků. Odlišnost jednotky intenzivní péče informantky vyjádřily především v nutnosti zvýšené monitorace pacienta. „*Je to hlavně o té monitoraci životních funkcí, která je častěji, ten pacient je napojený furt, máme ho stále pod dozorem. O tom člověku víte víc než na standardu, máte jich na starosti méně, staráte se u nich opravdu o všechno*“, tvrdí S9.

Z odpovědí je informantek z ambulanci části vyplynulo, že pečují o pacienty

s akutními potížemi. Nejčastěji se jedná o úrazy, nezřídka u pacientů v ebrietě. Ebrieta vyjadřuje stav opilosti, způsobený především požitím alkoholu (Vondráček et al, 2011). Mezi další akutní obtíže lze řadit například náhlou příhodu břišní a rozvoj jejich příznaků. Slezáková a Bezdičková (2010) NPB označují jako skupinu onemocnění orgánů dutiny břišní, které bez včasné diagnostiky mohou ohrozit pacienta na životě. Uvádí jejich rozdělení na úrazové a neúrazové, které mohou být způsobeny zánětem, neprůchodností, perforací či krvácením.

Specifikem pro ambulantní praxi je také fakt, že se zde na rozdíl od lůžkových oddělení neuplatňuje pevně stanovený řád a činnosti se odvíjí od aktuální situace. Stejně tak jsou proměnné také počty ošetřených pacientů, vyjádřené v desítkách. Za nejčastější činnosti byly označeny převazy, odběry krve a sádrování. Sádrováním se rozumí činnost, která s využitím sádrových obvazů zajišťuje fixaci zlomenin pro jejich klidné hojení (Žvák, 2006).

Odlišnost v práci na této složce chirurgie vyjádřily informantky v její nepředvídatelnosti, pestrosti a škále prováděných výkonů. *„Nikdy nevím, co bude za 5 minut. Práce je zde velmi různorodá“*, vypovídá S19.

Třetí výzkumnou otázkou bylo *„Jaká je návaznost péče mezi jednotlivými složkami?“*

Aby byl pacient přijat na standardní chirurgické oddělení, musí vždy projít chirurgickou ambulancí, případně urgentním příjmem. Celý proces popsala S2: *„Vždy musí nejprve na ambulanci, popřípadě urgentní příjem, poté jde na standardní oddělení, popřípadě na sál. Z něho pak na pooperační pokoj a poté zpět k nám nebo ze sálu rovnou na JIP a až po několika dnech zpět na standard, někdy jde na ARO při zhoršení stavu“*. S1, S3, S4 a S7 doplňují období před příjmem o provedení předoperačního vyšetření. *„Vždy musí přes chirurgickou ambulanci nebo přes urgentní příjem. Pokud je plánovaný tak navíc přes anesteziologii, případně proktologii“*, uvádí S3. Informantka S7 konkrétně jmenuje EKG a RTG S+P, S1 laboratorní vyšetření krve. Slezáková (2012) dodává, že předoperační vyšetření mohou být lékařem rozšířena o doplňující vyšetření a jejich rozsah se odvíjí od skutečnosti, zda-li se jedná o přípravu k plánované či akutní operaci.

Bylo zjištěno, že sestry standardního lůžkového oddělení nejčastěji spolupracují s anesteziologicko-resuscitačním oddělením, gastroenterologickým oddělením, interním oddělením a chirurgickou jednotkou intenzivní péče. S6 a S7 hovoří také o druhém standardním oddělení, mezi další jednotlivě jmenované patří emergency, dospávací

jednotka, oddělení ortopedické, radiodiagnostické, dialyzační a oddělení následné péče. Spolupráce dle informantek probíhá také s fyzioterapeuty a nutričními terapeuty. Vliv fyzioterapie Roztočil (2011) definuje v předcházení, diagnostice a léčbě poruch pohybového systému, nutriční terapeut je dle Grofové (2007) odborníkem v léčebné výživě. Dále jmenováni byli také sanitáři, lékaři jiných oborů, protetici, psychologové, stomická sestra a sociální pracovníci. Informantka S3 vypovídá, že se setkala i s využitím duchovních služeb.

Příjem na chirurgické oddělení intenzivní péče probíhá po operačním zákroku, překladem při zhoršení stavu pacienta na standardním oddělení, překladem z jiné nemocnice nebo rovnou z urgentního příjmu. S9 se k návaznosti vyjádřila následovně: *„Ono záleží na tom, jestli je to akutní příjem nebo je to ze sálu, protože pokud akutní příjem, tak jde rovnou z ambulance z urgentního příjmu, potom k nám může jít ze standardního oddělení při zhoršení stavu, kdy je to z chirurgie ale může to být i z jiného oddělení v nemocnici, pokud potřebuje tu naši chirurgickou péči, spolupracujeme takhle s gastrem. A nejčastěji je to ze sálu po operaci, kdy projdou standardem, sálem a pak se objeví u nás“.*

V rámci spolupráce bylo odpověďmi nejvíce zastoupeno standardní chirurgické oddělení a anesteziologicko-resuscitační oddělení. Dále pracoviště ortopedie (S11, S12, S14), urgentní příjem (S10, S13, S14), urologické oddělení (S11, S12) a jednotlivě také gastroenterologie, kardiologie, transfuzní stanice (S10), gynekologie, ORL, traumatologie (S11), rehabilitační oddělení či oddělení intenzivní péče (S13). Spolupráce probíhá nejčastěji s fyzioterapeuty, nutričními terapeuty a s radiologickými asistenty, dále s laboranty, sanitáři, lékaři jiných oborů či stomickými sestrami. Stomickou sestru nebo také stomasestru Vorlíček (2004) popisuje jako speciálně vyškolenou sestru, která svým působením zkvalitňuje péči o stomické pacienty a taktéž v této oblasti edukuje zdravotnický personál.

Do ambulantní části chirurgie se člověk dostane po vlastní ose či je přivezen RZP, potvrzují všechny informantky. Transport mohou případně zajistit také orgány PČR (S15). Ošetření může proběhnout na základě doporučení jiného odborného lékaře, kdy S17 dává za příklad dermatologa, praktika, dětského lékaře či neurologa.

Kooperace v poskytování péče probíhá s chirurgickým, interním a neurologickým oddělením. Uvedeno bylo také oddělení neurochirurgie (S15), dermatologie (S17), ARO (S19), ortopedie, urologie či ORL (S18). Z dalších pracovníků se zde dle všech informantek nejvíce uplatňují radiologičtí asistenti. V

menším zastoupení byli jmenováni sanitáři, laboranti, pracovníci RZP a sociální pracovníci.

Dotazy v mém rozhovoru se taktéž dotýkaly tématu kompetencí, byť jim nebyla přiřazena samostatná výzkumná otázka. Myslím si však, že by výsledky mohly být zajímavým doplněním, neboť právě kompetence jsou jedním z činitelů, které formují obsah práce sestry. Bartůněk (2016) kompetence definuje jednak jako vlastnosti a dovednosti umožňující jedinci určitou činnost, v druhém smyslu jako samotné oprávnění, pravomoc tuto činnost vykonávat. Všechny oslovené informantky tento pojem znají a dokážou jej svými slovy popsat. Nejčastěji uváděná vysvětlení vyjadřovala kompetence jako činnosti, které pracovník smí či nesmí provádět, jak uvádí například S10: *„Úkony, činnosti, na které máme dle zákona a specifik oddělení pravomoce je provádět, ať už samostatně či pod dohledem. Odvíjí se i dle vzdělání“*.

Zajímavý je především fakt, že přestože všechny sestry znají minimálně základ svých kompetencí a z většiny uvedly negativní názor na jejich překračování, v praxi se všechny s jejich nedodržováním setkaly jako svědkyně nebo přímé účastnice. Jediná S19 se na svém pracovišti s překračováním kompetencí nesetkává, docházelo k tomu však v jejím předchozím zaměstnání na jiném oddělení. S14 také jako jediná udává překračování mimo rámec přímé péče o pacienta, ale v nedodržování Zákoníku práce jejími nadřízenými v rozvrhu služeb.

Nejčastějšími situacemi v překračování kompetencí jsou dle 5 informantek standardního oddělení činnosti prováděné praktickou sestrou. Dokládá to tvrzení S2: *„Zaměstnáním praktické sestry a požadování výkonů, které má na starosti všeobecná sestra. Nebo také, že sestry dělají některé výkony za lékaře“*. Za lékařský výkon bylo S1 označeno digitální vybavení stolice, tedy manuální odstranění stolice z konečníku (Dingová Šliková et al, 2018). Informantky z chirurgické JIP a ambulance jmenují nejvíce činnosti související s nepřítomností lékaře, například ordinace lékaře po telefonu, posílání pacienta na vyšetření, podání léků a odběry krve - vše bez ordinace lékaře. Nutno podotknout, že tyto situace však většinou souvisí s akutním stavem pacienta. S18 odpovídá: *Když přivezou záchranku, pacient není zajištěný a není tam doktor. Přivezou pacienta s břichem a musí se zajistit žíly, musím vědět co mu můžu a nemůžu dát, bez vědomí lékaře pacienty posílám na RTG, odeberu ho na celkovou laborku, dám mu třeba něco vykapat a když je to fakt špatný, tak rovnou na CT. Počkám, až přijdou výsledky z krve, moči a pak volám doktora.*

Z 19 informantek se však 14 přímo vyjádřilo, že jsou s rozsahem svých

kompetencí spokojené. Jako možné způsoby, jak jejich překračování zabránit uvedly sestry převážně změnu přístupu k překračování na oddělení a navýšení počtu personálu. Východisko bylo některými informantkami spatřeno také v navýšení kompetencí a školení personálu. Předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Dagmar Žitníková pro Zdravotnický deník (2018) uvedla, že by navýšení některých činností sester sice bylo možné, ale má to svá úskalí. Kontraproduktivitu spatřuje v současném pracovním přetížení sester, kterému by navýšení činností příliš nepomohlo. Dále také v narušení či smazání rozdílů mezi povoláním všeobecné a praktické sestry. Dle jejich slov by muselo také dojít k úpravě vyhlášky č. 55 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a ve vzdělávacích programech sester. Prezidentka České asociace sester Martina Šochmanová taktéž pro Zdravotnický deník (2018) uvádí, že ČAS usiluje o rozšíření kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků v činnostech, které běžně vykonávají - nejedná se tedy o další práci navíc za lékaře. Patří sem například ordinování základních vyšetření, preskripce zdravotnických pomůcek a materiálů či úprava vybrané medikace farmakologicky vyškolenou sestrou.

Osobně se přikláním k řešení spočívajícím v navýšení kompetentního personálu na oddělení, které by vyřešilo problémy s omezenými kompetencemi praktických sester. Samotná pracovní pozice praktické sestry dle mého názoru není špatná či nedostačující, nevhodné je však obsazení služeb pouze praktickými sestrami. Z vlastní zkušenosti vím, že sestry jsou pak touto situací k překročení kompetencí nepřímo donuceny. V souvislosti s tím by se dala položit další otázka - je vůbec dostatek vysokoškolsky vzdělaných sester? Pokud ne - proč a jak atraktivitu vysokoškolského vzdělání zvýšit?

Svízelnější je situace s překračováním kompetencí v rámci vztahu sestra-lékař. Myslím si, že změna celkového přístupu je sympatický návrh, ale bohužel neproveditelný. Rozhodně ne plošně, neboť věřím, že spouště lidem - především lékařům - současný stav vyhovuje a nové činnosti by mohly nejen zhoršit vztahy v pracovním kolektivu, ale i nepříznivě ovlivnit kvalitu poskytované péče. Myslím, že zabránit překračování zcela nelze - znovu s ohledem na akutní stavy pacientů, vyžadující rychlou reakci. I zde by mohlo být řešením navýšení počtů lékařů pro jejich snadnější dostupnost v případě potřeby nebo navýšením kompetencí sester na např. podávání základních léků. Dovoluji si říct, že toto téma pro svou aktuálnost bude ještě v budoucnu nadále řešeno příslušnými orgány.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala tématem Využití kompetencí sester na chirurgickém oddělení. Cílem bylo zmapovat úlohu sestry na chirurgickém oddělení a zjistit specifika práce na jednotlivých chirurgických složkách. V souvislosti s tím byly stanoveny tři hlavní výzkumné otázky, které byly zodpovězeny prostřednictvím dat z 19 polostrukturovaných rozhovorů se sestrami jednotlivých složek.

V teoretické části byla věnována pozornost samotnému chirurgickému oboru a jeho historii, došlo k rozdělení a popsání materiální a prostorové vybavenosti jednotlivých chirurgických složek. Pozornost byla taktéž věnována kompetencím, jejich historickému vývoji a současnému systému vzdělávání sester, neboť i to souvisí s každodenní náplní jejich práce. Následně byla popsána specifika práce sester na jednotlivých odděleních. Tato specifika byla následně ověřována i v empirické části, kde byly sestrám kladeny dotazy na chod oddělení, nejčastější činnosti, diagnózy pacientů, úlohu na oddělení, počty pacientů i personálu. Zjišťovány byly taktéž náležitosti návaznosti péče v rámci chirurgie, tedy s jakými odděleními a dalšími pracovníky probíhá další spolupráce a jak sestry hodnotí její úroveň. V otázkách týkajících se kompetencí byly sestry vyzvány k definování samotného pojmu kompetence a pod zárukou anonymity vypověděly o současné situaci v jejich překračování.

Z analýzy výsledků vyplývá, že být chirurgickou sestrou může být poměrně pestré, neboť každá chirurgická složka představuje jinou náplň práce, počínaje odlišnými způsoby příjmu pacienta na oddělení a jeho rozdílným zdravotním stavem. Ambulantní část chirurgie bývá většinou první zastávkou pacienta v nemocničním zařízení a sestry se zde setkávají s akutními zdravotními potížemi, nejčastěji s úrazy. Sestry standardního lůžkového oddělení pracují s pacienty, kteří se k nim dostali z ambulantní části, překladem z chirurgické jednotky intenzivní péče či rovnou z pooperačního pokoje po chirurgickém výkonu. Poskytují ošetrovatelskou péči pacientům v předoperačním i pooperačním období. Chirurgická jednotka intenzivní péče je pro sestry specifická komplexní ošetrovatelskou péčí o pacienty v pooperačním období. Pacienti jsou přijímáni z emergency, z operačního sálu, překladem ze standardního oddělení v rámci nemocnice i mimo ni. Jejich nižší počet je kompenzován vyšší potřebou monitoringu vitálních funkcí i ošetrovatelské péče celkově. Popsaná návaznost péče, která je nutná k zajištění správného chodu chirurgického celku, byla

většinou informantek vyhodnocena jako fungující.

Většinu oslovených informantek spojuje role sestry ošetrovatelky, neboť svou úlohu na oddělení vidí v péči o pacienty, v rámci své pracovní pozice a obsahu práce celkově. Z výpovědí však vyplývá, že při poskytování péče se sestry setkávají nebo dokonce přímo účastní překračování kompetencí.

Cílů práce bylo dle mého názoru dosaženo. Výstupem z mé bakalářské práce je odborný článek, který poskytuje informace zdravotnickému personálu i studentům zdravotnických oborů.

7 Seznam literatury

1. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BLAŽEK, M. et al., 2012. *Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta* [online]. Interní medicína pro praxi [cit. 2020-01-04]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/11/06.pdf>
3. BÖHMOVÁ, O., 2018. *Vyšší kompetence sester? Není na to správná doba, tvrdí odborníci. ČAS chce za ně lepší ohodnocení i patřičné vzdělání* [online]. Zdravotnický deník [cit. 2020-05-08]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/12/vyssi-kompetence-sester-neni-spravna-doba-tvrdi-odbory-cas-chce-za-ne-lepsi-ohodnoceni-i-patricne-vzdelani/>
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1.díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
5. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
6. CHATCHUMNI, M. et al., 2019. *Exploring the different management structures in nurses responses and treating of patients' postoperative pain: A qualitative triangulation study* [online]. *Electronic Physician* **11**(2) [cit. 2020-01-06]. ISSN 20085842. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=fe604fd7-ff17-4326-a2ce-627eba6bb059%40sdc-v-sessmgr01>
7. ČESKOSLOVENSKO, 1967. *Směrnice č. 33. Rozsah oprávnění a náplň činnosti středních a nižších zdravotnických pracovníků*. Věstník Ministerstva zdravotnictví Československé socialistické republiky. Částka 14, s. 117-120. ISSN: 0139-9837.
8. ČESKOSLOVENSKO 1972. *Směrnice č. 27. Náplň činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků*. Věstník Ministerstva zdravotnictví Československé socialistické republiky. Částka 10, s. 105-112. ISSN: 0139-9837.
9. ČESKOSLOVENSKO, 1986. *Směrnice č. 10 o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků*. Věstník Ministerstva zdravotnictví Československé socialistické republiky. Částka 8-12, s. 90-105. ISSN: 0139-9837.
10. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. 316 s. ISBN 978-80-271-2324-7.

11. ELFERING, A. et al., 2017. *Quantitative work demands, emotional demands, and cognitive stress symptoms in surgery nurses* [online]. *Psychology, Health* **22**(5) [cit. 2020-01-06]. ISSN 13548506. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=b0429656-17a7-451d-919c-21fd94cca2bc%40sdc-v-sessmgr01>
12. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství-teorie*. Martin: Osveta. 212s. ISBN 80-8063-227-8. 212s.
13. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 237 s. ISBN 978-802-4718-682.
14. HÆGER, K., 2000. *The illustrated history of surgery*. 2nd rev. and updated ed. Chicago, Ill.: Fitzroy Dearborn Publishers. 295 p. ISBN 978-157-9583-194.
15. HAVELKOVÁ, K., 2017. *Co byste měli vědět o novele zákona o nelékařských zdravotnických pracovnících* [online]. Florence [cit. 2019-12-21]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/9/co-byste-meli-vedet-o-novele-zakona-o-nelekarskych-zdravotnickych-povolaniach/>
16. HOLMES, T. et al., 2019. *A qualitative study of how inter-professional teamwork influences perioperative nursing* [online]. *NURSING OPEN* [cit. 2020-01-06]. ISSN 20541058. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.422?sid=EBSCO%3Aedswsc>
17. IHNÁT, P., 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada Publishing. 152s. ISBN 978-80-271-0334-8.
18. IQBAL, M. et al., 2018. *KNOWLEDGE AND PERCEPTION OF HAND HYGIENE AMONG HEALTH CARE WORKERS OF A TERTIARY CARE MILITARY HOSPITAL: A DESCRIPTIVE STUDY* [online]. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, **68**(5) cit. 2020-01-06]. ISSN: 00309648. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=2260d7c6-9f06-47db-b6e5-78626dba250c%40sessionmgr4008>
19. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
20. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 368 s. ISBN: 978-80-247-6986-8.
21. KAREL, L., 2010. *Chorobné znaky a příznaky*. Praha: Grada. 519 s. ISBN: 978-80-247-2764-6.

22. KAZIMOUR, I., 2017. *Historie zdravotnictví*. E-knihy jedou. 450 s. ISBN 978-80-7512-758-7.
23. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 244 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
24. KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. 355 s. ISBN: 978-80-247-1720-3.
25. KREJČÍ, H., 2005. *Předoperační vyšetření a perioperační péče o diabetické pacienty* [online]. Interní medicína pro praxi [cit. 2019-12-26]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2005/12/05.pdf>.
26. KUBICOVÁ, L., 2000. *Chirurgické ošetrovatelství*. Martin: Osveta. 119 s. ISBN 80-8063-049-6.
27. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
28. MAĎAR, R. et al., 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-6277-7.
28. MÁLEK, J., et al., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. 188 s. ISBN: 978-80-247-3642-6.
29. MASARYKOVA UNIVERZITA. *Intenzivní péče* [online]. [cit. 2020-01-03]. Dostupné z: <https://www.muni.cz/uchazeci/navazujici-magisterske-studium/vyberte-si-obor/23414-intenzivni-pece>
30. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN: 978-80-271-9948-8.
31. MĚŠŤÁK, J. et al., 2015. *Základy plastické chirurgie*. Praha: Karolinum. 212 s. ISBN: 978-80-246-2839-4.
32. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2014. *Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu* [online]. Kontakt 16 (2) [cit. 2020-01-05]. EISSN 1804–7122. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2014/02/08.pdf>.
33. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru INTENZIVNÍ PÉČE* [online]. © 2010 MZČR [cit. 2020-01-03]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>
34. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru PERIOPERAČNÍ PÉČE* [online]. © 2010 MZČR [cit. 2019-12-29]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>

35. Nařízení vlády č. 77/1951 Sb.: *Vládní nařízení o středních zdravotnických pracovnících*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1951-77>.
36. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. Praha: Grada. 235 s. ISBN: 978-80-247-3422-4.
37. PAPEŽOVÁ, H., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. 432 s. ISBN: 978-80-247-7369-8.
38. PILNÝ, J., SLODIČKA, R. et al., 2017. *Chirurgie ruky: druhé aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 512 s. ISBN: 978-80-271-0180-1.
39. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN: 978-80-271-2326-1.
40. POKORNÁ, A. et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 256 s. ISBN: 978-80-271-0720-9.
41. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii*. Praha: Grada. 193 s. ISBN: 978-80-247-4316-5.
42. RADFORD, M. et al., 2016. *Oxford Handbook of Surgical Nursing*. Oxford University Press. 784 p. ISBN: 978-01-996-4266-3.
43. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
44. ROZTOČIL, A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-7109-0.
45. RYBKA, J., 2007. *Diabetes mellitus - komplikace a přidružená onemocnění: diagnostické a léčebné postupy*. Praha: Grada. 317 s. ISBN 978-802-4716-718.
46. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
47. SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
48. SLEZÁKOVÁ, L., BEZDIČKOVÁ, M., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 300 s. ISBN 978-802-4731-308.
49. SLEZÁKOVÁ, L., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I: 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 282 s. ISBN: 978-80-247-2900-8.
50. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II: Pediatrie, chirurgie. 2., doplněné vydání*. Praha: Grada. 249 s. ISBN: 978-80-247-3602-0.

51. SLOVÁČKOVÁ, R., 2010. *Srovnání práce sestry na lůžkovém oddělení a na operačním sále* [online]. *Urologie pro praxi* 11 (6) [cit. 2019-12-28]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2010/06/14.pdf>
52. STAŇKOVÁ, M., 2002. *Sestra – reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ. 78 s. ISBN 80- 7013-368-6
53. STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN: 978-80-247-9932-2.
54. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 280 s. ISBN: 978-80-247-1148-5.
55. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. et al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada. 492 s. 978-80-271-0596-0
56. ŠEVČÍK, P., MATĚJOVIČ, M., 2014. *Intenzivní medicína*. 3.vydání. Praha: Galén. 1196 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
57. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-9964-3.
58. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN: 978-80-247-8662-9.
59. VONDRÁČEK, L. et al., 2011.. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-802-4736-976.
60. VORLÍČEK, J. et al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry - 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 448 s. ISBN: 978-80-247-3742-3.
61. VORLÍČEK, J. et al., 2004. *Paliativní medicína: Druhé, přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing a.s. 544 s. ISBN 978-80-247-6761-1.
62. VYHNÁNEK, F., 2003. *Chirurgie I: pro střední zdravotnické školy*. 2., přeprac. vyd. Praha: Informatorium. 224 s. ISBN 80-733-3005-9.
63. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada. 308 s. ISBN: 978-80-247-3421-7.
64. Vyhláška č. 44/1966 Sb.: *Vyhláška ministerstva zdravotnictví o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-44>
65. Vyhláška č. 90/1967 Sb.: *Vyhláška ministerstva zdravotnictví, kterou se mění a doplňuje vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 44/1966 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1967-90>

66. Vyhláška č. 72/1971 Sb.: *Vyhláška ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1971-72>
67. Vyhláška č. 424/2004 Sb.: *Vyhláška, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-424>
68. Vyhláška č. 391/2017 Sb.: *Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.* Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>
69. World Alliance for Patient Safety, 2008. *WHO surgical safety checklist and implementation manual* [online]. World Health Organization [cit. 2020-01-2]. Dostupné z: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/
70. WICHISOVÁ, J., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
71. WICHISOVÁ, J., 2014. *Bezpečnost pacienta na operačním sále v českých a švédských nemocnicích*. *Praktický lékař* 94(6), 271-274. ISSN: 0032-6739.
72. WILTSE, R., 2018 *Preoperative Patient Preparation* [online]. *Journal of Online Higher Education*, 2(2) [cit. 2020-01-06]. ISSN 25751204. Dostupné z: <http://ojs.iucdt.com/index.php/JOHE/article/view/51/33>
73. WORKMAN, A., BENNETT, C., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. 260 s., ISBN: 80-247-1714-X
74. ZADÁK, Z., HAVEL, E. et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 2.*, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 448 s. 978-80-271-0282-2.
75. Zákon č. 96/2004 Sb.: *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
76. Zákon č. 201/2017 Sb.: *Zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání*

odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>.

77. ZEMAN, M., KRŠKA, Z. et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

78. ŽVÁK, I., 2006. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. Praha: Grada Publishing. 207 s. ISBN 978-80-247-1347-2.

8 Seznam příloh

Příloha č.1 Podklad pro polostrukturované rozhovory

Příloha č.1 Podklad pro polostrukturované rozhovory (vlastní zdroj)

Podklad pro rozhovory

Identifikační údaje

1. Vaše současné pracovní zařazení?
2. Nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Absolvované kvalifikační kurzy?
4. Doba současného zaměstnání?
5. Předchozí zaměstnání?

Vlastní otázky

1. Jak probíhá denní chod na Vašem oddělení ?
2. Jaká je Vaše úloha na oddělení?
3. Co je Vaší nejčastější činností na oddělení?
4. Popište, jací pacienti se nejčastěji vyskytují na Vašem oddělení/ambulanci.
5. V jakém stavu a s jakou diagnózou nejčastěji přicházejí?
6. V čem je Vaše práce na ambulanci/JIP/standardním oddělení specifická oproti jiným složkám chirurgie?
7. Jaký je obvyklý počet zaměstnanců pro denní a noční směnu na oddělení?
8. Kolik máte pacientů na starosti během služby?
9. S jakými dalšími pracovníky nemocnice spolupracujete?
10. S jakými odděleními nejčastěji spolupracujete?
11. Jsou při této spolupráci s jinými odděleními či pracovníky časté problémy v komunikaci?
12. Vyskytují se problémy v komunikaci v rámci Vašeho oddělení? Pokud ano, jaké to jsou problémy?
13. Uveďte, jakým způsobem se pacient dostane na Vaše oddělení. Kterými složkami chirurgie musí nejprve projít?
14. Co si o této návaznosti péče myslíte?
15. Víte, co jsou to kompetence? Vysvětlíte tento pojem.
16. Víte, jaké máte v rámci Vašeho dosaženého vzdělání kompetence?
17. Co si myslíte o překračování kompetencí?

18. Vyhovuje Vám rozsah kompetencí v rámci Vaší pozice?
19. U jakých činností byste případně ocenil/a rozšíření kompetencí pro Vaší pracovní pozici?
20. Ocitl/a jste se někdy jako svědek nebo přímý účastník překračování kompetencí?
21. Jaké jsou nejčastější situace, kdy může k překročení kompetencí docházet?
22. Jak se dá dle Vašeho názoru tomuto překračování zabránit?
23. Jaký je Váš názor na vzdělanost Vašeho pracovního kolektivu? Ocenil/a byste více vysokoškolsky vzdělaných kolegů/kolegyň?

9 Seznam zkratek

aPTT - aktivovaný parciální tromboplastinový čas

ARIP = Specializační vzdělání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

ARO - anesteziologicko-resuscitační oddělení

CT - výpočetní tomografie

CŽK - centrální žilní katétr

D - dech

DK - dolní končetiny

EKG - elektrokardiografie, elektrokardiogram

GIT - gastrointestinální trakt

CHO - chirurgické oddělení

CHIR JIP = chirurgická jednotka intenzivní péče

JIP - jednotka intenzivní péče

NPB - náhlé příhody břišní

ORL - otorinolaryngologie

P - puls

PAD - perorální antidiabetika

PČR - Policie České republiky

PMK - permanentní močový katétr

PŽK - periferní žilní katétr

QUICK - Quickův test, protrombinový čas

RHB - rehabilitace

RTG - rentgenové záření

RZP - rychlá zdravotnická pomoc

SZŠ = Střední zdravotnická škola

TK - krevní tlak

TT - tělesná teplota

UP - urgentní příjem

UPV - umělá plicní ventilace

USG - ultrasonografie

ZZ - zdravotnické zařízení

ZZS - zdravotnická záchranná služba