

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Michelle Schönbauerová

**Adaptační proces na oddělení centrálních
operačních sálů ÚVN – autoetnografická studie**

*Orientation to central operating rooms at Central
Military Hospital – autoethnographic study*

Bakalářská práce

Praha, květen 2022

Autor práce: Michelle Schönbauerová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetrovatelství, prezenčně

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne 16. května 2022

Michelle Schönbauerová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí mé práce PhDr. Marii Zvoníčkové za velice cenné a podnětné rady, ochotu a odbornou pomoc při zpracování bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. VYMEZENÍ PERIOPERAČNÍ PÉČE	8
1.1 Odborná terminologie	8
1.2 Rámcové rozdělení perioperační péče	9
1.3 Multidisciplinární tým	10
1.4 Společnost instrumentářek.....	12
2. HISTORIE SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ PERIOPERAČNÍ SESTRY	14
2.1 Historie vzdělávání sester v perioperační péči	14
3. SOUČASNÉ POJETÍ SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ V PERIOPERAČNÍ PÉČI	17
3.1 Legislativa spojená se specializačním vzděláváním.....	17
3.2 Vstupní podmínky do specializačního vzdělávání	17
3.3 Průběh specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče.....	18
3.4 Modulový systém	19
3.5 Modulový systém po revizi vzdělávacího programu z května 2020.....	20
3.5.1 Odborný modul 1 (OM 1).....	21
3.5.2 Odborný modul 2 (OM 2).....	22
3.5.3 Odborný modul 3 (OM 3).....	22
3.6 Výstupní podmínky k získání specializace	23
3.6.1 Atestační zkouška	23
4. NAVAZUJÍCÍ MAGISTERSKÉ STUDIUM	24
5. KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY SE ZÍSKANOU SPECIALIZACÍ	26
EMPIRICKÁ ČÁST	28
6. BĚŽNÝ ADAPTAČNÍ PROCES V ÚVN – VFN	28
7. METODIKA SBĚRU DAT	30
8. OSOBA VÝZKUMNÍKA	32
9. PILOTNÍ PROJEKT	36

9.1	<i>Důvody vzniku projektu</i>	36
9.2	<i>Popis Oddělení centrálních operačních sálů v ÚVN – VFN</i>	37
9.3	<i>Pilotní projekt jako součást studia</i>	38
9.4	<i>Teoretická část výuky v pilotním projektu</i>	39
9.5	<i>Praktická část výuky v pilotním projektu</i>	42
9.5.1	<i>Rámcové informace k praktické části</i>	42
9.5.2	<i>Konzultace s nemocniční epidemioložkou</i>	43
9.5.3	<i>Stáž na Oddělení centrální sterilizace</i>	44
9.5.4	<i>Zkušenosti ze stáží na operačním sále</i>	46
10.	ZKUŠENOSTI ZÍSKANÉ V DOBĚ PILOTNÍHO PROJEKTU	47
10.1	<i>První den plný zážitků</i>	47
10.2	<i>Předání směny na Oddělení ortopedických sálů</i>	48
10.3	<i>Důležitost představení se</i>	49
10.4	<i>Zvedání těžkých břemen</i>	49
10.5	<i>Provedení bezpečnostního protokolu</i>	50
10.6	<i>Umístění neutrální elektrody</i>	51
10.7	<i>Napohování pacienta a následná příprava operačního pole</i>	51
10.8	<i>Fikce ve srovnání s realitou</i>	53
10.9	<i>Nejisté začátky studentky praktikující na operačním sále</i>	53
10.10	<i>Standardní podmínky práce na operačním sále</i>	54
10.11	<i>Atmosféra na operačním sále</i>	55
10.12	<i>Počtení kontrola nástrojů</i>	56
10.13	<i>Instrumentování jako pocit nadřazenosti</i>	57
10.14	<i>Mé první ortopedické instrumentování</i>	58
10.15	<i>Úklid sálu po ukončeném operačním programu</i>	59
10.16	<i>Příprava sálu na nadcházející operační program</i>	60
11.	DISKUZE	62
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou adaptačního procesu na Oddělení centrálních operačních sálů v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha. Tato práce je koncipována z pohledu studentky Všeobecného ošetrovatelství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a popisuje zkušenosti získané účastí v pilotním projektu v období od května do září roku 2021.

Pilotní projekt vznikl na základě iniciativy náměstkyně Mgr. Lenky Gutové, MBA ve spolupráci s Ústavem ošetrovatelství 3. LF UK. Studenti měli možnost se do pilotního projektu přihlásit v rámci povinného předmětu Prázdninová praxe II ve 2. ročníku.

Teoretická část obsahuje vymezení pojmů perioperační péče, historii specializačního vzdělávání v perioperační péči a současné pojetí specializační přípravy pro výkon profese perioperační sestry. Tento celek uzavírají kapitoly zabývající se navazujícím magisterským studiem a kompetencemi všeobecné sestry se získanou specializací.

V empirické části bakalářské práce je prezentován běžný adaptační proces na pracovišti ÚVN – VFN, výzkumná metoda autoetnografie, osoba výzkumníka a témata, která byla z hlediska cíle práce identifikována jako významná. Zmiňuje se rovněž rámec výše uvedeného pilotního projektu, včetně popisu Oddělení centrálních operačních sálů. V závěru empirické části se nachází diskuze zabývající se shrnutím získaných zkušeností a zhodnocením pilotního projektu.

Práci uzavírá závěr a seznam použité literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení perioperační péče

První kapitola se zabývá vymezením odborné terminologie, rámcovým rozdělením perioperační péče a multidisciplinárním týmem.

1.1 Odborná terminologie

Pojmy perioperační péče a perioperační sestra se začaly používat v devadesátých letech dvacátého století.

Do té doby se v Československé socialistické republice termín perioperační péče vůbec nepoužíval. Místo perioperační se používal termín sálová sestra, který ale legislativně neexistoval. Jako sálové sestry mohly být označeny ty sestry, které pracovaly na operačním sále a neměly žádné další specializační vzdělání. Zdravotní sestry, které ukončily pomaturitní specializační vzdělání (PSS) v oboru Instrumentování na operačním sále, byly tehdy podle platné legislativy nazývány instrumentářky (12).

Wendsche a kol. uvádí, že v pojmosloví perioperační péče jsou obsaženy postupy zaměřující se na poskytování péče před samotným operačním výkonem, na péči v průběhu operačního výkonu a bezprostředně po skončení operace. Podstatné je nezaměňovat pojem *perioperační péče* s podobně znějícím výrazem *peroperativní péče*. Peroperativní péče se zaměřuje především na postupy v průběhu vlastního chirurgického výkonu. Intervence peroperativní péče vedou k bez komplikacím průběhu daného operačního výkonu (9).

Tato jazyková stránka věci vyjadřuje podstatu celku. Latinská prepozice *per* znamená skrz, přes, po, veskrze, u, při a vždy se pojí s akuzativem. Řecký prefix *peri* znamená kolem, okolo, u, při, přes, v okolí, během. Mezi oběma výrazy je tedy jemný rozdíl. Řecký prefix *peri* je typický pro klinickou a patologickou terminologii, latinská prepozice *per* se užívá běžným způsobem (33).

Je důležité rozumět rozdílnosti těchto dvou pojmů. Z hlediska etymologie je perioperační péče nadřazený pojem. Do postupů perioperační péče řadíme období preoperativní, intraoperativní a postoperativní. Tyto postupy se tedy neliší

pouze v odlišnostech intervencí a seskupení úkonů, ale jde především o to, jakým způsobem je péče poskytována (9).

1.2 Rámcové rozdělení perioperační péče

Janoušková období perioperační péče rozděluje do tří úzce navazujících etap – předoperační, intraoperační a závěrečnou pooperační fázi. Předoperační fáze je zahájena indikací pacienta k operačnímu výkonu a je ukončena převozem pacienta do prostorů operačního sálu na operační stůl. V této fázi sestra na oddělení pečuje o pacientovu psychiku a fyzickou připravenost, plní ordinace stanovené lékařem a klade odpovědi na dotazy ze strany pacienta. Délka této fáze se odvíjí od náročnosti operačního výkonu a od skutečnosti, zda se jedná o výkon plánovaný, nebo akutní. V rámci tohoto období pacient absolvuje několik doplňujících vyšetření (15).

Po podání premedikace je pacient odvezen na předsálí. Zde je pacient přeložen na sálový vozík a odvezen na sál. V prostorách operačního sálu je pacient spolu s dokumentací předán anesteziologické sestře. Nejprve dojde k ověření identity pacienta a pak anesteziologická sestra vykonává další ošetrovatelské intervence. Během celého procesu je důležitá komunikace a spolupráce s pacientem (15).

Poté za pacientem přichází obíhající sestra. Ta si ověří identitu pacienta, zeptá se na druh operačního výkonu a alergie. V případě potřeby a předchozího neučinění je pacientovi sanitářem oholeno operační pole a je přikryt jednorázovou operační rouškou.

Intraoperační fáze začíná přesunem pacienta na operační stůl, na kterém je, již v anestezii, napolohován dle operačního výkonu. V této době má již instrumentářka veškeré potřebné instrumentarium připravené opodál a věnuje se lékařům. Sanitář spolu s obíhající sestrou pečuje o pacientovo bezpečí (15).

Wichsová ve svém díle řadí navození pocitu bezpečí mezi základní potřeby člověka, které je umístěno v pyramidě potřeb, A. H. Maslowa řadí pocit bezpečí nad základní fyziologické potřeby (10).

Po provedené antisepsi operačního pole následuje zarouškování pacienta a následně samotná operace. Během operačního výkonu se každý člen týmu věnuje své práci. Instrumentářka sleduje průběh operace a instrumentuje lékaři. Obíhající sestra se z velké části věnuje ošetrovatelské dokumentaci a je pomocnou rukou instrumentářky (15). Veškeré informace uvedené v ošetrovatelské dokumentaci jsou důvěrnými informacemi, které spadají do ochrany osobních údajů pacienta a zaměstnanci jsou zavázáni k povinné mlčenlivosti (3).

Mezi hlavní diagnózy spadající do intraoperační fáze patří bezpečnost, prevence a snaha předejít vzniku komplikací během operace.

V pooperační fázi je pacient pozvolna probuzen z anestezie do stavu bdělého stavu vědomí. Následně je převezen na dospávací pokoj, kde se o pacienta starají anesteziologické sestry. Po stanovené době, kdy je již možné u pacienta vyloučit výskyt akutního pooperačního rizika, nevykazuje žádné zdravotní komplikace a fyziologické hodnoty jsou v pořádku, je pacient převezen zpět na standardní lůžkové oddělení. Pokud byl u pacienta proveden náročnější operační výkon nebo je potřeba dlouhodobější monitorace fyziologických funkcí a stavu pacienta, je po operaci přeložen na chirurgický JIP. Za podstatné ošetrovatelské diagnózy v této fázi je považována léčba pooperační bolesti, předejití aspirace a infekce v místě operační rány, podpora v sebepěči a pohybu, poskytnutí kvalitního spánku a rychlé zastavení případného krvácení (15).

1.3 Multidisciplinární tým

Operační sál je multioborovým pracovištěm, pro které je důležité odlišně pojmenovávat jednotlivé členy a je nezbytné přesné vymezení jejich kompetencí v rámci operačního týmu (9).

V prostorách operačního traktu jsou zaměstnanci rozděleni do několika kategorií – kmenoví zaměstnanci, zaměstnanci daného oddělení a externí pracovníci.

Kmenoví pracovníci jsou vždy přítomni na operačním traktu. Mezi tyto zaměstnance jsou řazeny perioperační sestry (instrumentářka a obíhající sestra),

pracovníci zajišťující funkčnost technického vybavení, sanitáři či ošetřovatelé a pracovníci vykonávající úklid operačních prostorů (9, 6).

Druhou skupinou jsou lékaři, anesteziologové a jejich anesteziologické sestry. Jedná se o zaměstnance příslušného oddělení nebo kliniky, kteří na operačních sálech odvádí část ze své náplně práce v rámci pracovní povinnosti.

Externí pracovníci jsou lékaři příslušné odborné specializace, kteří se na vyžádání daného oddělení účastní průběhu konkrétních operací. Kromě lékařů jsou za externí účastníky považováni také studenti a absolventi zdravotnických oborů či posluchači, kteří jsou pouze pozorovateli v rámci plnění své povinné praxe. V případě, že nemá nemocnice vlastní zaměstnance zajišťující úklid a čistotu na operačních sálech, má zřízenou úklidovou firmu, která také spadá do zmíněné kategorie (9, 6).

Práce na operačních sálech je týmovou prací. Dobře provedená operace je zásluhou nejen operujícího lékaře, ale kooperací celého operačního týmu, který utváří harmonické prostředí a poskytuje si vzájemnou podporu. Každý zdravotnický pracovník zde sehrává důležitou roli a má své úkoly, o kterých ví, co obnáší, a musí je plnit. Zároveň by neměla být opomenuta radost z odvedené práce (5).

Stejně tak Linhart uvádí, že ona radost a nadšení je jedním ze základů pro instrumentování a práce sestry na sálech. Díky takovému přístupu sestry, lze snáze překonat těžkosti oboru a lépe se orientovat v postupech instrumentování při operacích a být vždy o krok dopředu (4).

Během operačního výkonu je pacient vystaven nebezpečí vzniku technických závad různých přístrojů užívaných během operace, rentgenovému záření, ale v neposlední řadě také potenciálnímu pochybení ze strany personálu. K pacientovi by mělo být přistupováno holistickým způsobem, bez jakýchkoliv předpokladů týkajících se pacientova zdravotního stavu, víry, národnosti a jiného vlastního přesvědčení. Měla by být zachována důstojnost a osobnost každého pacienta (9).

Celý tento proces lze shrnout vše vystihujícím citátem Dudy: „*Operační sál je místem, v jehož magickém prostředí jsou instrumentárky nepostradatelnými, tichými a spolehlivými průvodkyněmi nemocných i chirurgů.*“ (1, s. 19)

1.4 Společnost instrumentářek

Bittnerová uvádí, že se v roce 1996 začala shromažďovat a vytvářet profesní organizace sálových sester. Později byla tato organizace označována za Společnost instrumentářek (SI) (12).

Za důležitou zmínku je podle Kordulové považován vstup Společnosti instrumentářek České republiky, založené k datu 1.1.1999, do Evropské asociace sálových sester (EORNA – European Operating Room Nurses Association). EORNA byla založena ve Velké Británii roku 1980 a stala se základním pilířem sálových sester té doby. O vstup do asociace byl kladen velký zájem. Došlo tedy k uzákonění této asociace v Kodani o dvanáct let později. Při této příležitosti došlo k uskupení nově vytvořených stanov a učebních osnov sloužících k základu pro výukové materiály. Důležitým prvkem ve vytváření učebních osnov byla podstata flexibility, aby si zpracované osnovy mohla každá země Evropské unie přizpůsobit svým nárokům a požadavkům ve zdravotnictví. Přesto musí být zachovány určité normy EORNA. Záměrem je skutečnost, aby byla perioperačním sestřím v kterékoliv evropské zemi nabízena práce na operačních sálech a zároveň bylo bráno v potaz dosažené osvědčení o specializaci se zachováním rovnocenných kompetencí.

V roce 2015 došlo ke vzniku samostatné sekce perioperačních sester, která je součástí České asociace sester (ČAS) v rámci navázané spolupráce se Společností instrumentářek (1, 16, 17).

„Společnost instrumentářek je dobrovolné, odborné, nezávislé sdružení sester a pracovníků pracujících nebo majících vztah k práci na operačních sálech nebo k jiným invazivním diagnostickým a léčebným metodám všech medicínských oborů.“ (12, s. 48)

S přijetím zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, došlo k situaci, kdy bylo ze strany zástupců SI požadováno, aby došlo k prosazování uceleného výrazu perioperační, který by zahrnoval všechny sestry poskytující péči bezprostředně před operačním výkonem, během něho a po samotném operačním výkonu.

Dalším důvodem vedoucím k ucelení výrazu perioperační péče byl ten, že oficiálním jazykem evropské asociace EORNA je angličtina. V anglickém

jazyce se pojem instrumentárka obtížně překládá, byl tedy opět zvolen výraz perioperační (12).

2. Historie specializačního vzdělávání perioperační sestry

Podkapitola se zmiňuje o historii specializačního vzdělávání v ošetrovatelství v perioperační péči.

2.1 Historie vzdělávání sester v perioperační péči

O prvních poznatcích týkajících se vzdělávání českých a československých sester instrumentárek se dozvídáme až s publikací pod názvem *Práce sestry na operačním sále*, která vyšla roku 1954 a jež byla sepsána předním českým chirurgem prof. MUDr. Bohuslavem Niederlem, DrSc. Uvedené první vydání bylo posléze ještě celkem třikrát přepracováno. Poslední přepracovaná publikace vyšla roku 1984.

Prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc. byl velkým přínosem do oblasti české chirurgie. I přes svou pracovní vytíženost si byl vědom důležitosti vzdělání perioperačních sester a zasvětil tomu část svého života.

Ve své odborné publikaci popisuje požadavky, týkající se práce sestry na operačním sále. Tato publikace se stala ústředním materiálem ke studiu perioperačních sester (1, 16).

Před přijetím zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, a vstupem České republiky do Evropské unie se získávala odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry na úrovni středních zdravotnických škol, tedy na úrovni sekundární. Po dokončení studia jejich úroveň znalostí rostla na základě individuálního postoje ke vzdělání. Své kvality si tak zvyšovaly čtením odborných článků *Zdravotnických novin a Zdravotnické pracovníci* (27).

Během pozdější doby došlo k viditelnějšímu posunu výuky v oblasti specializačního vzdělávání. Cílem bylo, aby již kvalifikované sestry získaly specializaci v oboru, který je zajímal a ve kterém již nějakou dobu působily. Specializační vzdělávání bylo zřizováno odborem pro školství Ministerstva zdravotnictví a jeho délka se pohybovala od dvou do šesti měsíců (16).

Zdravotní sestry, které se chtěly stát instrumentářkami na operačních sálech v rámci specializačního programu zdravotních sester, musely předem splňovat stanovené podmínky. Důležitým požadavkem umožňující nejen samotné absolvování programu a připuštění k závěrečné ústní zkoušce byla potřeba nepřetržitá praxe sestry na chirurgickém, ortopedickém, popřípadě gynekologickém sále, a to dle vyhlášky č. 40/1953 Sb., o odborné způsobilosti a odborné výchově středních a nižších zdravotnických pracovníků. Za těchto stanovisek a po úspěšném složení závěrečné zkoušky získala sestra osvědčení o specializaci instrumentářky na operačním sále.

Bylo tedy nutností, aby měla sestra již prokazatelnou zkušenost a praxi v činnostech a chodu operačního sálu (16).

Na základě zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, došlo roku 1960 ke vzniku Střediska pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků (tedy pro SZP). Tato instituce byla založena v Brně a Bratislavě. Současný název pro tuto instituci je *Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* (16, 27).

Tyto nově vzniklé ústavy podporovaly a prohlubovaly rozvoj znalostí a umu zdravotních sester v návaznosti na stálý vývoj v medicíně, především pak pro nás v oboru ošetřovatelství. Na základě tohoto kroku došlo k rozdělení vzdělávací specializace oboru *Instrumentování na operačním sále* na dvě vzniklé, samostatně stojící katedry. První katedra nesla titul katedra pro sálové sestry a druhá katedra byla určena pro anesteziologické sestry, čímž došlo k značnému posměnění kompetencí perioperační sestry. Z popisu práce perioperační sestry byla tedy dosavadní kompetence tzv. asistence při podávání anestezie před operačním výkonem odejmuta a přiřazena do kompetencí anesteziologické sestry (16, 27)

V 80. letech došlo k dalším změnám a posunu ve specializačním vzdělávání. Ke změnám došlo v návaznosti na tehdejší vyhlášku Ministerstva zdravotnictví č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. Za podmínky úspěšně složené závěrečné zkoušky se zdravotní sestra stala, dle směrnice ministerstva zdravotnictví č. 10/1986, Věstník MZ ČSR o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků, zdravotní sestrou v úseku práce instrumentování na operačním sále (16).

V 80. letech minulého století došlo k rozvoji v oblasti používání endoskopických nástrojů a následnému vzniku oboru endoskopie. Pro sestry instrumentárky působící na urologickém, popřípadě chirurgickém sále, to znamenalo další možnost rozšíření si znalostí v oboru. V rámci dalšího vzdělávání absolvovaly kurz s názvem *Dlouhodobá příprava pro práci sestry v endoskopii*.

Ve vzdělávání sester instrumentárek mezi lety 1989 až 2004 nedošlo k žádným převratným změnám. Ve srovnání se specializačním vzděláním z 60. až 80. let ale došlo k signifikantnímu posunu v oblasti dezinfekce a sterilizování operačních nástrojů (16).

3. Současné pojetí specializačního vzdělávání v perioperační péči

Jednotlivé podkapitoly se zaměřují na současné pojetí vzdělávání v oboru perioperační péče včetně související legislativy, aktuálních podmínek pro přijetí ke studiu, průběhu samotného studia zahrnující bližší vysvětlení odborných modulů a výstupní podmínky studia.

3.1 Legislativa spojená se specializačním vzděláváním

Specializační vzdělávání je jednou z hlavních podob celoživotního vzdělávání a je možné jej absolvovat po získání odborné způsobilosti k výkonu povolání. Po dokončení specializačního vzdělávání účastník dosáhne specializované způsobilosti k výkonu specializovaných činností v daném oboru (13). Specializovaná způsobilost se zmiňuje v zákoně č. 96/2004 Sb., hlava V., díl 3, § 55–60 (23).

V Nařízení vlády č. 164/2018 Sb., jsou stanoveny všechny obory týkající se specializačního vzdělávání s následným označením specializace určené pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Každý vzdělávací program specializačního vzdělávání k určitému oboru je uveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky (19, 8).

Prošková uvádí, že k tomu, aby mohly sestry vykonávat svou profesní pozici, není zapotřebí získání specializované způsobilosti. Pokud je však její náplní práce vykonávat vysoce specializované činnosti, je získání specializace nezbytnou nutností k možnosti práce bez odborného dohledu k tomu, aby mohla sestra pracovat bez odborného dohledu (8).

3.2 Vstupní podmínky do specializačního vzdělávání

Dle ustanovení § 58, odst. 1 je nezbytné pro zařazení do specializačního vzdělávání v oboru Perioperační péče získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (31).

Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry student získá absolvováním tříletého akreditovaného vzdělávacího programu určeného k přípravě všeobecných sester v rámci bakalářského studia na vysoké škole nebo studiem oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole, popřípadě absolvování studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole za podmínky, že první ročník student zahájil nejpozději v akademickém roce 2003/2004. O dalších eventualitách získávání odborné způsobilosti hovoří již výše zmíněný zákon č. 96/2004., hlava II, díl 1, § 5 (23).

3.3 Průběh specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče

Vzdělávací program stanovuje doporučenou délku specializačního vzdělání na 18–24 akademických měsíců. Se stanovenou délkou lze v průběhu vzdělávání manipulovat a přizpůsobit ji dle svých nároků. Je tedy možné délku studia zkrátit či prodloužit, avšak musí být zachována nastavená kvalita vzdělávacího programu a počet hodin studia. Vzdělávací program taktéž umožňuje studovat určitou část studia distančně, tedy metodou e-learningu (31). Není ale podmínkou, aby účastníci měli zaměstnání v daném oboru po celou dobu délky trvání studia. Je to pouze možnost, jak si zjednodušit praktickou část výuky (8).

Účastník musí v rámci vzdělávacího programu absolvovat 560 hodin výuky a získat 195 studijních kreditů. Vzdělávací program je rozdělen na hodiny teoretické a praktické výuky. Vyučovací hodina teoretické výuky probíhá v intervalu 45 minut. Výuka odborné praxe trvá hodinu (31).

Každé zařízení poskytující vzdělávací program musí získat příslušnou akreditaci, aby jej mohlo realizovat a poskytnout tak účastníkům specializační vzdělávání dle vypracovaného vzdělávacího programu (31).

Takovéto zařízení je povinné dle stanovených náležitostí zaslat určené instituci jmenný seznam frekventantů, kteří zde započali studium, a taktéž průběžně zasílat záznam formou elektronického formuláře ohledně průběhu vzdělávání každého účastníka, a to vždy po dokončení jednotlivého modulu nebo části programu (14).

Praktická výuka tvoří minimálně polovinu ze stanoveného celkového počtu hodin. Do praktické výuky je zařazena odborná praxe probíhající jak na akreditovaném, tak i neakreditovaném pracovišti pod vedením přiřazeného školitele. K tomu, aby se stal zdravotnický pracovník školitelem tohoto vzdělávací programu, musí být zaměstnancem pracoviště, na kterém probíhá stanovená praxe, mít získanou specializovanou způsobilost k výkonu povolání všeobecná sestra v oboru *Intenzivní péče* s následnou praxí ve zmíněném oboru v délce tří a více let.

Každý účastník specializačního vzdělávání si spravuje tzv. logbook. Jedná se o studijní průkaz, ve kterém mu je školitelem průběžně evidována absence, průběh vzdělání a odborné praxe, čímž si také přidělený školitel vede přehled o dosažených vědomostích a dovednostech účastníka. Povinností je taktéž evidovat splnění předepsaných výkonů na pracovišti v každém odborném modulu (31).

3.4 Modulový systém

Specializační vzdělávání probíhá v České republice od 1. dubna 2006 dle nařízení zákona č. 96/2004 Sb., modulovým systémem.

Do roku 2006 se vzdělávací program skládal z modulů: základních, odborných a speciálních. Náplň základního modulu odpovídá nynějším požadavkům. Malé odlišnosti byly v odborném modulu, který se svou teoretickou částí v současné době shoduje s učebním plánem modulu 1. Po dokončení předchozích modulů si účastník dle svého uvážení a budoucího zaměření vybíral ze speciálních modulů. Speciální moduly bývají nyní často nahrazovány certifikovanými kurzy.

Modulový systém znamená rozdělení programu na jednotlivé části neboli moduly. Tím se účastníkům vzdělávání zajistí získání požadovaných znalostí a praktických dovedností. Struktura modulů je tvořena částí teoretickou a praktickou. Po dokončení každého teoretického bloku následuje praxe na klinickém oddělení, na kterém plní požadované praktické úkoly, a za každý dokončený modul účastník obdrží stanovený počet kreditů (11, 28).

Dle Wichsové a kol. nese základní modul specializačního vzdělávání název *Organizační a metodické vedení specializované ošetrovatelské péče*. Teoretická výuka probíhá v intervalu jednoho výukového týdne, tedy v přepočtu 40 vyučovacích hodin. Základní modul není povinen pro absolventy vyšších odborných a vysokých škol se získanou odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecná sestra. Je však zapotřebí, aby v této návaznosti byla podána žádost o jeho uznání v rámci vzdělávacího programu. V rámci základního modelu jsou probírány tematické okruhy mající jednotný základ ve výuce pro všechny obory specializace. Do tohoto modulu patří tematické celky z edukace, komunikace, práva, veřejného zdraví, řízení ošetrovatelské péče, managementu kvality, krizového managementu a výzkumu (11).

První odborný modul vymezuje role sestry v perioperační péči a nese taktéž stejnojmenný název. Modul se specifikuje na všeobecné záležitosti perioperační péče a jsou v něm rozebírána témata týkající se zejména organizačního uspořádání operačních sálů, kompetencí chirurgického týmu, hygieny operačních sálů, dezinfekce, sterilizace a dekontaminace zdravotnických prostředků, anestezie a resuscitace, perioperační péče, etiky v rámci perioperační péče a v neposlední řadě bezpečnosti perioperační péče (11).

Druhý a zároveň i třetí odborný modul pojednává o aplikovaných specifických postupech v rámci jednotlivých vybraných chirurgických oborů a perioperační péče o pacienta. Do vybraných chirurgických oborů patří výuka na sálech typu všeobecné chirurgie, do které mimo jiné spadá i kardiochirurgie, cévní a hrudní chirurgie, urologie, porodnictví a gynekologie, oftalmologie, včetně dětské i plastické chirurgie. Oba tyto odborné modely jsou zaměřeny na anatomii a topografickou anatomii, patologii, fyziologii, jednotlivé operační výkony a přidružující komplikace (11).

3.5 Modulový systém po revizi vzdělávacího programu z května 2020

V květnu roku 2020 vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR ve Věstníku přepracovaný vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Všeobecná

sestra – perioperační péče. Významnou změnou je sloučení základního a odborného modulu 1.

První odborný modul ve spojitosti se základním modulem se v teoretickém bloku 120 hodin věnuje pojetí role všeobecné sestry se získanou specializací v perioperační péči a účastník za tuto část získává 60 kreditů. Zbylých 24 hodin je věnováno odborné praxi na pracovišti perioperační péče, aniž by zařízení musela být udělena akreditace, za což účastník získá 3 kredity. Jedná se obvykle o vlastní pracoviště sestry. Ve zbylých dvou odborných modulech probíhá výuka podobně. Oba moduly se také shodují v počtu vyučovacích hodin. Teoretická část obou odborných modulů se zabývá perioperační péčí o nemocného ve vybraných oborech v celkovém počtu 160 hodin a 80 kreditů. Následná odborná praxe se koná taktéž na pracovištích perioperační péče. Odborná praxe je rozdělena na praxi probíhající v neakreditovaném zařízení v počtu 176 hodin s následným ziskem 2 kreditů (88 hodin a 11 kreditů za každý odborný modul 2,3) a v zařízení se získanou akreditací účastník absolvuje 80 hodin a tím nabude 30 kreditů (40 hodin a 15 kreditů za každý odborný modul 2,3). V rámci každé probíhající odborné praxe odborného modulu 1, 2 a 3 musí účastník postupně splnit předepsaný seznam s praktickými výkony, které by měl během praxe vidět, asistovat u nich či sám je provést. Vše přidělený školitel řádně zaznamenává do logbooku studenta (31).

3.5.1 Odborný modul 1 (OM 1)

Povinný odborný modul 1 nese dle Věstníku název *Role všeobecné sestry specialistky pro perioperační péči*. Cílem tohoto modulu je seznámit účastníky se souborem jevů týkajících se veřejného zdraví a problematikou návykových látek, oblastí lidských zdrojů, důležitými aspekty ekonomiky a financování, připravit účastníky na potenciální mimořádné události ve zdravotnictví, navození představy ohledně řízení kvality a bezpečí, význam a užití psychosociálních aspektů, pojetí role školitele a sestry v perioperační péči, znát hledisko epidemiologie spolu s hygienickými opatřeními, základy dezinfekce a sterilizace

a v neposlední řadě se účastníci dozvědí základní informace týkající se anesteziologie/resuscitace a ošetrovatelské péče v perioperační péči (31).

V rámci tohoto modulu je odborná praxe, na které účastník provádí výkony dle připraveného seznamu. Tyto výkony musí účastník absolvovat minimálně jednou. Mezi takové to výkony patří činnosti spojené s působením na oddělení sterilizace. Součástí sterilizace je příjem, příprava a přeprava zdravotnických prostředků, obsluha strojů a čištění. Neméně důležité jsou činnosti v rámci perioperační a anesteziologické péče, tedy edukace, příjem, příprava a péče o pacienta. Ukončení modulu je završeno písemným testem, ústní zkouškou a předložením potvrzených výkonů odborné praxe (31).

3.5.2 Odborný modul 2 (OM 2)

Součástí odborného modulu 2 je stejně jako v předchozím modulu i teoretická výuka. Narozdíl od modulu 1 jsou zde již předměty, které úzce souvisí s činnostmi a chodem na vybraných chirurgických oborech a související specifika perioperační péče u zvolených operačních výkonů. Odborná praxe se zaměřuje na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské perioperační péče pacientovi v roli instrumentářky či obíhající sestry u výkonů různé náročnosti v chirurgických oborech. Vyústění odborného modulu 2 je stejné jako u předchozího modulu (31).

3.5.3 Odborný modul 3 (OM 3)

V rámci posledního odborného modulu 3 se účastník učí a získává vědomosti týkající se poskytování vysoce specializované ošetrovatelské perioperační péče ve vybraných operačních výkonech v různých oborech. Odborná praxe posledního modulu staví na získaných zkušenostech z předchozí praxe. Způsob ukončení modulu se shoduje s předešlými (31).

3.6 Výstupní podmínky k získání specializace

Všeobecná sestra může specializační vzdělávání dokončit za předpokladu splnění všech podmínek programu. V neposlední řadě se očekává úspěšné složení atestační zkoušky. K tomu, aby byl účastník připuštěn k samotné závěrečné zkoušce, je zapotřebí zaslat vyplněnou přihlášku tak, aby byla doručena do konání zkoušky (2, 11, 21, 31).

3.6.1 Atestační zkouška

Účastník bude k atestační zkoušce připuštěn za předpokladu splnění tří následujících podmínek. Jednou z podmínek je absolvování všech povinných modulů zahrnující výuku teorie i odborných praxí, a tím i získání celkového počtu kreditů, které vzdělávací program určuje. V neposlední řadě je podstatné doložení výkonu povolání v oblasti perioperační péče po dobu alespoň jednoho roku během šesti let v rozpětí minimálně poloviny týdenní pracovní doby, nebo dvou a více let v průběhu uplynulých šesti letech v rozsahu minimálně pětiny týdenní pracovní doby.

Do roku 2009 probíhala atestační zkouška podle vyhlášky č. 394/2004 Sb. před oborovou atestační komisí Ministerstva. Zkouška se skládá ze dvou částí, a to teoretické a praktické, přičemž teoretickému úseku předchází splnění praktické části. Pokud obdrží účastník v praktické zkoušce hodnocení slovy “neprospěl”, ve zkoušce se dále nepokračuje. Při teoretické zkoušce si jedinec losuje tři otázky, na které následně odpoví. Celá zkouška probíhá nejčastěji v jednom dni. Tato vyhláška byla však ke dni 01.07.2009 nahrazena vyhláškou č. 189/2009 Sb. Aktuálně je platná vyhláška č. 337/2017 Sb.

Po úspěšném absolvování atestační zkoušky a dokončení specializačního vzdělávání, získává všeobecná sestra specializovanou způsobilost a tím i označení specialisty všeobecná sestra pro perioperační péči (2, 11, 20, 21, 31).

4. Navazující magisterské studium

Možnost získání specializované způsobilosti je taktéž formou navazujícího magisterského studia. Vysokoškolská instituce poskytující specializaci v akreditovaném vzdělávacím programu Perioperační péče v České republice je Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice (zkráceně UPCE). Tento program je zpřístupněn pouze absolventům bakalářského studijního programu (16).

Studijní program, který lze na Univerzitě Pardubice studovat, nese název *Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče*. Univerzitě byla Ministerstvem zdravotnictví udělena akreditace s platností do 12.10.2030. Pro akademický rok 2022/2023 je pouze možností forma kombinovaného studia, které je uspořádáno do modelu blokové výuky. Výuka probíhá od pondělí do pátku po dobu čtrnácti dnů každého měsíce a dalších pěti pátků (29).

Přijímací řízení je podmíněno úspěšným ukončením bakalářského studia se získáním odborné způsobilosti všeobecná sestra a absolvování písemného testu vycházejícího ze znalostí bakalářského studia oboru Všeobecná sestra (29).

Studium tohoto programu je profesně zaměřené a zaručuje absolventům široké vědění odborné terminologie, osvojení si základních vědomostí a orientaci v odborné literatuře zaměřující se na vědní a klinické obory, a především poskytnutí dostačujících teoretických znalostí a praktických dovedností tak, aby absolventi byli co nejlépe připraveni k poskytování specializované ošetrovatelské perioperační péče pacientovi (29).

Program se vyučuje v českém jazyce. Přesto univerzita nabízí studium anglického jazyka ať už formou jednotlivých předmětů, nebo studium jazyka po celou dobu trvání studia. Během studia je možnost vycestování do zahraničí formou LLP Erasmu a dalších (29).

Obvyklá doba studia jsou dva roky, přičemž celkový počet je 2674 vyučovacích hodin. Vyučování je rozděleno na praktické a teoretické. Teoretické části je v kombinovaném studiu věnováno 432 hodin, odborné praxi 440 hodin, 772 hodin je umožněno individuální přípravě a zbylé hodiny jsou určeny samostudiu. Celkový počet kreditů, který musí student během studia získat, činí 120 (29).

Po dokončení navazujícího magisterského programu Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče mohou absolventi navázat na doktorské studium (29).

5. Kompetence všeobecné sestry se získanou specializací

Kompetence sestry pro perioperační péči se řídí ustanovením § 54 a § 56 vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Po získání specializované způsobilosti je všeobecné sestře dle § 54 umožněno:

- a) bez předchozí indikace a odborného dohledu
 - i) edukovat pacienty, jejich příbuzné a ostatní osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a popřípadě jim poskytne či vytvoří informační brožury
 - ii) sledovat a průběžně hodnotit fyzický i psychický stav nemocného, snažit se předejít vzniku komplikacím a neočekávaných stavů a případně se podílet na jejich řešení
 - iii) koordinovat kompletní ošetrovatelský tým v rámci jí dosažené specializace a zároveň vytvářet měřítko znázorňující kvalitu poskytované ošetrovatelské péče
 - iv) provádět ošetrovatelský výzkum, pro jehož výsledky aplikovatelné do klinické praxe na oddělení připravuje vhodné podmínky
 - v) vytvářet v míře své způsobilosti standardy specializovaných postupů a ve své získané specializaci i jiným zaměstnancům poskytovat specializační vzdělávání
 - vi) provádět fyzikální vyšetření pacienta, o jehož průběhu vede dokumentaci
- b) na základě lékařské indikace
 - i) připravovat pacienty na léčebné a specializované diagnostické postupy a poskytovat jim péči během výkonu i po jeho skončení, popřípadě je na daný výkon pouze dopravit nebo přímo asistovat a v neposlední řadě je edukovat (22).

Sestra pro perioperační péči se řídí ustanovením § 56 Vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Na základě výše zmíněného ustanovení perioperační sestra vykonává činnosti za účelem péče o pacienty před zahájením operace, v průběhu operace

a bezprostředně po ukončení operace, včetně veškerých diagnostických, invazivních a intervenčních výkonů.

- a) perioperační sestře, která nad sebou nemá dohled odborníka či danému výkonu nepředcházela lékařská indikace, je dovoleno
 - i) připravit instrumentária, zdravotnické prostředky, stejně tak jako další nezbytný materiál k danému operačnímu výkonu vždy před, v jeho průběhu a po skončení operačního výkonu, pro co nejlepší možný průběh operace
 - ii) sterilizovat a dezinfikovat sál, popřípadě jednotlivé nástroje, a to v souladu s postupy speciálně vzniklými pro daný účel
 - iii) manipulovat s operačními stoly, přístroji a přidruženými tlakovými nádobami
 - iv) povinnost lokální antiseptiky operačního pole
 - v) kontrolovat celkový počet instrumentária za přítomnosti operujícího lékaře v návaznosti na blízký začátek a před ukončením operačního výkonu a kontrolovat spotřebovaný materiál
 - vi) zajistit nepřetržitou připravenost pracoviště jak ke standardním, tak ke speciálním operačním výkonům
 - vii) vyčkat před zahájením operačního výkonu na příkaz k zarouškování operačního pole pacienta
 - viii) správně podávat v průběhu operačního výkonu instrumentárium hlavnímu operátorovi, případně jeho asistentovi
- b) činnosti perioperační sestry prováděné bez odborného dohledu lékaře, avšak na základě jeho předešlé písemné nebo ústní indikace:
 - i) zajistit na operačním stole bezpečnou polohu a fixaci pacienta potřebnou pro konkrétní operační výkon
 - ii) provádět intervence, které předejdou případně vzniklým komplikacím jako důsledek imobilizace pacienta
 - iii) asistovat operujícímu lékaři na základě jeho žádosti, pokud se jedná o nepřítliš náročnou operaci (22).

EMPIRICKÁ ČÁST

6. Běžný adaptační proces v ÚVN – VFN

Každá nemocnice má vlastní směrnice vypovídající o adaptačním procesu ve svých zařízeních. Dle směrnice ředitele ÚVN jsou všichni zaměstnanci povinni absolvovat proces zapracování, který začíná dnem nástupu do zaměstnání. Každému zaměstnanci jsou poskytovány podmínky umožňující zachovat, prohloubit a zvýšit již získané nebo nové vědomosti a dovednosti (35).

U absolventů vysokoškolského studia nastupujících na pozici NLZP je délka adaptačního procesu deset měsíců. Je možné tuto dobu zkrátit nejméně na šest měsíců za podmínky žádosti vedoucího zaměstnance na základě úspěšného progresu v zaškolování nového zaměstnance (35).

Dle podmínek směrnice ÚVN je adaptační proces uskutečněn ve třech navazujících fázích. První fází zaškolování je vstupní školení. Mimo jiné jsou zaměstnanci obeznámeni s informacemi pro bezprostřední započetí své způsobilosti k výkonu práce. Školení zahrnuje požární ochranu, bezpečnost a ochranu zdraví při práci, ochranu osobních údajů, resuscitační techniky, ochranu osobních údajů apod. Součástí úvodního školení jsou odborná školení pro specifické kategorie zaměstnanců, například zaměstnanců NLZP. Výše zmíněná školení a další jiná jsou po absolvování školitelem evidována do formuláře „Vstupní školení“. Tento formulář obdrží každý nový zaměstnanec v den nástupu. Vstupní školení je nutné absolvovat ještě před nástupem zaměstnance na vybrané oddělení (35).

Druhou fází je samostatné zapracování na pracovišti. Po dokončeném vstupním školení začíná zaměstnanec vykonávat svou práci na oddělení pod vedením školitele. V souladu se směrnicí by měl přidělený školitel nově nastupujícímu zaměstnanci předávat získané znalosti, být jeho rádcem ohledně dotazů, seznámit ho s dílčími úkoly a povinnostmi oddělení, kontrolovat odvedenou práci a průběžně ověřovat jeho nabyté znalosti i dovednosti. Po dobu prvního měsíce probíhá adaptační proces pod intenzivním dohledem a přímým vedením školitele. Ve zbývajících měsících však musí být zajištěna případná pomoc zkušeným zaměstnancem. Celý průběh odborného zapracování nového

zaměstnanec je stejně jako úvodní školení evidován do formuláře „*Plán zpracování nelékařských zdravotnických pracovníků pro absolventy škol – přehled o absolvovaných povinných odborných e-learningových testech a stážích*“, dále dokument „*Vstupní hodnocení procesu zpracování*“ a elektronický formulář „*Periodické hodnocení*“. Formulář vstupního hodnocení se vždy odvíjí od daného pracoviště a vykonávaných činností. Jsou zde však zahrnuty vypovídající základní údaje, veškeré odborné a manažerské kompetence i činnosti a závěrečné hodnocení (35).

Závěrečnou fází je ukončení zpracování. V této části dochází k přiřazení přiměřených kompetencí zaměstnanci a vyhodnocení procesu školitelem a vedoucím pracovníkem. Mezi podmínky vedoucí ke splnění procesu a vyhodnocení patří předložení přehledu absolvovaných stáží a odborných testů formou e-learningu. Výsledné hodnocení probíhá formou rozhovoru, během kterého je zaměstnanec informován o skutečnosti přijetí (35).

7. Metodika sběru dat

Pro sběr dat byla zvolena metoda etnografie a autoetnografie. Jedná se o metody používané při kvalitativním výzkumu.

Švaříček uvádí, že „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ (7, str. 17)

Výzkum je založen na rozsáhlém sběru dat bez předešlého určení základních hodnot či jakýchkoliv hypotéz. Důležitou podstatou výzkumu není lpění na získaných obecných teoretických znalostech, ale do hloubky prozkoumat veškeré adekvátní a související informace. K tomu, aby byl výzkum validní, je zapotřebí velké množství informací vedoucích k prozatímnímu závěru a následnému vzniku hypotézy nebo teorie. Veškeré vyvozující závěry zkoumání musí být doložitelné důkazy (7).

V souvislosti se Švaříčkem se mé získané poznatky shodují v tom, že v rámci výzkumu došlo k posouzení chování a ošetrovatelských postupů vybraných sester v souvislosti s odbornou literaturou a vnitřními postupy nemocnice. Zároveň došlo k integraci do vnitřních vztahů pracoviště a následné socializaci. Při způsobu získávání poznámek, tzv. terénních poznámek, jejich zapisování a následného hodnocení jejich vhodnosti a kompilace do celku jsem postupovala v souladu se Švaříčkem a Šedřovou (7).

Přístup, jež byl zvolen, by se s určitou rezervou dal charakterizovat jako přístup případové studie, v rámci které výzkumník práce, já, pozoroval operační sestry během jednotlivých operačních úkonů prováděných na půdě operačních sálů ÚVN.

Východiskem etnografie je podat podrobný a přesný popis chování zkoumané skupiny a přisoudit hodnotu a kontext získaných záznamů (7). Autoetnografie je pak výzkumnou metodou vycházející z etnografie. Cílem autoetnografie, stejně jako mé výzkumné části, je popsat osobní zážitky a zkušenosti vedoucí k následné sebereflexi. V souvislosti s autoetnografií

je žádoucí seznámit ostatní výzkumníky se znaky kulturního života, které si nemohou vyzkoušet na vlastní kůži. Významem zmíněné metody je vyjádření osobních myšlenkových pochodů a vnitřních pocitů jakožto součást zkoumaného terénu (24).

Reed-Danahay se v definici autoetnografie shoduje s Tami Spry, které považují metodu za jednu z forem sebevyprávění, během které je výzkumník součástí děje. Carolyn Ellis uvádí, že se svým pozorováním a myšlením považuje za etnografa, avšak svým následným popisem je vypravěčem. Pro tuto metodu určuje Leon Anderson pět významných klíčových znaků. S mou prací se shoduje v aktivní účasti výzkumníka jakožto člena pozorované skupiny. Samotný výzkumník je součástí psaného textu a vede dialogy s účastníky (25). Obdobné prvky jsou taktéž dohledatelné v literatuře od Heewon Chang (26).

Při každé směně jsem si během jednotlivých operací vedla záznam o svých postřezích, aktuálních pocitech a zapisovala si do sešitu své dílčí poznámky. Tyto poznámky jsem následně přepisovala do formátu zprávy z praxe pro potřeby závěrečné zprávy z *Prázdninové praxe II*.

Jak již zmiňuji v kapitole *Osoba výzkumníka*, prostředí operačního sálu mě pohltilo a měla jsem potřebu zaznamenávat detailnější popisy než jen technickou stránku věci. Zaznamenávala jsem nejen své pocity, ale také vlastní zážitky, zkušenosti. Díky zápiskům, které jsem si vedla, se mi později podařilo shromáždit jedinečné zkušenosti, které by mohly mít význam pro další kolegyně. Následně jsem zjistila, že mohu tyto zápisky použít při výzkumné metodě zvané autoetnografie vycházející z etnografie.

8. Osoba výzkumníka

Absolventkou pilotního projektu je dvaceti dvou letá Michelle Schönbauerová – studentka 3. ročníku vysokoškolského oboru Všeobecné ošetřovatelství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

V této kapitole praktické části se pokusím s rozvážností a ve vši skromnosti popsat svou cestu za výběrem profese všeobecné sestry, ale pro mě podstatnější práci – perioperační sestry.

Na úvod bych ráda začala vysvětlením otázky, se kterou se setkala zřejmě každá zdravotní sestra. Jedná se o prostou otázku, jež tomu všemu dává smysl, a bez které by se studium snad ani neobešlo. Zní zhruba takto: „*Proč sis zvolila právě tento obor? Opravdu chceš být všeobecnou sestrou?*“ Nespočet krát jsem na ni odpovídala, ale nikdy se nad ní příliš nezamyslela. Ani zde, ve své bakalářské práci, bych neměla opomenout její odůvodnění a zamyslet se, co to pro mě vlastně znamená.

Matně si s odstupem let vybavuji vzpomínky, které mi až nyní dávají smysl a jsou mi odpovědí. Tyto vzpomínky, které si uchovávám, pocházejí z dob, kdy si každý z nás vytvářel, pro nás už teď nereálné, představy o tom, kým chceme být. Přesto v ten daný moment byly pro nás tyto smyšlené představy v dětských očích naprosto reálné a nikdo z dospělých si nedovolil tvrdit něco jiného.

Jako malá s dudlíkem v puse si to kráčím prababiččinou chodbou a v ruce držím lékařský červený kufr, který obsahoval vše, co jsem potřebovala, a zároveň mě nijak zvlášť nezajímalo správné pojmenování těch věcí uvnitř nebo k čemu se to má správně použít. Ta vzpomínka je tak živá, jako pulzující srdíčko prababičky, které jsem poslouchala, když jsem přitiskla hlavu na její hrud', a kolem krku jsem měla omotaný plastový fonendoskop, přes který nebylo nic slyšet, a z těch plastových čudlíků na konci mě bolely uši.

Ani na ten nejmenší moment mě nenapadlo, že bych chtěla být lékařkou nebo zdravotní sestřičkou. Před ukončením studia všeobecného gymnázia a rozhodnutím se, kam budou mé kroky směřovat, jsem stále neměla jasno. Je tak těžké v devatenácti letech učinit rozhodnutí, které změní váš život. Děsilo

mě to, ale věděla jsem, že to rozhodnutí musí přijít. Vždy mě bavila biologie, zvláště nauka o lidském těle.

Už jako malá předškoláčka jsem měla krásnou barevnou knížku o lidském těle se všemi soustavami, ve které jsem si ráda listovala. K rozhodnutí studovat obor, ze kterého se stanu všeobecnou sestřičkou, mě přivedla moje maminka. U nás v rodině vždy byly a jsou tendence ke zdravotnictví, ale já to měla jinak. Z odběrů krve jsem omdlávala a při představě toho, že já mám někomu odebrat krev nebo dát člověku injekci, jsem se orosila. Vždy jsem tohle používala jako výmluvu a odůvodnění proč ne. Ale proč ano? Dovolím zde napsat větu, která mě přiměla vydat se touto cestou. *„Zdravotnictví vždycky bylo, je a bude potřeba. Na takové věci si časem zvykneš.“* A musím jí dát za pravdu. Sice mě to stálo v rámci první lůžkové praxe na ortopedickém oddělení v prvním ročníku celý den mdlob a pocitu na zvracení, ale zvykla jsem si. Po skončení prvního dne jsem byla přesvědčena o tom, že pokud mi bude špatně i další den, tak půjdu studovat jiný obor, kde bude méně krve a operačních ran. Druhý den bylo zamilování se do oboru ortopedie. A má to i další pozitivní stránku. Při mé další praxi ve 3. ročníku na ortopedickém lůžkovém oddělení si mě od prvního ročníku pamatují.

S tímto souvisela i odpověď na otázku, proč chci být perioperační sestrou zrovna na ortopedickém oddělení. A proč vlastně perioperační sestra? Během studia jsem často přemýšlela, kde bych ráda v budoucnu pracovala. Věděla jsem, že by mě bavily obory „v pohybu“, jako je ortopedie, traumatologie, emergency, ale na druhou stranu také jakýkoliv obor spojený s poskytováním péče dětským pacientům. Pediatrické obory mě vždy přitahovaly a věděla jsem, že by mě tam práce naplňovala, a to nejen díky zkušenosti získané během praxe na dětském interním JIPu, ale především díky škole života, kterou jsem získala péčí o osm let mladšího sourozence.

Za situaci, která mě v tomto směru nejvíce ovlivnila, považuji zkušenost získanou na kardiologickém sále během praxe na lůžkách kardiologického oddělení ve 2. ročníku. Ve čtvrtek 10.12.2020 jsem se zúčastnila implantace kardiostimulátoru a měla jsem možnost být poprvé na sále a vidět tu operační symfonii. Byl to pro mě krásný zážitek, kdy jsem mohla celou dobu pozorovat

sálovou sestřičku a lékaře v práci. Byli krásně sešraní a panovala tam příjemná atmosféra. Po celou dobu jsem stála opodál a sledovala vše na monitoru, na který byl připojen rentgen. Operující lékař, který měl naslouchátko, prostřednictvím jehož se radil s dalším lékařem, mi popisoval průběh operace.

Velice se mi líbila práce a preciznost instrumentační sestřičky. Pozorovala jsem ji při přípravě sterilního stolku a v průběhu operace, aniž bych znala jediný nástroj. Pokaždé věděla a předpokládala, jaký nástroj bude operující lékař potřebovat.

Po skončení jsem měla odcházet, ale operační zákrok mě zajímal, a tak mi lékař vše podrobněji vysvětloval. Když jsme tam spolu stáli, přišel za mnou vedoucí lékař sálu a oznámil, že další výkon mu budu asistovat, ať jdu za sestřičkou, že mi vše ukáže a oblékne mě. V ten moment se mi rozbušilo srdce a neměla jsem slov. Cítila jsem obrovskou nervozitu, zodpovědnost. Zároveň jsem hluboko v sobě pocítovala tu touhu to zkusit. Zažít si to a říct si, že jsem instrumentovala lékaři při implantaci kardiostimulátoru. Nebyla to pro mě pouze zajímavá historka, o které jsem všem radostně vyprávěla, ale zkouška toho, jak bude mé tělo a mysl reagovat, když uvidí ležícího pacienta, do kterého se řeže, šije a všude je krev. Jestli to psychicky, ale i fyzicky zvládnou. Neomdlela jsem a pacient přežil. Byla jsem hozená do rybníčku, kde jsem prahla po tom naučit se plavat, a to jsem se učila potápěním a záchranným lanem. Zamilovala jsem si tuto práci. Byla to pro mě neuvěřitelná příležitost a zkouška, za kterou budu dlouho vděčná a během které jsem se naučila vše, co dosud využívám.

Od té chvíle se to pro mě stalo podnětem, který jsem nemohla dostat z hlavy. Ve škole jsme přednášky, které by nám perioperační péči více přiblížily, neměli, a tak jsem přemýšlela, jestli ta radost z toho nebyla pouze pomíjivostí, protože jsem nevěděla, jaká je náplň práce perioperační sestry a jaká omezení to obnáší.

Takto jsem uvažovala do té chvíle, než jsem obdržela e-mail s ojedinělou možností stát se členkou pilotního projektu Základy perioperační péče. Viděla jsem, prožila jsem a zamilovala se. Zbývalo si jen vybrat obor. A to bylo pro mě od začátku jasné. Vybrala jsem si obor, na kterém se lidem pomáhá vrátit pohyb zpět do života, a tím je pro mě ortopedie. A možnost skloubit vlastní

zkušenosti a postřehy z ortopedických lůžek s prací na ortopedických odděleních byla neopakovatelná a pro mě výjimečná.

Teď zpětně, když si poskládám dohromady všechny okolnosti či řízené náhody, které mě vedly k výběru práce sestry na operačních sálech, považuji za jedno velké štěstí.

Jisté pochybnosti, nejistoty, zda je toto opravdu oborem a zároveň místem, ve kterém chci trávit svůj čas, vynakládat své úsilí, kde se chci rozvíjet a rozšiřovat své poznatky, jsou přítomny vždy. Nad otázkou, zda bych nechtěla dát přednost o něco klidnějšímu a psychicky i fyzicky méně náročnému oboru, stále občas přemýšlím.

Perioperační sestra je nelehký obor jako každý jiný zdravotnický obor a má svá specifika, která se mohou pro některé zdát až příliš specifickými. Například to, že nemáte téměř žádné odpočinkové pauzy a vše se řídí dle lékaře i anesteziologa, předem si musíte vypočítat čas potřebný na toaletu a nezapomenout ho ve volné možné chvíli využít a že zde neexistuje pojem pravidelná strava.

Ale i přes všechna úskalí, která jsou nepochybnou součástí každé nové nevyšlapané cesty, to považuji za své poslání a dělá mě to kým jsem a chci být.

9. Pilotní projekt

Tato kapitola pojednává o pilotním projektu a blíže přibližuje jeho samotný vznik. Součástí jsou, mimo jiné, podkapitoly popisující průběh teoretické i praktické části projektu spolu s dílčími částmi, které zahrnují konzultaci s nemocniční epidemioložkou, stáž v nemocniční sterilizaci a vlastní zkušenosti získané stážemi na operačních sálech. Kapitola také popisuje Oddělení centrálních operačních sálů na území ÚVN.

9.1 Důvody vzniku projektu

Každý z poskytovatelů zdravotnických služeb se pokouší o to, aby na příslušných odděleních nemocnice bylo zajištěno mimo jiné dostatečné množství nelékařského zdravotnického personálu, a tím byl zprovozněn chod nemocnice poskytující kvalitní péči. Na operačních sálech je nedostatek všeobecných sester dlouhodobým problémem. Perioperační sestry tvoří pouze 4 až 5 % všeobecných sester s odbornou způsobilostí. Tato skutečnost se však promítá nejen v počtu operantů za den, vzhledem k neumožnění provozu ve všech operačních sálech najednou, ale také ve zvýšené vyčerpání a vyčerpání perioperačních sester. Zvýšená únava a vyčerpání může vést ke snížení koncentrace a případně vzniklým pochybením ze strany perioperačních sester.

Dlouhotrvající nedostatek sester na sálech byl jedním z primárních důvodů vedoucích ke vzniku pilotního projektu. Zásadní otázkou bylo, odkud získat nové tváře operačních sálů. Díky spolupráci s PhDr. M. Zvoníčkovou a Univerzitou Karlova 3. lékařskou fakultou vznikl tento nový projekt, který byl následně představen absolventům 2. ročníku bakalářského programu Všeobecného ošetřovatelství studijního roku 2021/2022. Tito studenti jsou novou možností a nástrojem pro zlepšení situace ve zdravotnictví.

Dalším souvisejícím, a tak trochu opomíjeným problémem je skutečnost, že na středních zdravotnických školách i vysokých školách se zdravotnickým zaměřením, není součástí učebního plánu zahrnut předmět, který by korespondoval s perioperační péčí či náplní práce všeobecné sestry

na operačním sále. Převážná většina aktuálně studujících studentů zdravotnických oborů nemá o svém budoucím uplatnění v profesi či o možnostech navazujícího vzdělání tak široký rozhled a povědomí jako již dostudované všeobecné sestry vykonávající svou odbornou činnost. Mgr. Bělíková uvedla, že je již tento trend zahrnut do plánu výuky na Vyšší odborné škole zdravotnické a Střední škole zdravotnické v Ústí nad Labem, nikoli však na žádné příslušné škole v Praze (32).

9.2 Popis Oddělení centrálních operačních sálů v ÚVN – VFN

Ústřední vojenská nemocnice je situována na pražském Břevnově, jež je součástí Prahy 6. Vedoucím zaměstnancem poskytovatele zdravotních služeb je prof. MUDr. Miroslav Zavoral, Ph.D. Jako jedna z mála nemocnic, spadá pod Ministerstvo obrany České republiky, a v roce 2012 obdržela status Vojenské fakultní nemocnice (VFN). Na Oddělení centrálních operačních sálů (OCOS) je zajištěn provoz chirurgických oborů, mezi které patří ortopedie a traumatologie, chirurgie, neurochirurgie, urologie a gynekologie. Provoz těchto oborů je zajištěn dle harmonogramu operačního programu na 13 operačních sálech. V případě nutnosti lze tyto sály využít i za účelem jiné specializace. Společným prvkem všech oborů je pacientovi poskytnout operační péči v rámci operačního prostředí (30, 34).

Oddělení centrálních operačních sálů (OCOS) je vysoce specializované pracoviště, jehož chod zajišťuje nejen vybavenost zdravotnické techniky a souvisejících nejmodernějších přístrojů a robotů.

Jednotlivé operační sály jsou rozpoloženy po více budovách. Primárních devět sálů je situováno v prvním nadzemním podlaží budovy CH 2 a v přízemí téže budovy se nachází další dva sály.

Tyto dva sály jsou určeny převážně pro pacienty, kteří byli přijati skrze Emergency a KARIM. Jeden z posledních dvou sálů je situován v přízemí pavilonu CH 1 a druhý sál v podzemním podlaží pavilonu C (30, 34).

Provoz operačních sálů není nijak vymezen, jedná se o nepřetržitý provoz. Stejně jako jiná nemocniční oddělení, tak i OCOS má svá personální obsazení, které zajištění každodenní chod operačních sálů. Dle provozního řádu OCOS

ÚVN patří mezi personální obsazení manažer OCOS a manažer pro robotickou chirurgii, referent, školitel, manažer kvality, úsekové sestry zastupující jednotlivé operující obory, nelékařští zdravotničtí pracovníci a v neposlední řadě sanitáři spolu s ošetřovateli (30, 34).

9.3 Pilotní projekt jako součást studia

V dubnu roku 2021 byl nám, studentům 2. ročníku oboru Všeobecné ošetřovatelství, zaslán e-mail od PhDr. Marie Zvoníčkové s nabídkou praxe na operačních sálech v Ústřední vojenské nemocnici (dále jen ÚVN) kopírující bázi adaptačního procesu. Nabídka byla primárně cílena na studenty praktikující v ÚVN s perspektivou kariéry perioperační sestry. Týkala se nejen těch studentů, kteří po absolvování střední zdravotnické školy získali způsobilost k výkonu povolání praktická sestra, ale i absolventů lycea či gymnázia majících po absolvování 3. semestru výše zmíněného vysokoškolského oboru způsobilost k výkonu povolání ošetřovatel. Praxe byla uznána jako Prázdninová praxe II.

Praxe probíhala v termínu od 1.8. – 31.8.2021 včetně teoretické přípravy, která byla započítaná do celkového počtu odchozených hodin. Časový rozsah praxe byl 200 hodin. Do tohoto součtu bylo zahrnuto 40 hodin věnovaných zpracování závěrečné zprávy v minimálním rozsahu 500 slov a 160 hodin přímé praxe.

Zájemci o nabídku na zadaný e-mail zaslali své strukturované životopisy. Dále dle pokynů si každý účastník individuálně sjednal schůzku s prověřenou osobou a na domluvenou schůzi donesl potvrzení o studiu na akademický rok 2020/2021, výpis trestního rejstříku jakožto důkaz o bezúhonnosti, výpis ze zdravotní dokumentace pro vstupní prohlídku a vyřešila se zbývající legislativa spojená s nástupem na operační sály.

Poté jsme jako obdrželi identifikační kartičku s fotografií, pracovní e-mailovou adresu, pracovní nemocniční uniformu zahrnující bílou uzavřenou obuv s páskem, dvojce bílé kalhoty a dvojce bílé tričko s logem nemocnice. Absolvovali jsme vstupní a periodická školení – kvůli epidemiologické situaci, která panovala, probíhalo školení přes aplikaci Moodle. Na konci každého školícího oddílu byl

test, který prověřil, zda jsme každému školení věnovali dostatečnou pozornost. Celé školení v Moodle bylo potřebné absolvovat ještě před samotným nástupem do prostorů operačních sálů.

První schůzka poskytující nám bližší informace se uskutečnila 6.5.2021 ve 13:15 hodin ve Vzdělávacím centru v místnosti C v pavilonu F2 ÚVN. Této schůzky se účastnila paní náměstkyně ÚVN Mgr. Lenka Gutová, MBA, dále pak PhDr. Marie Zvoníčková, Mgr. Miluše Běliková, Ing. et Ing. Markéta Drobníková, Mgr. Veronika Kočárková a úsekové sestry jednotlivých oddělení operačních sálů spolu s námi – studenty.

Náplní schůze bylo seznámit se s vedoucími členy a obeznámit studenty s očekáváním ze strany nemocnice. Stěžejní bylo představit studentům dílčí program teoretické části, který byl rozdělen do čtyř dnů v datovaném časovém úseku 32 hodin a stanovit termíny výuky. Teoretická příprava probíhala pod vedením Mgr. Miluše Bělikové.

9.4 Teoretická část výuky v pilotním projektu

Dle původní myšlenky bylo cílem koncipovat projekt tak, aby v teoretické části byly poskytnuty informace týkající se odborného modulu 1 specializačního vzdělávání perioperační sestry. Za běžných podmínek jsou odbornému modulu 1 na přednášky a výuku vyhrazeny dva týdny. V případě pilotního projektu bylo zapotřebí zkrátit ho tak, aby byly i přesto účastníkům poskytnuty adekvátní a dostačující informace. Teoretická příprava, jak již bylo uvedeno, byla rozdělena do čtyř následujících dnů.

Ve středu 12.5.2021 započal první den bloku teoretické přípravy. Přednášky byly koncipovány tak, aby si studenti vytvořili základní představy ohledně funkčnosti, stavebního uspořádání a organizačního řízení operačních traktů. Druhá část přednášek byla zaměřena na vybavenost operačního traktu a náplň práce zaměstnanců operačních sálů. K zajištění vhodného provozu operačního traktu je potřebné zvolit hygienické a protiepidemické požadavky, které nám byly obeznámeny spolu s kroky vedoucími ke zdraví a bezpečnosti nejen pacienta, ale i personálu. Po ukončení dopoledního programu následovala

dvouhodinová exkurze po operačních sálech. Před vstupem do prostorů operačních jsme všichni prošli filtrem do bílé zóny operačních sálů. To zahrnovalo užití jednorázového operačního oblečení, sálových gumových bot, nasazení čistého respirátoru na dýchací cesty a pokrývky hlavy. Po celou dobu exkurze nám Mgr. Bělíková opakovala informace z dopolední teorie a tím, že vše proběhlo takto v návaznosti, celé učivo jsme si lépe zapamatovali a bylo pro nás pochopitelnější.

V pondělí 17.5.2021 byla přednesena témata přibližující základy dezinfekce, sterilizace a dekontaminace zdravotnického materiálu. Tentýž den byl mimo jiné věnován vedení dokumentace jednotlivého pacienta na operačním sále v průběhu operace. V závěru dopoledne jsme se učili pojmenovat a rozeznat základní instrumentárium. V každém oboru je základní instrumentárium, které je společné všem oborům, ale zároveň obsahuje i specifické nástroje, které jsou konkrétní pro daný obor. Těchto specifických instrumentárií je nespočet a perioperační sestra se naučí jejich pojmenování a vhodné užití praxí. Odpolední exkurze probíhala jako v minulém týdnu v návaznosti na dopolední teorii. Tentokrát jsme navštívili sklad s nefunkčními nástroji, které byly dostačující pro názornou představu. Mgr. Bělíková nám zde ukázala základní nástroje užívané napříč všemi obory a v závěru jsme si vyzkoušeli navléknutí nitě do jehly, která byla uchopena pomocí jehelce, nasazení čepelky na skalpel a správné podání nástrojů operujícímu lékaři, popřípadě asistentovi.

Teoretické přednášky ze dne 19.5. navazovaly na témata z předchozích dní. Byla podrobněji přiblížena veškerá přístrojová technika spolu se stavbou a ovládním operačních stolů, chirurgický šicí materiál, implantáty, rouškování, skladba ochranného oděvu a seznámení s materiály a pomůckami uplatňujícími se v perioperačním procesu. V tematickém celku Pacient v perioperačním procesu byla vysvětlena veškerá bezpečnostní opatření, správné fixování a polohování pacienta na operačním stole, jakým způsobem a kým je provedena antiseptická operace operačního pole. Důraz byl kladen na příjem pacienta do prostorů operačního sálu a následné předání pacienta na oddělení. Koncem výuky jsme si sami na sobě a navzájem vyzkoušeli správné oblékání a zavazování sterilního jednorázového

pláště. Součástí tohoto praktického nácviku bylo navléknutí si sterilních rukavic takovým způsobem, aby při navlékání nedošlo k znesterilnění.

Nadcházející středa 26.5. se soustředila na přípravu operačního sálu k operačnímu výkonu, odběr biologického materiálu včetně stěrů z rány, průchod filtrem, chirurgickou dezinfekci rukou, na náplň práce obíhající sestry, instrumentářky a v neposlední řadě na opomíjené sestry vykonávající substerilizaci v přísálovém prostoru.

Jednotlivá témata byla rozdělena do výukových bloků prokládané pravidelnými přestávkami. Výuka témat probíhala formou prezentací a rozdáním vybraných standardů ošetrovatelské péče (SOP) ÚVN. Standardy se týkaly například přípravy operačního sálu před zahájením operačního programu, správného umístění neutrální elektrody aj. Nicméně v rámci teoretické přípravy byly poskytnuty neoficiální podoby těchto standardů. Po ukončení teoretického dopoledního bloku následovala po polední pauze exkurze na operačních sálech. Na nich jsme po většinu času z dálky sledovali průběh operačního výkonu.

Po splnění teoretického bloku odborného modulu 1 měla následovat individuální ústní zkouška či písemný test, jako tomu ve specializačním studiu bývá. Na základě odzkoušení z teoretické přípravy by bylo studentovi umožněno jít na operační sály a vykonávat zde činnosti v roli ošetrovatele či praktické sestry vykonávající svou způsobilost pod přímým vedením. Z časových důvodů a nekompletní promyšlenosti celého projektu, nebylo možné zkoušku zrealizovat. Před poslední schůzí, která se konala v budově F2 v učebně A dne 14.9.2021 od 13:30 hodin, proběhla debata studentů s Mgr. Miluší Bělíkovou o konceptu pilotního projektu. Schůze se zúčastnili všichni účastníci květnové schůze. Cílem závěrečné schůze bylo provést zhodnocení projektu a poskytnutí zpětné vazby.

9.5 Praktická část výuky v pilotním projektu

9.5.1 Rámcové informace k praktické části

Po absolvování teoretické části následovalo setkání s Mgr. Veronikou Kočárkovou. Schůze byla věnována především administrativní činnosti. Studenti byli seznámeni s důležitými dokumenty, ke kterým patří Bezpečnost a ochrana zdraví při práci (BOZP), PO (Protipožární ochrana), provozní řád OS, hygienické a protiepidemické zásady OCOS (Oddělení centrálních operačních sálů), vnitřní předpisy ÚVN zahrnující metodické návody, směrnice ředitele a SOP (Standardní operační postupy), dále strategie traumatologického plánu, bezpečnostní listy a jejich základní informace a v neposlední řadě užívaná kniha úrazů, a její správné vyplnění. Po důkladném proškolení každý student obdržel formulář „*Plán zpracování nového studenta nelékařského zdravotnického povolání*“, na kterém byl uveden seznam požadovaných výkonů. Plán činností obsahoval: příjem a překlád pacienta na operační stůl a z operačního stolu, vhodné polohování pacienta na operačním stole, příprava materiálu a nástrojů k operačnímu výkonu, naložení s odebraným biologickým materiálem, používání neutrální elektrody a její správné umístění, vedení zdravotnické dokumentace, předsterilizační přípravu prováděnou na OCOS a úklid operačního sálu po operačních výkonech. Všechny výše uvedené činnosti bylo potřebné provést v minimálním počtu 15x během tří dní. Sterilizaci v přisálovém prostoru bylo nutné splnit v počtu patnácti provedení bez stanovené doby. Přípravu operačního sálu před operačním programem bylo nutné provést 3x během tří dní. Obsluha, ovládání a manipulace s přístroji, ošetření rigidních laparoskopů, LPC instrumentária a robotických nástrojů, péče o flexibilní endoskopy, náplň činností sestry v substerilizaci a ukládání spolu s manipulací se zdravotnickými prostředky a léčivými přípravky bylo bez stanoveného rozsahu. Speciální část byla již nad rámec požadovaných kompetencí. Student se mohl za studijním účelem více zaměřit na hygienické a chirurgické mytí ve spojitosti s dezinfekcí rukou, náplň činností sestry instrumentářky a obíhající sestry, šicí techniky a příslušné jehly, nástroje pro konkrétní daný obor.

Tento seznam byl spolu s odchozenými 160 hodinami a výsledným hodnocením studenta školitelem potřebný pro udělení zápočtu v rámci předmětu *Prázdninová praxe II*. Hodnocení odborného zapracování studenta se odráželo zejména od pokroku v učení, pracovní výkonnosti a návyků. Student byl hodnocen v oblastech, jako je kvalita provedené práce, organizace práce ve spojitosti s využitím pracovní doby, komunikace a etický přístup studenta, interpersonální vztahy na pracovišti, dosažené odborné profesní znalosti a vzdělávání se v oboru.

Poté bylo každému studentovi uděleno závěrečné slovní hodnocení školitelkou. Po absolvování poslední směny praxe byl student do 48 hodin povinen do školního systému nahrát závěrečnou zprávu v počtu 500 slov dle stanovené struktury. Po splnění všech těchto náležitostí byl studentovi garantem předmětu udělen zápočet.

9.5.2 Konzultace s nemocniční epidemioložkou

Součástí praktické části byla také konzultace s nemocniční epidemioložkou MUDr. Danou Hedlovou. Smyslem setkání bylo studentům poskytnout informace přibližující hygienu, mikrobiologii a epidemiologii v perioperační péči. Cílem bylo obeznámit studenty s případnými riziky vzniku, příslušnými prevencemi infekce v místě chirurgického výkonu, včetně souvisejících opatření.

Původní délka setkání s MUDr. Hedlovou měla být čtyři hodiny. Setkání však trvalo o mnohem kratší dobu. Výsledná doba strávená s MUDr. Hedlovou byla zhruba hodina času. Epidemiologická situace dovoľovala přítomnost pouze pět osob v jedné uzavřené místnosti. Studenti se tedy předem rozdělili do dvou skupin, přičemž každá skupina šla v jiném stanoveném termínu. První skupina absolvovala setkání 13.7.2021 a druhá skupina 22.7.2021.

Schůze probíhala poměrně neorganizovaně a zřejmě nikdo z Oddělení nemocniční hygieny nebyl informován o přítomnosti studentů a jejich výuce. Původně mělo toto setkání probíhat v bloku poskytující teoretické znalosti. V tomto období měla ale již MUDr. Hedlová řádnou dovolenou, a bylo tedy nutné termín konání posunout do období praktické části.

9.5.3 Stáž na Oddělení centrální sterilizace

Neopomenutelnou součástí projektu bylo také absolvování tří denní stáže na Oddělení centrální sterilizace, stejně jako tomu bývá v rámci adaptačního procesu. Návštěva centrální sterilizace byla zahrnuta do praktické části a každý student musel tuto stáž absolvovat v jiném termínu po dobu 3 dní. Tato část zaškolování je nedílnou součástí, která přispívá k uvědomování si obsahu i seskupení nástrojů v sítěch a provedení jejich důsledné sterilizace, aby bylo vše připravené k okamžitému použití při operačních výkonech.

Proškolení na centrální sterilizaci jsem absolvovala v termínu od 10.8. do 12.8.2021. Po příchodu na oddělení mě již všichni očekávali, a dokonce měli mé jméno napsané na popisovací tabuli visící na stěně. Tabuli se jmény pracovníků spolu s přiřazenými stanovišti si vytvářejí na každý den. Je to skvělým nástrojem k přehlednosti pracovníků. Ujala se mě vrchní sestra Bc. Pavla Dvorská a provedla mě celým oddělením. Celý personál se ke mně choval velice přívětivě a snažil se mi předat důležité informace, abych snadněji pochopila proces sterilizace a mohla se tak zapojit do práce. Stejně jako na operačních sálech, i tady jsem plnila úkoly dle obdrženého plánu činností.

První den jsem byla přiřazena do příjmové části nástrojů a umývárny. O fungování příjmové části jsem nějaké představy měla. Ale tentokrát z druhé strany. Nebyla jsem tou, která tam přiváží operační nástroje a materiál po dokončeném operačním výkonu. Dnes jsem byla tou, která přijímala svezeny materiál, který byl buďto nový, dekontaminovaný, kontaminovaný či nástroje naložené v dekontaminačním roztoku. Při předání materiálu ze sálu sterilizační sestra obdrží zároveň i vyplněnou žádanku. Na žádance jsou označené nástroje a materiál, který perioperační sestra s sebou přivezla. V ten moment si sterilizační sestra kontroluje, zda žádanka souhlasí s počtem jednotlivých kusů svezeneho materiálu a kontejnerů se sítý a vše se řádně elektronicky zaeviduje (30, 36).

Později jsem se přesunula do umývárny. V této místnosti se materiál určený k mytí v dezinfekčních automatech nejprve pečlivě roztřídí a rozloží se na nová označená síta. Každé síto ze společného kontejneru musí být označeno stejným číslem. Operační nástroje z téhož kontejneru se otevřou a rozloží na očíslovaném síti tak, aby byly důkladně umyté. Po dokončeném umytí a sušení se myčka

otevře z druhé strany. Na druhé straně se nachází balírna a setování. Nástroje, které nemohou přijít do automatu, se musí mít ručně. Práce v umývárně je náročná. Při každé manipulaci s kontaminovanými nástroji, musí pracovník dbát nejen na svou bezpečnost, ale i ochranu svých kolegyně (30, 36).

Druhý den jsem byla na opačné straně procesu. Pochopila jsem, proč bylo včera důležité důkladné umytí nástrojů a správné očíslování sít. Cílem dne bylo nasetování, zabalení a následná příprava veškerých věcí ke sterilizaci do sterilizátoru. Čistá síta s nástroji se rozdělily podle stejných čísel na jednotlivé setovací stoly. Ke každému stolu je přiřazena jedna sestra. Začalo to tím, že se všechny pomůcky a nástroje vyndaly ze sít a začalo se setovat. U každého stolu byl monitor, na kterém se po načtení štítku z přiděleného kontejneru objevil seznam nástrojů, a především fotografie znázorňující jejich uspořádání. Je důležité spočítat množství a druhy nástrojů, aby vše odpovídalo. Pokud by se nějaký nástroj postrádal, byla by to velice nepříjemná situace. Po provedené početní kontrole se začalo dle obrázků setovat. Byla to zajímavá zkušenost a vše jsem se učila za chodu. Když byl kontejner vystlaný a vyplněný sít s nástroji, přidal se tam identifikátor sterilizace, uzavřel se a zámeček se pojistil z každé strany plastovými zámky. V místnosti se mimo jiné balil i jednotlivý zdravotnický materiál a nástroje užívající se například v ambulancích, vyšetřovnách atd. Následně se vše naložilo na vozík a zajelo se do sterilizátoru (30, 36).

Třetí a zároveň poslední den jsem nahlédla i do poslední části svého okruhu. Jednalo se o výdejnu vysterilizovaného materiálu ze sterilizátoru. Kontroloval se zde cyklus, neporušenost obalů a také expirace. V tentýž den však do denní služby nepřišli všichni zaměstnanci, a tak jsem po získaných zkušenostech z předešlých dní využila tam, kde jsem byla v daný moment nápomocnou (30, 36).

Bylo pro mě ohromující sledovat jejich pomoc, kterou si vzájemně poskytovaly. Některé sestřičky byly již v praxi zaběhlé a některé ne. Přesto si vypomohly a předávaly si vzájemně zkušenosti. Svě zkušenosti předávaly i mně. Vybavuji si větu, kterou mi sestřička řekla na mou otázku, jestli nástroje do sít skládám správně. „*Skládej to tam tak, jak bys to tam ty sama chtěla najít.*” A byla to pravda. Od té doby na práci ve sterilizaci nahlížím zcela jinak.

9.5.4 Zkušenosti ze stáží na operačním sále

Součástí praktické části, jak jsem již výše uvedla, byly stáže na operačním sále. Jejich cílem bylo praktické uplatnění dosud získaných znalostí a dovedností. Samotné stáže probíhaly pod přímým vedením mentorky – perioperační sestry. Tyto stáže jsem absolvovala na ortopedickém sále. Získané zkušenosti popisují v samostatné kapitole, kterou považuji za jádro mé práce.

10. Zkušenosti získané v době pilotního projektu

V této části uvádím přepisy svých záznamů z odborné praxe, resp. uvádím okamžiky z praxe, které významným způsobem utvářely moji celkovou zkušenost. Jedná se o tyto zkušenosti:

10.1 První den plný zážitků

První den na ortopedických sálech byl pro mě nezapomenutelným zážitkem. Když vidíme nějakého člověka poprvé, uděláme si o něm obrázek. O tom, kým se jeví být, poznáváme jeho záměry, ale často se můžeme splést. Ale ten první dojem, to první okouzlení, které jsme z toho člověka měli, zůstává už napořád. A na základě právě tohoto prvního momentu se dále rozhodujeme. Buďto se naše cesty rozejdou a půjdeme si každým jiným směrem, anebo zůstaneme. Stejně je to s prací na operačních sálech. Pokud bych použila slova jedné perioperační sestřičky, byly bychom všechny perioperační sestry považovány za psychopaty se zájmem o masochismus. Není to zkratka pro každého. Já jsem se v tom ale našla a nikdy bych si ani na malý moment nemyslela, že mé profesní cesty tam budou směřovat.

První fáze omámení neboli „líbánek“ byla zcela naplněna. Při příchodu na oddělení jsem se představila a se všemi se vzájemně seznámila. To samé i s operujícími lékaři dle operačního programu v ten den. K mému překvapení i přesto, co jsem vždy o sálových sestřičkách slýchávala, mě mezi sebe přívětivě přijaly. Alespoň se to pod respirátory zdálo. Úseková sestřička ortopedické stanice se mě ujala a vzala mě s sebou na dolní sál, který slouží jako trauma sál. Po příchodu na sál mi úseková sestřička řekla, ať se obléknu a půjdu se na operační výkon podívat ke stolku, kde už stála instrumentující sestřička a připravovala si nástroje. S úsekovou sestřičkou jsem se šla řádně umýt. Už při chirurgickém mytí a dezinfekci rukou jsem si uvědomila rozdílnost při výuce hygieny rukou v rámci teoretických přednášek ošetřovatelských postupů a užití v praxi. O tom, že postupují špatně při hygieně rukou jsem si nedovolila

něco říct a zároveň jsem pocítila svou malomocnost cokoliv změnit nebo je o něčem poučovat.

Instrumentářka mi vysvětlila, o jaký operační výkon se jedná a co vše obnáší. Spolu s tím mi vysvětlila jednotlivé chirurgické nástroje používané při artroskopické operaci. Celý výkon byl zaměřen spíše na využití inovačních technologií, se kterými pracuje převážně lékař. Sestra tedy musí vědět, kam má jednotlivé kabely od optiky zapojit, a následná práce pak spočívá na operatérovi. Instrumentářka během výkonu samozřejmě také podává nástroje, ale to je na zapamatování snazší, protože se až na výjimky či vyžádání podávají postupně ve stejných opakování, dokud nedojde k zašití rány. Uprostřed výkonu si se mnou instrumentářka vyměnila místo a naskytla jsem se mi pak příležitost instrumentovat a nahlédnout tak blíže k operačnímu stolu. Tato zkušenost mi v tento daný a pro mě jedinečný moment dala pocit naplnění a sounáležitosti s operačním týmem. Na malou chvíli mi přišlo, že jsem našla obor, ve kterém bych se ráda nadále realizovala.

Druhý výkon, taktéž artroskopii kolene, jsem mohla vidět z druhé strany. Z té méně zajímavé, a přesto důležité. Úseková sestřička mi ukázala dokumentaci, která je potřeba v průběhu výkonu vyplnit, a zároveň mi ukázala, jak se umývají použité nástroje po skončení operace. Dnes jsem tedy mohla prožít pracovní den perioperační sestry.

10.2 Předání směny na Oddělení ortopedických sálů

Při dnešním předávání služby jsem si všimla, že ranní či denní služba pokaždé děkuje noční službě. Na jiných pracovištích jsem se s tím do té doby nesešla. Až nyní na operačních sálech a mile mě to překvapilo. Sálková sestřička je na noční směně sama. Pokud na sály přivezou nějaké polytrauma, obíhají se navzájem z jiných sálů, například z chirurgie a neurochirurgie. Pokud nemusí být sestřička zrovna na sále, nemusí obíhat nebo instrumentovat, je zapotřebí, aby uklidila a roztřídila přivezené sterilní věci, doplnila sklad materiálem, provedla test sterilizátoru a zapsala aktuální hodnoty teplot. Na ortopedických sálech to mají domluvené tak, že při noční směně sestřička zkontroluje, zda mají

dostatek kontejnerů s nástroji pro nadcházející operační program a spolu s tím připraví i potřebné rouškování dle jednotlivých výkonů.

10.3 Důležitost představení se

Dnes jsem se dostala do poněkud trapné situace, při které jsem si uvědomila důležitost představení se. Na sále jsem pracovala s lékařem, se kterým jsem dosud nepracovala. Před operací jsem se chtěla lékaři představit, aby věděl, jakou roli zde sehrávám a jak mě oslovit. Před operací se nenaskytla příležitost, abychom se navzájem seznámili. Po skončení operace jsem slyšela, jak se o mně baví s obíhající sestrou. Pan doktor se zajímal o mou pozici a náplň práce. Sestřička mu sdělila, že jsem někde mezi sanitářem a zdravotní sestrou. V ten moment jsem se necítila příjemně, zvláště když jsem stála poblíž. Uvědomila jsem si, že je důležité, aby nejen sestry znaly role a jména lékařských i nelékařských pracovníků na sále, ale především operující lékaři.

10.4 Zvedání těžkých břemen

Zvedání těžkých kontejnerů se sítí plné chirurgického instrumentária je na denním pořádku každé perioperační sestry. Je to fyzicky náročná aktivita vyžadující sílu, ale především správnou manipulaci. Každý vykonaný pohyb by měl být úsporný a šetřící záda, která jsou důležitým nástrojem perioperačních sester stojících za instrumentačním stolem na jednom a téže místě.

Každý kontejner uložený na spodních policích by tak měl být zvedaný pomocí zapřených stehenních svalů, nikoliv svalů zádočných. Po většinu času se však stává, že na to perioperační sestry v časové tísní, která je žene, zapomínají.

Před reimplantací totální endoprotézy kyčle jsem šla naskládat těžké kontejnery, tzv. zápůjčky. Po celou dobu jsem myslela na to, jak to mám správně zvedat, abych si nepřivodila bolesti zad a šetřila své plotýnky. Slyšela jsem, jak se otevírají dveře, a vběhl tam mladý lékař. Přišel ke mně a překvapila mě věta, kterou mi řekl: „*Kdybych to viděl dříve, pomohl bych vám.*“

10.5 Provedení bezpečnostního protokolu

Před návozem pacienta na operační stůl je důležité, aby perioperační sestra provedla kontrolu identifikace pacienta tím, že se zeptá pacienta na jeho celé jméno a následně zkontroluje identifikační štítek na pacientově ruce. Dále nesmí opomenout zeptat se na případné alergie, a především na druh operačního výkonu, který pacient podstupuje, a příslušnou operovanou stranu. Poté zkontroluje, zda je operované místo a strana řádně označena křížkem.

Během mého působení na operačních sálech se mi přihodily dvě související nestandardní situace. K první situaci došlo v začátcích mého působení na sálech. Při obvyklém provedení bezpečnostního protokolu na sálech jsme zjistily, že pacient neměl označené operační pole. Neprodleně jsme tuto skutečnost ohlásily instrumentářce a operujícímu lékaři. Lékař následně operační pole označil křížkem.

Při druhé situaci došlo k záměně pacientek. Obě pacientky měly až na drobnou fonetickou nuanci stejně píšící i znějící příjmení. Společně byly hospitalizované na ortopedickém oddělení, avšak měly jiný indikační operační výkon. Po 11. hodině dopoledne byla pacientka s indikovanou implantací totální endoprotézy levého kyčelního kloubu místo na horní ortopedický sál číslo 8 odvezena na dolní hybridní sál. Pacientka byla přivezena nejen na špatné předsálí operačního traktu, ale pokud by se neprovedl bezpečnostní protokol a pokračovalo se dle operačního plánu, byla by pacientce provedena artroskopie pravého kolene.

Správná identifikace pacienta je nástroj, kterým lze předejít velkému riziku. Mohlo by snadno dojít k ublížení na zdraví pacienta a také poškození nemocničního personálu či reputace nemocnice. Přesvědčila jsem se o důležitosti opakované identifikace pacienta, protože mohlo dojít k vážné nežádoucí události. Dovedu si však představit, že při komunikaci po telefonu s nasazeným respirátorem může lehce dojít k vzájemnému přeslechnutí. Přesto se domnívám, že pokud by se postupovalo dle standardů oddělení a operačních sálů, mohlo by se záměně předejít již na oddělení před samotným převozem na předsálí.

10.6 Umístění neutrální elektrody

U nás na ortopedických sálech umístění neutrální elektrody spolu se zapojením pálení obstarává proškolený sanitář. Přesto je to v kompetencích periperační sestry, která za provedenou činnost zodpovídá. Neutrální elektroda by se měla přikládat na čistou, suchou pokožku a na opačnou stranu, než je operační pole. Opačná strana se volí z toho důvodu, aby například dezinfekční roztok nezatekl pod elektrodu a nedošlo k popálení pacienta. V ortopedických oborech se nejčastěji volí stehenní sval, hýždě nebo paže. Ono zvolené místo se následně zapíše do dokumentace.

Při vyplňování dokumentace se vždy ptám sanitáře, kam umístil neutrální elektrodu. Je to jedna z otázek v dokumentaci, ale zároveň si také ověřuji správnost umístění. To samé jsem provedla i dnes. Pacient šel na exstirpaci šroubů z hlezna pravé nohy. Sanitář však umístil neutrální elektrodu na pravé stehno. V ten moment jsem se zarazila a znovu jsem se ho zeptala, zda jsem mu správně porozuměla. Za tuto činnost zodpovídá obíhající sestra. Já však nemám dostatečné vzdělání a nedovolila bych si ho ze své pozice studenta - ošetřovatele jakkoliv za vykonanou práci soudit či napomínat. Šla jsem se zeptat obíhající sestřičky, zda to takto nalepené může na pokožce pacienta zůstat. Se sestřičkou jsme se obě shodly, že jsme byly poučeny lepit neutrální elektrodu vždy na opačnou polovinu těla, avšak co nejbliže k operační ráně. Společně jsme se sestřičkou došly za sanitářem a znovu se ho zeptaly, zda ho to tímto způsobem někde učili a vše se v přátelském klidu vyřešilo.

10.7 Napolohování pacienta a následná příprava operačního pole

Napolohování zaintubovaného pacienta na operačním stole do správné polohy předchází každé operaci. Většina ortopedických operací je prováděna na zádech pacienta, popřípadě jsou užity různé rotace pomocí elektrického ovladače nebo jsou manuálně zavěšeny končetiny pacienta do určitých poloh tak, aby k operačnímu poli měli lékaři bezbariérový přístup. Každé napolohování pacienta se odvíjí od typu operačního výkonu a nároků operujícího lékaře. Při manipulaci s pacientem musí ošetřovatel myslet nejen na svá záda, ale také

užívat pomůcky, které zajistí komfort a bezpečí pacienta během operačního výkonu.

Po adekvátním polohování je provedena příprava operačního pole. Antiseptika pole je velmi oblíbenou činností lékařů a od téhož momentu je pacient předán do rukou operačního týmu. Na ortopedických sálech provádí antiseptiku operačního pole chirurg i přesto, že se jedná o kompetence perioperační sestry. Jednou jsem se z vlastní zvědavosti zeptala asistujícího lékaře, proč vlastně provádí antiseptiku lékaři, nikoliv instrumentující sestra. Odpověděl mi: „*A to vážně můžete dělat i vy? No to jsem nevěděl.*“

Již ustrojený lékař si od instrumentářky do sterilních rukou vezme misku s tampónky namočenými v dezinfekci a tzv. podávky. Pomocí podávek a nasáknutých tampónků jedním směrem potře dostatečnou plochu operačního pole a následně totéž provede kolmo. To samé zopakuje ještě několikrát, dokud nemá takto připravenou dostačující plochu operačního pole. Na takto připravené pole již nikdo nesahá.

Během provádění antiseptiky lékaři často asistuje i sanitář. Sanitář v dostatečné vzdálenosti přidržuje končetinu, aby ji mohl lékař důkladně potříst ze všech stran, nebo si vypomáhají sterilními obaly z rukavic, kterými si místo přidržují. Na ortopedických sálech se ve většině případů používá Cutasept G. V případě, že bude pacientovi proveden operační výkon v oblasti hlezna a prstů dolní končetiny, nanáší se dezinfekce Braunol. V tomto případě je důležité při bezpečnostním protokolu klást důraz na prvek jod jakožto alergen. Po zaschnutí naneseného dezinfekčního přípravku se operační pole a pacient zarouškuje.

Vždy mě lákalo před operací provést antiseptiku pole. Jednou jsem se s troufalostí zeptala lékaře chystajícího se na provedení antiseptiky, zda-li mě to nechá provést nebo mu mohu pomoci. On se na mě tak usmál, že to i přes ten respirátor bylo vidět a řekl mi: „*Tak mi podrž tu nohu, když sanitář zase někde lítá. Ale ta noha je těžká, myslíš, že to zvládneš?*“ Tak jsem panu doktorovi ukázala své miniaturní svaly a řekla jsem: „*Jasný, to zvládnou.*“ Chtěla jsem tak moc pomoci. Držet mrtvou váhu dolní končetiny není opravdu tak snadné. Při držení nohy jsem změnila různé polohy a taky si vyměnila ruce, abych tu nohu

nedržela jenom jednou rukou. Chvílemi mi až přišlo, že si mé trápení lékař vychutnává a takhle pečlivě a dlouho natíral operační pole možná ve svých začátcích kariéry, kdy pečlivost byla na prvním místě. Později ji nahradila rychlost.

Naštěstí mé trápení brzy ukončil přicházející lékař, který se nohy ujal, ale také si neodpustil poznámku. Všichni jsme se tomu ještě zasmáli a já jsem měla ruku znečitlivělou na dalších pět minut.

10.8 Fikce ve srovnání s realitou

Při sledování různých seriálů přibližující nemocniční prostředí jsem si všimla, jak vypadá takový pravý operační sál. Fascinovaly mě televizní scény, ve kterých lékaři řešili plány na víkend a co mají dnes k obědu, když mezitím vyndávali střeva operovaného pacienta nebo se vrtali v kosti. Zajímalo mě, jaké to ve skutečnosti je, jestli tohle zobrazení je reálné a pravdivé. Ano, občas tomu tak bývá. Lékaři působící na ortopedii delší dobu se znají navzájem, a tak spolu debatují na téma ohledně rodiny, výletů i pacientů. Často do svých konverzací přizvou i instrumentující sestřičku, jako tomu bylo dnes. A já jsem jen mlčky přihlížela, ale zároveň jsem byla součástí té odehrávající se symfonie.

10.9 Nejisté začátky studentky praktikující na operačním sále

Dnes jsem neměla svůj den. Pokud má někdo od rána pocit nejistoty, jen tak se ho nezbaví. Na operačních sálech jsem zatím velmi krátkou dobu a postupně se snažím naučit nezbytně důležité věci. I přes veškerou snahu, kterou člověk vynaloží, může mít pocit vlastní neschopnosti. Ten jsem zažila při druhé artroskopické operaci. Jedná se o krátký miniinvazivní výkon endoskopickou metodou. Před tímto výkonem nebývají lékaři nervózní a nespíchájí. Jediným nervózním elementem jsem byla zřejmě pouze já. Pomáhala jsem obíhající sestře „vyházet“ potřebný materiál instrumentáře na pomocný stůl. Jelikož jsme byli na sále, který je mimo centrální operační sály a je izolovaný od ostatních sálů, lékaři setrvávají mezi jednotlivými výkony na šatnách poblíž sálu. Při vyhazování

posledních párů sterilních rukavic stál asistující lékař poblíž mě a pozoroval mě při práci. Přišel ke mně blíž a chtěl si je ode mě vzít, což nebývá standardem na sálech. Chtěl mi ale ušetřit práci a já jsem je ve své nervozitě omylem znesterilnila. Špatně jsem natrhla obal rukavic, a když jsem je otevírala, vnější obal znesterilnil vnitřní stranu. V tu chvíli jsem se necítila vůbec komfortně. Lékař na mě neustále hleděl a čekal, co bude následovat. Naštěstí jsem však již měla připravené rukavice i pro další chirurgický zákrok, a tak jsem mu pohotově otevřela nové. Po skončení zákroku mě sálová sestřička uklidnila, že i jí se to často stává a tato konkrétní značka rukavic má špatné otevírání a obal se trhá.

To nebyla během dne jediná situace, ve které jsem cítila ze své strany menší selhání. Obíhající sestřička, se kterou jsem po celý den byla, si potřebovala zařídit svou záležitost a poprosila mě, jestli bych za ni zaskočila, že se brzy vrátí. Samozřejmě jsem jí chtěla vyjít vstříc, ale po celou dobu jsem si v hlavě dokola opakovala tu samou větu: „*Hlavně at' po mě nikdo nic nechce.*“ Chtěli. V závěru operace mě požádali o šití. Sestřička mi jmenovala název a já jsem pro něj šla už s tím, že vůbec netuším, o které šití se jedná. Když sestřička zjistila, že takto to asi nepůjde, navigovala mě přesnými instrukcemi, kde dané šití najdu. V ten moment jsem si uvědomila, jak moc je důležité, aby sálová sestřička přesně pro tyto případy věděla, kde co leží, a mohla tak neznalé navigovat. Zároveň jsem to brala jako upozornění, v čem se mám dále zlepšovat a učit se. Po úklidu a svezení kontejnerů na oddělení centrální sterilizace jsem požádala sestřičku, zda by mi veškeré šití vysvětlila. Zjistila jsem, že některé sestřičky používají zastaralé názvy značek, od kterých už šití nemají, a tak se jim musím přizpůsobit. Od té doby pokaždé, když zavřu oči, vidím před sebou stojan s šitím a z paměti odříkám, kde jaké šití je.

10.10 Standardní podmínky práce na operačním sále

Životní podmínky práce na sálech jsou velmi specifické, pokud se jedná o teplotu, přísun denního světla či polední pauzu.

S denním světlem je možné přijít do styku až ve volné chvíli strávené na denní místnosti. Obdobné je to s pauzou na oběd. Na operačních sálech neplatí jako na ostatních pracovištích konstantní půlhodinová obědová pauza. Vše je založeno na domluvě perioperační sestry s lékařem a anestezií, popřípadě konzumuje za chodu v krátkých pauzách mezi výkony.

Teplota na operačních sálech nikdy nekoresponduje s okolní teplotou. Zvláště na ortopedických sálech bývá okolo 16-17 stupňů, ale pocitově to je 10 stupňů, zejména v zimním období. Při prvních dnech na sálech jsem si jakožto zimomřivý člověk nedovedla představit, že bych v takovémto chladu měla trpět každý den. Z počátku mi má husí kůže po celém těle jasně naznačila, že tahle zima není pro mě. Věděla jsem, že i přesto chci být na sálech. Po více dnech strávených v tomto prostředí jsem si začala všimnout zelených bundiček s bílým límečkem. Neodvážila jsem se někoho zeptat a požádat ho o ni, protože ji na ortopedii nikdo nenosil. Nenápadně jsem do každé konverzace s obíhající sestřičkou vsunula větu typu: „*A tobě není zima? Dneska je tu nějaká větší zima než obvykle. Jak ty to děláš, že ti není zima?*“ Po několika hovorech na téma chladno na operačních sálech se mě zeptala: „*Tobě je zima, vid’?*“

Od té doby se bez bundičky neobejdu. Stala se mou součástí. A stále ji na ortopedickém oboru nosím jediná.

10.11 Atmosféra na operačním sále

Prostředí a nálada na operačních sálech je jako fungující živý organismus, který je nepředvídatelný, ale jedinec musí situaci přesto předvídat a podřídit se jí. Každý den na sálech není stejný. Den se vždy řídí podle nálady hlavního operátora, takže každá sestřička doufá, že vedoucí sálu bude mít zrovna dobrý den. Jsou ale i takové sestřičky, které mají ten dobrý den zřídka, a pak ten den nemá dobrý nikdo. Zajímavostí bývá i puštěná hudba na operačních sálech, která povětšinou odlehčí napjatou situaci.

Mnohokrát jsem se ocitla v situaci, ve které jsem já nebo někdo z týmu neodhadl vážnost situace. Můj případ se stal v den, kdy vedoucí lékař neměl tzv. dobrý den a já jsem zažila situaci, kterou jsem nazvala „oční hrátky“.

Když zrovna nebylo nic potřeba, operace probíhala hladce a byla zhruba v polovině, tak jsem si povídala s obíhající sestřičkou a tichounce jsem se zasmála. V ten moment se na nás lékař podíval a nemusel dál nic říkat. Výraz v jeho očích mluvil za vše a my věděly, že máme být ticho.

Někdy se však může stát i úplný opak. Už od příchodu na sál byla ve vzduchu cítit pozitivní energie a po chodbě se linul smích z umývárky lékařů. Když pan doktor po důkladné chirurgické dezinfekci rukou vešel na sál, s upřeným pohledem na nás se zeptal: „*Co se děje, ani hudba nehraje, tady někdo umřel? Tak si tam něco dáme, ne, děvčata?*“

10.12 Početní kontrola nástrojů

Hledání jehly v kupce sena, v našem případě tedy v kupce břišních roušek, čtverečků a absorpční podložky zažil dnes celý operační tým po operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Předtím, než operatér zašije operační místo, musí si perioperační sestra přepočítat množství jednotlivých nástrojů v sítech, zda koresponduje s výchozím počtem, a uloží je na původní místo v sítu. Stejně jako před zahájením operačního výkonu překontroluje i funkčnost a stav nástrojů. Je důležité, aby instrumentářka znala celkový počet jehel i násadek pro skalpel, které jí obíhající sestra vyhodila na stolek před začátkem operace. Počet ostrých předmětů musí souhlasit i na konci operačního výkonu, a to nejen kvůli tomu, aby se předešlo zranění zaměstnance, ale také proto aby nebyla zanechaná jehla v těle pacienta. Veškeré jednorázové ostré předměty se dávají do vyhraněných plastových uzavíratelných krabiček, které jsou součástí každého rouškovacího setu.

Při obdobné situaci se jednalo o operaci totální endoprotézy kyčelního kloubu. Před tím, než začali lékaři zašívát ránu staplerem, se operatér u instrumentářky ujistil, zda jí sedí kontrolní počet ostrých předmětů zahrnující jehly, šití, skalpely a násadky. Při té příležitosti instrumentářka zjistila, že jí chybí jedna jehla. Všichni ztichli. Jeden z lékařů řekl, že se hledá jehla, a v ten moment jsme byli všichni kromě sterilně oblečených lékařů na kolenou a hledali jednu jehlu.

Myslím si, že kdyby nás někdo v takového pozici zastihl, pomyslel by si: „*Á, tady se hledá jehla.*“ Uvědomila jsem si tu důležitost, aby se co nejdříve jehla našla, ale zároveň jsem pociťovala kolektivnost a určitou komičnost daného momentu. Po třech minutách hledání ji lékař našel v břišní roušce ležící na operačním lůžku.

Obdobná situace nastala v jiný den. Po ukončení operačního výkonu jsem šla douklidit stolek instrumentářky, ze kterého si odnesla zkontrolované síto s nástroji. Na zarouškovaném stole zůstala pouze plastová miska se zbytkem dezinfekce a pár zbylých břišních roušek se čtverci. Chtěla jsem to celé uklidit, ale v blízkosti roušky jsem zahlédla konec nitě. Na konci nitě byla i jehla. Nit s jehlou jsem opatrně položila na buničinový čtvereček a odnesla ji do nádoby pro ostré předměty. Informovala jsem o tom i instrumentující sestru.

10.13 Instrumentování jako pocit nadřazenosti

Instrumentovat lékaři při operačním výkonu považují za vrcholnou kompetenci sestry v perioperační péči. Pokud toho jakákoliv čerstvě nastoupená sestřička v krátkém časovém pásmu dosáhne, je to obdivuhodné. Přesto si však myslím, že by měla být nohama na zemi, a před ostatními nehovořit v negativním smyslu o obíhající sestře či o komkoliv jiném, kdo v daný moment neinstrumentuje jako ona sama. Svou moc, kterou v daný moment má, by měla užívat s pokorou.

Dnes jsem se bohužel dostala do obdobné, a pro mě nepříjemné situace. Dodatečně přidaný operační výkon, který si vyžadoval použití rentgenu s obrazovkou a velké množství kontejneru se síty probíhal na poměrně stísněném sále. Po vyskládání všech komponentů se operační sál rozdělil na dvě části, a to napravo a nalevo. Kdo na jaké straně sálu zůstal, musel tam setrvat až do konce operačního výkonu. Jediná cesta, kudy bylo možné projít, byla za zády sedícího lékaře opírajícího se téměř o zeď, který právě připravoval stěp. Znamenalo by to však potencionální znesterilnění lékaře a spolu s tím dalších věcí včetně rukavic. Zůstala jsem tedy na místě. Po chvíli lékař potřeboval natočit světlo do takového úhlu, který by mu umožňoval lepší viditelnost. Na jedné straně

byl sanitář a na druhé já. Sanitář odsunul jedno světlo, abych mohla druhým světlem manipulovat a natočit ho dle potřeby lékaře. Na světle ze strany sanitáře však zůstalo rameno světla a to mi bránilo v rotaci. Na druhou stranu jsem nedosáhla a bála jsem se, abych něco neznesterilnila. V ten moment na mě instrumentářka zvýšila hlas a řekla nepříjemným tónem hlasu: „*Dáš to světlo lékaři?*“ Odvětila jsem jí: „*Já vím, co mám dělat, ale zůstalo tam rameno z druhého světla a nejde s tím hýbat.*“ Jen co jsem to dořekla, sanitář na druhé straně rameno odstrčil a já tak mohla s druhým světlem manipulovat. V daný moment jsem se cítila nepříjemně.

10.14 Mé první ortopedické instrumentování

Dnešní den už nemohl být ani lepší, alespoň jsem to tedy neočekávala. Chvilí čekání během přivezení pacienta na operační sál jsme využily pro rychlé občerstvení. Operačním výkonem měla být extrakce kovů u pacienta po osteosyntéze vpravo. Už jsme byly se sestřičkou téměř na odchodu, když zaslechnu lékaře, který říkal instrumentářce: „*A proč to taky nenecháte naší nové mladé sestřičce? Já bych jí tam teď chtěl, aby mi podávala.*“ V ten moment jsem si neuvědomila, že tou nazvanou mladou sestřičkou jsem byla já. Až se mě pak pan doktor sám zeptal, jestli bych se nechtěla něčemu novému naučit. Instrumentářka sice nesdílela mé nadšení, lehce mě od toho odrazovala, ale po chvíli zjistila, že mé nadšení je větší než její.

Když jsem si šla mýt ruce, úplně jsem zapoměla na to, že jsem si chtěla dojít na záchod a že mám hlad. Bylo mi všechno jedno. Jediné, na co jsem myslela, bylo to, jak obléknu lékaři plášť, slepené sterilní rukavice, jaké nástroje budu používat a jak si to tam všechno hezky poskládám. Hlavou jsem si promítala názvy nástrojů, které jsem si v danou situaci vybavila. Umytá od hlavy až k patě jsem si šla obléct plášť. Hned přitom jsem zjistila, že je mnohem snazší, když jsem do něj někým oblékána než si ho oblékat sama sobě. A pak přišly rukavice. V hlavě jsem si říkala postup kam a jak sáhnout a doufala jsem, že mě nikdo nevidí. Byla jsem připravena. Částečně. Pak jsem si měla otevřít kontejner si sít. Měla jsem černo před očima a nemohla si vzpomenout na všechny

ty nástroje. Stále se mi pletly tytéž nástroje. Ty, které jsem zvládla pojmenovat, jsem si vyskládala na stoleček instrumentářky a doufala, že ten zbytek nebude potřeba.

Nasadila jsem si čepelky na násadky, připravila šití a v tom vidím lékaře, jak se sám obléká do pláště. Musím přiznat, že se mi ulevilo, protože jsem nevěděla, jak mu plášť správně obléknout. Dopomohla jsem mu alespoň s nasazením rukavic. Rouškování pacienta byla pro ostatní komedie, pro mě horor. Dobrý a nápomocný tým je ale základ úspěchu.

Mým hlavním úkolem, který jsem od pana doktora dostala, bylo na konci operace napočítat šest šroubků. Celý operační výkon mě fascinoval. Ze začátku mi chvíli trvalo, než jsem přijala za své způsob podávání nástrojů lékaři, ale bavilo mě to. Snažila jsem se každou volnou chvíli urovnávat a čistit nástroje, ptát se, jestli nechtějí sušení, hlásila aktuální počet šroubků, ale především jsem sledovala průběh operace, abych lékaři podala nástroj ještě dřív, než si řekl, jaký bude potřebovat.

V průběhu operace jsem si na malý moment, když jsem zrovna otírala nástroj od krve, uvědomila, že jsem v tom poprvé doopravdy sama. Nikdo nestál za mnou ani vedle mě, aby mi říkal, co je potřeba a jak se co dělá. Svěřila jsem se do rukou lékaře, o čemž neměl žádné tušení. Byla to jízda se všemi zatačkami a já byla vpředu. Největší odměnou mi byla pochvala lékaře.

10.15 Úklid sálu po ukončeném operačním programu

Závěrečný úklid v prostorách operačního sálu mě po skončení operačního programu baví provádět a vidím v něm značnou důležitost. Byť se jedná o úklid, který zahrnuje značné množství práce, a člověk se přitom dokáže ušpinit, je to chvíle, kterou беру jako odpočinkovou.

Cílem závěrečného úklidu je nařazeným dezinfekčním roztokem utřít dané povrchy sálu a používaných pomůcek během celého operačního programu, jako jsou například dezinfekční prostředky, nůžky na stříhání elastické náplasti Omnifix, kterým vždy sanitář po skončení operace přilepí koncovou část obvazu pacienta, sešívačka, krabičky atd. Cílem této činnosti je odstranění všech virů,

bakterií, a především nečistot. Také se utrou povrchy substerilizační místnosti, na které se během programu odkládala síta s vrtačkou, nástroji či dekontaminační kontejner. Součástí závěrečného úklidu je také zavolání uklízečkám, aby přijely na daný sál, kde se musí umýt podlaha a otřít stěny.

Velice mě překvapil fakt, že se po skončení operačního programu v rámci závěrečného úklidu také otírají veškerá kolečka vozíků, stolů a židlí, aby na nich neulpěly zaschlé skvrny krve z předešlých operací. Přitom když se nad tím zamyslím, co vše jsem z koleček otřela, je to vskutku logické.

10.16 Příprava sálu na nadcházející operační program

Neodmyslitelnou součástí je také, jak tomu na ortopedických sálech říkají, „nákup“. Tento tzv. nákup je důležitý pro nadcházející operační program či případné traumatologické úrazy, které se mohou naskytnout během každé minuty. Je zapotřebí, aby byl sál vybaven dostatečným množstvím potřebného materiálu, nástrojů a všechny důležité pomůcky byly uklizeny na svém místě a ve stavu k okamžitému použití.

Po skončení operačního programu obíhající sestra kontroluje, zda je ve stojanu na sále dostatečný počet čepelek, různých typů šití, jehel, kožních roztoků Braunol a Cutesept G, dále dostatečný počet lahví roztoku chloridu sodného, drénů o třech velikostech, stříkaček o různých objemech, břišních roušek či sterilních čtverečků. Součástí je i kontrola přísálového skladu a v neposlední řadě doplnění případného chybění sterilních kartáčků a papírových utěrek v umývárce pro lékaře.

Takovéto zakončení dne je pro mě důležité nejen z hlediska toho, že mohu být na konci dne spokojena s odvedenou prací a vědomím, že jsem se snažila udělat vše správně, ale také se tímto způsobem připraví místo splňující standardy operačních sálů. Zároveň je to i velká zodpovědnost, protože si raději nedovedu ani představit, pokud by po mém úklidu byl na sále nalezen byť malý ostatek zaschlé krve na kolečkách instrumentačního vozíku. Správně provedený úklid a příprava operačního sálu je jednou z vizitek sálové sestřičky.

Pokud toto vše pominu, je to chvíle, během které cítím značnou psychickou úlevu a odpočinek. Během celého dne jsme vystaveni neuvěřitelnému stresu, který si nejspíš ani během jednotlivých operací nepřipouštím. Na konci programu mi začíná vše zpětně docházet a uvědomuji si důležitost v tom, abych nejen já, ale i všichni zaměstnanci odcházeli domů s čistým svědomím dobře odvedené práce a nepřenášli si práci do svého soukromého života.

11. Diskuze

Diskuze obsahuje shrnutí zkušeností absolventky a vyučující z absolvování pilotního projektu.

O nápadu vedoucímu k uskutečnění pilotního projektu, který umožňuje studentům vstoupit do prostoru operačních sálů a být jejich aktivní součástí, jsem vedla rozhovor s Mgr. Miluší Bělíkovou.

První podněty vedoucí k uskutečnění pilotního projektu Základy perioperační péče vzešly od paní náměstkyně Mgr. Lenky Gutové, MBA. Myšlenka ohledně vzniku projektu a dalších souvisejících komponentů se začala vytvářet od začátku měsíce března roku 2021 (32).

Z počátku se úsekovým sestřám myšlenka toho, že by na operačních sálech figurovali studenti s nedokončeným vysokoškolským vzděláním, nelíbila. Nedokázaly myšlenku realisticky uchopit a představit si, jakou roli na operačních sálech studenti sehrají, aby to bylo přínosem. Pro uskutečnění jakéhokoliv nového, dosud neosvědčeného projektu je potřebná víra v uskutečnění a kompatibilita všech členů projektu. Bylo tedy potřebné přesvědčit úsekové sestry, že tento projekt má smysl a je dobrým krokem pro studenty jakožto potenciální perioperační sestry. Studenti zůstávají stále studenty, ale díky teoretickému zaškolení mohou být nápomocni a tím i prospěšní (32).

V průběhu celého procesu pilotního projektu, a tím si uvědomování různých změn a chyb v systému, došly k závěru, že studenti vyžadují více informací k oboru, který si dle zájmu vybrali nebo do něho byli přiřazeni. Změna, která by tedy mohla ve výuce nastat, by se týkala možnosti vybrat si předem obor, ke kterému by účastník nejvíce inklinoval, aby došlo k propojení praxe a teoretické přípravy. Je podstatné mít kvalitní a dostačující informace týkající se jednoho konkrétního oboru a s těmi informacemi dál pracovat a vědomosti prohlubovat.

Do teoretické části dle daného oboru by se přidaly obsáhlejší informace z odborného modulu 2, 3 tak, aby byly poskytnuty komplexnější informace ze zvoleného oboru. Tím se tak pro studenta vytváří lepší představa o činnostech a operačních výkonech jednoho konkrétního oboru ještě před samotným vstupem do operačních sálů a účastí v nich. K přiblížení konkrétního oboru by se navíc

věnoval jeden až tři dny. Zde by se studentům vysvětlila anatomie, jednotlivé typy operací a výkonů charakteristických pro daný obor. S tím by souvisela i příprava kontejnerů se síty a nástroji. Díky těmto krokům navíc budou studenti působit jistějším dojmem a lépe se zorientují v operačním plánu, ve kterém jsou operační výkony napsané ve zkratkách (32).

Pro samotný personál to znamená více času na vlastní práci, protože nebude zapotřebí studentům vysvětlovat jednotlivé zkratky. Přednášejícími by nebyli lékaři, jako je u specializačního studia zvykem, ale perioperační sestry, které dokážou své poznatky lépe přiblížit, a tak se stane teorie pro studenty mnohem efektivnější a přínosnou.

Dalším novým podnětem je zvolení si správné školitelky, kterou bude student veden. Je důležité, aby tou školitelkou byla perioperační sestra, kterou její práce naplňuje a je ochotna své znalosti a pracovní dovednosti předávat dalším. Student by pro ni neměl být na obtíž ani jakýmsi stínem, který bude chodit všude za ní, aniž by si vyzkoušel udělat něco samostatně. Je to velká zodpovědnost nejen pro školitele, ale také studenta, protože by si měli vzájemně důvěřovat. Sestra by studentovi měla věřit, že udělá vše tak, jak má, a pokud má o svém výkonu nějaké pochybnosti, měl by je sdělit své školitelce, protože ona je tou, která odpovídá za svou výslednou práci. V neposlední řadě by měl student důvěřovat sestře, že ona je tou, která mu umožní rozvíjet se správným směrem a vhodnými metodami. Je výhodné, pokud má student po celou dobu jednu a tutéž mentorku, se kterou si oba vytvoří určité pouto, a ona již ví, jaké činnosti jsou studenta silnou, ale i slabou stránkou. Oba se časem naučí spolupráce a mentorka ví, v jakých úkonech ji může student zastoupit (32).

Souhlasím s Bělikovou, že ve výsledku se nejednalo o podobu odborného modulu 1, jak bylo původně zamýšleno, ale do jisté míry za adaptační proces. Smyslem adaptačního procesu bylo zapracovat se na daném oddělení v určitém čase. Důležitou myšlenkou a cílem bylo přetransformovat získané teoretické zkušenosti a praktické dovednosti do nemocniční praxe (32). Někteří z nás tomuto dostáli a někteří se stále hledají.

Velkým krokem bylo počínání si zodpovědně a vystoupení z komfortní zóny. Praxe na operačních sálech byla zcela novou a odlišnou zkušeností

od běžných praxí na lůžkovém oddělení. Na lůžkovém oddělení bývají studenti vedeni vybranými mentory z řad všeobecných sester a jsou tam pouze za figuranty, kteří se dívají a občas plní pokyny sester. Pokud se ale pokyn neudělá, tak se nic nestane, udělá se to později nebo to zvládne někdo jiný. Na operačních sálech jsme byli ale sami za sebe a v té dané pracovní době se muselo vše splnit dle operačního plánu. Nestál nám nikdo za zády a nekontroloval po nás každou věc. Je to pocit zodpovědnosti. Přesto je důležité mít někoho, kdo nás vede a pomáhá nám, ale ne takovým způsobem, jako doposud. Je důležité být veden někým, kdo nám pomáhá dostat se z té „škatulky“ studenta, který byl vždy někým veden a nad kterým někdo stál až do té samostatné praxe, která obnáší nejen rozhodování, ale i zodpovědnost za naše vlastní rozhodnutí.

Zvoničková tuto skutečnost ve svém článku přirovnává metaforicky k jízdě autem. V ošetrovatelské profesi jsou kladeny velké nároky na teoretické znalosti, připravenost, zvýšenou schopnost komunikovat, pracovat v týmu a obnáší to značné množství fyzické i psychické zátěže. Je tedy možné, že to lze do jisté míry přirovnat k cestě vedoucí k obdržení řidičského průkazu a následná samostatná jízda autem. Nebyla to pouze tato stránka věci. Najednou se objevila úskalí spojená s technickým ovládním, nepříznivým počasím a netrpěliví chodci. Bylo také zapotřebí vyznat se v jiných městech a nepodlehnout tlaku ostatních řidičů (18).

Zásadní změna, kterou si musí absolvent uvědomit, je chtít to auto řídit a počítat se všemi úskalími, které se mohou během cesty vyskytnout, ale důležité je přežít a nezanevřít. A stejné je to i v ošetrovatelské profesi (18).

Proces, který jsme na operačních sálech absolvovali, nemůžeme přímo pojmenovat procesem adaptačním, ale lze jej považovat za proces rozhodování. Tuto zkušenost jsme každý pojali jinak. Někteří z nás to považovali za přípravu na navazující magisterský obor *Perioperační péče*. Pro některé to bylo možností objevit něco nového, chtěli poznat své hranice, nemají v oblibě praxi na lůžkovém oddělení a cokoli jiného je lepší, nebo tím zjistili, jakým směrem se vydat nechtějí. Ať jsou důvody jakékoliv, každého z nás to v našem budoucím rozhodnutí ať už kladně, nebo záporně ovlivnilo.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala problematikou adaptačního procesu na Oddělení centrálních operačních sálů v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha. Proces jsem absolvovala v rámci pilotního projektu, kterého jsem se zúčastnila formou povinného předmětu Prázdninová praxe II ve 2. ročníku od května do září loňského roku.

V teoretické části mé bakalářské práce bylo obsaženo vymezení pojmů perioperační péče, historie specializačního vzdělávání v perioperační péči a současné pojetí specializační přípravy pro výkon profese perioperační sestry. Celek teoretické části uzavřely kapitoly, které se věnovaly navazujícímu magisterskému studiu a kompetencím všeobecné sestry se získanou specializací.

Empirická část mé bakalářské práce byla věnována přiblížení adaptačního procesu na pracovišti ÚVN – VFN, který jsem absolvovala v rámci pilotního projektu, jehož popis je také v této části zahrnut. Mimo jiné byl zahrnut popis výzkumné metody autoetnografie a etnografie, osoby výzkumníka, témata, která byla z hlediska cíle práce identifikována jako významná a diskuze.

Práce je zakončena seznamem použité literatury.

Seznam použité literatury

Literatura

- (1) DUDA, Miloslav. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-642-0.
- (2) JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšíř. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. ISBN 978-80-7013-598-3.
- (3) JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, SVOBODA, Tomáš a Jana WICHSOVÁ. *Perioperační zásady v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1727-7.
- (4) LINHART, Otto. *Instrumentování na operačním sále. Určeno pro postgrad. studium. Díl 1., Všeobecná část; Operační výkony ve všeobecné chirurgii*. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1987. Učební texty / Institut pro další vzdělávání stř. zdravot. pracovníků v Brně.
- (5) NIEDERLE, Bohuslav. *Práce sestry na operačním sále: příručka pro sestry operačních oddělení*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957.
- (6) SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-4414-8.
- (7) ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-7367-313-0.
- (8) VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4732-3.
- (9) WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, (c)2012. ISBN 978-80-7262-894-0.

- (10) WICHISOVÁ, Jana. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra. ISBN 978-80-271-1029-2.
- (11) WICHISOVÁ, Jana, PŘIKRYL, Petr, POKORNÁ, Renata a Zuzana BITTNEROVÁ. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-3754-6.

Odborné články

- (12) BITTNEROVÁ, Zuzana. Proč termín perioperační péče?. *Sestra*. 2007, **17**(6), 48. ISSN 1210-0404.
- (13) DRDULOVÁ, Alena a Květuše OPLATKOVÁ. Vše o specializačním vzdělávání. *Florence*. 2008, **4**(9), 328. ISSN 1801-464X.
- (14) HOFŠTETROVÁ KNOTKOVÁ, Michaela a Nina MÜLLEROVÁ. Metodický pokyn k zákonu č. 96/2004 Sb., kterým se stanoví pravidla průběhu studia pro účastníky specializačního vzdělávání. *Sestra*. 2009, **19**(9), 17-18. ISSN 1210-0404.
- (15) JANOUSHKOVÁ, Miroslava. Uplatnění modelu perioperační péče na vlastním pracovišti. *Sestra*. 2008, **18**(Mimoř. příl. 1), 4-5. ISSN: 1210-0404.
- (16) KORDULOVÁ, Pavla. Vzdělávání sester specialistek v perioperační péči. *Florence*. 2017, **13**(6), 26-28. ISSN 1801-464X.
- (17) Výbor sekce perioperačních sester ČAS. Sekce perioperačních sester. *Florence*. 2017, **13**(3), 42-43. ISSN 1801-464X.
- (18) ZVONÍČKOVÁ, Marie a Marie CHYTILOVÁ. Význam nástupní praxe pro další profesionální kariéru v ošetrovatelství. *Ošetrovatelství*. 2003, **5**(1/2), 43-45. ISSN 1212-723X.

Právní předpisy

- (19) Nařízení vlády č. 164/2018 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

- (20) Vyhláška č. 337/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 189/2009 Sb., o atestační zkoušce, zkoušce k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušce akreditovaných kvalifikačních kurzů a aprobační zkoušce a o postupu při ověření znalosti českého jazyka.
- (21) Vyhláška č. 394/2004 Sb., kterou se upravují podrobnosti o konání atestační zkoušky, zkoušky k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušky akreditovaných kvalifikačních kurzů, aprobační zkoušky a zkušební řád pro tyto zkoušky.
- (22) Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- (23) 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.

Online zdroje

- (24) ADAMS, Tony E., ELLIS, Carolyn a Stacy, HOLMAN JONES. Autoethnography. In: MATTHES, Jörg, DAVIS, Christine S. a Robert F. POTTER (ed.). *The International Encyclopedia of Communication Research Methods* [online]. Hoboken: John Wiley & Sons, 2017, s. 1-11 [cit. 10.5.2022]. ISBN 978-1-118-90176-2. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/9781118901731.iecrm0011>.
- (25) HOLMAN JONES, Stacy, ADAMS, Tony E. a Carolyn ELLIS (ed.). *Handbook of Autoethnography* [online]. Taylor and Francis, 2016 [cit. 10.5.2022]. ISBN 978-1-315-42779-9. Dostupné z: <https://www.perlego.com/book/1568282/handbook-of-autoethnography-pdf>.

- (26) CHANG, Heewon. *Autoethnography as Method* [online]. Taylor and Francis, 2016 [cit. 8.5.2022]. ISBN 978-1-315-43335-6. Dostupné z: <https://www.perlego.com/book/1569460/autoethnography-as-method-pdf>
- (27) NCO NZO. *Stručná historie a vývoj Centra v datech* [online]. Brno: NCO NZO [cit. 5.5.2022]. Dostupné z: <http://old.nconzo.cz/web/guest/125>.
- (28) POKOJOVÁ, Radomíra. Modulový systém specializačního vzdělávání sester. *Zdraví.Euro.cz* [online]. 2006 [cit. 8.5.2022]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/modulovy-system-specializacniho-vzdelavani-sester-273150>.
- (29) Univerzita Pardubice. *Navazující magisterský studijní program N0913P36 Specializace v ošetrovatelství – perioperační péče: Obor specializačního vzdělání: perioperační péče* [online]. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2020 [cit. 10.5.2022]. Dostupné z: https://fzs.upce.cz/sites/default/files/public/movo3264/specializace_v_ošetrovatelství_-_perioperacní_peče_146508.pdf.
- (30) *Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha* [online]. Praha: uvn.cz, (c)2022 [cit. 9.5.2022]. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/>.
- (31) Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Všeobecná sestra – Perioperační péče: květen 2020. *Věstník MZ ČR* [online]. 2020, částka 5, s. 221-249. [cit. 10.5.2022]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/19099/41057/Vestnik%20MZ_5-2020.pdf.

Další zdroje

- (32) BĚLÍKOVÁ, Miluše. Osobní konzultace konaná dne 9. 12. 2021 v Praze.
- (33) HEMELÍK, Martin. Osobní konzultace konaná dne 28. 3. 2022 v Praze.
- (34) ÚVN. *Provozní řád Oddělení centrálních operačních sálů: 381/2021*. Praha: ÚVN, 2021.

- (35) ÚVN. *Směrnice ředitele č. 06/2018. Proces zapracování a adaptace nových zaměstnanců a zásady zpracování periodického hodnocení v ÚVN*: Praha: ÚVN, 2021.
- (36) ÚVN. *Vnitřní předpisy Oddělení centrálních operačních sálů ÚVN*. Praha: ÚVN. [2021].