

UNIVERZITA PARDUBICE

NÁZEV FAKULTY

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Hedvika Šulcová

Univerzita Pardubice  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Kompetence všeobecných sester na operačním sále  
Diplomová práce

2023

Bc. Hedvika Šulcová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2021/2022

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Hedvika Šulcová**  
Osobní číslo: **Z21455**  
Studijní program: **N0913P360006 Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče**  
Téma práce: **Kompetence všeobecných sester na operačním sále**  
Téma práce anglicky: **Competence of general nurses in the operating room**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

## Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. ? AION CS 2010-2020 [cit.2020-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

GUTVEISOVÁ, Tereza. *Vzdělávání a kompetence perioperačních sester v České republice* [online]. Pardubice, 2020 [cit. 2022-05-22]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/a3xdcf/>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 9788070135433

PLÉVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-274-4414-8.

ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea POKORNÁ a Erna MIČUDOVÁ. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelství praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5094-1

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2021**  
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

L.S.

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

**Mgr. et Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2023

Prohlašuji:

Práci s názvem Kompetence všeobecných sester na operačním sále jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 26. 04. 2023

Hedvika Šulcová v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce, Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za trpělivost, čas a cenné připomínky. Dále bych chtěla poděkovat svému nejbližšímu okolí Vendule Juklové a Ing. Ireně Mullerové za jejich důvěru a podporu během studia.

## **ANOTACE**

Diplomová práce má část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na základní terminologii perioperační péče a personál, jenž tuto péči poskytuje. Tato část diplomové práce se zabývá vysvětlením pojmu kompetence a klíčovými kompetencemi sester na operačním sále. Dále se tato práce věnuje vzdělávání a adaptačnímu procesu všeobecných sester v perioperační péči. Praktická část se zabývá kvalitativním průzkumným šetřením, kdy byly osloveny sestry pracující na operačním sále jedné nejmenované nemocnice. Výsledky šetření praktické části byly zanalyzovány pomocí metody „tužka a papír“. K přehlednějšímu znázornění některých výsledků práce byl použit software na kvalitativní analýzu dat Atlas.ti.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Perioperační péče, perioperační sestra, všeobecná sestra, kompetence, adaptace, vzdělávání

## **TITLE**

Competence of nurses in the operating room

## **ANNOTATION**

The diploma thesis has a theoretical and a practical part. The theoretical part is focused on the basic terminology of perioperative care and the personnel who provide this care. This part of the thesis deals with the explanation of the concept of competence and the key competences of nurses in the operating room. Furthermore, this work is devoted to the education and adaptation process of general nurses in perioperative care. The practical part deals with qualitative exploratory research, when nurses working in the operating room of an unnamed hospital were approached. The results of the investigation of the practical part are analyzed using the "pencil and paper" method. Atlas. Ti qualitative data analysis software was used to present some of the results of the work more clearly.

## **KEYWORDS**

Perioperative care, perioperative nurse, general nurse, competence, adaptation, education

# OBSAH

ÚVOD.....	1
1 CÍLE A METODY PRÁCE.....	1
1.1 Cíl práce.....	1
1.2 Metody k dosažení cíle.....	1
TEORETICKÁ ČÁST.....	2
2 KOMPETENCE.....	2
2.1 Definice pojmu kompetence.....	2
2.2 Charakteristické znaky kompetencí.....	3
2.3 Klíčové kompetence.....	3
2.3 Vymezení kompetence ve zdravotnictví.....	4
2.3.1 Kompetence sestry pro perioperační péči dle EORNA.....	4
2.3.2 Kompetence sestry dle ICN.....	5
2.3.3 Kompetence sester v České republice.....	6
2.4 Získávání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry.....	7
3 SESTRA NA OPERAČNÍM SÁLE.....	8
3.2 Perioperační péče a její definice.....	8
3.3 Role sestry na operačním sále.....	9
3.4 Operační skupina.....	9
3.5 Kvalifikace sester na operačním sále v průběhu let.....	10
4 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ SESTE PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI.....	12
4.1 Specializační vzdělávání v oboru perioperační péče.....	12
4.2 Vzdělávání univerzitního typu pro perioperační péči.....	14
4.3 Akreditovaný kvalifikační kurz.....	14
4.4 Certifikovaný kurz.....	14
4.5 Inovační kurz.....	15
4.6 Seminář.....	15
5 ADAPTACE.....	15
5.1 Funkce a cíle adaptačního procesu.....	16
5.2 Pracovní adaptace.....	17
5.3 Nástroje řízení adaptačního procesu.....	19
5.4 Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP.....	20
5.5 Hodnocení procesu adaptace.....	21
SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	21
6 CÍLE PRÁCE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY.....	23



7 METODIKA VÝZKUMU.....	24
7.1 Výzkumný soubor.....	24
7.1.2 Charakteristika informantek .....	25
7.1.3 Předvýzkum s mentorkou operačních sálů .....	27
7.1.4 Pilotní průzkum.....	27
7.2 Metoda analýzy dat.....	27
7.2.1 Příprava.....	27
7.2.2 Kategorie a kódování .....	28
9 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT .....	30
9.1 Adaptace .....	30
9.1.1 Průběh .....	30
9.1.2 Ukončení adaptačního procesu .....	39
9.1.3 Okolnosti ovlivňující adaptační proces.....	43
9.1.4 Osobnostní předpoklady sester .....	43
9.1.5 Mentor.....	44
9.1.6 Kolektiv .....	46
9.1.7 Sestra v adaptaci a emoce .....	48
9.1.8 Motivace .....	50
9.1.9 Kompetence .....	52
9.1.10 Celoživotní vzdělávání sester na operačním sále .....	56
10 DISKUZE .....	61
11 ZÁVĚR .....	68
11.1 Doporučení pro praxi.....	69
12 POUŽITÁ LITERATURA .....	71
12.1 Primární zdroje .....	71
12.2 Ostatní.....	74
12.3 Internetové zdroje .....	74
13 PŘÍLOHY .....	77

## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Stručný přehled základních činností zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí bez odborného dohledu a indikace. ....	6
Obrázek 2 Souhrnná tabulka specializované způsobilosti všeobecné sestry pro perioperační péči.....	13
Obrázek 3 Mapa provázanosti jednotlivých kategorií výzkumu .....	29
Obrázek 4 Mapa rolí, které zaujímaly dotazované sestry při nástupu na oddělení operačních sálů s jednotlivými komentáři (Atlas.ti) .....	33
Obrázek 5 Mapa činností, ve kterých se dotazované sestry prakticky zaučovaly, jako první (Atlas.ti) .....	34
Obrázek 6 Mapa subjektivně nejdůležitějších činností dle dotazovaných sester s komentáři (Atlas.ti) .....	36
Obrázek 7 Mapa subjektivně nejsložitějších činností podle dotazovaných sester s komentáři (Atlas.ti) .....	38
Obrázek 8 Mapa hodnocení adaptačního procesu s komentáři (Atlas.ti) .....	39
Obrázek 9 Mapa znázorňující rozdíly, které sestry pociťovaly po ukončení adaptačního procesu. (Atlas.ti).....	41
Obrázek 10 Mapa znázorňující formy špatné praxe, kterých sestry byly svědky. (Atlas.ti) ....	42
Obrázek 11 Mapa osobnostních předpokladů dotazovaných sester s komentáři (Atlas.ti) .....	44
Obrázek 12 Mapa ukazující, kdo sestrám v adaptaci nejvíce pomohl s komentáři. (Atlas.ti). ....	45
Obrázek 13 Mapa spolupráce s lékaři s komentáři. (Atlas.ti).....	48
Obrázek 14 Mapa znázornění subjektivního prožívání sester při nástupu na oddělení operačních sálů s komentáři (Atlas.ti) .....	50
Obrázek 15 Mapa motivací sester pro výběr perioperační péče s komentáři (Atlas.ti).....	52
Obrázek 16 Mapa znalosti kompetencí s komentáři. (Atlas.ti).....	53
Obrázek 17 Kompetentnost sester při příchodu na operační sály s komentáři (Atlas.ti).....	54
Obrázek 18 Na mapě můžeme vidět, že více než polovina sester neprovádí dostatečnou kontrolu přiložené neutrální elektrody. Ve všech případech lepší neutrální elektrodu sanitář. (Atlas.ti) .....	56
Obrázek 19 Znázornění preferovaného typu vzdělání v perioperační péči s komentáři. (Atlas.ti) .....	58

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

ANA	American Nurse´s Association
AORN	Association of periOperative Registered Nurses
ARIP	Anestezie, resuscitace, intenzivní péče
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
COS	Centrální operační sály
ČR	Česká republika
EORNA	European Operating Room Nurses Association
FZS	Fakulta zdravotnických studií
HDR	Hygienická dezinfekce rukou
CHDR	Chirurgická dezinfekce rukou
ICN	International Council of Nurses
ICM	International Confederation of Midwives
MBA	Master of Business Administration
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
OS	Operační sál
PP	Perioperační péče
STAG	Studijní agenda
UPCE	Univerzita Pardubice
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
ZP	Zdravotnické prostředky
WHO	World Health Organization

## ÚVOD

V České republice každoročně podstupuje operační invazivní chirurgický výkon bezmála 600 tisíc pacientů. (ÚZIS ČR, ©2013) Pro rozvoj kvality péče a udržení bezpečnosti pacienta na operačním sále je důležitý kvalifikovaný a kompetentní zdravotnický personál, který je ochotný se po celou dobu svého profesního života vzdělávat (Škrála, Škrlová 2008). Takto kvalifikovaný a vzdělaný personál pracující v rámci víceoborového týmu by měl být kompetentní, a měl by prokazovat zkušenosti ze současných trendů ve výzkumu a poznacích, které souvisejí s perioperační péčí a operačním oddělením (EORNA, ©2012). Ve vzdělávání perioperačních sester se udály v minulosti změny a i zde dochází k pokroku. Pro získání způsobilosti pracovat ve zdravotnictví je potřeba získat odpovídající vzdělání. Podle stupně dosaženého vzdělání se mění i kompetence sestry pracující na operačním sále. Perioperační sestry zastávají celou řadu velmi specifických intervencí a zaujímají důležitou roli v péči o pacienta na operačním sále. Sestra, která přichází pracovat na operační sál má před sebou nelehký úkol a to adaptovat se na zcela odlišný a specifický typ práce. Každá zdravotnická organizace by se měla zaměřit na nově příchozí pracující sestry a na cílené řízení jejich adaptace. Adaptační proces pro nelékařské zdravotnické pracovníky je vymezen zákonem 96/2004 Sb., jehož cílem je přizpůsobení se pracovnímu a sociálnímu prostředí. Díky podpoře, kterou vedení novým zaměstnancům poskytne nové sestry rychleji nabývají potřebných znalostí a dovedností, orientují se v prostředí operačních sálů a ve struktuře vztahů a rychleji tak dosahují požadovaného výkonu. S adaptací sester úzce souvisí rozvoj a zdokonalování kompetencí, který závisí na příležitostech, na pracovním prostředí a spokojenosti sester. Tato práce se proto zabývá kompetencemi sester na operačním sále, jejich nabýváním v procesu adaptace a pocite být kompetentní, neboť být kompetentní je základním prvkem ošetrovatelské praxe a nedílnou součástí poskytování bezpečné perioperační péče. Práce se zaměřuje na cestu sester na operačním sále s cílem nahlídnout do jejich adaptačního procesu a celoživotního vzdělávání, které je nedílnou součástí prohlubování a obnovování vědomostí a souvisí též se spokojeností a pracovní stabilizací na pracovišti.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

Diplomová práce řeší cíle v teoretické a praktické rovině.

## **1.1 Cíl práce**

Teoretickým cílem práce je popsat a definovat pojem kompetence se zaměřením na perioperační péči a sestry, které perioperační péči poskytují. Dále přiblížit perioperační péči a definovat všeobecnou sestru pro perioperační péči. Další část této práce má za cíl popsat systém získávání odborné a specializované způsobilosti zdravotnických pracovníků a nahlédnout na povolání sestry pohybující se na operačním sále.

Průzkumná část má na základě studia odborných zdrojů a potřeb praxe stanovené tyto cíle:

- 1) Zjistit, jak probíhá adaptace a adaptační proces u sester na operačním sále,
- 2) zjistit, jaké mají sestry zkušenosti s dodržováním či delegováním svých kompetencí.

## **1.2 Metody k dosažení cíle**

Teoretická část této práce se opírá o studium odborné literatury, příslušné legislativy a zpracováním literární rešerše těchto zdrojů.

Praktická část je vedena metodou kvalitativní fenomenologické interpretace. Zaměřuje se na osobní zkušenosti perioperačních sester a popisuje jejich zkušenosti s daným tématem. Metodou sběru dat bude rozhovor s předem připraveným okruhem otázek. Osnova otázek bude stanovena na základě rozhovoru s mentorkou operačních sálů. Průzkumný rozhovor proběhne se sestrami, které pracují na operačním sále ne déle než tři roky od ukončení adaptačního procesu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 KOMPETENCE

Vymezení pojmu kompetence není vždy jednoznačné i když je používáno s určitou samozřejmostí. V dřívějších dobách byl pojem kompetence zaměřen na profesní vzdělávání a rekvalifikace. Měl význam zejména pro manažery jejich vzdělávání a rozvoj. Později se tento kompetenční model rozšiřoval i do oblastí řízení, rozvoje lidských zdrojů a organizací. Jedná se o kompetenční přístup, který je jedním z faktorů při vymezení rozdílů pracovního výkonu buď na vysokou či nízkou úroveň. Dnes s tímto termínem nepracují pouze odborná pracoviště a ústavy, ale jsou součástí strategických a koncepčních kurikulárních dokumentů a pracují s nimi lidé napříč obory. Pojem kompetence se v odborné literatuře uvádí z různých úhlů pohledů a je součástí různých vědních oborů. Zároveň je rozvoj kompetencí cílem vzdělávacím, sociálním a hospodářským. Pro praktické a politické záměry jsou vymezovány v první řadě normativně, ale zahrnují i individuální postoje a motivaci svých nositelů. Pozorováním postojů, znalostí a souboru dovedností pracovníků je možné zjišťovat a především ovlivňovat jejich výkon správným směrem. (Beneš, 2014, s. 104; Veteška, Tureckiová, 2008 s. 58)

### 2.1 Definice pojmu kompetence

V anglickém jazyce se pro pojem kompetence využívají dva termíny a to „competence“, a „competency“, což do jisté míry usnadňuje definování. „Competence“, je minimální kvalifikační požadavek, minimální standart nebo vzdělání. „Competency“, znamená způsob, kterým dosahujeme určitého výkonu (Hroník a kol. 2008). Člověk by měl podávat v konkrétní úloze dostatečný výkon pro jehož vykonávání má dostatečné zdroje. Je nutné, aby člověk využíval svůj potenciál a byl dostatečně způsobilý. (Plamínek, 2015, s. 97)

Kompetence je významově spojená s termíny jako je moc, vliv nebo autorita. Může se také vykládat jako oprávnění či pravomoc jedince s čímž se také pojí odpovědnost za výsledek rozhodovacího procesu. Další možné pojetí pojmu kompetence tj. kompetence jako soubor znalostí, dovedností, zkušeností, metod, postupů a postojů, které si jedinec osvojuje a rozvíjí v procesech vzdělávání a učení a jež mu umožňují osobní rozvoj a úspěšné zvládnání rozličných úkolů (Vališová, Kasíková a kol. 2007; Veteška, Tureckiová, 2008 s. 19, s. 20). Kompetence jsou představovány i v širším kontextu celoživotního učení, na který působí řada vnitřních i vnějších faktorů, kdy v procesu učení můžeme nabývat stejných kvalifikací a kompetencí různou cestou a kdykoliv během života. Celoživotní učení je tedy v ideálním pojetí považováno za nepřetržitý proces. Jde o to, aby byl jedinec připraven a ochoten učit se. Schopnosti získané

ve školských zařízeních nejsou tak cenné jako schopnosti, resp. kompetence učit se. (Veteška, Tureckiová, 2008 s.13, s.14)

## 2.2 Charakteristické znaky kompetencí

Mezi nejdůležitější znaky kompetencí patří:

- kompetence je vždy kontextualizovaná – což znamená, že je zasazená v souvislosti s prostředím nebo situací, která je vytvářena předchozími znalostmi, zkušenostmi, zájmy a potřebami ostatních účastníků situace,
- kompetence je multidimenzionální – je složena z různých zdrojů jako jsou např. informace, znalosti, dovednosti, představy, postoje nebo jiné dílčí kompetence atd. Předpokládá účelné jednání s těmito zdroji, které jsou spjaty s lidským chováním. Kompetence obsahuje chování a v chování se projevuje,
- kompetence je definována standardem – předpokládaná úroveň a soubor kritérií zvládnutí kompetence jsou stanoveny předem. To umožňuje, aby svoji kompetenci demonstroval a aby ji také sám zvládnul změřit a vyhodnotit,
- kompetence má potenciál pro akci a rozvoj – v tomto případě je kompetence získávána a rozvíjena v procesu celoživotního vzdělávání a učení, jsou odvozeny od zdrojových faktorů. Zdrojové faktory jako např. dovednosti a postoje jsou předem vymezené.

Jedinec se v průběhu života dostává do různých situací, plní množství sociálních rolí a s nimi spojené úkoly a cíle. Pokud dokáže efektivně nakládat se svými individuálními zdroji, rozvíjí je, tak tím zvyšuje pravděpodobnost svého úspěchu (Veteška, Tureckiová, 2008, s.159).

## 2.3 Klíčové kompetence

V návaznosti na předchozí část textu se pojem kompetence může vymezit jako pravomoc a odpovědnost svěřená pracovnímu místu či soubor činností, který je jedinec schopný vykonávat lépe než ostatní lidé a tím pádem mu umožňuje danou situaci zvládat lépe. Kompetence tedy tvoří znalosti, dovednosti, schopnosti, povahové rysy, postoje konkrétního jedince. Pojem klíčové kompetence lze chápat jako osobnostní předpoklady a tvořivost jedince. Klíčové kompetence nejsou v přímém vztahu s konkrétní pracovní pozicí nebo konkrétní pracovní způsobilostí, ale představují obecnou kvalifikaci, která může být základem pro mnoho činností. Belz a Siegrist (2001) rozlišují šest základních složek individuální kompetence a to schopnost komunikace a spolupráce, schopnost řešit problémy a být tvořivý, schopnost přijmout

odpovědnost, učit se, přemýšlet a umět věci zdůvodňovat a hodnotit. Klíčové kompetence odrážejí jednání člověka v reálných situacích a jsou relativní neboť situace kolem nás se neustále mění. (Veteška, Tureckiová, 2008, s.43)

## **2.3 Vymezení kompetence ve zdravotnictví**

Pojem kompetence se používá v první řadě pro požadavky na výkon dané profese a pravomocí. Účelem kompetencí je určení pracovní náplně zaměstnance. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR uvádí v Centrální databázi kompetencí dělení kompetencí na odborné znalosti a dovednosti, obecné dovednosti a tzv. měkké kompetence (soft skills). Jsou zde popisovány požadavky a předpoklady k výkonu určitého souboru činností. Říkají, co má zaměstnanec znát, umět a jak se má chovat. (NSP, ©2022)

Kompetence všeobecných sester upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb. – novelizace vyhláškou č. 391/2017 Sb.

### **2.3.1 Kompetence sestry pro perioperační péči dle EORNA**

Evropská sdružení sester na operačním sále (EORNA) byla založena v roce 1980 za účelem rozšíření a rozvoje perioperační péče v celé Evropě. Cílem těchto sdružení je především zvyšování standardu perioperační péče o pacienta. Mít možnost podílet se na ovlivňování perioperační péče a nastavit spolupráci s evropskými a mezinárodními organizacemi. Dále pak možnost rozvíjet vzdělávací programy, používat vědecké výzkumy, standardizovat úroveň vzdělávání v členských zemích, podporovat profesní postavení sester v perioperační péči a zacílit tak na podporu bezpečného a zdravého perioperačního prostředí pro pacienty i personál. (EORNA, ©2022)

EORNA se ztotožňuje s pěti základními doménami kompetencí, kam zařadila profesionální/právní a etické praxe. Perioperační sestra se dokáže profesionálně rozhodnout na základě situace, událostí a stavu pacienta. Zachovává etickou praxi a důstojnost pacientů i kolegů. Sestra je advokátkou pacienta, kterého podporuje a obhajuje. Pracuje v souladu s právními předpisy a dodržuje pokyny vztahující se k rozsahu své praxe. Další doménou je ošetrovatelská péče a perioperační praxe, tato doména vyžaduje mnoho znalostí, které jsou důležité v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Sestra uplatňuje nabitě zkušenosti, znalosti a dovednosti v péči o klienty. Dále sem patří doména, která zahrnuje mezilidské vztahy a komunikaci, organizační, řídicí a vůdčí schopnosti, vzdělávání a profesní rozvoj a výzkum. Perioperační sestra musí používat všechny kompetence z domén EORNA, používat nabitě



znalosti, dovednosti a mít profesionální přístup při poskytování péče o klienta. (Jedličková, 2019, s.14)

### 2.3.2 Kompetence sestry dle ICN

Začátkem 21. století ICN (International Council of Nurses) neboli Mezinárodní rada sester vytvořila tři hlavní skupiny kompetencí, které se navzájem doplňují, navazují na sebe a poskytují návod při poskytování ošetrovatelské péče. Cílem vytvoření mezinárodních kompetencí bylo vyjasnit role sester pomocí stanovených kompetencí. Ty by měly být dostatečně specifické, ale i široké, aby mohly být používány v zemích, kde doposud kompetence vymezené nemají. Základem kompetencí podle ICN jsou:

- Profesionální, etická a zákonná praxe

Profesionální praxe v sobě zahrnuje odpovědnost a celkový přístup sestry k práci, kterou vykonává. Sestra si je vědomá odpovědnosti za své úsudky a aktivity. Je schopná konzultovat s ostatními členy týmu a delegovat kompetence na své nebo podřízené spolupracovníky.

V etické praxi se uplatňují především charakterové vlastnosti, dovednosti, komunikační schopnosti, míra chování a empatie. Sestra je obhájkyň pacientů, respektuje jejich práva, potřeby, hodnoty, víru, náboženské vyznání, kulturní potřeby a chrání jejich stud. Všeobecná sestra pracuje v souladu s legislativou, zná zákony a vyhlášky, které se týkají kompetencí a ošetrovatelské péče. Dokáže vyhodnotit protizákonné jednání či chování v rozporu se zákonem. (Margaret, 2003, s.32, s.33, Etický kodex. ICN, s.30)

- Poskytování a management péče

Pomocí ošetrovatelského procesu se všeobecná sestra podílí na přecházení nemocem, podpoře či navrácení zdraví a na zmírnění utrpení tam, kde již pomoc vedoucí k uzdravení není možná. ICN uvádí, že v rámci managementu péče sestra dbá na bezpečné prostředí, předchází riziku pádu a aspirace u klientů, zajišťuje bezpečné podávání léčivých přípravků, chrání sebe a okolí před infekcí, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, využívá mezioborové spolupráce a pověřuje jiné zdravotnické spolupracovníky činnostmi, které odpovídají jejich schopnostem a rozsahu praxe.

- Profesionální rozvoj

Zahrnuje zdokonalování, které přispívá k rozvoji ošetrovatelské praxe, sestra se podílí na výzkumu a vytváří image svému oboru. Všeobecná sestra se účastní celoživotního vzdělávání

a využívá získané poznatky ve své praxi. Podílí se na utváření standardů a poskytuje ten nejvyšší stupeň kvality péče díky své kvalifikaci a vzdělání. (Margaret, 2003, s.33, s.37, Etický kodex. ICN, s.30)

### 2.3.3 Kompetence sester v České republice

Kompetence sester v České republice jsou upraveny legislativou a to zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů ( zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). (Česko, © 2023) Činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků jsou vymezeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. Zdravotnický pracovník se získanou odbornou způsobilostí vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a to bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti :



Obrázek 1 Stručný přehled základních činností zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí bez odborného dohledu a indikace.

Všeobecná sestra vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu. Kompetence sester na operačním sále jsou tedy odvozeny od dosaženého stupně vzdělání jak kvalifikačního tak specializačního. Pokud nastupuje na operační sály sestra s kvalifikací v oboru všeobecná sestra bez specializace v oboru perioperační péče její náplň práce vychází ze zákona č.55/2011 Sb. v platném znění a stejně tak pokud na operační sály nastupuje všeobecná sestra se specializací

v oboru perioperační péče. Rozdílem v poskytování perioperační péče všeobecnou sestrou bez specializace je pouze ten, že tato sestra vykonává práci s odborným dohledem. Odborný dohled zajišťuje pracovník se způsobilostí výkonu práce bez odborného dohledu na daném pracovišti. Při nastavování příslušných kompetencí je tedy nutné přihlížet k dosaženému kvalifikačnímu vzdělání, zaměstnanec musí znát své kompetence odpovídající jeho pracovní náplni a nesmí vykonávat činnosti, které tomuto zařazení neodpovídají. (Jedličková a kol, 2019, s.9)

## **2.4 Získávání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry**

V rámci Evropské unie patří povolání všeobecné sestry mezi regulovaná. To znamená, že jsou předepsány právní předpisy, bez jejichž splnění nemůže dotyčná osoba toto povolání či činnost vykonávat. Patří sem obor a stupeň vzdělání, trestní bezúhonnost, zdravotní způsobilost apod. (MŠMT, ©2022) Podmínky způsobilosti k výkonu povolání se řídí zákonem 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Kvalifikační vzdělávání oboru všeobecná sestra prošlo mnoha změnami a v dnešní době je přesunuto do terciálního stupně vzdělávání. Současná pravidla k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry se řídí podle zákona č. 284/2018 Sb. (Česko, ©2023)

### **3 SESTRA NA OPERAČNÍM SÁLE**

Vzdělávání sester v perioperační péči přineslo v posledních letech řadu velkých změn a to zejména kvůli zvyšujícím se nárokům na kvalitu a bezpečnost poskytované péče. V odvětví operační medicíny se stále zdokonalují operační postupy, metody či operační vybavení a je kladen velký důraz na snižování invazivity výkonů. Mnoho studií prokázalo, že vyšší vzdělání sester zvyšuje dobré výsledky v péči o pacienty a proto je studium všeobecných sester v současné době přesunuto na univerzity a vyšší odborné školy. Tím, ale studium sestřím nekončí, nýbrž se stává jejich základem, který je třeba neustále obnovovat a mít tak neustále erudovaný personál. (Bartoníčková a kol. 2017) Každá sestra ve zdravotnickém zařízení je zodpovědná společně s dalším personálem za léčbu, ošetrovatelskou a rekonvalescenční péči při akutních a chronických onemocněních. Profese všeobecné sestry vyžaduje řadu vlastností, které jsou spolu se vzděláním předpokladem pro úspěšný výkon povolání. Všeobecné sestry mohou pracovat na různých odděleních a vykonávat množství rozličných činností, přesto mají všeobecné sestry jeden společný cíl a to především pomáhat lidem a přispívat k navrácení zdraví. Perioperační péče je velmi specifický obor a pro udržení kvality a bezpečí ve zdravotnictví je důležité mít kvalifikovaný personál se specializovaným vzděláním. Nedostatek nelékařského zdravotnického personálu vede k tomu, že je nutné na operační sály stále přijímat i všeobecné sestry bez specializace. (Wichsová, 2013, s.40)

#### **3.2 Perioperační péče a její definice**

Pojem perioperační péče je v České republice poměrně nový a o jeho ukotvení se zasloužilo členství českých instrumentárek v Asociaci evropských sálových sester – EORNA (European Operating Room Nurses Association). (Bittnerová, 2020, s. 28) EORNA je sdružení sálových (perioperačních sester), která vznikla v roce 1980 a k dnešnímu dni sdružuje 27 národních asociací v rámci EU. Hlavní cíle tohoto sdružení je především udržení a podpora vysokého standardu perioperační péče o pacienta, vlivný hlas perioperačních sester v EU, propojení a spolupráce s evropskými i mezinárodními organizacemi a v neposlední řadě rozvoj vzdělávacích aktivit a příležitostí. Asociace dodržuje a rozvíjí standardy a zabývá se aktuální problematikou perioperační péče. (EORNA, ©2020) Perioperační péči se definuje jako ošetrovatelská péče o pacienta před operačním výkonem, v průběhu operačního výkonu a bezprostředně po operačním výkonu. Zahrnuje tedy postupy odehrávající se na operačním sále. V každé z těchto fází může být uplatňován jiný soubor ošetrovatelských procesů nebo intervencí, avšak cílem je hladký průběh výkonu ať je jakýkoliv. (Wendsche, 2012, s. 30, Wichsová, 2013, s. 98)

### **3.3 Role sestry na operačním sále**

Jednou z nejdůležitějších součástí odborného personálu pohybujícího se v rámci operačních sálů je právě perioperační sestra, která zastupuje roli buď instrumentující nebo obíhající sestry. Tato pracovní pozice vyžaduje erudovanost na vysoké úrovni a patří mezi kategorie s nejvyššími požadavky ve vzdělání, ale ani toto vzdělání však v tomto oboru nemůže doživotně stačit. Nezbytné je pro sestru celoživotní vzdělávání, které se pro nelékařské zdravotnické obory stanovuje v zákoně č. 96/2004 Sb. v platném znění. Kompetence perioperační sestry vycházejí z kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků vyhlášky č. 55/2011 Sb. v platném znění a dále se rozšiřují o poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření. Perioperační sestra vykonává činnosti podle paragrafu 4 a paragrafu 54 při péči o pacienta před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Bez indikace lékaře pak podle paragrafu 54 připravuje instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný materiál potřebný před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu. Perioperační sestra provádí specializované sterilizační a dezinfekční postupy a provádí antisepsi a rouškování operačního pole u pacientů. Zajišťuje manipulaci s operačním stolem, tlakovými nádobami a ostatními zdravotnickými přístroji. Podílí se s operátorem na početní kontrole nástrojů a mulového materiálu. Dále sestra zajišťuje spolu s dalším personálem stálou připravenost pracoviště k operačním výkonům a v neposlední řadě instrumentuje při operačních výkonech. (Jedličková, 2019, s.21)

### **3.4 Operační skupina**

V prostředí operačních sálů a míst, kde se vykonávají diagnostické či anesteziologické výkony se uplatňuje mnoho profesí. Celý tým odborného personálu zajišťuje technické zázemí pro zabezpečení operačního výkonu, techniku pro anesteziologické výkony, dostatek zdravotnického materiálu a všech prostředků potřebných k provedení operačního výkonu. Hlavní zaměření je na samotného pacienta, který na operační sál přichází ,na jeho bezpečnost a na jeho fyzický a psychický stav. Do základního rozdělení personálu operačního traktu patří kmenový zaměstnanci, kterými jsou perioperační sestry, techničtí pracovníci, sanitáři/sanitářky a pracovníci úklidu. Dále na operační sály docházejí externí pracovníci jsou jimi lékaři jednotlivých chirurgických oborů, lékaři specialisti, studenti či stážisti. (Schneiderová, 2014, s.55) Pro chirurgické obory je typická týmová práce a tato týmovost je nutná především pro operační sály. Všichni členové operačního týmu mají svůj díl práce na úspěšně provedené operaci. Operační skupina je složená podle rozsahu, náročnosti a druhu výkonu. Do této skupiny patří chirurg operatér, který má k ruce jednoho až tři asistující lékaře. Operatér zodpovídá za

hladký průběh a výsledek operace, určuje postup, vede řezy, preparuje, protíná, podvazuje a šije struktury, vkládá roušky a longety do rány a zavádí drény. Během operace činí nejdůležitější úkony. Jeho zodpovědnost je podílet se na početní kontrole mulového materiálu a instrumentária a to dotazem na perioperační sestru zda počet souhlasí. Asistenti aktivně pomáhají operatérovi s rouškováním operačního pole, přibližováním struktur a orgánů, stavěním krvácení apod. Asistent nesmí svojí činností bránit pohybu rukou operátéra. Od instrumentující sestry nepožaduje instrumentarium přednostně před operátérem. Dále je nedílnou součástí perioperační sestry instrumentářka a obíhající perioperační sestry. Neopomenutelný je také sálový sanitář a anesteziologický tým, který se skládá z lékaře a sestry. Všichni tito pracovníci se řídí hygienickým a provozním řádem operačních sálů. (Wichsová a kol, 2013, s. 106, Wendsche, 2012, s. 15)

### **3.5 Kvalifikace sester na operačním sále v průběhu let**

Založení ošetrovatelství jako civilní profese lze datovat do období krymské války v letech 1853-1856. Tento válečný konflikt vedl mimo jiné k ovlivnění ošetrovatelství a zrodu zdravotní sestry, a to především díky Florence Nightingalové, které vojáci přezdívali „dáma s lampou“. Působila především v britských vojenských nemocnicích a pomáhala v systematizaci pomoci raněným, zavedla přísná hygienická a stravovací pravidla atd. tato pravidla vedla ke snížení úmrtnosti z 60% na 40%. Mimo jiné založila roku 1860 ošetrovatelskou školu při nemocnici sv. Tomáše v Londýně. Mezi další historicky významné osobnosti, které se zasloužili o pokrok v chirurgii byl i ruský vědec, lékař a pedagog Nikolaj Ivanovič Pirogov, který založil s pomocí velkovévodkyně Jeleny Pavlovny společnost sester pro pomoc raněným a nemocným vojákům. Počátky perioperačních sester se rozvíjí spolu s ošetrovatelstvím, kdy sestry byli pro lékaře pomocníky ve všech činnostech při léčbě a ošetrování nemocných. Ty nejlepší sestry poté spolupracovali při ranhojičství. Vzdělávání sester neprobíhalo na oficiální úrovni, ale informace byly předávány od nejzkušenějších sester, které pracovali s raněnými. Nejúčinnějším prostředkem v získávání vlastních zkušeností byla především praxe. (Duda, 2000) Medicína a ošetrovatelství pokračovalo vpřed. Z obyčejných výkonů, které tvořily odstraňování vředů, nápravu zlomených kostí, amputace nebo provádění venesekcí se ve 20. století už běžně setkáme s operacemi břišní dutiny. Veřejnost začala chirurgii více spojovat s vědou a zachraňováním lidských životů i když stále bylo mnoho pooperačních komplikací ve formě infekcí. S vývojem operačních oborů se ve stejném tempu musí rozvíjet i sestry pracující na operačních sálech. Vzdělávání sester se v letech 1950-1966 řídilo vyhláškou č.44/1953 a specializační vzdělávání probíhalo v rámci jejich zaměstnání na pracovišti operačních sálů což

se nemění ani v následujících letech. Průkopníkem ve vzdělávání instrumentárek byl MUDr. Bohuslav Niederle DrSc., jenž v roce 1954 vydal první publikaci, která uceluje požadavky na náplň práce perioperační sestry a je určena nejen jim, ale i začínajícím chirurgům. Do tohoto roku nebylo nikde uvedeno, jaké vzdělání nebo jakou formou se má vzdělávat sestra pracující na operačním sále. V roce 1956, 1964 a 1984 vyšla další doplněná vydání. K jejímu rozšíření přispěly hlavně samotné operační sestry svými náměty (Prošková, 2015 s. 242, Slezáková a kol., 2019, s. 20)

Pokrok v medicíně s sebou přinesl potřebu celoživotního vzdělávání a tak v roce 1960 bylo založeno Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně (NCO NZO) a v roce 1966 vyšla nová vyhláška č.44/1966, která upravuje délku studia na tři roky. Mezi kompetence perioperačních sester patřilo v těchto letech i asistence lékaři při podávání anestezie, ale i úklidové práce po ukončení operačního programu jako je např. utírání povrchů. V dalších letech vznikala střediska pro výuku i v jiných krajských městech. V roce 1981 se vzdělávání řídilo vyhláškou 77/1981 a sestry, které se chtěly účastnit specializačního vzdělávání musely pracovat na plný úvazek na operačním sále a mít tříletou praxi na operačních sálech. Délka studia byla 18 měsíců a byla složena na čtyři bloky. Změnou bylo i to, že sestry musely během specializačního studia navštěvovat operační sály všech chirurgických oborů. Změnu celkového pohledu na operační sestry byl vznik Společnosti instrumentárek a vstup do EORNA v roce 1995. V roce 2004 a zákonem č. 96/2004 Sb., se mění náplň všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru sestra pro perioperační péči. Od tohoto roku je možné studovat obor Všeobecná sestra na vyšší odborné škole nebo v bakalářském studijním programu, kdy po zakončení státní závěrečnou zkouškou mohou studenti pokračovat v magisterském studijním programu Perioperační péče na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích nebo získat odbornou specializaci prostřednictvím vzdělávacího programu NCONZO Brno. V současné době probíhá vzdělávání perioperačních sester dle nařízení vlády č. 31/2010 sb. V celkové délce dva roky. (Kordulová, ©2017)

## **4 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ SESTE PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI**

Z názvu plyne, že se jedná o průběžné, tedy celoživotní obnovování, prohlubování, zvyšování úrovně znalostí a doplňování vědomostí a dovedností a je pro všechny zdravotnické pracovníky povinná. Aktivní přístup jedince a pojetí vzdělávací politiky upozorňuje na pojem učení, které umožňuje rozmanité přechody mezi vzděláváním a zaměstnáním, umožňuje získávat kvalifikace a kompetence různými cestami a kdykoliv během života. (Veteška, 2016, s. 13, Palán, 2002, s. 28) Definice celoživotního vzdělávání všeobecných sester v ČR je ukotvena zákonem č. 96/2004 sb., o nelékařských zdravotnických povoláních v platném znění a vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. K prohlubování kvalifikace slouží hned několik forem vzdělávacích programů jako např. certifikované kurzy, specializační vzdělávání, inovační kurzy v akreditovaných zařízeních, e-learningové kurzy, odborné stáže, samostudium, účast na kongresech a školicích akcích. Pro potřeby této diplomové práce rozebereme tyto:

### **4.1 Specializační vzdělávání v oboru perioperační péče**

Po získání příslušné kvalifikace v oboru všeobecná sestra je možné absolvovat tuto formu vysoce specializačního vzdělávání v celkové délce 18-24 měsíců, které probíhá formou akreditovaných vzdělávacích programů. Vzdělávací program uskutečňuje akreditované zařízení. Akreditovaným zařízením je poskytovatel zdravotních služeb, jiná právnická nebo fyzická osoba, kterým ministerstvo udělilo akreditaci v souladu s paragrafem 45 odst.1, písmeno a), zákona č. 96/2004 Sb. Toto zařízení odpovídá za průběh praktických i teoretických programů a průběžně ověřuje znalosti účastníků. Program se skládá z modulů, každý modul je samostatná a ucelená část programu, a může tak být akreditována i samostatně jako certifikovaný kurz. Jednotlivé moduly jsou zaměřené na určité oblasti vzdělávání. Modul 1 je všeobecný a vybavuje účastníky studia nejnovějšími poznatky, znalostmi a dovednostmi z vybrané problematiky zdravotnictví, řízení lidských zdrojů, ekonomiky a financování poskytovatelů zdravotních služeb, krizového managementu, řízení kvality a bezpečí, výzkumu, psychologických aspektů, prevence dopadů negativních faktorů fyzické a psychické zátěže a role školitele/ky se zaměřením na operační sály. Další moduly jsou zaměřeny na základní perioperační péči a jednotlivé chirurgické odbornosti se zaměřením na anatomii, fyziologii, diagnostiku, jednotlivá onemocnění i operační postupy. Každý modul obsahuje i odbornou praxi, která může probíhat na vlastním, ale akreditovaném pracovišti.



Program je ukončen atestační zkouškou. Podmínkou pro přihlášení k atestační zkoušce je získání stanoveného počtu kreditů, absolvování povinných modulů a prokázání výkonu povolání při poskytování zdravotních služeb v perioperační péči v délce minimálně 1 roku z období posledních 6 let v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby nebo minimálně 2 let z období posledních 6 let v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby, a to pod odborným dohledem podle paragrafu 56 odst. 6. Ve spojení s paragrafem 4 odst. 4 zákona č. 96/2004 Sb. Cílem tohoto vzdělávání je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Všeobecná sestra pro perioperační péči. Všeobecná sestra si tímto vzděláním osvojí potřebné teoretické znalosti, praktické dovednosti, návyky i schopnosti pro týmovou i samostatnou práci. (MZČR, ©2022, Jedličková a kol., 2019)

Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru Perioperační péče je připravena zajišťovat sterilizaci a předsterilizační přípravu zdravotnických prostředků. Vytváří a udržuje asepti, zajišťuje stálou připravenost pracoviště k plánovaným i neodkladným výkonům. Připravuje, manipuluje a obsluhuje operační stoly, přístroje a tlakové nádoby. V péči o pacienta se stará o zajištění polohy a fixace na operačním stole, včetně prevence komplikací z imobilizace. Dále přikládá a kontroluje přiložení neutrální elektrody při použití monopolární koagulace u pacienta, provádí antisepi operačního pole a podílí se na rouškování. Ve spolupráci s chirurgickým týmem provádí početní kontrolu použitého materiálů a může asistovat u méně náročných operačních výkonů. (Česko, 2004: MZ ČR, ©2022)

Předsterilizační příprava a sterilizace zdravotnických prostředků	Asepsi perioperačního prostředí	Stálá pohotovost pracoviště
Příprava pracoviště	Poloha pacienta a prevence komplikací z imobilizace	Aplikace neutrální elektrody
Antisepi a rouškování operačního pole	Početní kontrola	Asistence u výkonů

Obrázek 2 Souhrnná tabulka specializované způsobilosti všeobecné sestry pro perioperační péči

## **4.2 Vzdělávání univerzitního typu pro perioperační péči**

Jde o postkvalifikační vzdělávání akreditovaného typu. Probíhá na Univerzitě Pardubice v rámci navazujícího kombinovaného magisterského studijního programu Specializace v ošetrovatelství obor Perioperační péče a umožňuje získat specializovanou způsobilost s označením odbornosti - Všeobecná sestra pro perioperační péči nebo v rámci studijního programu Specializace v porodní asistenci obor Perioperační péče umožňující získat specializovanou způsobilost s označením – Porodní asistentka pro perioperační péči. Obor má za cíl naučit studenta orientovat se v přístrojovém vybavení, zdravotnických materiálech a v krizových situacích souvisejících se zajištěním provozu na operačních sálech, znát postupy a techniky jako člena chirurgického týmu, poskytovat efektivně přímou a nepřímou vysoce specializovanou ošetrovatelskou perioperační péči pacientovi, vést dokumentaci, využívat znalosti ve vybraných oborech jako je všeobecná chirurgie, hrudní, kardiochirurgie a cévní, angiologie, urologie, gynekologie a porodnictví. Magisterské studium je rozšířeno o předměty týkající se řízení středního zdravotnického personálu a řízení zdravotní péče jako je např. management a ekonomika. (UPCE, ©2022)

## **4.3 Akreditovaný kvalifikační kurz**

Absolvováním se získává odborná způsobilost k výkonu příslušného zdravotnického povolání či jiného odborného pracovníka. Studium se člení na teoretickou a praktickou výuku. Po úspěšně vykonané zkoušce před komisí je získáno osvědčení o získání odborné způsobilosti. (Česko, 2004: MZ ČR, ©2022)

## **4.4 Certifikovaný kurz**

Absolvováním certifikovaného kurzu si jednotlivec prohlubuje znalosti získané studiem za účelem získání zvláštní odborné způsobilosti či specializované způsobilosti. Bez získání specializované způsobilosti může zdravotnický pracovník vykonávat pouze jednotlivé činnosti v rozsahu odborné způsobilosti získané absolvováním certifikovaného kurzu. Kurzy trvají obvykle šest až dvanáct měsíců a zakončují se praktickou a teoretickou zkouškou. Po splnění zkoušky a požadovaných podmínek získá studující certifikát, kde jsou vyjmenovány činnosti, ke kterým absolvent nabyl zvláštní odbornou způsobilost. Perioperační sestra si dnes může vybrat z celé škály certifikovaných kurzů jako např. katetrizace močového měchýře u mužů, ošetrovatelská péče o pacienta s umělou plicní ventilací v jeho vlastním sociálním prostředí, metody náhrady funkce ledvin, ošetrovatelská péče o pacienty s bolestí, kanylace arterie

radialis a dekanylace arterií, aplikace léčivých přípravků do epidurálního katétru a mnoho dalších. (Česko, 2004; Jedličková, 2019, s. 13, NCONZO, ©2023)

#### **4.5 Inovační kurz**

Jsou to krátkodobé kurzy v rozsahu dnů a týdnů s cílem seznámit se s novými poznatky nebo metodami, které jsou pořádané zdravotnickými nebo vzdělávacími instituty. Je požadováno získané kvalifikační vzdělání a výkon povolání v příslušném oboru. FN Brno bude v dohledné době pořádat inovační kurz s názvem Supervize ve zdravotnictví pro vedoucí pracovníky. (FN Brno, © 2023, Jedličková, 2019, s. 13)

#### **4.6 Seminář**

Rozsah programu je nejméně v délce 2 hodin se zaměřením na určitou odbornost či specifickou skupinu účastníků, které při náplni svého povolání řeší příslušnou problematiku. Jsou to akce pořádané většinou pro vlastní zaměstnance v rámci jejich zdravotnického zařízení. FN Brno pořádá edukační seminář s názvem Ošetrovatelská péče o pacienty se zavedeným PICC katetrem. Na LF UK HK se bude 21.9 2023 pořádat 6. královehradecký perioperační den nebo akce STOP dekubitům ve spolupráci s pracovní skupinou sester specialistek ošetřujících chronické rány a defekty. (FN HK, ©2023, FN Brno, ©2023, Jedličková, 2019, s.15)

### **5 ADAPTACE**

Z hlediska biologie a obecné psychologie je považována za reakci organismu na změny fyzického, chemického a sociálního prostředí. Dle psychologického slovníku je adaptace „*obecnou vlastností organismů přizpůsobovat se podmínkám, které existují.*“ (Hartl, Hartlová, 2000. s. 16) Dospělý jedinec je obohacen repertoárem vrozených reflexů či instinktů a má velmi dobře diferencovaný systém psychických vlastností osobnosti. Adaptační schopnosti lze označit pojmem adaptabilita. (Paulík, 2017, s. 10)

Adaptační proces je jednou z mnoha částí personálního managementu, který se zabývá v rámci vnitřních podmínek zdravotnické organizace člověkem jako pracovní silou, jeho místem v hierarchii a struktuře instituce, jeho schopnostmi a kvalifikací. Je to proces aktivní a vyžaduje

plné soustředění a aktivitu jedince. Během adaptačního procesu musí nový pracovník, chce-li dobře plnit svoji funkci, porozumět organizační struktuře operačních sálů a svému zapojení v ní. V celém období tohoto procesu probíhá hodnocení, z něhož by měly vyplynout perspektivy uplatnění na daném pracovišti a možnosti jeho dalšího rozvoje po odborné a osobnosti stránce. Účelem adaptačního procesu je především snížení nákladů na fluktuaci zaměstnanců, snížení ztráty na produktivitě a zvýšení pracovní spokojenosti. Je to nástroj, kterým lze urychlit začlenění a zapracování nových zaměstnanců. (Plevová a kol. 2012, MZ ČR, věštník 2009, Růžička, Mayerová 2000, s. 74)

## **5.1 Funkce a cíle adaptačního procesu**

Funkce dobře zpracovaného adaptačního procesu si můžeme rozdělit do dvou kategorií jednak pro pracovníka a dále pro organizaci. Z pohledu zaměstnance jsou to funkce motivační, informační, sociální, psychohygienická, rozvojová, sebereflexní a rekapitulační. Funkce adaptace z pohledu organizace je především rychlejší zapracování pracovníka, zpětná vazba k celému procesu, rozvíjení výkonnosti pracovníka, zlepšení image organizace, argumentace a úspora nákladu při rozloučení se se zaměstnancem, efektivní využití zkušební doby, zlepšení komunikace a týmové spolupráce a registrace možných chyb v organizačních procesech. (Vajner, 2007, s. 50) Mezi hlavní cíle patří uspíšit zapojení nového zaměstnance do pracovního procesu bez zbytečného stresu, aby byl schopný vykonávat svou činnost samostatně a osvojil si potřebné dovednosti. (Koubek, 2015, s 34)

Armstrong popisuje čtyři základní cíle adaptačního procesu:

- Překonání počáteční fáze, ve které se zdá novému pracovníkovi všechno neobvyklé, cizí a neznámé,
- vytvořit u nového zaměstnance kladný postoj a vztah k organizaci, tak aby se zvýšila pravděpodobnost jeho ustálení v pozici,
- aby zaměstnanec podával očekávaný výkon v co nejkratším možném čase po nástupu,
- a v neposlední řadě snížit fluktuaci (Armstrong, 2015).

Bedrnová a Nový (2012) rozdělují cíle z pohledu zaměstnance a organizace. Mezi klíčové cíle z pohledu pracovníka patří, co nejrychlejší zvládnutí pracovních požadavků, získání kladné perspektivy odborného rozvoje a pracovní kariéry do budoucna a začlenění se do soustavy mezilidských vztahů v systému celé organizace. Při správně nastaveném a provedeném procesu adaptace můžeme očekávat rychlou a plnou výkonnost pracovníka, jeho/její orientaci v

pracovním prostředím, snížení fluktuace pracovníků, kladné přijetí v kolektivu a snížení konfliktních situací. (Krausová, 2021)

Rozlišovat můžeme tři základní fáze, které na sebe navazují:

- První fáze, jako zařazení pracovníka na konkrétní pozici a seznámení s jeho prací, podnikem a skupinou spolupracovníků (Duchoň, Šafránková, 2008). Podle Vajnera (2007) často probíhá praktické zaškolení ve společných činnostech spolu se školícím pracovníkem. Prolínají se zde předchozí zkušenosti pracovníka, jeho hodnoty, postoje a očekávání, které od nástupu do nového pracovního prostředí má. (Kasper, Mayrhofer, 2005)
- Druhá fáze, která slouží k orientaci v novém prostředí, získávání zkušeností, sžívání se s kolektivem sester a lékařů a úspěšným zvládnutím pracovních úkolů. Pracovník si vytváří strategie ke spokojenému plnění pracovních úkolů, ke kontaktu s kolegy, aby dosáhl uznání. V této fázi se uplatňují rozvojové nástroje adaptačního procesu, jako je např. mentorství, rotace práce a motivačně hodnotící rozhovory.
- Třetí fáze, ve které se vytváří iniciativa a aktivní přístup k pracovním úkolům. Pracovník se začleňuje do pracovního týmu a identifikuje se s cíli organizace. (Duchoň, Šafránková, 2008)

## 5.2 Pracovní adaptace

Adaptací se rozumí schopnost přizpůsobit se měnícím se podmínkám okolí. Je nezbytnou součástí, která vede k pokroku a zajišťuje úspěch člověka ve všech rovinách. V oblasti psychologie práce je hlavní problematikou adaptace člověka vyrovnání se s pracovními činnostmi a s objektivními podmínkami, které s prací souvisí (Kociánová, 2010, s. 82). Do pracovní adaptace patří zvládnutí pracovních úkolů a dosažení požadovaného výkonového standardu. S pracovní adaptací souvisí i sociální adaptace, kterou můžeme chápat jako celoživotní rozsáhlý proces, během kterého si člověk osvojuje základní normy, hodnoty, způsoby chování a jednání v dané kultuře či společnosti a stává se tak jejím členem. Během sociální adaptace na pracovišti se může stát, že nový zaměstnanec nebude dobře přijímán zbytkem kolektivu nebo lídrem skupiny. Začlenění do pracovního týmu je jednou z nejdůležitějších složek adaptace. (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015, s. 28, Hozáková, s.30)

Počáteční fáze adaptačního procesu je podle autorů různá. Šikýř (2016) uvádí, že proces adaptace započne dnem nástupu na novou pracovní pozici a končí uplynutím zkušební doby. Podle Koubka (2015) tato fáze začíná již při podepisování smlouvy, kdy se vyjednáva o pracovních podmínkách zaměstnance a zaměstnanec si tak do jisté míry může uzpůsobit pracovní pozici dle vlastních představ na základě oboustranné dohody. Podle Křivohlavého (2010) každý jedinec přichází na pracoviště jinak vybaven, s jinými návyky, zkušenostmi a jiným očekáváním. V procesu adaptace může vzniknout spousta překážek, které lze do jisté míry potlačit vhodným školením a obecnou vzdělávací přípravou. Každý zaměstnavatel má právo si podmínky adaptačního procesu upravit dle dané pracovní pozice. Literatura uvádí různou strukturu fází adaptačního procesu, nicméně souslednost dějů, které se ve fázích odehrávají, zůstává podobná. Jako fáze adaptace Ryměš (1985) uvádí období od jednoho do tří let od nástupu nového zaměstnance. Toto období je nejrizikovější, co se týká fluktuace zaměstnanců. (Ryměš, s. 51) Účelem adaptačního procesu je především snížení nákladů na fluktuaci zaměstnanců, snížení ztráty na produktivitě a zvýšení pracovní spokojenosti. Je to nástroj, kterým lze urychlit začlenění a zapracování nových zaměstnanců. (MZČR, ©2009, Špirudová, 2015, s. 81) Jednou z prvních věcí, kterou sestru čeká je seznámení s organizací a řízením práce na operačním sále a to prostřednictvím vedoucího pracovníka a Provozního řádu. Pro nově nastupující sestru bude důležité vědět, jak a kde jsou COS situovány, ve které budově nebo pavilonu se nachází, k jakým výkonům sály slouží a jakým disponují vybavením. Aby mohla sestra dobře odvádět svoji práci musí znát přesný způsob řízení práce na operačním sále a to včetně svých kompetencí a odpovědností. Měla by se seznámit s hierarchií oddělení, jednotlivými pracovními pozicemi včetně vymezení podřízeností. Organizačně pracovníci COS podléhají primáři COS a vrchní sestře (vedoucí pracovník NLZP) COS. Operační obory jsou rozděleny do úseků, které mají na starost jednotlivé staniční nebo úsekové sestry, které řídí další NLZP. (Wichsová a kol., 2013, Jedličková a kol., 2019) Dále do Provozního řádu patří hygienicko-epidemiologický režim. Ve kterém jsou upravené podmínky pro vstup i výstup personálu a dalších osob pohybujících se na COS. Už při vstupu na COS je kladen větší důraz na hygienu a bezpečnost oproti většině jiných oddělení nemocnice. Sestra je povinná před vstupem na COS projít personálním filtrem, kde se v „nesterilní“, části filtru svlékne do spodního prádla a bosá přejde do „čisté“, části. V této části se sestra obléká do sálového oděvu, nasadí si operační čepici, která pokrývá vlasy, obličejovou roušku, která zakrývá nos a ústa, nasazuje sálovou obuv. Provede hygienickou dezinfekci rukou (HDR) dle vyhlášky č.195/ 2005 Sb. Sestry v roli instrumentářky provádějí před operací chirurgickou dezinfekci rukou (CHDR) v umývárně, která je vybavena umyvadlem se studenou a teplou vodou a zásobníky na mýdlo,

dezinfekci a jednorázové utěrky. Na organizační strukturu operačních sálů se vztahuje celá řada technických požadavků jako je např. Vyhláška o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení 51/1995 Sb. v platném znění novelizována Vyhláškou č. 221/2010 Sb. Jsou zde uvedeny požadavky především na prostorové uspořádání, stavební materiál, prostorovou výměru. Dále jsou zde definovány požadavky na nutnou cirkulaci vzduchu, požadavky na osvětlení, antistatickou úpravu podlah, rozvody medicinálních plynů a dalších médií, elektrické zdroje a další důležité bezpečnostní prvky. (Jedličková, 2019, s. 26)

### **5.3 Nástroje řízení adaptačního procesu**

Nástroje, které jsou v práci uvedeny slouží k vytvoření souladu mezi odbornými znalostmi, praktickými dovednostmi a sociálními zkušenostmi nového zaměstnance a na druhé straně mezi specifickými pracovními podmínkami určitého pracoviště. Tyto nástroje je možné v rámci adaptačního procesu využít. (Zítková 2015, s. 27)

#### **Typový adaptační program**

Tento program představuje opatření regulující adaptaci konkrétní skupiny pracovníků tedy – NLZP. Každé zdravotnické zařízení na základě legislativního rámce AP v České republice má vypracovaný standardní postup vedení adaptačního procesu. Vedení jednotlivých pracovišť tedy vychází z rámcového typového adaptačního programu, ovšem mají také možnost doplnit nebo upravit dle specifik jednotlivých oborů nebo oddělení (Zítková 2015, s. 27).

#### **Adaptační plány**

Adaptační plán se vytváří na základě profilu pracovní role, na kterou byl nový zaměstnanec přijat. Profil pracovní role ukazuje nejdůležitější očekávané výsledky toho, co musí znát, být schopen dělat a jak se má chovat v prostředí daného pracoviště. Adaptační plán je hlavní součástí adaptačního procesu. Je to dokument, který zahrnuje klíčové kroky procesu a zároveň slouží jako vodítko pro postup během adaptace nového zaměstnance (Kociánová 2010, s. 86; Zítková 2015, s. 28). Úkolem vedoucího pracovníka je seznámení s tímto plánem a organizační zajištění jeho plnění, tj. pověřit mentora proškolením nového pracovníka v požadované oblasti a vyhodnocovat výsledky proškolení. Během adaptačního plánu by měl být zaměstnanec povinně proškolen v BOZP, PO, KPR atd. (Pilařová, 2016, s. 269)

#### **Praktický zácvik**

Praktický zácvik je jedna z nejčastěji využívaných metod a představuje konkrétní nástroj instrumentálního učení, kdy školitel/mentor převede pracovní postup na nového zaměstnance, který si pozorováním a napodobováním osvojí pracovní postup spojený s ošetrovatelskou péčí. V ošetrovatelské praxi není stanovena délka praktického zácviku, jelikož je zde více faktorů, které je nutné na základě zkušeností a pravidelného hodnocení zaměstnance operativně upravovat. Příliš krátká doba praktického zácviku může vést ke zvýšení stresu a nervozity, kdy výrazně klesá kvalita poskytované péče. Naproti tomu dlouhé období praktického zácviku snižuje vytváření aktivních postojů a motivaci. (Zítková, 2015, s. 30; Horváthová, Bláha, Čopíková, 2016, s. 268)

### **Cross training**

Neboli rotace práce znamená, že nový zaměstnanec je postupně na konkrétní období pověřován pracovními úkoly v různých částech organizace. Výhodou této metody je komplexní poznání pracovních postupů, úkolů organizace a v neposlední řadě umožňuje flexibilitu pracovní síly. (Horváthová, Bláha, Čopíková, 2016, s. 267)

## **5.4 Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro NLZP**

Metodický pokyn vydaný MZČR určuje doporučený postup realizace a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky ve všech typech zdravotnických zařízeních. Zdravotnická zařízení si dle tohoto pokynu vytvoří vlastní standardy a potřebnou dokumentaci k realizaci adaptačního procesu (MZČR, ©2009).

S procesem a kritérii hodnocení by měl být každý nový pracovník seznámen prostřednictvím vedoucího pracovníka, který zodpovídá za vedení a průběh adaptačního procesu (MZČR, ©2009). Orientace nového zaměstnance má probíhat pod vedením zkušeného mentora. Mentorem je pracovník, který získal způsobilost dle zákona č. 201/2017 Sb., pracuje bez odborného dohledu, eventuálně má specializaci v oboru nebo zvláštní odbornou způsobilost a je pravidelně školen o adaptaci a adaptačním programem zdravotnické organizace, vč. zásad o zpracování individuálních plánů adaptace. Hlavním úkolem mentora je seznámit sestry s jejich právy, povinnostmi, pracovními činnostmi, pracovními podmínkami na pracovišti. Během adaptačního procesu by se mentor měl snažit o začlenění sestry do chirurgického týmu. (Dvořáková, 2012, s.112)

Adaptační proces absolvuje každý NLZP, který nastupuje do zaměstnání po získání odborné způsobilosti dle zákona č. 96/2004 Sb, nebo NLZP, který přerušil výkon povolání na dobu delší



než 2 roky a NLZP, který přechází na jiné pracoviště zdravotnického zařízení a charakter jeho práce se výrazně liší. (MZČR, ©2009).

## **5.5 Hodnocení procesu adaptace**

Mezi základní lidské tendence nevyhnutelně patří hodnocení sebe a svého okolí a proto je podle Dulewicze (1989) pracovní hodnocení nevyhnutelné a přirozené. Bez strukturovaného plánu hodnocení je víceméně nemožné zajistit spravedlivé, přínosné a přesné hodnocení, které bude v souladu s právními předpisy. (Wágnerová, 2008, s.98) Součástí každého adaptačního procesu by mělo být jeho soustavné hodnocení což znamená, posuzování vlastností, názorů, postojů, pracovního jednání, chování a výsledků pracovníka. Průběžné hodnocení slouží jako zpětná vazba nejen zaměstnanci, ale i organizaci, která má možnost na základě získaných informací upravit, či změnit adaptační proces, tak aby odpovídal a vyhovoval potřebám adaptace. (Bedrnová, Nový 2012, s. 526) Neexistuje systém hodnocení, který by byl ideální pro všechny organizace, pro všechny pozice a za všech okolností. (Wagnerová, 2015, s. 98)

Součástí adaptačního procesu je hodnocení a kontrola průběhu adaptace, která probíhá neustále. Je realizováno vedoucím pracovníkem úseku nebo mentorem, formou hodnotícího pohovoru nebo prověřením praktických dovedností, včetně zápisu do řízené dokumentace 1x za týden nejméně však 1x za měsíc. Délka adaptačního procesu se liší dle pracoviště. U perioperačních sester je to zhruba jeden rok, ale závisí na celkových dovednostech, znalostech a zkušenostech sestry. Adaptační proces absolvuje každá sestra absolventka nebo sestra, která přerušila výkon povolání na dobu delší než dva roky, a také sestra, která přechází v rámci jednoho zdravotnického zařízení na jiné oddělení. (Plevová, 2012)

## **SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI**

Perioperační péče je vysoce specializovaná práce, která potřebuje vysoce kvalifikovaný a kompetentní personál. Kvalifikací se myslí odborné vzdělání spadající pod vyhlášku MZ ČR č. 55/2001 Sb. ve znění pozdějších předpisů, a také pod zákon MZ ČR č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Pro získání specializovaného vzdělání v oboru perioperační péče si sestra musí vybrat ze dvou forem, buď akreditovaný specializační kurz či specializační vysokoškolské navazující magisterské studium v kombinované formě a pouze na půdě Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Dále se kvalifikované všeobecné sestry mohou vzdělávat v dalších úzce specializovaných oblastech, jako je např. cévkování muže a to cestou certifikovaných kurzů, akreditovaných kurzů, celoživotního vzdělávání atd. Díky novým typům vzdělání dochází k neustálému zvyšování nároků na připravenost budoucích

sester a navyšování kompetencí v pracovněprávním pojetí. Kompetence mají široký pojem a jsou používány především v pracovněprávní oblasti, kdy vyjadřují rozsah působnosti, činnosti a souhrn oprávnění a povinností. Kompetence v sobě zahrnuje mnohem více oblastí, které souvisí s úspěšným výkonem práce. Málokterá sestra zná své kompetence a má jasnou představu o svých pravomocích nebo někdy naopak provádí výkony, které do její kompetence nepatří. V dnešní době je aktuálním tématem neustále navyšování kompetencí v rámci výkonů nebo činností spojené s výkonem práce sestry, ale je nutné se zamyslet na rozvoji klíčových kompetencí pomocí kterých sestra může uplatnit své odborné znalosti. Klíčové kompetence jsou složkou celého spektra kompetencí a hranice jednotlivých odborností přesahují. V procesu adaptace sestry na novém pracovišti je podstatné zaměřit se na ni jako na celek a nahlížet na ní individuálně. Ať pochází ze kteréhokoliv pracoviště, je čerstvou absolventkou nebo přichází z jiných operačních sálů, vždy je třeba posoudit aktuální vědomosti, dovednosti či zvyklosti a podle nich sestavovat adaptační plán. Perioperační péče je náročná a sestry mají právo na uznání, především v každodenní praxi. Je třeba je zapojit do chodu oddělení a motivovat je při výkonu jejich povolání.

# PRŮZKUMNÁ ČÁST

## 6 CÍLE PRÁCE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem praktické části práce je podat odpověď k průzkumným cílům práce, které byly stanoveny takto:

- 1) Zjistit, jak probíhá adaptace a adaptační proces u sester na operačním sále,
- 2) zjistit, jaké mají sestry povědomí o svých kompetencích a jaké mají zkušenosti s dodržováním či delegováním svých kompetencí.

Na základě těchto cílů byly stanoveny průzkumné otázky:

- 1) Jaké probíhá adaptace a adaptační proces u sester na operačním sále?
- 2) Jaké mají sestry povědomí o svých kompetencích a jaké mají zkušenosti s dodržováním či delegováním svých kompetencí.

## 7 METODIKA VÝZKUMU

Praktická část diplomové práce byla provedena kvalitativní metodou výzkumu. Podle J. Hendla (2016) neexistuje jediný obecně uznávaný způsob, jak vymezit nebo dělat kvalitativní výzkum. Definicí může být jakýkoliv výzkum, při němž se výsledků nedosáhne pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace. Na začátku výzkumu se obvykle stanoví základní výzkumné otázky, které se mohou v průběhu výzkumu, během sběru dat a analýzy dat modifikovat nebo doplňovat. Z tohoto důvodu se někdy kvalitativní výzkum považuje za pružný typ výzkumu. (Strauss, Corbiová 1998: Hendl, 2016, s. 50, s. 47)

Významný metodolog Creswell (1998, s. 12) definoval kvalitativní výzkum takto:

*„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

Hlavní výhody kvalitativního výzkumu spočívají v zohlednění působení kontextů a situací. S kvalitativním výzkumem je spojeno několik oblastí, které jsou považovány za základní. V této diplomové práci byl zvolen fenomenologický výzkum. Je to výzkum založený na porozumění a na vnímání určitých zkušeností jedincem, pokouší se najít a vysvětlit problém a popsat určitý jev. (Říháček, Čermán, 2013, s. 9: Hendl, 2016, s. 46, s. 50)

Výzkumná data byla získána formou polostrukturovaného rozhovoru s předem vytvořenou osnovou otázek (viz Příloha A), kterou každý participant volně prohluboval, ale zároveň bylo udrženo zaměření rozhovoru. Během rozhovorů byly použity i sondážní otázky, jež vedly k prohloubení odpovědí v určitém směru. Předem připravená osnova otázek, která byla posléze použita u participantek vznikla na základě rozhovoru s mentorkou operačních sálů, jež stručně a jasně popsala celý chod oddělení, přijímání nových zaměstnanců, jejich adaptaci a kompetence. V práci byly stanoveny celkem 4 okruhy otázek které jsou v souladu s cíli práce a teoretickými podklady.

### 7.1 Výzkumný soubor

Rozhovory byly zaměřeny na všeobecné sestry pracující v roli perioperační sestry na operačních sálech centrálního typu jednoho nejmenovaného zdravotnického zařízení. Byly to sestry nejdéle 3 roky od ukončení adaptačního procesu, jelikož je zde předpoklad, že budou mít zkušenosti spojené s nástupem na operační sály v živé paměti. Před samotným zahájením výzkumné části byla provedena pilotáž formou rozhovoru s mentorkou operačních sálů, při

němž byla zjištěna časová náročnost interview, každý z rozhovorů trval v rozmezí od 34 – 62 minut. Délka rozhovorů nebyla omezená a byla individuální. Samotný sběr dat pro průzkumnou část probíhal v období 1.11. 2022 – 31.1.2023 v nemocnici fakultního typu za souhlasu vedení nemocnice, oddělení operačních sálů a konkrétních participantů. Celkově bylo osloveno 7 participantů. Každá sestře bylo individuálně vysvětleno, o co se v průzkumu jedná a jaké jsou cíle. Výzkum probíhal jak v prostředí participantů a to na operačních sálech po předem domluveném termínu návštěvy, tak za pomoci video-hovoru. Participanty byly osloveny osobně nebo pomocí e-mailu. Rozhovory byly zahájeny nejdříve s těmi, které si udělaly čas. Každá z oslovených participantek si mohla na základě svého rozhodnutí vybrat, kde bude rozhovor probíhat. Většina sester nakonec zvolila online schůzku, přičemž volba konkrétního data a času byla na participantce. Rozhovory byly nahrávány na mobilní zařízení a převedeny do písemné podoby pomocí aplikace beey.io poté proběhla vizuální kontrola, induktivní analýza a interpretace. Všechny rozhovory probíhaly se souhlasem a rozhovor mohl být kdykoliv ukončen. Celkem bylo pořízeno 5h a 54 minut záznamu. Nejdelší rozhovor trval 1h a 2 minuty, nejkratší trval 34 minut. Pro potřeby práce a zachování anonymity jednotlivých informantek jsem zvolila označení sestra 1- sestra 7 (S1-S7).

### **7.1.2 Charakteristika informantek**

Informantky pro výzkumné šetření byly vybírány na základě těchto kritérií:

1. Délka od ukončení adaptačního procesu není delší než 3 roky.
2. Pracovní pozice v roli perioperační sestry.
3. Dobrovolný souhlas s účastí ve výzkumu.

#### **Sestra 1 (S1)**

První sestře z výzkumu je 24 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a bakalářský stupeň vysokoškolského vzdělání v oboru Všeobecná sestra. Při studiu pracovala, jako sanitářka na oddělení operačních sálů a při úspěšném ukončení bakalářského stupně vzdělání nastoupila na pozici sestry. Sebe samu vidí, jako komunikativní a práci na operačních sálech je pro ní určitá prestiž.

#### **Sestra 2 (S2)**

Je vystudovaná Všeobecná sestra, je jí 28 let a před nástupem na operační sály pracovala jako sestra u lůžka na neurochirurgickém oddělení. Změna práce nastala z důvodu stěhování do

jiného města, kde jí bylo nabídnuto několik pozic z nichž z toho jedna z nich byla právě práce na operačních sálech.

### **Sestra 3 (S3)**

Po úspěšném absolvování prvního stupně vysokoškolského vzdělání v oboru Všeobecná sestra začala pracovat, jako sestra u lůžka. U lůžka pracovala zhruba 2 roky. Práce na operačních sálech jí vždy fascinovala a byla pro ní velice zajímavá. Nabídku práce nezvažovala dlouho a nastoupila jako sestra na operační sály, kde se cítí být spokojená.

### **Sestra 4 (S4)**

Informantce číslo 4 je 30 let. Má vzdělání v oboru Všeobecná sestra. Původně pracovala, jako sestra u lůžka. Po rodičovské dovolené dostala nabídku práce na operačních sálech, kterou přijala. Chtěla si tuto práci vyzkoušet, oslovilo jí prostředí a styl této práce. Myslí si, že se v této práci našla.

### **Sestra 5 (S5)**

Této sestře je 26 let. Vystudovala vysokoškolský obor Všeobecná sestra a nyní se věnuje specializačnímu vzdělávání v oboru perioperační péče a na operační sály nastoupila, jako do svého prvního zaměstnání po úspěšném absolvování bakalářského stupně vzdělání. Po neúspěšném navazujícím studiu oboru Perioperační péče v ošetřovatelství se rozhodla nyní studovat specializační vzdělávání v Brně.

### **Sestra 6 (S6)**

Vystudovala obor Všeobecná sestra a nastoupila na oddělní endoskopie. Tato práce pro ní po čase byla „zajetý stereotyp„. Během této práce začala kombinovaně studovat magisterskou specializaci v oboru perioperační péče. Když dostala nabídku práce z operačních sálů, neváhala.

### **Sestra 7 (S7)**

Absolvovala první stupeň vysokoškolského vzdělání v oboru Všeobecná sestra. Je jí 29 let. Před nástupem na operační sály pracovala, jako sestra na oddělení ARO.

Soubor informantek tvoří 7 sester, jejichž věkové rozmezí je na úrovni mladšího středního věku – středního věku. Všechny z uvedených sester pracují na oddělení operačních sálů, mají ukončený adaptační proces a to ne déle než 3 roky. Sestry mají získanou kvalifikaci

v bakalářském programu- obor Všeobecná sestra. Jedna z dotazovaných sester má úspěšně ukončené studium magisterského typu v oboru perioperační péče v ošetrovatelství a u jedné ze sester právě probíhá specializační vzdělávání v perioperační péči. Všechny z dotazovaných sester jeví zájem o celoživotní vzdělávání pouze ve formě tohoto vzdělání se odlišují.

### **7.1.3 Předvýzkum s mentorkou operačních sálů**

Pro vytvoření představy o celkovém chodu oddělení operačních sálů, byl proveden rozhovor s mentorkou operačních sálů. Mentorka popsala, jaký je nástup na operační sály, co nové zaměstnance čeká a jak jsou vedeni. Tento rozhovor dopomohl k přípravě okruhů otázek, které nás zajímají v souladu s cíli práce. Rozhovor s mentorkou operačních sálů trval 58 minut.

### **7.1.4 Pilotní průzkum**

Sběr dat byl vyzkoušen s pracující sestrou na operačních sálech, která sice nesplňovala podmínky zařazení do konečného průzkumu, ale byl proveden pro celkovou představu vedení průzkumu. V tomto rozhovoru bylo zjištěno, že rozhovor bude trvat zhruba 45 min a je zapotřebí nerušené prostředí. V případě video-hovoru dobrý signál.

## **7.2 Metoda analýzy dat**

Zvolenou metodou analýzy a interpretace dat byla vybrána fenomenologická interpretace. V případě tohoto výzkumu se výzkumník zaměřuje na osobní zkušenost. Ve výzkumné praxi tato metoda vyžaduje nepředpojatý přístup k analýze problému. Jde o porozumění tomu, co daný člověk prožívá. Ve fenomenologickém výzkumu se lépe pracuje s menším počtem respondentů, aby došlo k detailnímu porozumění získané zkušenosti. Je důležitá co největší homogenita participantů. Homogenitu souboru se zajistila předem připravenými kritérii výběru participantů. Hlavním kritériem pro výběr byl výkon povolání v roli perioperační sestry a délka výkonu povolání perioperační sestry. (Říhářek, Čermák, 2013, s. 9, s. 13; Hendl, 2016, s. 73, s. 284)

### **7.2.1 Příprava**

Metody v kvalitativním výzkumu vyžadují přesný a adekvátní popis dat. Je důležité znovu prostudovat literaturu, aby pochopení a interpretace výsledků byla co nejreálnější a nezbavila data jejich kontextu. Cílem výzkumného šetření je zachovat obsahově- tematickou rovinu, a proto byla použita technika doslovné transkripce, kdy se mluvený projev převedl do písemné podoby bez převedení textu do spisovného jazyka. (Hendl, 2005, s. 247).

### 7.2.2 Kategorie a kódování

V první fázi po zpracování rozhovorů byla použita metoda stojící na pomezí mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumem. Je to metoda prostého výčtu, jejichž cílem je zda se některé jevy vyskytují, či nikoliv. V kvalitativní analýze se témata vynořují postupně sama z nabíraných dat. Nejdůležitější je v nich nalézt a popsat vazby, které se mezi zaznamenanými jevy nacházejí.

Další použitou metodou bylo otevřené kódování uskutečněné pomocí metody „tužka a papír“ kdy se důležité pasáže, slova nebo kontexty podtrhávaly určitou barvou. V průběhu se data třídila touto klasifikací a tříděná data se zařazovala k určité předem dané nebo nově vzniklé kategorii. U kvalitativního výzkumného šetření není systém měřených kategorií předem stanoven, ale podřizuje se potřebám průzkumného šetření a vzniká průběžně. (Sedláková, 2014, s. 420 – 421)

K přehlednějšímu znázornění některých výsledků práce byl použit software na kvalitativní analýzu dat Atlas.ti.

Na základě analýzy rozhovorů byly vytvořeny dvě hlavní kategorie s názvem adaptace a kompetence s jednotlivými podkategoriemi, které hlavní kategorie ovlivňují nebo s nimi přímo souvisí:

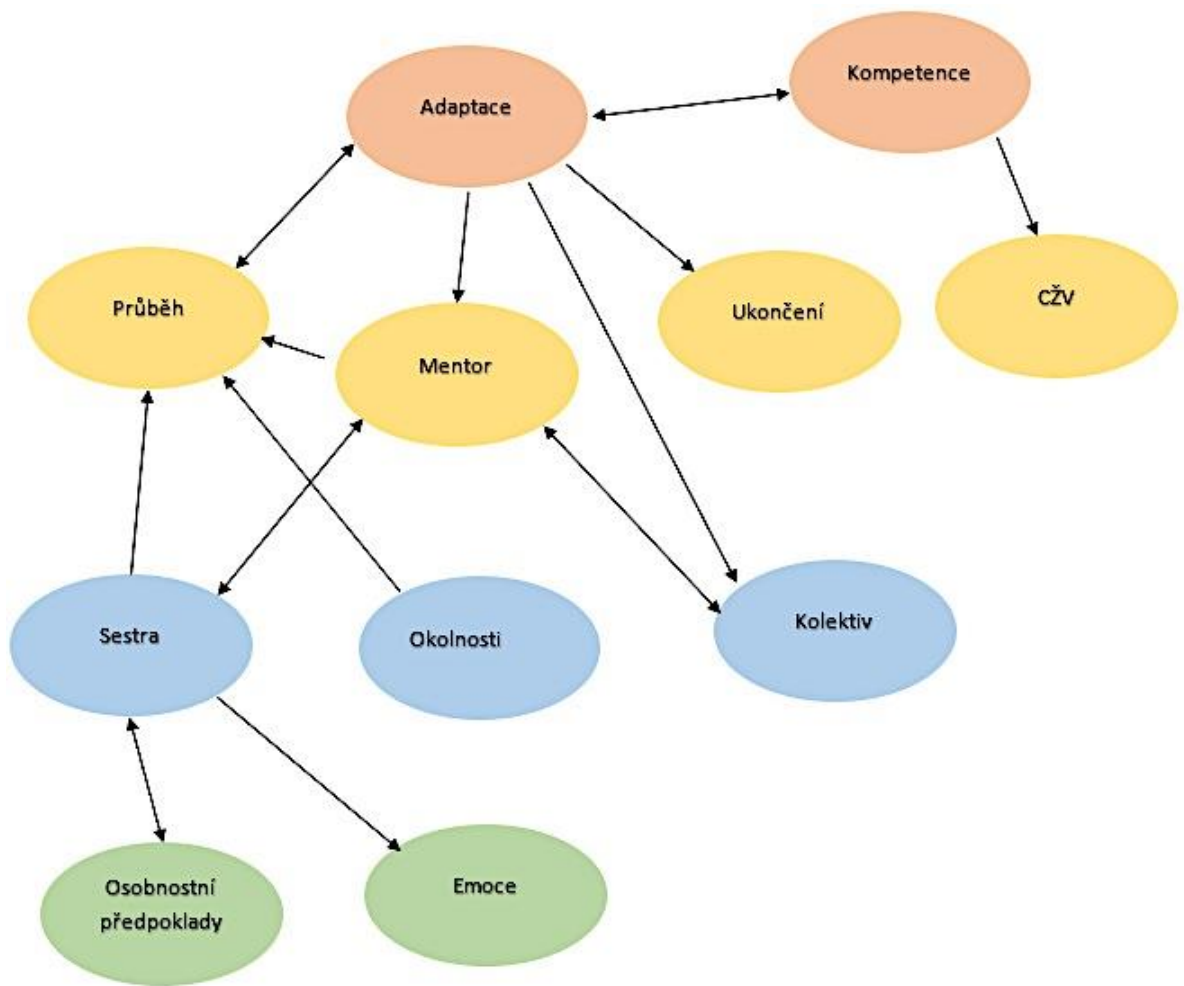
#### 1. Adaptace

- Průběh
- Okolnosti – rozmanitost operačních výkonů
- Mentor
- Sestra jako osobnost, emoce
- Kolektiv
- Hodnocení a ukončení

#### 2. Kompetence

- Celoživotní vzdělávání





Obrázek 3 Mapa provázanosti jednotlivých kategorií výzkumu

## 9 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Tato kapitola se zabývá interpretací dat získaných v rámci průzkumného šetření od participantek. Získaná data jsou po důkladné analýze textů interpretovány postupně dle kategorií a příslušných podkategorií -kódů.

### 9.1 Adaptace

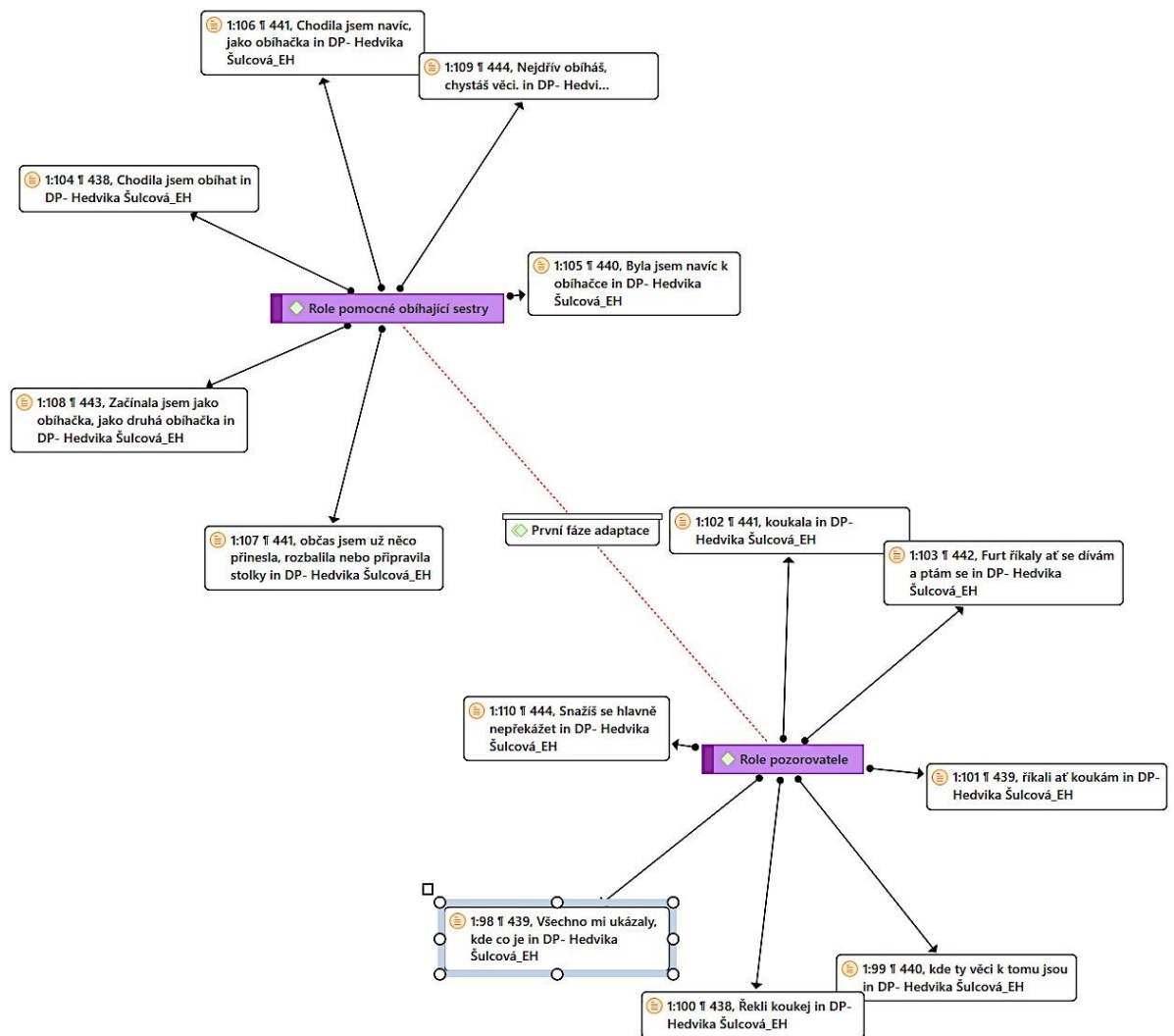
Tato kategorie analyzuje získaná data od participantek. Zahrnuje celý soubor informací týkající se výzkumné části diplomové práce. Pod kategorií s názvem adaptace se v průběhu výzkumu řadily kódy, které s adaptací přímo souvisí a poskytují tak ucelený vhled do výpovědi participantek. Z analýzy rozhovorů se sestrami vyplynulo, že jejich adaptační proces významně ovlivňuje mentor operačních sálů, samotná osobnost sestry nebo okolnosti. Zajímavostí je, že předchozí dovednosti, zkušenosti či vědomosti z minulosti sestrám při adaptaci na roli perioperační sestry nepomohly a proto nejsou zahrnuty do vyobrazené mapy výše.

#### 9.1.1 Průběh

Jedním z kódů, který byl zařazen pod kategorii adaptace je průběh adaptace „*Jak se sestry cítily při nástupu na oddělení operačních sálů? Jak u sester probíhal adaptační proces?*“ Z rozhovorů vzešly odpovědi, jenž nám umožní vcítit se do situace nástupu nové perioperační sestry do neznámého prostředí. Z výzkumu bylo zjišťováno zdali předchozí zaměstnání, získané zkušenosti či dovednosti sester z bývalých zaměstnání nebo absolvováním různých typů vzdělání nějakým způsobem ovlivnily průběh adaptačního procesu u sester. Z rozhovorů bylo zjištěno, že všechny participantky mají úspěšně vystudovaný první stupeň vysokoškolského vzdělání v oboru Všeobecná sestra. Sestry pochází z lůžkových oddělení, pouze jedna sestra nastoupila jako čerstvá absolventka bakalářského studia bez předchozí praxe u lůžka. Dotazované sestry popisují, že práce na operačních sálech je velice specifická a jejich povědomí o činnosti na operačních sálech bylo malé. (S5): „*Nechtěla jsem dělat, co dělají všechny ostatní sestry u lůžek. Chtěla jsem dělat víc specifickou práci.*“ Práce perioperačních sester souvisí s vysoce specializovanou péčí poskytovanou před, během a bezprostředně po ukončení operačního výkonu včetně invazivních, intervenčních a diagnostických výkonů. Nově začínající dotazované sestry nebyly na práci perioperační sestry dostatečně kompetenčně připraveny (S1): „*Práce u lůžka tě na práci na operačních sálech nepřipraví, tyhle zkušenosti můžeš skoro zapomenout.*“ Jedním z názorů byl fakt, že studium bakalářského programu oboru všeobecná sestra na práci perioperační sestry nepřipravuje a je tomu tak. Podle kvalifikačního standardu přípravy na výkon povolání všeobecná sestra, který vydává Ministerstvo

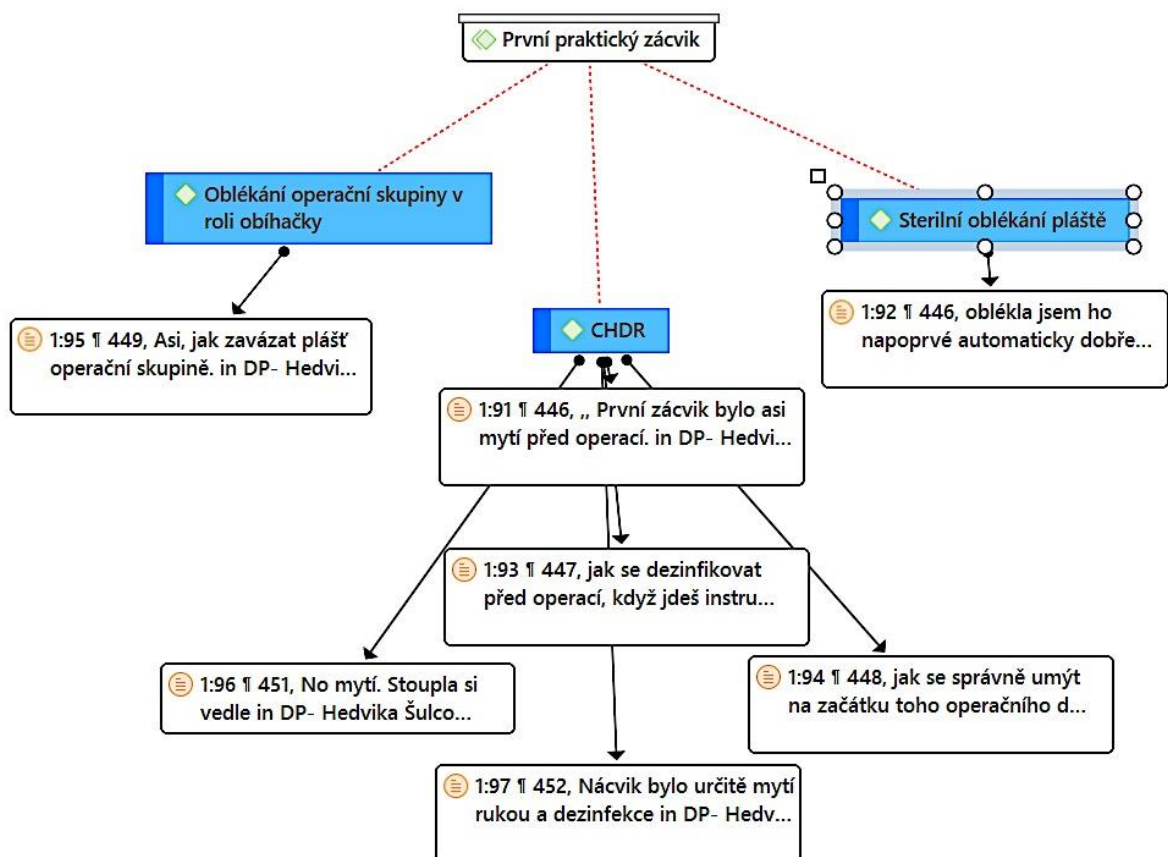
zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy je to praktická výuka především na lůžkových pracovištích různých oborů. ( MZČR, ©2023) (S2): „*Práce u lůžka ani studium Všeobecné sestry tě na práci na operačních sálech nepřipraví.*“ Dalším faktem je, že jedna ze sester studovala specializační magisterské vzdělávání v oboru perioperační péče a i tato sestra se během praktické výuky neměla možnost plně seznámit s celou náplní práce perioperační sestry. V rozhovoru dále uvedla (S6): „*Praxe je celkem dost, ale pořád jsi student. Sestřička ti ten výkon podepíše i když si tam skoro nic nedělala zrovna.*“ Sestry v navazujícím magisterském studiu si zřizují praktickou výuku dle svých preferencí. Na základě písemné dohody se vystavuje smlouva o praktickém zácviku mezi studentem, fakultou a vybraným operačním oddělením. Praktická výuka probíhá na každém pracovišti jinak a ne vždy je čas věnovat dostatek pozornosti a péče studentům. Nároky na odbornou praxi jsou vymezeny věštníkem MZČR, stejně jako ostatní požadavky týkající se specializačního vzdělávání. Záleží na aktivitě, motivaci a ochotě každého jednotlivce, jak se během praktické výuky bude chovat a kolik informací dokáže pojmout. Zajímavou informací byla odpověď sestry, která má úspěšně absolvovaný magisterský typ vzdělávání v oboru perioperační péče. V rámci studia neměla žádný problém a s teoretickou výukou byla spokojená. Výtku měla k výuce praktické, podle ní není možné zaučit se natolik, jak by potřebovala k nástupu do zaměstnání (S6): „*Ta práce je tak specifická, že ani ty praxe na škole ti moc nepomůžou.*“ Magisterské navazující studium bylo v minulosti určeno pro sestry, které činnost perioperační sestry již vykonávají. Nyní je studium otevřeno i absolventům vybraných oborů nebo sestrám s bakalářským titulem v přírodním oboru, které vykonávají sesterskou činnost v jiném zaměření. S myšlenkou, že předchozí praxe nebo stupeň vzdělání není až tak důležitý souzní i mentorka operačních sálů, která uvádí: „*Je to vždycky individuální. Je jedno jestli je to sestra specialista, bakalářka nebo jde od lůžka. Toho magistra pokud budeš brát, že nikdy na sálech nepochovala zkušenosti nemá žádný. U těch magister je předpoklad, že se bude učit rychle.*“ Práce perioperační sestry je podle sester velice specifická a z předešlé praxe z lůžkových zdravotnických zařízení se dá využít pouze některých základních sesterských činností (S2): „*Nasazování sterilních rukavic, to jsem uměla třeba z cévkování, jinak nic.*“ S3: „*Ta práce je úplně jiná, vlastně jen s počítačem je to dost podobný.*“ (S7): „*No tak nějaký základy použít můžeš, ale to je tak všechno. Práce je úplně jiná než na oddělení,*“ Z rozhovorů se sestrami vyplývá, že předchozí sesterská praxe u lůžka nebo různý typ sesterského vzdělání nemá významný vliv na průběh adaptačního procesu. Pro získání základních zkušeností pro práci perioperační sestry je práce s operačními nástroji a síty. První fází adaptačního procesu je tedy nástup na oddělení sterilizace. Nově nastupující sestra na oddělení sterilizace stráví přibližně 3

týdny a naučí se zde základy své práce a to především identifikaci nástrojů, jejich skladbu v sítích a péči o tyto nástroje. Naučí se, jak se s příslušným nástrojem zachází, jak se skládá, ukládá a v jakém počtu se nachází v jednotlivých sítích. Mentorka uvádí: „*Ony se tam učí, jaký nástroje jsou v sítích, jak jsou přesně srovnané. Když pak jde na sály, aby měla povědomí o tom, co to je a k čemu se to používá. Jaký tam jsou nástroje, jaké počty. Musí znát základy. Víme, že se za tři týdny nenaučí všechno, že není šance si to zapamatovat, ale bude aspoň trochu vědět.*“ Pro všechny dotazované participantky byla práce na oddělení sterilizace přínosem. (S2): „*Naučíš se to v klidu na sterilce, pak nejseš na sále překvapená, že ten nástroj se sám nesloží.*“ Z analýzy vyplývá, že sestry mají oproti operačním sálům čas si nástroje vyzkoušet a složit, což jim usnadňuje pozdější manipulaci s nástroji při operacích. Sestra má nyní základní povědomí o instrumentáriu, které bude ke své práci využívat (mentor): „*Za 3 týdny nemá šanci si všechny nástroje zapamatovat, ale aspoň ten základ.*“ Znalosti získané z pracoviště sterilizace však nejsou ani zdaleka komplexní. Po absolvování povinné stáže na oddělení sterilizace přichází perioperační sestra na oddělení operačních sálů, kde si v procesu adaptace bude osvojovat dvě základní perioperační sesterské role. Patří sem práce instrumentující a obíhající sestry. Každá z dotazovaných sester byla v rámci perioperační skupiny sester navíc a byla uvedena do role pozorovatele (S5): „*Furt říkaly ať se dívám a ptám se.*“ Je to fáze u které jde především o pozorování a poznání perioperačních sesterských činností na operačním sále. Sestra poznává povinnosti a způsoby komunikace jednotlivých pracovníků. (Hroník, 2007, s. 336) Po pozorovací fázi se nová sestra začíná účastnit jednodušších úkonů v rámci role obíhající perioperační sestry pod vedením svého mentora (S1): „*Chodila jsem obíhat, byla jsem navíc.*“ Během této praxe se naučí především aseptickou manipulaci při vybalování sterilních nástrojů a zdravotnických prostředků metodou „peel-efektu“. Tato metoda jako jediná umožňuje aseptické vyjmutí sterilního obsahu a zvyšuje ochranu pacienta před možnou infekcí. (Haládík, 2007, s. 65) Dále se sestra blíže seznámí se skladovými prostory přiléhající operačnímu sálu (S4): „*Občas jsem už něco přinesla ze skladu, rozbalila nebo připravila stolky.*“ Jedna ze sester uvedla, že její snahou bylo především nepřekážet v práci operačnímu týmu (S7): „*Nejdřív obíháš, chystáš věci. Snažíš se hlavně nepřekážet.*“ Na operačním sále se pohybuje operační tým, který je složený jak s týmu operačního tak týmu anesteziologického. Je zde tedy početná skupina odborníků na relativně malém prostoru. Operační tým pro běžný operační výkon je složen z operátora a jeho asistentů, perioperační sestry instrumentářky, perioperační sestry obíhající, anesteziologické sestry, anesteziologického lékaře a sanitáře/sanitářky. Se zvyšujícím se počtem osob na operačním sále je zhoršující se schopnost udržet opatření a postupy zabraňující styku s mikroorganismy. (Jedličková, 2019, s. 34)



Obrázek 4 Mapa rolí, které zaujímaly dotazované sestry při nástupu na oddělení operačních sálů s jednotlivými komentáři (Atlas.ti)

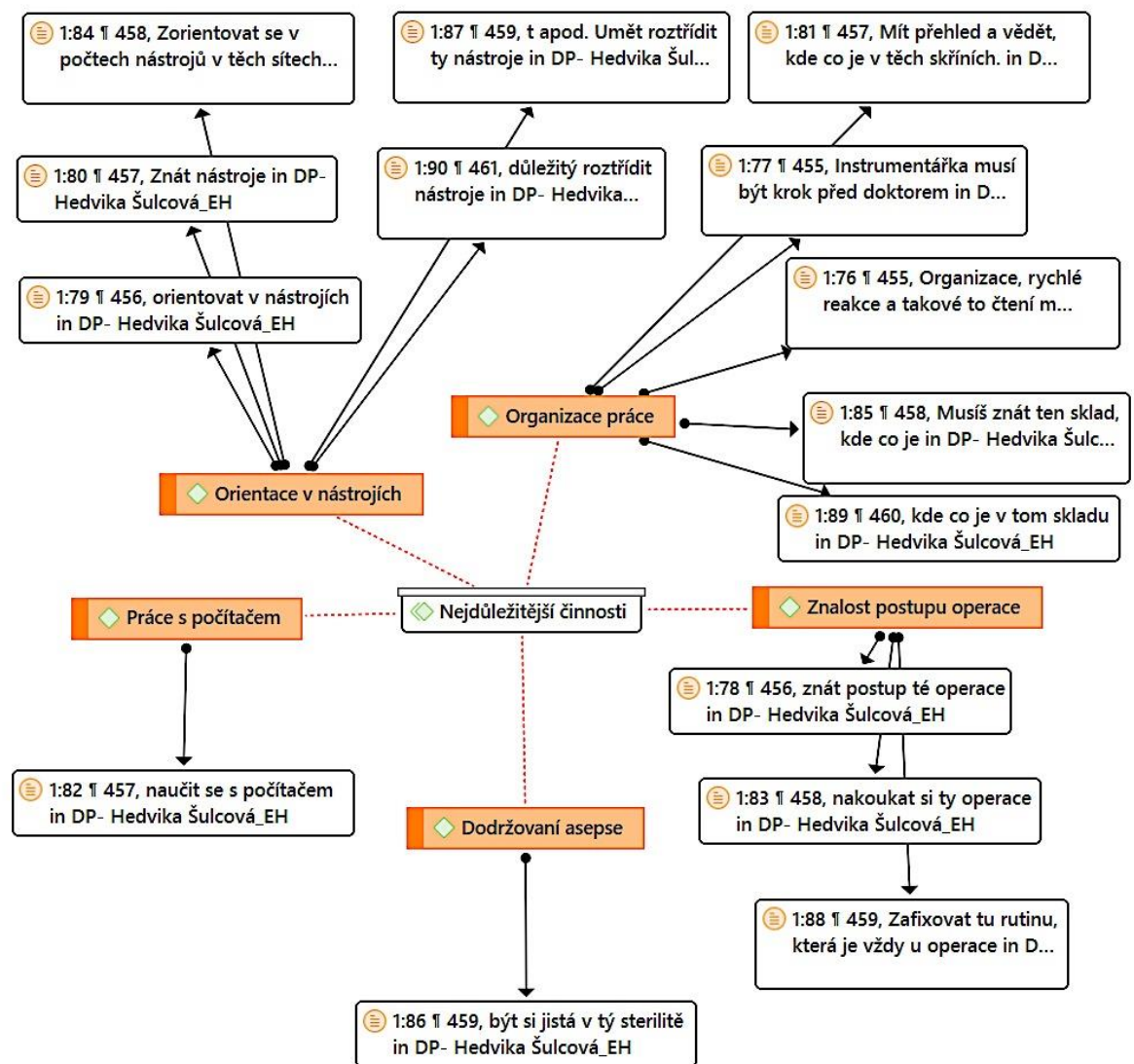
Jedním z prvních praktických zácviků u sester bylo hygienické mytí rukou a chirurgická dezinfekce rukou (S7): „Nácvik bylo určitě mytí rukou a dezinfekce. Školitelka vedle mě stála, myla se a mě říkala správný postup.“ Mytí a chirurgická dezinfekce rukou jsou postupy k zajištění bariérové ošetrovatelské péče a právě při těchto činnostech mnohdy dochází k pochybení ze strany personálu. Z toho důvodu je důležité, aby si sestra správný postup osvojila, co možná nejrychleji. Je tedy příjemným zjištěním, že každá sestra z průzkumu prošla v těchto činnostech praktickým zácvikem a to několikrát (S3): „Mentorka se mnou šla do umývárny a vlastně mi ukázala, jak se správně umýt na začátku toho operačního dne. Pak to se mnou pár krát doladila.“ Na obrázku č.5 můžete vidět další z praktických zácviků, kterým sestry prošly po nástupu na operační sály. Mimo chirurgickou dezinfekci se jednalo o oblékání operační skupiny v roli obíhající sestry a oblékání sterilního pláště v roli instrumentující sestry.



Obrázek 5 Mapa činností, ve kterých se dotazované sestry prakticky zaučovaly, jako první (Atlas.ti)

Při rozhovoru byla sestrám položena otázka, jaké činnosti spojené s perioperační péčí jim přišli nejdůležitější a které si museli osvojit, co možná nejrychleji a které tvořili základ jejich práce. Důležité pro sestry bylo, co nejrychleji se zorientovat (S6): „*Co nejrychleji se zorientovat.*“ Ať už v instrumentáriu (S2): „*Musíš se orientovat v nástrojích.*“ Konkrétně v počtech a jejich rozložení v sítěch (S4): „*Zorientovat se v počtech nástrojů v těch sítěch.*“ Pro jednu ze sester byly důležité činnosti spojené také s evidencí nástrojů (S3): „*Důležitý je naučit se s počítačem s tím souvisí i evidence nástrojů.*“ Perioperační sestra se musí perfektně orientovat v instrumentáriu neboť je součástí operačního týmu a podílí se na hladkém průběhu operačního výkonu svou asistencí lékaři. Ve své roli sestra zajišťuje potřebné instrumentarium a instrumentuje při operačních výkonech (S1): „*Instrumentářka musí být krok před doktorem.*“ Podáním správného nástroje ve správnou chvíli je činností důležitou k osvojení. (Jedličková, 2019, s. 17) Pro dokonalé instrumentování je ale třeba nabít znalosti operačních postupů (S2):

„Musíš znát postup té operace.“ Tuto znalost perioperační sestra získává v průběhu adaptačního procesu a celoživotního vzdělávání. Každá setra měla svůj specifický způsob získávání informací o operačních postupech (S5): „*Tiskla jsem si operační postupy z těch dokumentů na oddělení a brala si to domů a z toho se učila.*“ Nejjednodušším způsobem bylo nahlédnutí do předem připravených dokumentů daného operačního oboru. Zde mají nově nastupující sestry k dispozici většinu operačních postupů ze kterých mohou vycházet. Jedna ze sester uvedla, že by bylo vhodné tyto dokumenty aktualizovat, neboť některé z operačních postupů jsou již zastaralé a v dnešní době se provádí jiný způsobem (S5): „*Mohly by být novější, už jsou zastaralý některý ty postupy.*“ Dále jedna ze sester uvedla, že ji dokumenty o operačních postupech nebyly k dispozici (S6): „*Jestli je tam takový dokument, tak jsem se o něm nedozvěděla.*“ Pro sestry je určitou výhodou mít předem připravený postup k operaci, který jim pomůže při práci jak perioperační sestry obíhající tak perioperační sestry instrumentující. Tyto dokumenty je nutné aktualizovat neboť vývoj a trendy v operačních oborech jdou neustále dopředu. Dvě ze sester uvedly, že upřednostňují svoje poznámky (S6): „*Dělala jsem si svoje poznámky do bločku a z toho se učila.*“ (S7): „*Psala jsem si svoje poznámky a z nich pak čerpala.*“ V získávání informací o operačních výkonech nově nastupujícím sestrám pomáhaly i kolegyně (S2): „*Kolegyně měla napsaný moc pěkný deníček a z toho jsem se ty postupy učila.*“ Je tedy otázkou zdali by nebylo vhodné sjednotit operační postupy pro jednotlivé úseky operačních sálů a nezjednodušit tím tak získávání těchto informací pro nově nastupující perioperační sestry. Další důležitou znalostí, kterou je potřeba podle sester znát, co nejrychleji je orientace ve skladu přiléhajícího ke konkrétnímu operačnímu sálu. Zejména je důležitá pro roli obíhající sestry, která připravuje instrumentárium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky během, v průběhu a po operačním výkonu (S3): „*Mít přehled a vědět, kde co je v těch skříních.*“ (S4): „*Musíš znát ten sklad, kde co je.*“ Jedna ze sester uvedla, že pro ní bylo důležité si osvojit organizaci práce (S1): „*Organizace, rychlé reakce a takové to čtení mezi řádky.*“ Podmínkou pro racionální organizaci práce je využívání doposud získaných znalostí, zkušeností, dovedností a poznatků v praxi. Pro sestru je tedy důležité, aby znala svoje kompetence a jednotlivé činnosti v rámci jednotlivých sesterských rolí a ty pak prováděla správně a ve správný čas. Jedna ze sester uvedla jako nejdůležitější osvojení si pravidel dodržování asepse (S5): „*Musíš si pořád dokola říkat, co je a není sterilní.*“ Na operačních sálech je nejdůležitější právě dodržování zásad asepse a antisepte. Vyhláška MZ ČR č. 306/2012 Sb. v platném znění uvádí podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení.

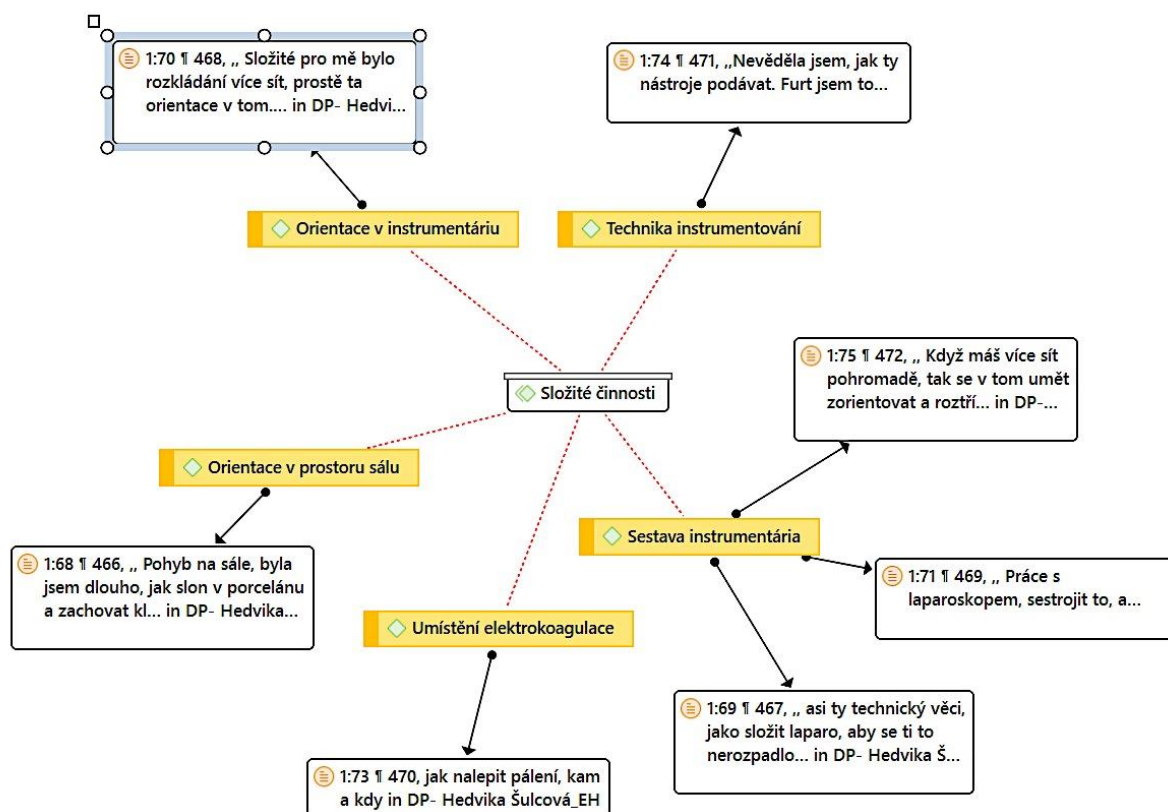


Obrázek 6 Mapa subjektivně nejdůležitějších činností dle dotazovaných sester s komentáři (Atlas.ti)

Dále ve výzkumu bylo zjišťováno, jaké situace nebo činnosti byly pro sestry složité na naučení nebo jim jejich zácvik trval delší dobu, či při této činnosti/situaci potřebovaly výraznou pomoc (S1): „*Pohyb na sále, byla jsem dlouho, jak slon v porcelánu a zachovat klid.*“ Tato sestra v přechodí části uvedla, že nejdůležitější je pro ní organizace práce a z toho lze usoudit, že si je vědomá svých nedostatků při organizovaném pohybu na sále. Dále bylo pro sestry složité sestavování instrumentária především laparoskopických nástrojů. Jedná se o skupinu nástrojů určených na tzv. miniinvazivní operační výkony při nichž nedochází k úplnému otevření operované části nebo orgánu, ale obraz je zprostředkován prostřednictvím optiky, která je zavedena přes malý operační otvor. (Černá, 2011, s.187) Instrumentarium pro laparoskopické výkony je rozložitelné na několik částí: držadlo, tubus a pracovní branže s různými mechanismy a jak sestry uvedly v průzkumu jejich sestavení není snadné a vyžaduje praxi. (Medin, ©2023)



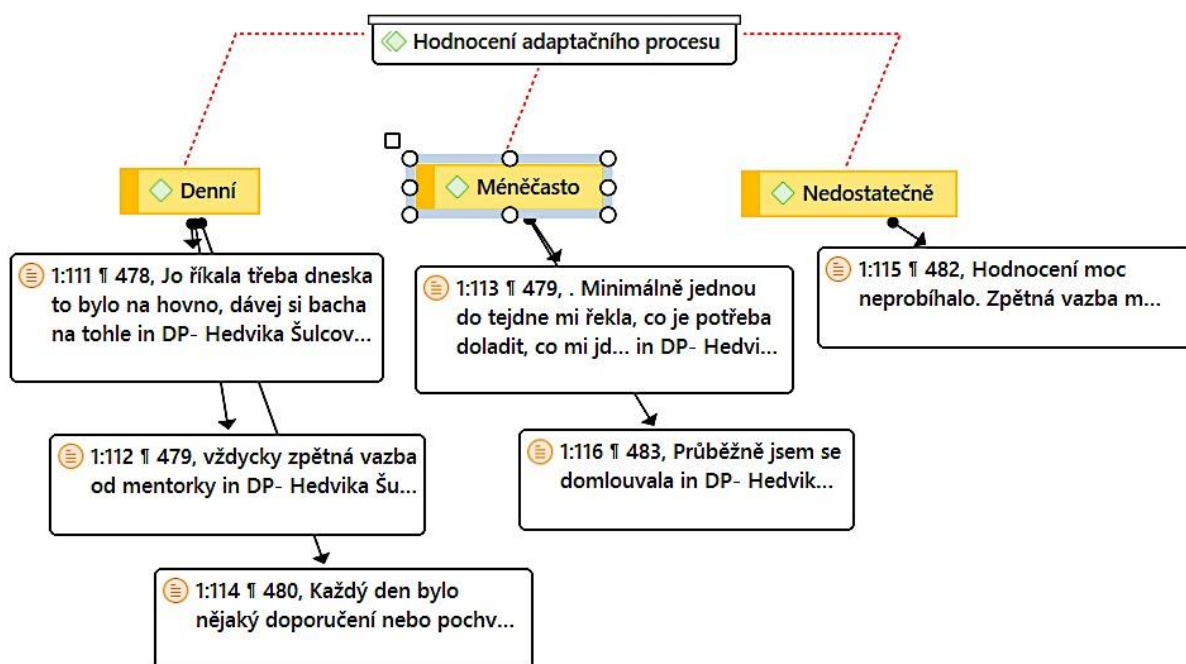
Pro jednu ze sester bylo náročné rozkládání více sít (S3): „*Složité pro mě bylo rozkládání více sít.*“ Důvodem je zejména podobnost a různé počty některých nástrojů (S3): „*Nástroje jsi jsou některé dost podobné a ty počty.*“ Nástroje jsou uloženy a zkompletovány v sítích podle daných seznamů, které jsou k dispozici právě na oddělení sterilizace, kam nově nastupující sestry přicházejí v začátcích adaptačního procesu. Jak již bylo uvedeno, sestra je schopná během stáže na oddělení sterilizace pojmout pouze základní operační síta či získat pouze základní přehled ve složitějších sítích. Další složitou činností bylo rouškování operačního pole (S5): „*Rouškování. Jestli se někde nepřilepím, na jakou to dát stranu, jestli se někde nedotknu.*“ Rouškování operačního pole se také řadí mezi bariérové ošetřovatelské techniky a používá se k zajištění čisté oblasti kolem rány a tím zamezuje potencionální kontaminaci. (Jedličková, 2019, s. 230) Poslední z uvedené činnosti, která byla pro sestry složitá je technika instrumentování (S6): „*Nevěděla jsem, jak ty nástroje podávat. Furt jsem to pletla.*“ Mezi hlavní zásady instrumentování patří podávání nástrojů na výzvu, podle posunků nebo bez vyzvání. Podávání instrumentaria bez vyzvání vyžaduje již určitou zkušenost perioperační sestry, která zná perfektně operační postup a je plně orientovaná na výkon. Další zásadou je např. že sestra nástroje nepodává v oblasti hlavy, krku, podpaží, pod pasem nebo za zády. Respektuje přednostně pokyny operátora a podávané nástroje udržuje čisté a kontroluje jejich funkčnost v průběhu operace. Sestra podává nástroje tak, aby je lékař nemusel přetáčet nebo upravovat. Nástroje ukládá pouze na určená místa a neustále kontroluje jejich počty. (Jedličková, 2019, s. 241) Mezi nejsložitější činnosti, které sestry uváděly je manipulace s nástroji, jejich rozkládání na instrumentační stůl nebo sestava laparoskopických nástrojů (S1), (S2),(S3), (S4). Problém s technikou instrumentování měla sestra (S6) a nejsložitější činnost bylo pro sestru (S5) rouškování operačního pole a pro sestru (S1) byl problém koordinovaný pohyb na sále. Na obrázku č. 7 můžeme vidět znázornění pěti kódů, které z analýzy rozhovorů vyplynuly.



Obrázek 7 Mapa subjektivně nejsložitějších činností podle dotazovaných sester s komentáři (Atlas.ti)

V rozhovorech bylo zjišťováno, jak u sester probíhalo hodnocení a ukončení adaptačního procesu. Z rozhovorů vyplynulo, že doba v adaptačním procesu pro každou z nich byla individuální záležitostí. Během adaptačního procesu se jim dostávalo připomínek i pochval (S3): „V průběhu byla vždycky zpětná vazba od mentorky. Minimálně jednou do tejdne mi řekla, co je potřeba doladit, co mi jde jakoby.“ Plevová (2012) Uvádí, že by během adaptačního procesu mělo docházet k neustálému hodnocení jeho průběhu s důrazem na zpětnou vazbu od zaměstnance, aby po celkovém posouzení mohlo dojít k případným úpravám procesu. (S4): „Každý den bylo nějaký doporučení nebo pochvala.“ (S7): „Průběžně jsem se domlouvala s mentorkou na čem je potřeba zapracovat, co už mi jde atd.“ Právě pochvala jako nehmotná forma motivace je v dnešní době opomíjená. Je však pro větší množství zaměstnanců důležitá. Příkladem může být potřeba seberealizace v teorii potřeb podle Maslowova (1943) ta spočívá ve zvyšování považování sám sebe v určitém výkonu nebo činnosti. (Urban, 2017, s. 16) Další sestra uvedla opačný příklad (S6): „Jo říkala třeba dneska to bylo na hovno, dávej si bacha na tohle.“ I když udělat chybu ve většině lidí vyvolává úzkost je třeba nahlížet na ní pozitivním

způsobem, neboť chyba posouvá v učení dál „chybami se člověk učí.“ (Urban, 2010, s.43) I když se jedná o stejné pracoviště jedna ze sester v rozhovorech uvedla, že žádné průběžné hodnocení nedostávala (S6): „*Hodnocení moc neprobíhalo. Zpětná vazba moc nebyla.*“ Na obrázku č.8 můžeme vidět znázornění tří kódů, které vyplynuly z analýzy rozhovorů.

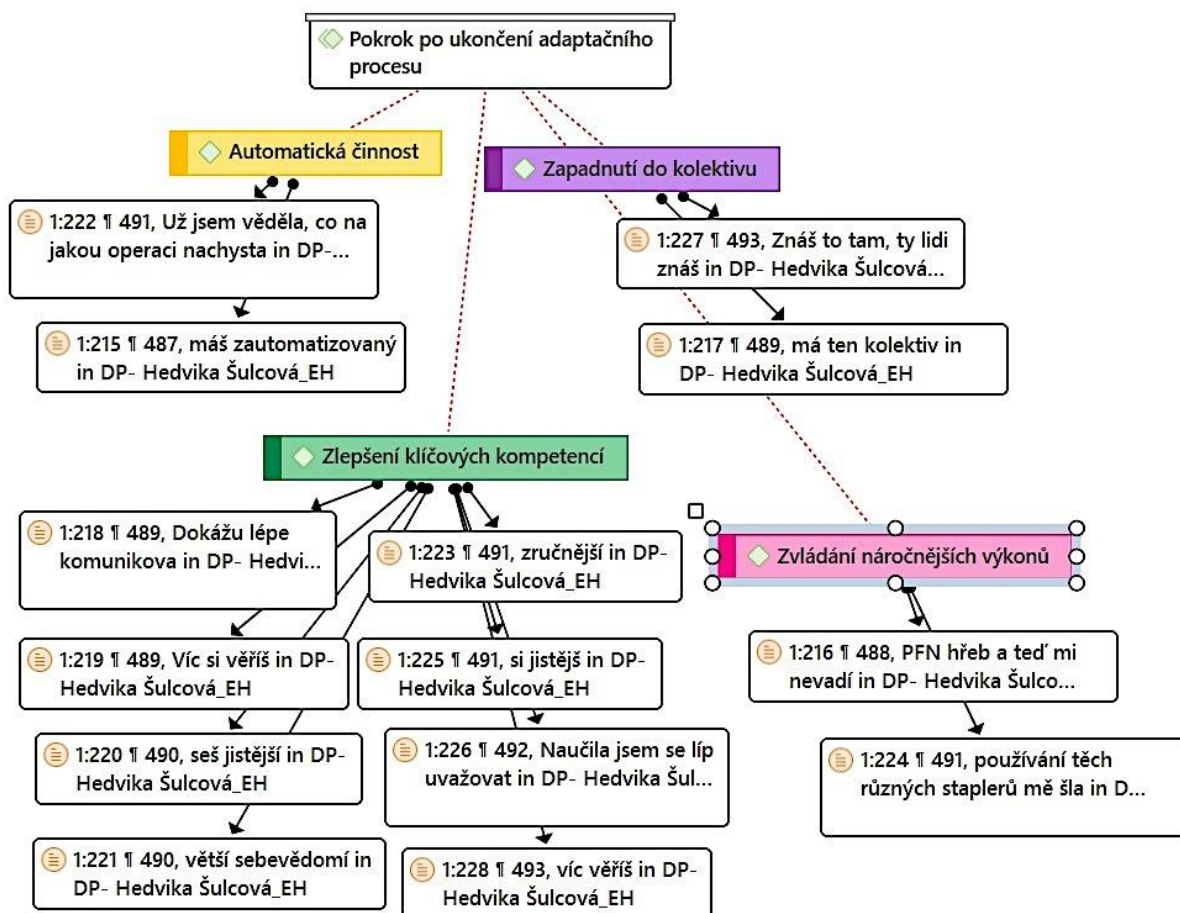


Obrázek 8 Mapa hodnocení adaptačního procesu s komentáři (Atlas.ti)

### 9.1.2 Ukončení adaptačního procesu

Ukončení adaptačního procesu proběhlo u sester závěrečným zkoušením vrchní sestrou operačních sálu z předem předložených otázek (S3): „*Ukončení bylo u vrchní jako zkouška. Vytáhla jsem si dvě otázky a pak se ptala na věci jako hasičáky apod.*“ Jedna ze sester uvedla, že se na ní vrchní sestra přišla podívat při výkonu práce na operačním sále (S4): „*Vrchní pak koukala, jak pracuju, takže asi taková praktická zkouška a pak bylo teoretické přezkoušení.*“ Jedna se sester ukončení více popsala (S5): „*Máš okruhy otázek, který se musíš naučit. Třeba operační postupy, nějaký zásady, sterilizace a tohle. Pak na tom závěrečným si vytáhneš dvě otázky, který musíš zodpovědět a pak se vrchní doptává, co jí přijde důležitý a co bys měla fakt vědět.*“ Z rozhovorů vyplynulo, že doba v adaptačním procesu pro každou z nich byla individuální záležitostí. Nejkratší adaptační proces měla sestra (S5), které byl s jejím souhlasem ukončen po 3 měsících (S5): „*Mentorka se mě ptala jestli se na to cítím. Tak jsem řekla, že jo.*“

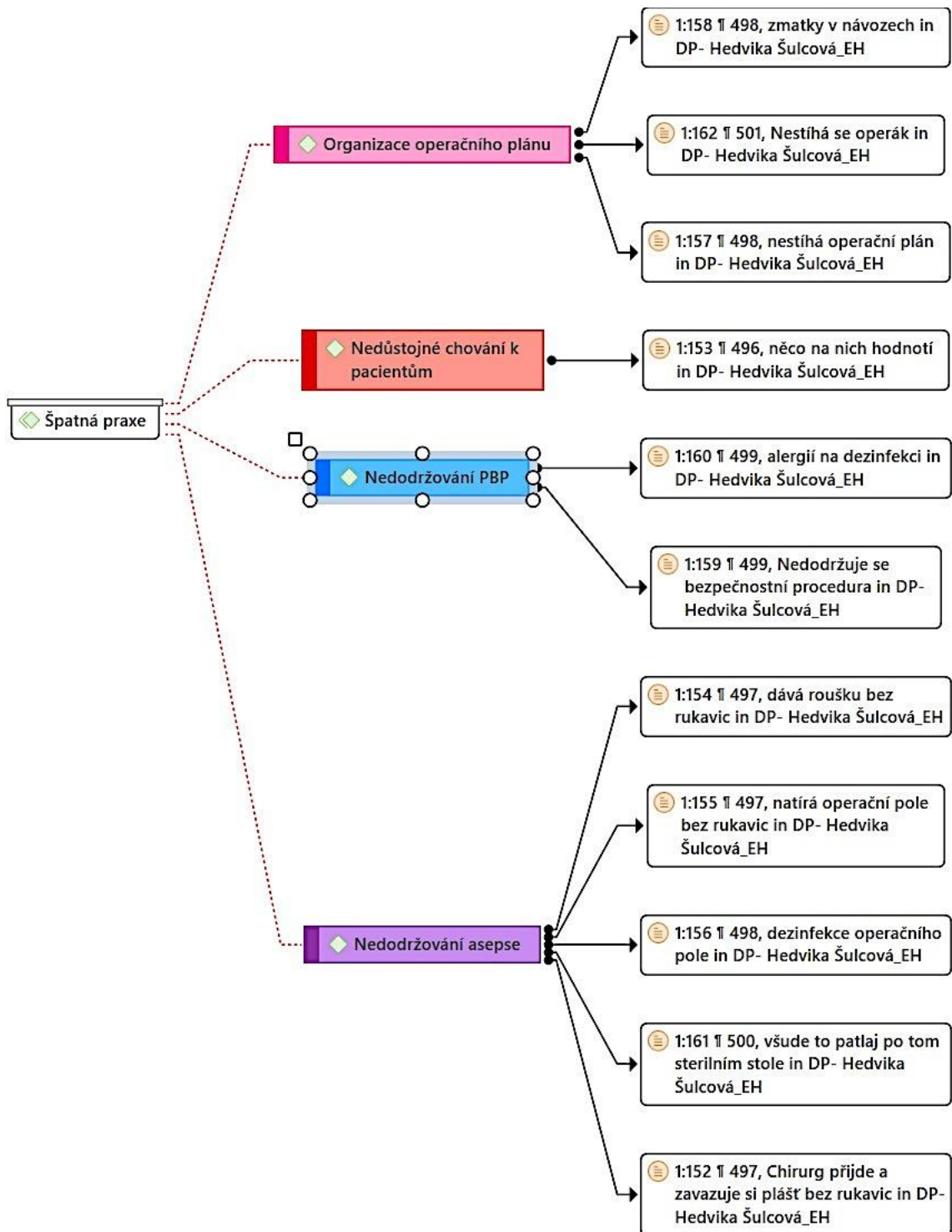
Důvodem byl nedostatek personálu a důležitost zajištění provozu (S5): „*Mě byl adaptační proces ukončen asi za 3 měsíce, protože potřebovali, aby někdo bral služby.*“ Během adaptačního procesu se jim dostávalo připomínek i pochval a ukončení adaptačního procesu proběhlo až po vzájemné dohodě. Mentorka operačních sálů byla v rozhovoru dotazována co se stane, když sestra úspěšně neukončí adaptační proces (mentor): „*Myslím, že se to ještě nestalo, ale bylo by to určitě hrozně trapné a to především pro ní samotnou. Když je riziko, že by to neudělala, tak já jako mentor to vím a ten adapták protáhnu.*“ Sestry z výzkumu byly dále dotazovány na to, jaké na sobě pozorují rozdíly po ukončení adaptačního procesu (výzkumník): „*Když se na sebe podíváš na začátku a na konci adaptačního procesu, jaké vidíš rozdíly?*“ Velkým rozdílem po ukončení adaptačního procesu je automatické zvládnání výkonů, které jsou na denním režimu (S1): „*Takový ty výkony, co jsou na denní bázi, tak ty už máš zautomatizovaný.*“, (S2): „*Na začátku mi přišlo nemyslitelný, když jsem viděla třeba PFN hřeb a teď mi nevadí.*“, (S5): „*Už jsem věděla, co na jakou operaci nachystat. Věděla jsem, jaké jsou rozdíly v sítích. Uměla jsem skoro všechny ty nástroje ze sít pojmenovat. Samozřejmě, že nějaké speciální, které úplně nevidáš často, tak ty ne. Manuálně jsem byla zručnější. Manipulace a používání těch různých staplerů mě šla, což na začátku jsem neuměla. Byla jsem si jistější.*“. Sestry (3,5,7) uvádějí, že si vybudovaly pocit sebedůvěry, která jim pomáhá práci zvládnout lépe (S3): „*Dokážeš si říct o radu. Víc si věříš.*“ a jedna sestra neopomenula jistotu a usazení v pracovním kolektivu (S3): „*Člověk má ten kolektiv, už je zná a má v nich jistotu.*“ I přesto, že jsou sestry po adaptačním procesu udávají informace, že jejich práce není stále dokonalá a má své rezervy (S7): „*Není to teda zdaleka dokonalý, ale už se to dá.*“, (S6): „*Furt mám pocit, že neumím všechno. Furt tam jsou věci, které by mě zaskočily.*“ Na obrázku č.9 můžeme vidět mapu znázornění čtyř kódů, které z analýzy vyplynuly.



Obrázek 9 Mapa znázorňující rozdíly, které sestry pociťovaly po ukončení adaptačního procesu. (Atlas.ti)

Další otázka vedla ke zjištění, jestli sestry vidí nějaké zásadní chyby, formy špatné praxe na svém oddělení popřípadě zdali jsou činnosti nebo situace, které by se podle nich daly zvládnout či vyřešit lépe. Některé sestry jako formu špatné praxe vidí především přístup některých lékařů, kteří nedodržují zásady asepse (S2): „Chirurg přijde a zavazuje si plášť bez rukavic nebo dává roušku bez rukavic nebo natírá operační pole bez rukavic.“ nebo důstojnost k pacientům (S1): „Doktoři a kolektiv, když se baví o pacientech a něco na nich hodnotí, tak to by asi nemělo bejt.“ Jako problém uvedla jedna ze sester nedodržování bezpečnostní procedury, která v jednom z případů mohla vést k pochybení (S4): „Nedodržuje se bezpečnostní procedura. Teď konkrétně se mi to stalo s alergií na dezinfekci.“ Další z věcí kterou sestry vnímají jako problémovou je harmonogram operačních plánů (S3): „Ještě organizační věci, že se nestíhá operační plán a jsou zmatky v návozech.“ Jedna ze sester uvedla příklad z praxe (S5): „Já se třeba zarazila, když nějaký holky vezmou do rukou histologii třeba prolezlou karcinomem a všude to patlaj po tom sterilním stole... pak si říkáš no, aby se to takhle nerozšířilo po celém tom těle. Fuj. Tam šahají do skoro čistého břicha upatlaný od toho karcinomu.“ Jednou ze

zmíněných věcí bylo, že uspořádání nástrojových sít je neaktuální (S5): „Uspořádání sejt je neaktuální, co se týče nástrojů. Někjaký nástroje se můžou klidně vyřadit nebo nějaký síta by se dala sloučit, aby tam nemuseli být čtyři ty kontejnery.“ Na obrázku č.9 můžeme vidět znázornění jednotlivých kódů k této kategorii.



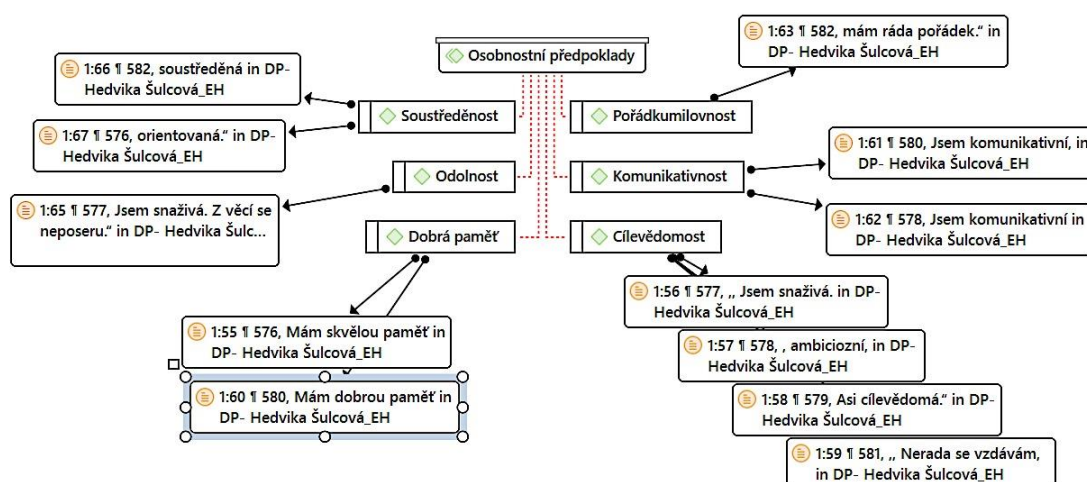
Obrázek 10 Mapa znázorňující formy špatné praxe, kterých sestry byly svědky. (Atlas.ti)

### 9.1.3 Okolnosti ovlivňující adaptační proces

Adaptační plány jsou individuální a záleží zejména na postoji k práci nově přijímané sestry, ale také na osobnosti sestry. Dále je neméně důležitým faktorem, který ovlivňuje délku adaptace i rozmanitost výkonů. Jak uvádí mentorka: „*Je i individuální, ke kterým výkonům se dostaneš, pak i to zaučení je individuální. Když ty výkony neděláš často, tak se to učí déle. Je důležité k čemu se nová sestřička namane. I když ti nastoupí dvě sestry se stejným vzděláním a zkušenostmi, tak jedna může být bohatě napřed, protože měla hold štěstí na výkony a druhá může být pozadu, protože měla smůlu*“. Podle metodického pokynu MZ ČR by měla být stanovena délka adaptačního procesu obvykle na 3 až 12 měsíců po nástupu. Otázkou je, jak dlouhá doba adaptačního procesu by měla být pro sestru poskytující perioperační péči. Operační výkony, techniky a postupy se liší a jsou rozmanité (mentor): „*Fakt ta doba je individuální. Někomu stačí pár měsíců a někdo neuzavře adaptační proces za rok*.“ K některým výkonům se sestra dostává velmi zřídka neboť jsou vzácné a neprobíhají s určitou pravidelností a proto by měl být adaptační proces nastaven tak, aby nová sestra zvládla perioperační sesterské role u většiny výkonů, které její obor nabízí.

### 9.1.4 Osobnostní předpoklady sester

Perioperační sestra mimo svých rozsáhlých znalostí potřebuje k výkonu svého povolání i jisté osobnostní předpoklady. Jednou z otázek v rozhovorech byla: „*Jaké pozitivní vlastnosti jim pomáhaly zvládat učení, stres a celkově práci na operačních sálech?*“ Tři sestry mezi své pozitivní osobnostní předpoklady uvedly komunikativnost (S5): „*Jsem komunikativní, nebojím se zeptat nebo něco říct*.“ Komunikace je základní sdělovací prostředek, zejména při týmové spolupráci a tou perioperační péče bezesporu je. Perioperační sestra neustále komunikuje s lékaři, sanitáři s anesteziologickým týmem a dalšími kolegyněmi, které se na operačním sále v průběhu výkonu nachází. Dvě ze sester se pyšní dobrou pamětí, která jim ulehčuje nabývání kompetencí v průběhu adaptačního procesu (S1): „*Mám skvělou paměť*.“ (S5): „*Mám dobrou paměť*.“ Vzhledem k tomu, že na sestru při příchodu na operační sály čeká mnoho nového, jak popsaly výše je tato schopnost jistou výhodou. Dále některé ze sester uvádí, že jsou ambiciózní, pečlivé, zodpovědné a pořádkumilovné (S6): „*Nerada se vzdávám, jsem pečlivá a zodpovědná*.“ (S2): „*Jsem snaživá. Z věci se neposeru*.“ Právě emoční stabilita je pro tuto práci výhodou neboť se ve své práci setkávají s krizovými situacemi jako je např. akutní operativa či odběr tkáni na transplantaci apod. Na obrázku č. 9 můžeme vidět šest osobnostních předpokladů, které sestrám pomohly v adaptaci.

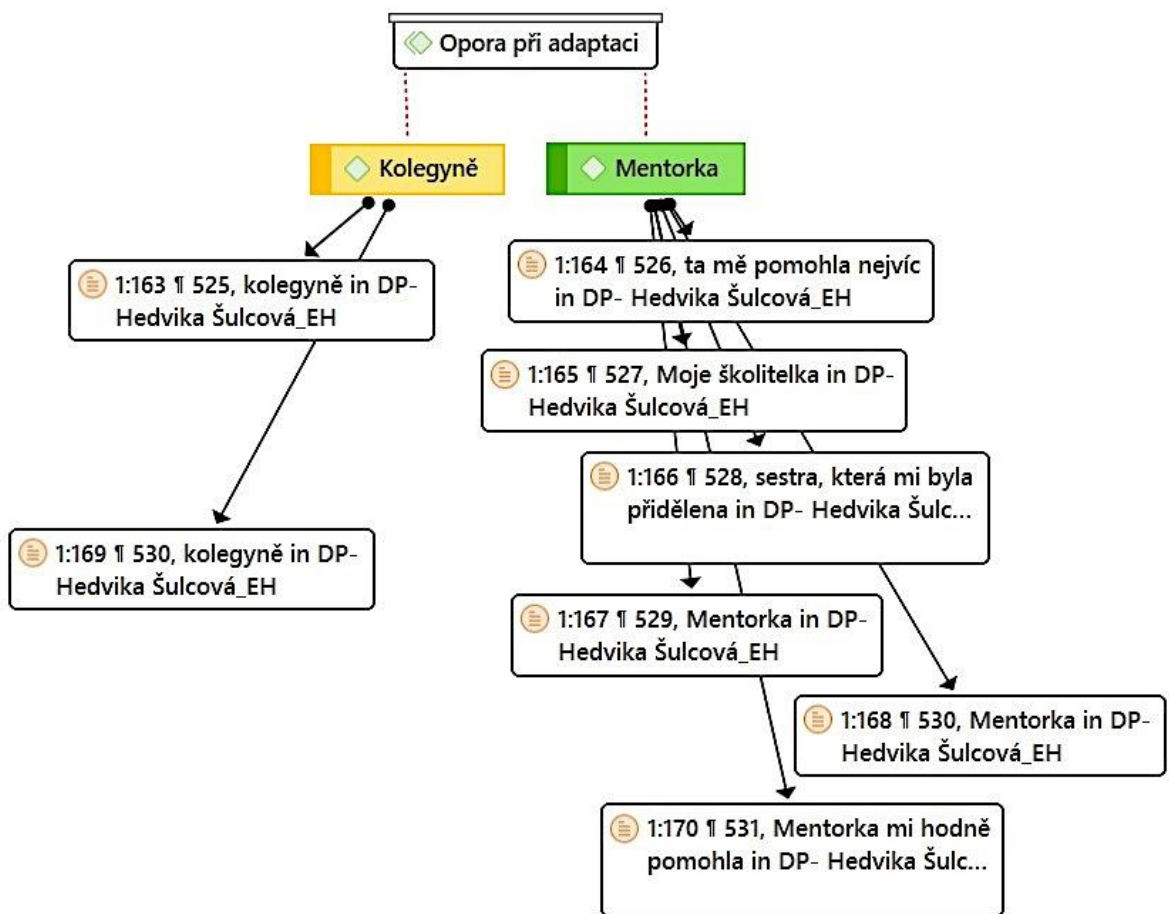


Obrázek 11 Mapa osobnostních předpokladů dotazovaných sester s komentáři (Atlas.ti)

### 9.1.5 Mentor

Tato podkategorie se zabývá hledáním odpovědi na průzkumnou otázku týkající se adaptačního procesu a vedení mentorem. Z analýzy odpovědi vyplývá, že operační sály příslušné nemocnice mají zajištěnou mentorku/školitelku pro každou nově nastupující sestru. Na základě otázky zaměřené na adaptační proces (výzkumník): „*Co nebo kdo Vám v začátcích adaptace pomáhal?*“ Odpovídaly sestry víceméně jednohlasně. Šest ze sedmi sester uvedlo, že nejvíce jim v začátcích adaptace pomohla přidělená mentorka/školitelka (S2): „*Měla jsem mentorku, ta tam byla dá se říct furt se mnou, ta mě pomohla nejvíc.*“ Jedna sestra uvedla, jako největší oporu svojí kolegyni, která jí pomáhala po psychologické stránce (S1): „*Pomohla mi kolegyně, hlavně, že si u ní můžu vylejt srdíčko, jakože dneska to bylo strašný a tohle se mi stalo např. doktor mě seřval. Ona mě vyslechla a podpořila.*“





Obrázek 12 Mapa ukazující, kdo sestřám v adaptaci nejvíce pomohl s komentáři. (Atlas.ti.)

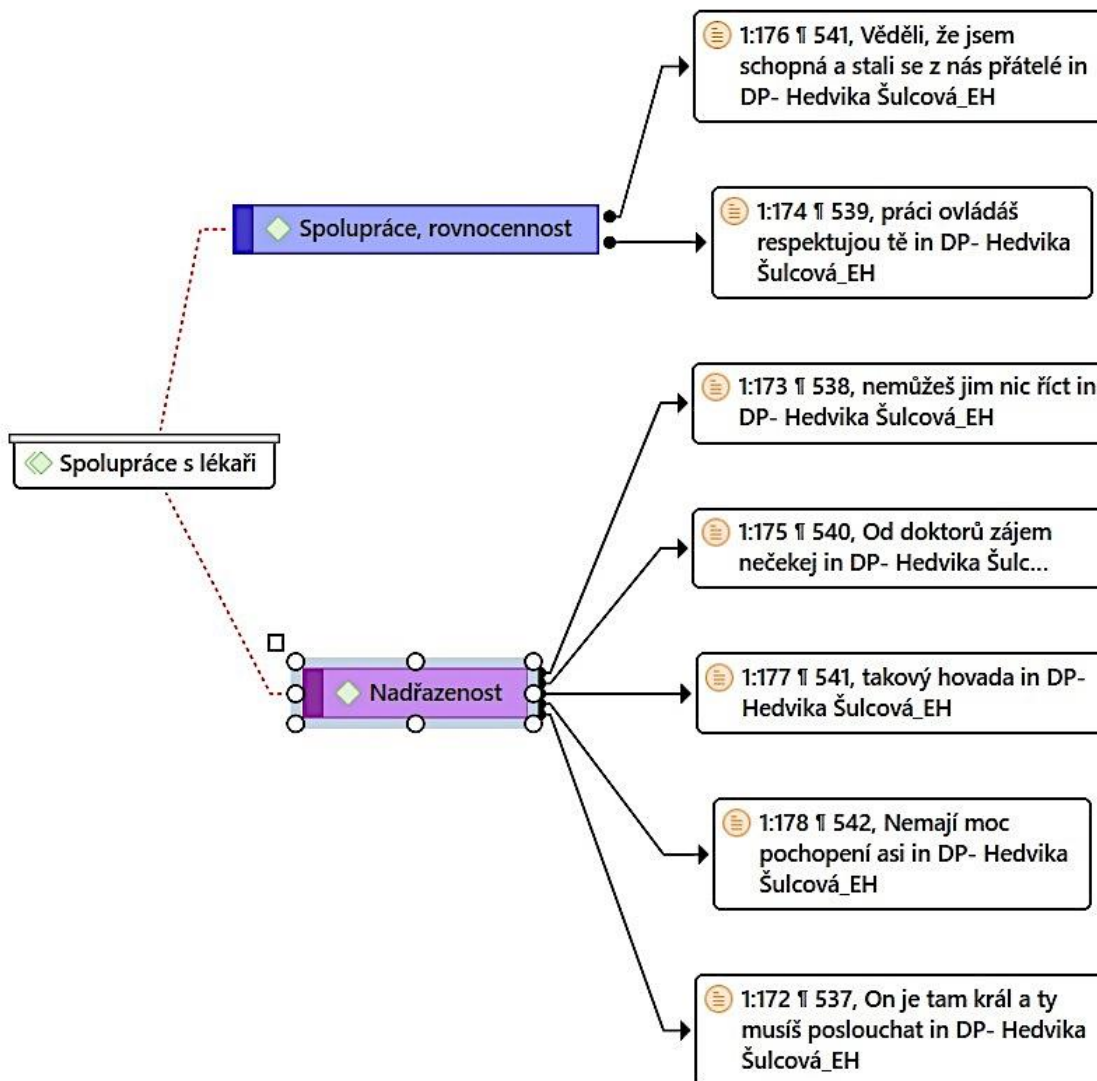
Při rozhovoru s mentorkou byla zjištěna informace, že školitelů je vždy několik (mentor): „Na každém oboru jsou tak dvě, tři někdy i víc školitelek.“ Dále se pokračovalo otázkou zda mají mentoři školení, jak vést nové zaměstnance v adaptačním procesu a průběh je u všech stejný nebo zdali každá mentorka protlačuje svůj styl vedení pracovníků. Na tuto otázku byla odpověď následovná: „Školení nemáme. Děláš to, jak ty uznáš. Pletou se ti do toho ostatní, protože ideální stav je, když máte s novou sestřičkou stejný směny, ale to se vždycky nepovede. Dostane se do rukou někomu jakoby jinému a ten jí zase tlačí ty svoje věci. Pak se to těm holkám plete. Já z toho nejsem extra nadšená. Pak vznikají situace, že proč to děláš takhle, když to máš dělat takhle a každý jí to pak říká jinak.“ Pro mentory by bylo vhodné vytvořit ucelený systém školení nových zaměstnanců, aby každá nově nastupující sestra dostávala sjednocené informace. Podle dotazovaných sester je podstatnou oporou v průběhu adaptačního procesu mentor, který jim poskytuje vedení, oporu a zpětnou vazbu k jejich práci (S5): „Vždy jsme s tou

mentorkou koukali, co bude na další den v operáku. Ona hned začala chrlit, jak to bude probíhat, co to bude za výkon.“ Mentor je sestře k dispozici po celou dobu. Nová sestra kopíruje služby svého mentora po celou dobu adaptace, což poskytuje sestře jistotu v celkově jinak měnícím se prostředí. Mentor je také spojovatel mezi sestrou a stálým kolektivem.

### 9.1.6 Kolektiv

Dalším tématem, které se z rozhovorů přímo nabízí jsou pocity v novém kolektivu, jak je starší kolegyně přijaly a jaká byla atmosféra. (S1): popisuje, že s některými kolegyněmi to nebylo jednoduché a připadala si v jejich přítomnosti nekomfortně: „bylo to relativně v pohodě, ale s některejma jsem se cítila, jako největší tydýt.“ Tato informantka se dotkla i problému narážející na vzdělání (S1): „Jestli můžu mít poznámku, tak sestra bez bakaláře, která má jen tu zdrávku to má podle mě v kolektivu jednodušší. Mají pořád potřebu něco říkat proti vysokoškolskému vzdělání.“ Sestře se rozhovory na téma vzdělání nelíbí ovšem občasným poznámkám od starších kolegyň se nevyhne a tiše je toleruje. Tento konflikt se na oddělení žádným způsobem neřeší, nemluví se o něm a mohl by vyústit v mobbing. Na straně druhé další sestra popisuje kolektiv velice kladně (S3): „Vrchní mě normálně představila kolektivu, kolegyně velice ochotné a celkově prostředí nápomocné.“ Další ze sester uvedla, že vidí podstatný rozdíl ve vztazích s kolektivem na začátku adaptačního procesu a na jeho konci (S4): „Nejdříve mě nikdo moc nebral, ale postupně se to zlepšilo.“ Toto tvrzení je v celku logické, neboť ne každý jedinec si do svého osobního prostoru připouští cizí lidi a je ke všem milý a otevřený. (S5): „V šatně na mě všichni čuměli, nikdo mi neřekl pomalu ani dobrý den. Někdo mě úplně ignoroval.“ U této části byla položena otázka? „kde v tu chvíli byla vaše školitelka? Proč Vás neseznámila?“ Sestra (S5): „Jo, pak se mě školitelka ujala a říkala mi ať se hlavně všude představuju a zdravím, aby mě pak všichni nehejtovali.“ Nicméně z rozhovoru vzešlo, že tato praxe není běžná. Sestra (S5): „ Jinak právě všechny normálně vrchní představuje, ale teď tam nebyla nebo nevím. No ocitla jsem se chvilku sama, bezprizorní, trošku trapásek. Měla jsem nervičky. Jo a neměla jsem si kam sednout. Je možné, že stávajícím sestrám nikdo nepředal informaci o nástupu a příchodu nové kolegyně a proto mohly působit překvapeně či zaskočeně (S2): „Koukali, kdo to jde zas.“ Důležitou zmiňovanou částí je představení se. Tato sestra byla předem upozorněna, aby se při příchodu do různých částí operačních sálů vždy představovala, že si na tomto pravidlu všichni zakládají a to především lékaři. Je to opodstatněné, protože jako zaměstnanec operačních sálů se při pohybu v nich musí nosit prvky bariérové ošetrovatelské péče a to čepice, ústenka a stejný nesterilní úbor. Všichni jsou si velice podobní a rozeznání jednotlivých osob je ztížené. Sestra (S6): uvedla, že pro ní bylo seznámení s kolektivem velice

příjemné i když strach měla (S6): „*Holky mě vlastně okamžitě nabídly tykání, ale měla jsem strach, jak mě přijmou. Jsou to holky, co se znají dlouho a já nejsem hned s každým kamarádka.*“ Sestry také uváděly, že jim jejich kolegyně v procesu adaptace pomáhaly (S2): „*Kolegyně měla napsaný moc pěkný deníček a z toho jsem se ty postupy učila.*“ Sestry se mimo kolegyň setkávají s operujícími lékaři v prostředí ve kterém jde mnohdy o záchranu lidských životů a spolupráce všech členů operačního týmu je nutná. Reakce na otázky spojené s lékaři sestry reagovaly spíše negativně (S1): „*Doktor no. On je tam král a ty musíš poslouchat. Některý jsou lepší jiní horší.*“ (S2): „*Je to s nima náročný, nemůžeš jim nic říct.*“ V rámci rozhovorů jsem se ptala i na pomoc od lékařů novým perioperačním sestrám (S4): „*Od doktorů zájem nečekej, oni chtějí jen schopnou sestru a všechno ostatní je prostě špatně.*“ (S7): „*Jsou vzteklý, když ti něco trvá o něco déle. Je to stres navíc, ale musíš se to naučit vypouštět a brát to tak, že oni jsou ve stresu víc než ty.*“ Tato sestra uvedla zajímavou poznámku, že lékaři jsou ve velkém stresu a je potřeba být jako sestra profesionální a zachovat si chladnou hlavu. I když jedna ze sester uvedla, že lékaři se někdy chovají opravdu neprofesionálně až vulgárně (S5): „*Ty doktoři jsou takový hovada.*“ (S6): „*Spěchají na tebe, někdy nadávají, sahají ti do stolku. Nemají moc pochopení asi.*“ Na druhou stranu jedna ze sester uvedla, že když poznali její schopnosti stali se z nich postupem času přátelé (S5): „*Když už jsem je poznala byl tam rozdíl. Věděli, že jsem schopná a stali se z nás přátelé.*“ Při operačních výkonech se lékaři, jako zaměstnanci různých oborů na operačním sále střídají. Perioperační sestry, jako zaměstnanci operačních sálů zůstávají. Sestry se neučí pouze specifika oboru, ale i různá specifika lékařů (S3): „*Jeden to chce tak a druhý zase jinak, kdo si to má pamatovat.*“ (S5): „*Řekl přesně, chci to tady a někdo ti zas řekne, že je to snad jasný, jak to chce.*“ Komunikace sester mezi lékaři není podle rozhovorů dobrá. Z rozhovorů vyplívá, že komunikační styl lékařů je vůči sestrám autoritativní. Na obrázku č.10 můžeme vidět znázornění komunikace s lékaři.

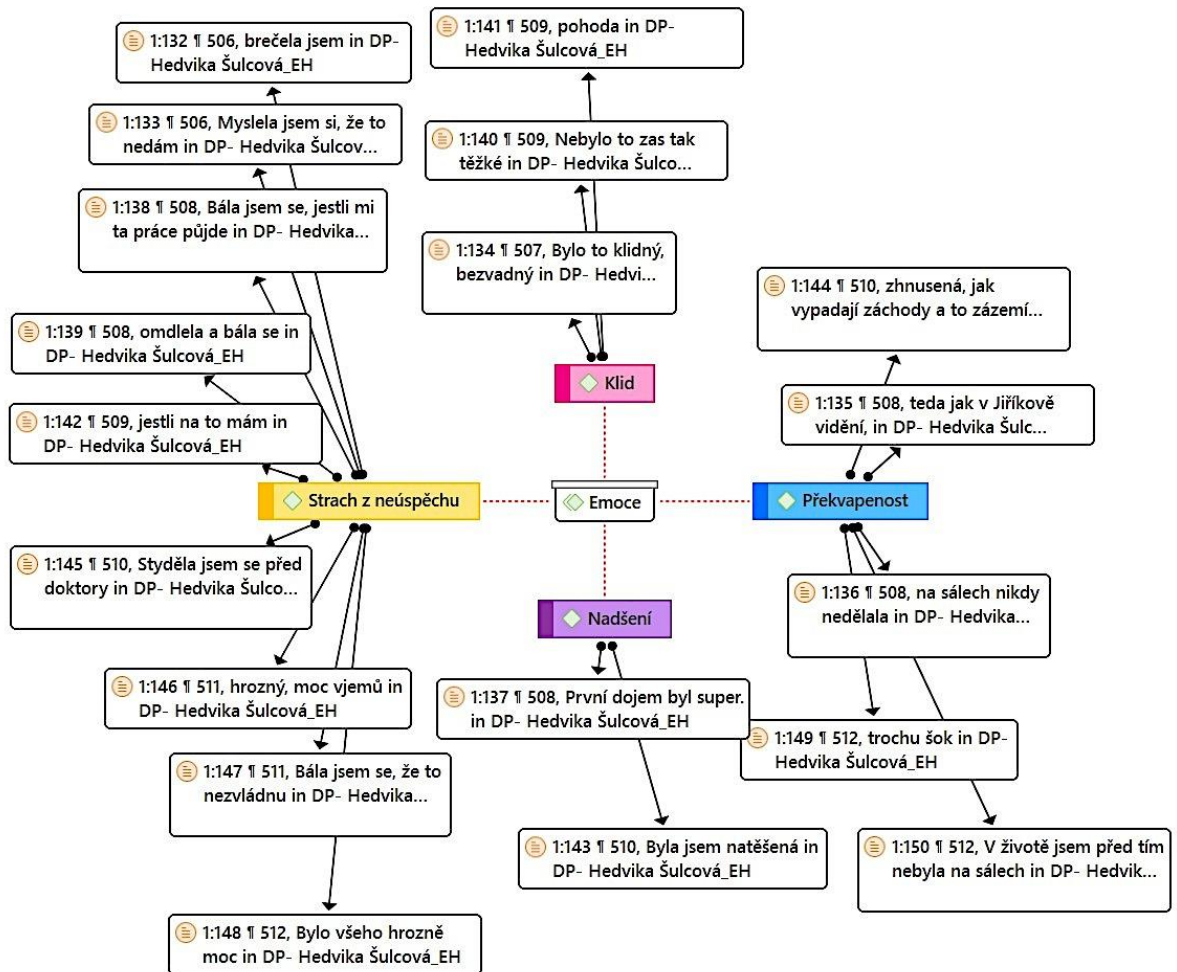


Obrázek 13 Mapa spolupráce s lékaři s komentáři. (Atlas.ti)

### 9.1.7 Sestra v adaptaci a emoce

Tato kategorie se věnuje pocitům, které sestry měly při nástupu na operační sály. Jaké dostaly informace, kdo se jich ujal a jak proběhlo jejich seznámení s kolektivem a celou organizací. Sestrám jsem položila velice obecnou otázku a to, jaký byl jejich první den v práci a jak se cítily. (S3): „První dojem byl super. Byla jsem teda jak v Jiříkově vidění, protože jsem na sálech nikdy nedělala. Hodně jsem koukala. Někam mě postavili, posadili, řekli co se dělá a prostě se uč pohledem.“ Emoční stránku sestry (S3) popsala: „Bála jsem se, jestli mi ta práce půjde. Dokonce jsem jednou omdlela a bála se, aby to nebylo pravidlo.“ Z této výpovědi lze usuzovat, že pocity sestry jsou velice rozmanité. Operační sály jako takové jsou umístěny většinou odděleně a mimo dosah veřejnosti a jako běžná sestra či studentka oboru všeobecná sestra nemá

příležitost se na oddělení sálu dostat. Někdy je pro sestry prostředí operačních sálů známé díky mediím (S7): „*V životě jsem před tím nebyla na sálech, takže jsem neměla tušení, co se tam děje. Měla jsem nakoukané věci z televize, jako třeba Dr. House*“ Další sestra prožívala adaptaci hůře než zbylé dotazované sestry. Prvních pár měsíců v nové práci probrečela a měla úzkostné stavy (S1): „*Když jsem přišla domů po prvním dnu, brečela jsem. Myslela jsem si, že to nedám.*“ I přesto práci nevzdala, adaptační proces úspěšně ukončila a stále pracuje jako perioperační sestra. Další podobně negativní pocity měly i další sestry, jak popisují v rozhovorech, byla to hrůza (S7): „*Hrůza, bylo všeho hrozně moc, trochu šok. Líbilo se mi to, ale bylo toho kvantum. Jako líbí se ti to, ale přemýšlíš jestli ses dobře rozhodla, protože toho je strašně moc.* S6: „*No vlastně to bylo hrozný, moc vjemů, nový lidi, nové pracoviště, nové nástroje. Bála jsem se, že to nezvládnou, že budu dělat chyby.*“ Dvě ze sester popisují první pocity kladně (S4): „*Dobrý, občas chvilka taková trošku jestli na to mám, ale vždy ten negativní pocit přešel.*“ (S2): „*Byl omezený provoz, takže se skoro nic nedělo. Mohla jsem se víc zorientovat, byl na všechno čas. Bylo to klidný, bezvadný.*“ Tato sestra prožívala nástup klidněji. Je však otázkou jestli jí nastalá situace neprodloužila adaptační proces v důsledku nedostatku operačních výkonů. To jak se sestry cítí při nástupu do zaměstnání do jisté míry ovlivňuje to z jakého důvodu si místo výkonu své práce vybraly a jejich počáteční motivace. Na obrázku č.10 můžete vidět čtyři kódy vztahující se k emocím sester při nástupu na oddělení operačních sálů.

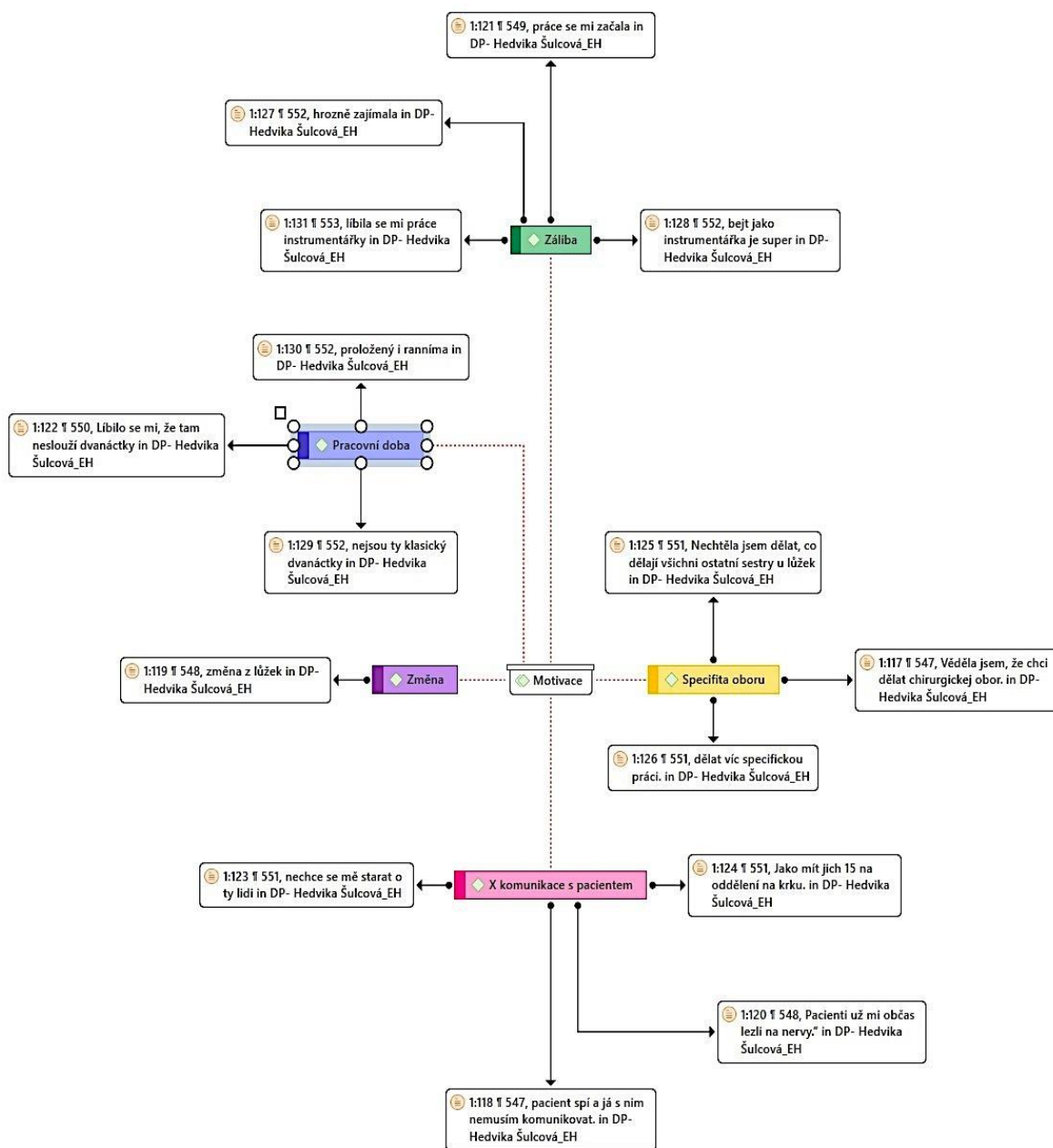


Obrázek 14 Mapa znázornění subjektivního prožívání sester při nástupu na oddělení operačních sálů s komentáři (Atlas.ti)

### 9.1.8 Motivace

V této podkategorii bylo zjištěno jaká byla motivace sester vybrat si k výkonu povolání právě operační sály. Motivací chápeme laicky řečeno jako ochotu „něco dělat“. Seznam pracovních motivátorů je u pracovníků téměř totožný, ale liší se pořadím důležitosti těchto motivátorů. Základní dělení forem motivace je na motivaci finanční a nefinanční a na motivaci vnitřní a vnější. (Hekelová, 2012, s. 73) Motivace finančního charakteru se v rámci tohoto průzkumu neobjevuje. Žádná sestra se o financích ani okrajově nezmínila navzdory celorepublikové nespokojenosti zdravotníků s výší mezd. U sester z rozhovorů převládá motivace vnitřní ta je definována jako „Nespokojenost se současným stavem spojená s aktivním odstraňováním příčin nespokojenosti“ (Hekelová, 2012, s. 74) (S5): „U lůžka se mi nelíbí a nechce se mě starat o ty lidi. Jako mít jich 15 na oddělení na krku. Takže jsem chtěla něco ze zdravotnictví, co úplně s těma lidma nesouvisí. Nechtěla jsem dělat, co dělají všichni ostatní sestry u lůžek. Chtěla jsem dělat víc specifickou práci.“ Dalším vnitřním motivem sester pro práci na operačních sálech

byla změna pracovní náplně (S2): „*Stěhovala jsem se a dostala nabídku na asi pět míst z toho první z nich byla nabídka nástupu na operační sály. Práce se pro mě jevila být zajímavou a líbila se jim specifická perioperační péče (S7): „Mě se to líbilo, líbila se mi práce instrumentářky. Učíš se každý den a když se ti daří máš z toho radost a dobrý pocit.“*, (S2): „*Řekla jsem si, že ta změna z lůžek by mohla být zajímavá.*“ Sestra (S3) získala motivaci k práci perioperační sestry až na magisterském studiu perioperační péče, původně chtěla studovat a vykonávat jinou sesterskou činnost (S3): „*Chtěla jsem studovat anestezií, jen v té době magisterský obor byl pouze prezenční formou a to jsem nechtěla. Tak jsem zkusila přijímačky do Pardubic na magisterský obor a byla přijatá a ta práce se mi začala líbit díky těm praxím.*“ Dalším motivem pro sestry (S3) a (S6) je lepší pracovní doba. (S6): „*Na sálech nejsou ty klasický dvanáctky je to proložený i ranníma.*“ Sestrám (S1), (S2), (S5) vyhovuje menší kontakt s pacientem (S1): „*Vyhovuje mi, že ten pacient spí a já s ním nemusím komunikovat.*“ Pro sestry, které netouží po přímém kontaktu s pacientem může být tato práce opravdu výhodou, neboť pacient se na operačním sále v bdělém stavu pohybuje pouze několik desítek minut. Sestra u pacienta neplní klasický ošetrovatelský proces, jako na standardním oddělení. Počet pacientů o které sestra pečuje je několikanásobně nižší než na lůžkovém oddělení (S5): „*U lůžka se mi nelíbí a nechce se mě starat o ty lidi. Jako mít jich 15 na oddělení na krku.* Jedna ze sester uvedla celkem specifickou motivaci a to (S1): „*Trošičku hloupý důvod. Věděla jsem, že chci dělat chirurgické obor. Chtěla jsem jet na misi s lékaři bez hranic a sestry ze sálů tam jezdí na kratší dobu než sestry od lůžka.* Dále se sestrám líbí, jak je perioperační péče specifická, fascinující. Prostředí operačních sálů je zahaleno do jakéhosi tajemství (S7): „*Mě se to líbilo, líbila se mi práce instrumentářky. Učíš se každý den a když se ti daří máš z toho radost a dobrý pocit.*“ Pro sestry výkon povolání perioperační sestry přináší zisk určitých hodnot ve formě prestiže a uznání. Zároveň je tato práce baví a je pro ně zajímavá. Pro některé sestry už je samotnou motivací pouze to, že nemusí vykonávat práci u lůžka a je zde potvrzené pravidlo, že obava z nepříjemného může motivovat stejně jako touha po příjemném (Plamínek, 2015, s.78) Obrázek č.11 ukazuje jednotlivé kódy motivace pro výběr právě perioperační péče.

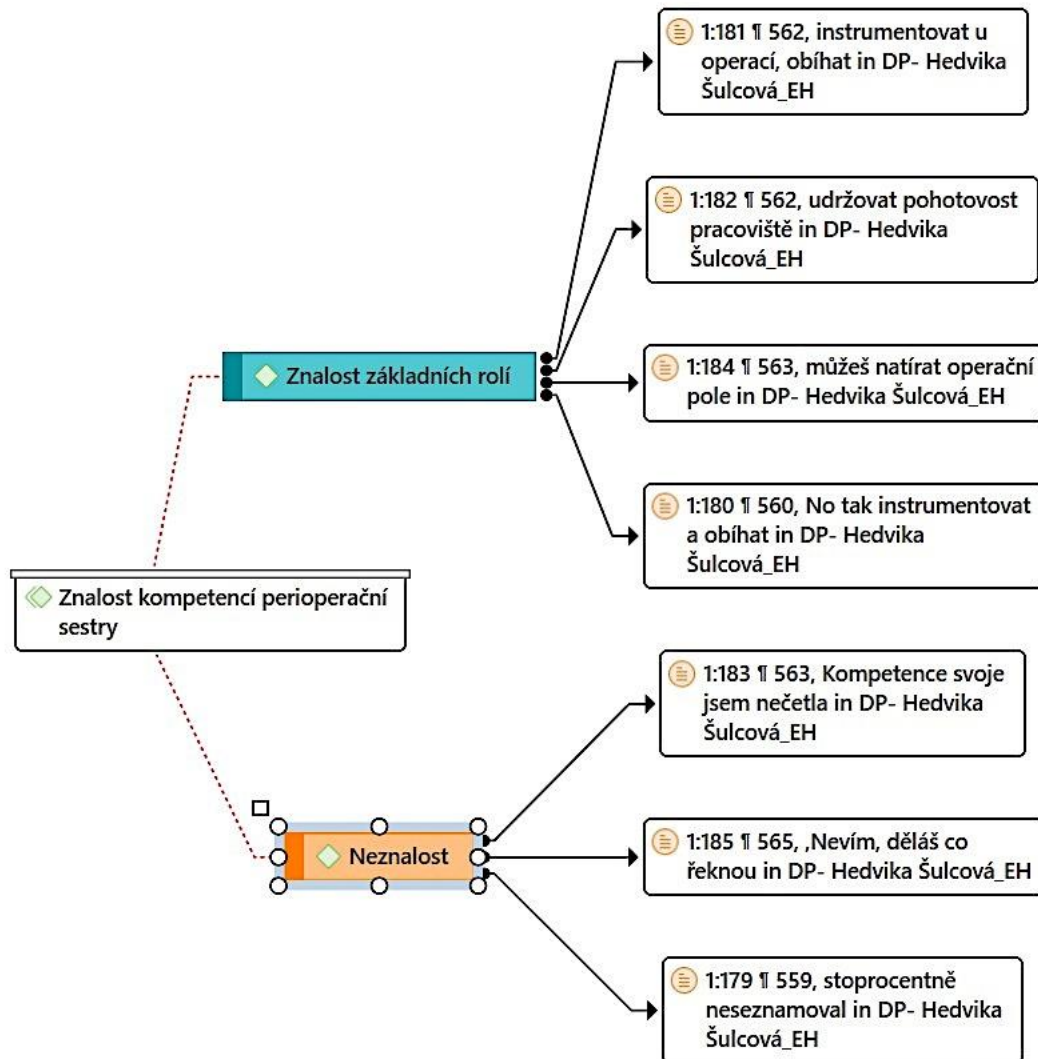


Obrázek 15 Mapa motivací sester pro výběr perioperační péče s komentáři (Atlas.ti)

### 9.1.9 Kompetence

Problematika kompetencí má důležité postavení v oblasti vzdělávání, ale také v oblasti profesní. (Berková a kol, 2021 s. 6) První otázka se týkala vědomostí sester ohledně kompetencí jakožto pravomocí či souboru činností, ke kterým jsou způsobilé: „*Jaké kompetence Vám byly přiděleny nebo jaké jste měla uvedeny v pracovní smlouvě?*“ vyplývá, že většina informantek svoje kompetence nedovede popsat konkrétně (S1): „*S kompetencemi mě nikdo stoprocentně neseznamoval, že by mi někdo řekl tohle můžeš nebo tohle nemůžeš. Přišla jsem a dělala, co se mi řeklo,*“ Sestry svoje kompetence vyjmenovat nedokáží, nýbrž náplň své práce znají (S2): „*No tak instrumentovat a obíhat.*“

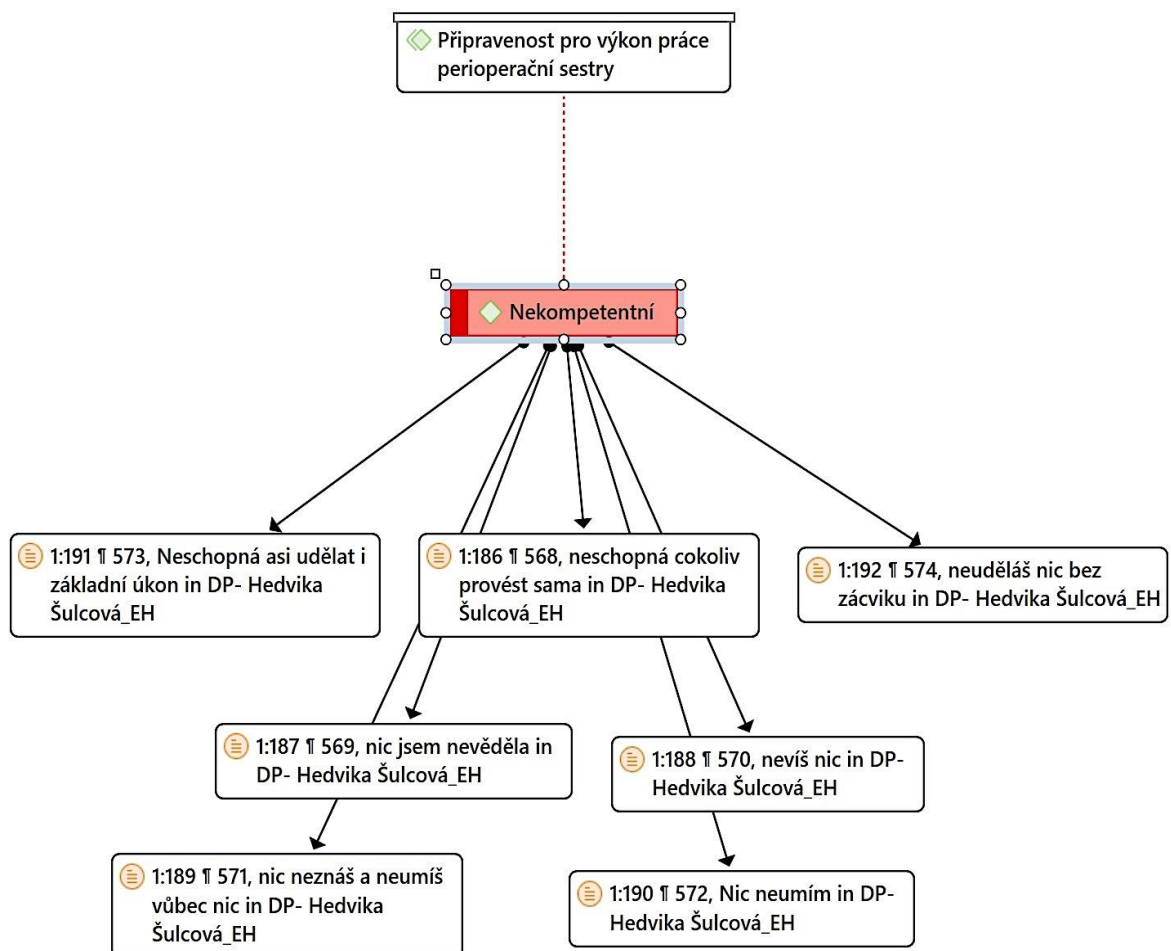




Obrázek 16 Mapa znalosti kompetencí s komentáři. (Atlas,ti)

Vědomosti získávání především od svého mentora, který je po celou dobu adaptačního procesu vede a učí jednotlivé dovednosti (S7): „Nevím, děláš co řeknou.“ Za zaměstnance v adaptačním procesu je zodpovědný pracovník pověřený vedením zaměstnance neboli mentor (S3): „Mohla jsem všechno v tej adaptaci jen pod dozorem.“ (mentor): „Sestra v adaptačním procesu nedělá nikdy nic sama. Zodpovědnost za ní mám já nebo sestra, která je s ní na tom sále. Je prostě pod neustálým dohledem“ Mentor by měl tedy být profesionálem ve svém oboru a měl by oplývat zkušenostmi na vysoké úrovni, aby mohl napomáhat svým méně zkušeným kolegům. K tomu slouží certifikované kurzy určené pro všeobecné sestry nebo porodní asistentky jehož cílem je vyškolení mentora klinické praxe v oblasti kvalifikační přípravy, specializačního vzdělávání zdravotnických nelékařských pracovníků a v adaptačním procesu nově nastupujících

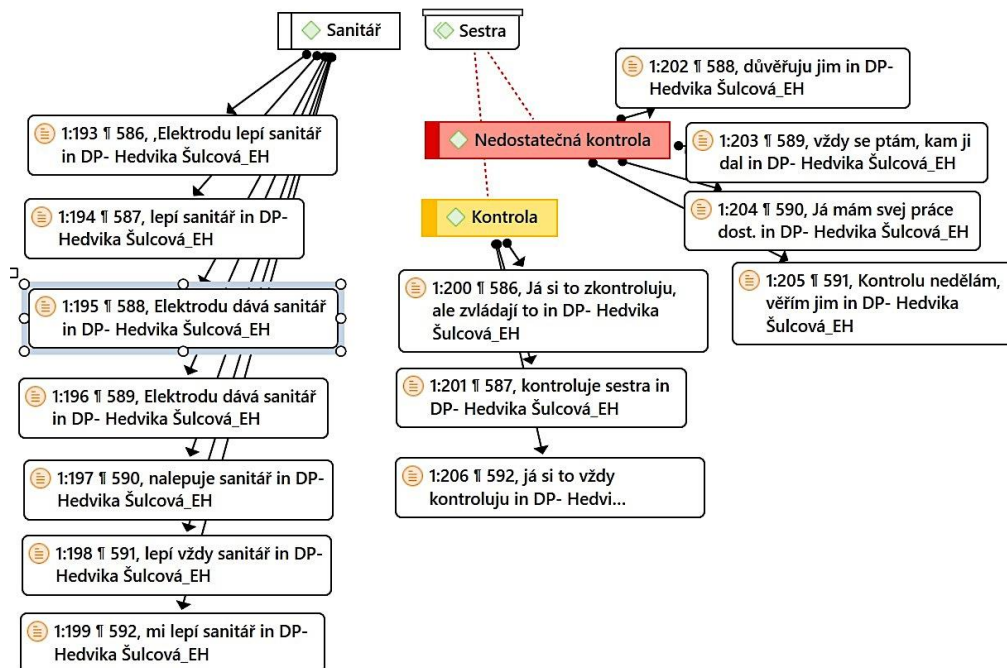
zaměstnanců. (UPCE, ©2023) Operační sály z nichž pochází dotazované sestry mají zhruba 2 školitelky na jeden obor (mentor): „Na každém oboru jsou tak 2 mentory, někdy víc.“ Jelikož sály mají k dispozici několik mentorek bylo by vhodné zajistit sjednocení předávání jejich znalostí a dovedností novým sestřím (mentor): „Na starost jí máš jen ty, ale někdy tam nejsi a dostane se k někomu jinému a ten jí tlačí ty svoje vychytávky.“ Podle mentorky to vede k následné nejistotě u nové sestry, která musí při řešení nějaké činnosti vybrat z více stylů vedení práce. Z rozhovorů s mentorkou vyplynulo, že každá z mentorek vede novou sestru podle svého uvážení (mentor): „Vedeš jí, jak uznáš za vhodné.“ Na jejich pracovišti by pro lepší vzdělávání nově přichozících sester mohlo probíhat školení stávajících mentorů zaměřené na vedení v konkrétních perioperačních postupech. Každá ze začínající sester popsala, že k výkonu povolání perioperační sestry se necítily být kompetentní neboť jak je již uvedené výše, jejich předchozí zkušenosti, vědomosti a dovednosti nebyly dostačující pro tak specifický typ práce (S1): „No naprosto nekompetentní a neschopná cokoliv provést sama.“



Obrázek 17 Kompetentnost sester při příchodu na operační sály s komentáři (Atlas.ti)

Některé sestry uvedly, že dovednost kterou si mohly převést i do práce perioperační sestry je např. hygienická dezinfekce rukou (S3): „*Dezinfekce a mytí rukou.*“ nasazování sterilních rukavic (S3): „*Rukavice si dát sterilně.*“ nebo znalost základních chirurgických nástrojů, jako jsou peány, skalpely či pinzety (S2): „*Nějaký základní nástroje znáš.*“ Teoretické znalosti se sestrám také zdály nedostačující pro výkon povolání perioperační sestry (S7): „*Nekompetentní, neuděláš nic bez zácviku. Teorie je ti k ničemu.*“ Většina sester z výzkumu byla pro práci perioperační sestry nadchnutá a vnitřně motivovaná pro získávání nových kompetencí (S5): „*Brala jsem to, jak to je. Nic neumím, ale naučím se.*“ V návaznosti na otázky znalostí svých kompetencí vzešla otázka, která se týká jejich delegace. Sestry při nástupu na oddělení operačních sálů neznají jednotlivé kompetence, které mohou vykonávat nebo za které jim po skončení adaptačního procesu hrozí postih v případě jejich nedodržení nebo špatného provedení. Jednou z takových činností je lepení neutrální elektrody, která se svou plochou lepí na kůži pacienta a její funkcí je uzavření elektrického proudu při používání monopolární elektrokoagulace. Nevhodná manipulace s neutrální elektrodou může pacienta ohrozit vznícením. (Biovendor, ©2023) Všechny dotazované sestry delegují činnosti spojené s příkládáním neutrální elektrody na sanitáře operačního sálu (S3): „*Elektrodu dává sanitář.*“ Dvě sestry uvedly, že si překontrolují správné nalepení neutrální elektrody (S1): „*Elektrodu lepí sanitář. Já si to zkontroluju.*“ a jedna uvedla, že kontrolu provádí pouze občas (S3): „*Elektrodu dává sanitář, důvěřuju jim. Občas kouknu jestli je to v pohodě a jestli to funguje.*“ Zbylé sestry kontrolu neprovádí, pouze se dotáží na místo, kde je elektroda nalepená a tuto informaci poté zapisují do dokumentace (S5): „*Neutrální elektrodu u nás nalepuje sanitář, Já se ho pak ptám, kam to nalepil a beru to, že je to zkontrolovaný.*“ Mezi hlavní důvody delegace této činnosti podle sester je, že sanitář je při příjezdu pacienta na sál bezprostředně u něj a má tak nejlepší příležitost neutrální elektrodu nalepit (S5): „*Protože je u toho pacienta, polohuje ho, chystá kabely k pálení, tak proč by to nenalepil. Já mám svej práce dost.*“ Perioperační sestra by měla dle doporučení WHO (2008), která navrhla (PBP) perioperační bezpečnostní proces provést kontrolu identity pacienta, ověřit si alergie a stranu výkonu. Při provádění první fáze PBP je tedy i perioperační sestra v blízkosti pacienta a má možnost neutrální elektrodu přilepit stejně, jako sanitář. Většina sester v rozhovorech uvedla, že sanitáři se lepení neutrální elektrody učí mezi sebou nebo jim to ukáže perioperační sestra (S7): „*To lepení se sanitáři učí asi mezi sebou, nebo jim to ukáže na začátku sestry.*“ (S4): „*Učí se to od svého nástupu a jde jim to.*“ Jedna ze sester však uvedla, že někteří sanitáři tuto kompetenci nezvládají (S2): „*Někdo to umí a někdo to lepí i na bipolár.*“ Je tedy otázkou zda by legislativní změna v této kompetenci

nepřinesla perioperačním sestřám úlevu a především právní ochranu při možném poškození pacienta.



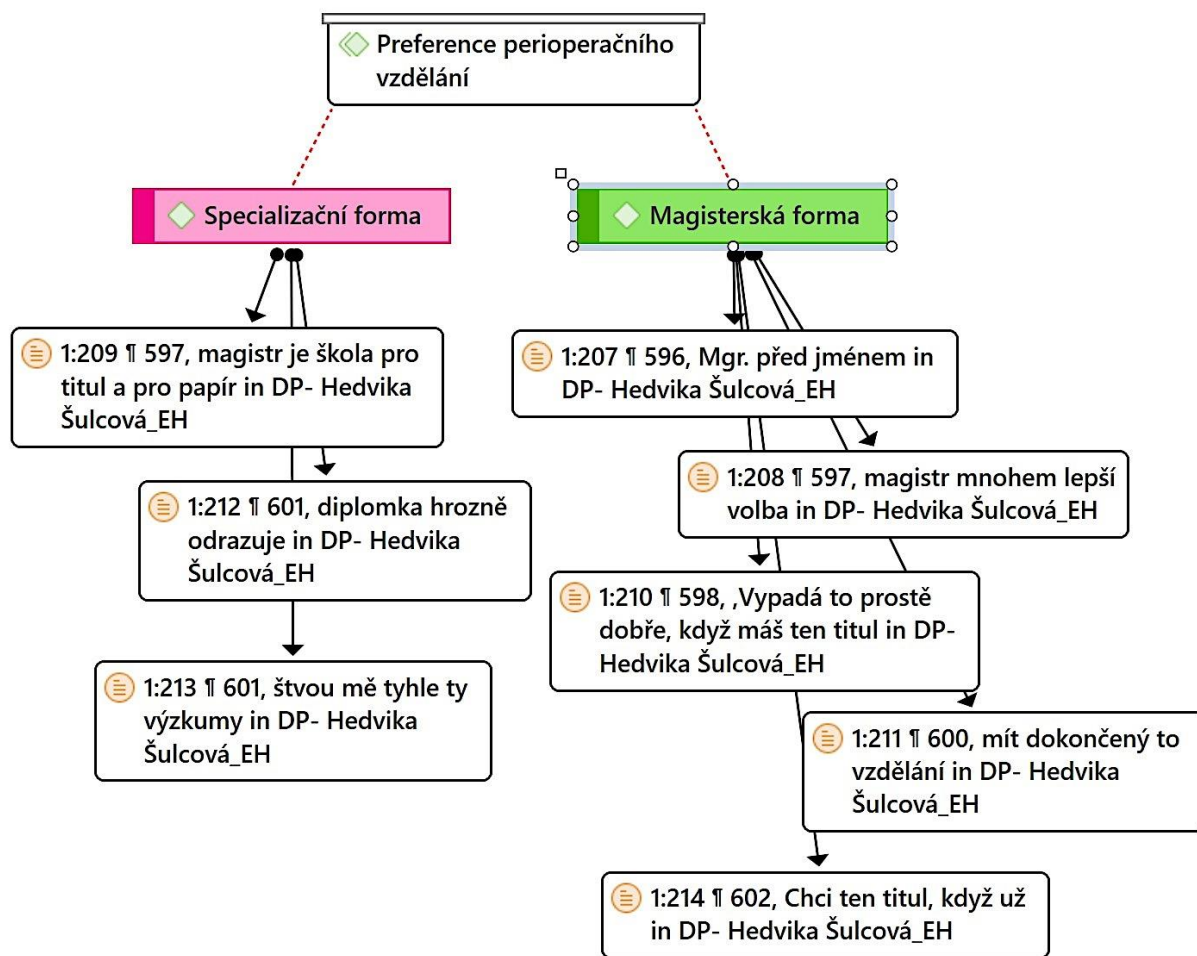
Obrázek 18 Na mapě můžeme vidět, že více než polovina sester neprovádí dostatečnou kontrolu přiložené neutrální elektrody. Ve všech případech lepší neutrální elektrodu sanitář. (Atlas.ti)

Zajímavostí, která vyplynula z rozhovoru s mentorkou operačních sálů se týkala kompetence asistovat u operačního zákroku operátérovy, jak tato kompetence funguje v praxi (mentor): „Tuto kompetenci máme, ale moc na ni neupozorňujeme, protože toho využívají. Oni tě v tu chvíli neberou jako asistenta, ale jako asistenta i instrumentářku. Ty asistuješ, ale zároveň děláš instrumentářku jo. Většinou to , že jsi jako asistent se dozvíš až ve chvíli, když někdo z lékařů nepříjde. Pak se taky stávalo zvláštností, proč budit kolegu a otrávit ho, když tu máme sestry?“ Z velmi zajímavé a pro mnohé sestry motivující kompetenci se rázem stala kompetence, kterou raději nevyužívají neboť při asistenci lékaři musí zároveň plnit roli instrumentující sestry. Spojit tyto dvě role musí být velice náročné a možná až rizikové.

### 9.1.10 Celoživotní vzdělávání sester na operačním sále

Rozhovor se dále ubíral směrem k celoživotnímu vzdělávání. Sestry uváděly své názory na různé formy celoživotního vzdělávání a popisovaly, jak to u nich na oddělení funguje (S2): „Na celoživotním vzdělávání nás zaměstnavatel podporuje. Jednou za měsíc máme vnitřní

*poradu s vrchní, kde si říkáme novinky atd. Na kurzy je tu pořadník a když chceš někam jedeš. Máme i v rámci nemocnice něco.*“ Jednou z věcí, která byla pro většinu sester společná je upřednostnění magisterské formy studia před specializací v Brně. Jedním z důvodů je především (S2): *„Už to vypadá lépe, když máte to Mgr. před jménem.“* (S1): popisuje svůj názor na rozdíl mezi typem navazujícího studia takto: *„Z praktického hlediska mi přijde ten magistr mnohem lepší volba, ale třeba slyším od holek, že z Brna si odnesou víc, že ten magistr je škola pro titul a pro papír.“* Zájemci o certifikovaný akreditovaný kurz musí splňovat určité podmínky. Před závěrečnou atestační zkouškou musí splnit podmínku výkonu povolání v příslušném oboru specializačního vzdělání a možná právě proto se sestrám zdá být tento typ studia užitečnější. Nelze zde rozlišit kompetence získané studiem od kompetencí získaných plněním výkonu povolání. Jedna ze sester by si vybrala pro specializaci studium magisterské a to právě kvůli přidělení požadovaného titulu (S6) *„Vypadá to prostě dobře, když máš ten titul.“* Se vzdělávacími akcemi je to opět totožné: *„Máme pořadník a kdo chce, tak jede. Nebo prostě, kdo dlouho nebyl. Na obrázku č. 14 můžeme vidět znázornění preferencí perioperačního vzdělání.*



Obrázek 19 Znárodnění preferovaného typu vzdělání v perioperační péči s komentáři. (Atlas.ti)

Jedna ze sester zmníla i nutnost podílet se na vzdělávacích akcích aktivně (S6) „Musím si teď připravit prezentaci na nějaké téma a ostatním sestřám to odpřednášet. Třeba o tom, co se děje u nás na oddělení. Holky tam často povídají o tom, jaký jsou jejich výkony a představují je ostatním.“ Důvodem, proč právě ona musí připravit přednášku byl takový: „Jsem tam asi nejkratší dobu a mám už ukončený adaptáček a nedávno jsem začala sloužit, takže už je to takový, že na mě padla řada.“ Z rozhovorů dále vyplynulo, že sestry mají tyto aktivity plně hrazené. (S6): „Holky mají proplacený i cestáček a ten den se bere, že jsi v práci a máš to normálně zaplacené.“ Stejně tak se vyjádřila i další sestra (S3): „Já teď budu prezentovat v rámci oddělení něco na operaci kýl a implantátů.“ Velice podobně to má i sestra (S5): „Celoživotka se účastním. Vyberu si vždy něco z nabídky a pak prostě jedu. Teď budu mít aktivní účast s prezentací na nový kontejner, aby holky viděly, jak to funguje.“ Sestra (S5) uvedla opačný názor na výběr specializačního studia podle ní: „Brno bude jednodušší, nemusíš dělat tu diplomku. Mě ta diplomka hrozně odrazuje já už nechci nic psát a štvou mě tyhle ty výzkumy.“ Tato sestra si magisterské studium vyzkoušela, ale studium ukončila a to především podle jejich

slov: „*Blbá organizace zkoušek, celej ten jejich počítačovej systém je na houby. A pak jako ty témata k diplomce, nějaký perioperační ošetřovatelství v Rusku, jakože ty témata úplně nechápeš. Řekla jsem si, že se mi tam prostě jezdit nechce, takže dělám Brno.*“ Na svém oddělení si sestra může vybrat školení s pasivní účastí jednou ročně. Pokud ale bude na semináři či konferenci v aktivní účasti může jet několikrát do roka Sestra (5): „*Můžeme si jednou za rok vybrat pasivní účast na semináři třeba, že nemusíš dělat vůbec nic. Pak můžeme jet na xy seminářů, které si sami vybereme, ale musíme přednášet.* Sestra (S4): „*Tyhle akce jsou takový nepravidelný. Někdy je měsíc, kdy je toho hodně a pak měsíc nic.*“ Jako jedna z většiny dotazovaných sester by si také vybrala magisterský typ vzdělávání: „*Chci ten titul, když už.*“ Sestra (S7): „*Semináře, kongresy, konference, tam je to zařízený, že jednou ročně. Zaměstnavatel ti vše hradí včetně ubytování a poplatků.*“ Mentorka operačních sálů se vyjadřuje k celoživotnímu vzdělávání takto: „*Školení na operačních sálech je jednou za měsíc a vždycky to vyjde, že jednou za dva roky si připravíš přednášku na nějaké téma. Byla povinnost se toho účastnit a i se to hlídalo počtem, kdo byl a nebyl. Máme vyvěšený plán na rok dopředu. Ty výjezdy na konference, semináře nebo tak to vyjde jednou za rok, ale aktivní účast můžeš přednášet do aleluja a zaměstnavatel ti to proplatí klidně pětkrát*“ Povinnost každé sestry je účastnit se různých školení a porad ať už v rámci oddělení nebo celé nemocnice. V výzkumu jsem se zaměřila na školení, které sestřím přišlo užitečné. Sestry se jednoznačně shodly, že nejužitečnější pro ně je školení o hygieně rukou, které spočívá v nácviku řádné desinfekce rukou jako součást prevence přenosu infekcí. Nácvik probíhá v přenosném boxu se zdrojem UV záření (S6): „*Tak asi ta hygiena rukou je fajn.*“ (S1): „*Důležitá asi ta hygiena rukou s UV lampou. Vidiš ty místa, který třeba zapomínáš, tak je dobrý si to občas takhle udělat.*“ Další pro sestry užitečné školení bylo KPR neboli kardiopulmonální resuscitace. Mezi další vyjmenovaná školení patřilo např: BOZP a PO, která vyjadřuje souhrn opatření, jimiž zaměstnavatel eliminuje vznik potencionálních rizik na pracovišti (S2): „*BOZP a PO je vlastně test na počítači.*“ Toto školení sestře nic nepřineslo a nic si z něho neodnesla. Dále pak školení o medicínálních plynech (S3): „*Přišlo mi dlouhý školení o medicínálních plynech, bylo to přes dvě hodiny, což mě přišlo zbytečný,*“ (S5): „*Dobrý vědět jaký plyny vůbec máme. Byla to smršť informací a jak to nepoužíváš stejně to zapomeš, ale bylo to zajímavý, že je to všechno rozvedený centrálně a když připojíš hadici, tak to začne fungovat, že to tam furt je.*“ Dále pak školení o tlakových nádobách a odpadech. Mezi předpoklady Celoživotního vzdělávání patří ochota učit se a aktivně se zajímat o svůj obor. Příjemným zjištěním bylo, že sestry z rozhovorů získávaly informace i pomocí samostudia a byly ochotné věnovat svůj volný čas přípravě na výkon povolání perioperační sestry. Sestry se připravovaly podle operačního programu

vypsaného na další den, buď za pomoci předem připravených postupů operací, který byl vytvořen pro tyto účely personálem operačních sálů (S5): „*Tiskla jsem si operační postupy z těch dokumentů na oddělení a brala si to domů a z toho se učila.*“ Nebo za pomoci svých poznámek vytvořených během služeb (S6): „*Dělala jsem si svoje poznámky do bločku a z toho se učila.*“ Sestra, která si prošla magisterským specializačním studiem při své přípravě vycházela ze školních materiálů (S3): „*Asi ty materiály ze školy.*“ Sestry chtěly být na další den připravené a věnovaly tedy značné úsilí domácí přípravě.



## 10 DISKUZE

Tato diplomová práce byla zaměřena na cestu perioperační sestry adaptačním procesem a nabýváním kompetencí v rámci tohoto procesu, jejím prožíváním dané situace a jejími postřehy. Veškeré informace pochází přímo od perioperačních sester, které mají svoji osobní zkušenost s daným tématem. V rámci kvalitativního dotazování sestry mohly podat detailní výpovědi a sdílet svoji zkušenost.

Vzdělávání sester přineslo v posledních letech řadu změn, které sebou přináší i změnu kompetencí. Výkon nelékařského zdravotnického povolání podléhá zákonu č.96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů v souladu s nařízeními vydanými Evropskou Unií (EU). Dochází k neustálému zvyšování nároků na připravenost budoucích sester a to především v návaznosti na kvalitu a bezpečnost ošetrovatelské péče. Zvyšování sesterské kvalifikace se nevyhnulo ani perioperační péči. Sestry bez specializačního vzdělání by si v rámci Celoživotního vzdělávání měly zvyšovat či obnovovat svoje znalosti, aby udržely krok s novými technologiemi či operačními postupy. Pro již pracující sestry na operačním sále to znamená zejména získávání nových teoretických znalostí spíše než praktických dovedností. U nově nastupujících perioperačních sester ať už se získanou specializací nebo bez této pravidlo platí naopak. Jejich teoretické znalosti jsou mnohdy dostačující pro výkon patřičného povolání, ale chybí jim dovednosti praktické. Nově přichozí sestře jsou při nástupu na operační sály vymezeny kompetence a to především pravomocné. Během procesu adaptace se sestra seznamuje s oddělením operačních sálů, s náplní své práce tj. kompetencemi, s ostatním zdravotnickým personálem pohybujícím se na operačním sále, ale také s celou zdravotnickou organizací. (Palán, 2018)

Všechny sestry z výzkumné části této práce mají kvalifikaci v oboru Všeobecná sestra. 6 ze 7 sester pracovalo v minulosti na lůžkovém oddělení pouze 1 ze sester nastoupila na operační sály, jako čerstvá absolventka bakalářského typu studia bez přechodní praxe u lůžka. 1 ze 7 uvedených sester měla při nástupu na operační sály vystudovanou specializaci v perioperační péči magisterského typu. Zajímavým zjištěním bylo, že každá z těchto sester se při nástupu na operační sály cítila nekompetentně a začínala tzv. od nuly. Dvě sestry uvedly, že přenesenou dovedností z lůžkového oddělení na operační sál bylo oblékání sterilních rukavic a práce s počítačem. U sester bez specializace se není čemu divit, neboť obor Všeobecná sestra nemá za cíl připravit pro odbornou kvalifikaci perioperační sestry. Hlavním cílem studijního oboru Všeobecná sestra je především získání profesní kvalifikace k poskytování ošetrovatelské péče orientované na individuální potřeby jednotlivců, jejich rodin a komunit ve zdraví i nemoci. Dále

se studium zaměřuje na získání znalostí právních předpisů v oblasti poskytování zdravotních služeb a zdravotní péče a je to předpoklad k celoživotnímu profesnímu vzdělávání. Pro obor Všeobecná sestra jsou stanoveny povinné základní předměty, které tvoří základ pro poskytování ošetrovatelské péče. Mezi předměty, které se blíží k práci na operačních sálech můžeme zahrnout např. Anatomii, fyziologii, farmakologii, zobrazovací metody, ošetrovatelskou péči v chirurgických oborech, ortopedii či traumatologii. Předměty standardu oboru všeobecná sestra jsou v souladu s požadavky vyhlášky č.39/2005 Sb. (MZČR, ©2021) Pro ozřejmění perioperační péče již na kvalifikačním studiu by bylo vhodné zařadit volitelný předmět, který by se zaměřoval přímo na perioperační ošetrovatelskou péči a nabízel by větší rozhled a motivaci pro pokračování v navazujícím magisterském studiu či specializačním studiu. Ošetrovatelská praxe je dle metodického pokynu stanovena na minimální počet hodin na základních pracovištích. Je to 1360 hodin odborné praxe. Každá škola má k dispozici ještě 940 hodin které rozděluje podle svého uvážení.

Dle Bucknerové (2021) je hodnocení koncepce studijních programů a efektivitu výuky studentů je považováno za hlavní zdroj informací pro rozvoj fakult a pro vznik pozitivních změn. Nutno podotknout, že na operačních sálech je povinnost každé sestry, která již nemá perioperační vzdělání toto vzdělání dodělat a to na základě pořadníku stanoveného vedením operačních sálů. Je zde velká ochota organizace a vedení ke zvyšování kvalifikace a specializace zaměstnanců. Sestry mají možnost jak již zmíněného specializačního studia, které je plně hrazeno zaměstnavatelem, tak i možnost účastnit se různých školicích akcí, kongresů, konferencí, stáží apod. Jen institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví pořádá ročně vzdělávací akce pro téměř 22 000 účastníků a pro nadcházející pololetí roku 2023 je připraveno přes 469 kurzů a téměř 143 stáží. (IPVZ, ©2023) Sestrám z tohoto výzkumu tedy předešlé dovednosti, zkušenosti či znalosti v usnadnění adaptace na operačních sálech nepomohly. V diplomové práci Kučírkové (2016) můžeme najít jeden z pozitivních důvodů, proč mít specializační či magisterské vzdělání a to zejména pro zlepšení komunikace mezi sestrou a lékařem. Sestra se zvyšováním kvalifikace stává čím dál rovnocennějším partnerem (Kučírková, 2016).

Z výzkumu této práce vyplynula informace, že komunikace s lékařem je jeden z problémů, který při své práci perioperační sestry neustále čelí. 6 ze 7 sester uvedlo ve svých výpovědích, že i když záleží na každém jednotlivém lékaři, jejich chování je spíše autoritativní. Sestry lékaře musí poslouchat, respektovat jejich nálady a emoční výbuchy. Dále vypověděly, že nemají pochopení pro nově se zaučující perioperační sestry a chtějí pouze schopné sestry. Na druhou stranu z výpovědí sester vyplynulo, že po určitém čase a jejich zapracování se vztahy mezi

sestrami a lékaři výrazně zlepšují. Ve výzkumu (Cook, Green, Topp) z roku 2001 vydaným v AORN Journal bylo uvedeno, že až 91% perioperačních sester zažilo verbální napadení lékařem. 45% perioperačních sester zažívá slovní napadení několikrát do roka. Právě verbální napadení ze strany lékařů má na svědomí nejvyšší výskyt agrese vůči sestřím a vede k negativním osobním pocitům a vztahům mezi lékaři a sestrami. V neposlední řadě ovlivňuje péči o pacienty. Dále se Kučírková (2016) zabývala výhodami magisterského titulu nad titulem bakalářským. Participantky z jejího výzkumu se často vyjadřovaly ve smyslu individuality každé sestry, konkrétně že rozdíl mezi bakalářkou a magistrou není, ale záleží na přístupu jednotlivce. Adaptační proces v zařízení ze kterého dotazované sestry pocházejí se specifitou role perioperační sestry počítá a každá nově nastupující sestra absolvuje povinnou stáž na oddělení sterilizace, kde se naučí základy své práce a to především identifikaci, skladbu instrumentária a jeho rozložení v jednotlivých sítích. Pro všechny dotazované sestry v mém šetření byla tato stáž přínosem i když nejsou zdaleka komplexní.

Podle Šefrové (2019) a jejího návrhu na zlepšení adaptačního procesu perioperačních sester je důležité, aby sestra v prvních týdnech podstoupila stáž na oddělení sterilizace, kde se seznámí s nástroji, jejich uspořádáním v sítích, dekontaminaci, mytím a sterilizaci. Podle ní má pak sestra základní zkušenosti a předpoklady pro porozumění nástrojovému vybavení během operace. Každé ze sester z výzkumu po absolvování stáže na oddělení sterilizace byl přidělen mentor, který jak uvedly byl s nimi po celou dobu adaptačního procesu a měl s nimi stejné služby, to je dle Plevové a kol. (2018) potřebné pro efektivní zapracování v adaptačním procesu. Nově příchozí sestry vede mentor k získávání praktických zkušeností v novém pracovník prostředí. Sestru se snaží začlenit do týmu a pomáhá jí v navazování interpersonálních vztahů. V průzkumu bylo zjištěno, že sestřím ve většině případu v adaptaci pomohla právě přidělená mentorka. Dále třem ze sester v adaptaci pomáhaly kolegyně. Dle Šefrové (2019) je podstatné, aby byla nová sestra na ranních směnách co nejvíce se svou mentorkou, která by jí vedla, aby měla pouze jednoho vedoucího pracovníka, který jí naučí od základů vše, než aby měla více školitelů. Respondentky z průzkumu Stránské (2021) uvedly, že právě změny školících pracovníků způsobují neustále změny v získávání praktických dovedností a to jim činí problém v adaptaci. Plevová a kol. (2018) zmínila, že rozvoj a spokojenost je vyšší u nových pracovníků, kteří mají k dispozici svého mentora. Dále třem ze sester v adaptaci pomáhaly kolegyně.

Dle výsledků výzkumu Jaluvkové (2015) více než polovina všeobecných sester uvedla, že je nejdůležitějším prvkem adaptačního procesu dobrý kolektiv. Na rozdíl od výše zmíněné

autorky došla Šubrtová (2021) k jinému zjištění a to, že adaptační proces novým všeobecným sestřím v začlenění do kolektivu příliš nepomáhá. Ve výzkumu (Moravcové, Hlaváčkové, Holé, 2022) vyvstala zajímavá informace a to taková, že věkově a služebně mladší sestry s vyšším vzděláním, vyšší pracovní pozicí, sestry pracující ve směnném provozu a sestry z oddělení potřebují delší adaptaci. S touto informací se průzkum práce zcela neslučuje neboť mentorka operačních sálů uvedla, že délka adaptace je záležitostí individuality jedince, motivace a ochoty se vzdělávat a v neposlední řadě také na tom, k jakým výkonům se nová sestra dostává. Na druhé straně mentorka poznamenala, že sestry přicházející přímo ze školy mají větší schopnost učit se a pojmout více informací týkající se jejich práce. Burešová (2017) z výsledků svého výzkumu uvádí, že průběh přechodu ze školy do praxe je obtížný, je zde mnoho nových podnětů, které přichází v krátkém časovém úseku. Podle Armstronga (2015) se tento závěr slučuje s jeho názorem, že adaptační proces vyžaduje různou dobu a rozdílný přístup. Adaptační proces je legislativně nastaven podle Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví (MZČR, věštník č.6, 2009, s.40), avšak ne zcela jednoznačný. Je nastaven tak, aby se dal individualizovat a upravit podle potřeb dané organizace.

V průběhu adaptačního procesu sestry z výzkumu pocívaly různé úrovně psychického stresu nebo úzkosti. Jedna ze sester uváděla, že její pocity byly natolik emočně silné, že při příchodu z práce první měsíce probrečela. Při adaptaci sestra musí čelit stresu a rizikovým faktorům syndromu vyhoření zejména proto, že se musí naučit vykonávat více činností v krátkém čase. V průzkumu (Řeháková, 2021) bylo až 38% sálových sester vystaveno příznakům syndromu vyhoření. Další uvedla, že při první operaci omdlela. Jejich strach a obavy pocházely především z toho důvodu, že nevěděly do čeho jdou, jaká je práce sestry na operačním sále, co obnáší a z množství zkušeností a dovedností, které si musí v krátkém čase osvojit. U sester, ale převládala touha situaci zvládnout a naučit se novým věcem. Z toho lze usuzovat, že šlo o eustres. Eustres může jedince zdravě motivovat a posilovat. (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008) Dle výzkumu Donutilové (2016), která se zabývala adaptačním procesem v intenzivní medicíně měly sestry stejný problém a tím bylo nadměrné zahlcování informacemi, přičemž se obávají, že nezvládnou vše pojmout.

Mezi nejsložitější činnosti během adaptačního procesu sestry z výzkumu uváděly manipulaci s nástroji a to především jejich rozkládání na instrumentační stolek nebo sestava laparoskopických nástrojů. Dále sestřím delší dobu trvalo než si osvojily správnou techniku instrumentování nebo správné rouškování operačního pole či celkově koordinace pohybu na sále. Podle studie (Workplace Stressors) z roku 2020 mají stresory na pracovišti široké

důsledky na vyhoření a fluktuaci sester. Mezi stresory tato studie zahrnuje mimo jiné i náročné chování pacienta. V průzkumu z této diplomové práce bylo zjištěno více důvodů proč pracovat na operačním sále. Jedním z nich bylo, že jako sestra na sále se do kontaktu s pacientem dostává méně než sestra u lůžka. Jedné ze sester dokonce vyhovovalo, že klient je většinu času v narkóze a komunikace s ním je minimální. Jedna sestra uvedla, že naopak přímý kontakt s klientem ji chybí, protože nemá přímou odezvu ke své práci. Právě minimální kontakt s pacientem uvedly, jako motivaci pro práci na operačním sále tři ze sester. Dále se objevují motivy, jako specifická prestiž, záliba. V jednoduchosti se dá říct, že motivem pro dotazované sestry byla odbornost výkonu povolání perioperační péče. Rozlišný výsledek ve svém výzkumu uvedl Vévoda (2013), který zjistil, že jednoznačnou prioritou pro sestry je výše mzdy. Nejedná se o výzkum zaměřený na perioperační sestry, ale na sestry všeobecné.

Sociální podpora je dobrou ochranou proti následkům stresu a někdy naopak sociální okolnosti, jak uvádí Praško a Prašková (2012), mohou být hlavním zdrojem stresu. Respondenti z průzkumu (Workplace Stressor, 2020) považují za největší stresový faktor vztahy na pracovišti. A 46,15% respondentů uvedlo jako stresující faktor komunikaci s lékařem. Sestry z tohoto výzkumu se do komunikace s lékaři nepouští. Problémy, které vidí neřeší a nebo dělají, že je nevidí. Sestrám to přijde zbytečné, protože lékař je pro ně nadřazený. Problémy s lékaři řeší sestry z tohoto výzkumu přes vrchní či staniční sestru. Z výzkumu Hozákové (2020) vyplývá, že problémy s lékaři si řeší sestry sami nebo dochází za vedoucím pracovníkem, aby situaci vyřešil.

Hodnocení adaptace sester z této diplomové práce probíhalo většinou každý den přidělenou mentorkou. 5 ze 7 perioperačních sester uvedlo, že v rámci každé směny dostávaly zpětnou vazbu na svoji práci a to, jak ve formě pochvaly, výtky nebo návrhu na zlepšení do budoucna. Podle studie Wambere (2019) mentor znamená motivátor, který by měl umět motivovat k větším výkonům. Sestra školitelka by měla všeobecné sestře v adaptačním procesu pomáhat získat sebedůvěru právě tím, že ji dokáže pochválit a taktněji upozornit na případné nedostatky. Ukončení adaptačního procesu bylo u každé sestry individuální. Jedna ze sester ukončovala svůj adaptační proces již po 3 měsících a to na základě předchozí domluvy s mentorkou a vrchní sestrou. Tato sestra si byla jistá, že svoji práci zvládá a byla připravená na samostatný výkon práce perioperační sestry. Nicméně hlavním důvodem brzkého ukončení adaptace byl především nedostatek personálu, který vykonává služby. Podle výzkumu Bennerové (2017) je ale sestra schopna pracovat samostatně v rozmezí od 1,5 roku až 2 let od nástupu na oddělení. Ukončení u dotazovaných sester z tohoto výzkumu probíhalo individuálně a vždy po vzájemné dohodě

zúčastněných. Konkrétní systém ukončení adaptačního procesu nemají. 5 ze 7 sester uvedlo, že proběhla zkouška s vrchní sestrou, přičemž každá z nich byla přezkoušena z teoretických vědomostí potřebných pro výkon povolání perioperační sestry. 3 z dotazovaných sester uvedly, že proběhla i praktická zkouška, kdy se na jejich práci přišla podívat právě vrchní sestra.

Delegování kompetencí u sester na operačním sále probíhá především směrem dolů a to od sester na pomocný personál konkrétně na sanitáře. Delegation kompetencí od lékaře směrem na sestry nebyla z rozhovorů zaznamenána. Švejdarová (2015), která ve své práci Problematika překračování kompetencí došla k závěru, že až 25% sester je často v praxi pověřováno lékařem k provedení určitého výkonu. Rozdíl mezi těmito průzkumy bude především kvůli rozdílnému prostředí operačních sálů a lůžkové péče. V organizaci, kde probíhal výzkum má každý sál přidělený na jednu směnu jednoho sanitáře, který by měl být plně k dispozici. Z průzkumu vyplynulo, že se delegují činnosti jako je přikládání neutrální elektrody, polohování pacienta, manipulace s operačním stolem nebo podávání věcí ze skladu. V některém z případů se objevila informace, že sanitář mnohdy obsluhuje i operační přístroje. Sestry uvedly, že se tak děje proto, aby byla práce plynulá a návazná. Sanitář je při transportu pacienta na sál neustále u něj a má tak vhodnější podmínky pro zmiňované nalepení neutrální elektrody, polohování pacienta nebo manipulaci se stolem. Podle sester tyto kompetence sanitáři zvládají a chtějí je vykonávat. Při nástupu na oddělení operačních sálů jsou školení a zkušeni z těchto výkonů a zdá se, že je zvládají. Sestry spíše jejich práci nekontrolují a plně jim důvěřují, dotazují se pouze na to, jestli je elektroda funkční a kde je umístěná. Z výzkumu (Moravcové, Hlaváčkové, Holé, 2022), že legislativní nastavení kompetencí sestry zcela pozitivně dodržuje méně než třetina z 2479 všeobecných sester z toho 86,3% je dostatečně seznámena se svými kompetencemi a jsou, dle jejich názoru dostatečně vzdělány v oblasti svých kompetencí. Respondentky z tohoto výzkumu byly spíše překvapené po položení otázky týkající se jejich kompetencí. Nevěděly nebo si je nepamatovaly. Uváděly především obecné zastřešující kompetence, že můžou vykonávat činnosti, které se jim nařídí a nikdy ne bez odborného dohledu. Jako hlavní kompetence uvedly obíhání a instrumentování při operaci. Z průzkumu (Mazalová, 2011) vyplývá, že pouze 24,1% dotazovaných zná vyhlášku týkající se kompetencí sestry i když 68,9% uvádí význam kompetencí jako podstatný. Ke stejným informacím došla ve své práci Nešvarová (2018), která uvádí, že 9 z 11 respondentek neví, nebo si nejsou svými kompetencemi jisté. V neposlední řadě se práce zaměřila na to, zda sestry ve své práci vykonávají činnosti za lékaře. Odpovědi sester se víceméně shodují, že za lékaře žádné činnosti nevykonávají. V této části vyvstává rozdíl mezi výzkumem (Moravcová, Hlaváčková, Holá,

2022) kde se uvádí, že za lékaře některé činnosti vykonává 46,6% dotazovaných sester. Podle práce (Bialonczykova, 2011) až 72,4% sester pověřuje lékař svými kompetencemi. V závěru diskuze bych se ráda vyjádřila k limitům této diplomové práce. V důsledku toho, že byla průzkumná část realizována jako fenomenologická interpretace a nahlížela na jedno vybrané zařízení, nelze získané poznatky zobecňovat.

## 11 ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce je jakýmsi vhladem na subjektivní prožívání pracovního nasazení perioperačních sester. Tato práce si kladla za cíl nastínit zkušenosti, pocity a názory sester s prací na operačním sále, konkrétně jaké mají sestry zkušenosti s adaptací na svojí pracovní pozici, jak probíhal celý adaptační proces a jaké bylo jeho zhodnocení. Jaké povědomí mají o svých kompetencích nebo jaké kompetence delegují.

Pomocí výzkumných otázek se podařilo naplnit cíle práce, kdy ze získaných výsledků vyplývá, že adaptace v novém pracovním prostředí byla pro sestry náročná. Náročnost adaptace souvisí především s celou řadou specifických a velice důležitých činností, které v rámci svých kompetencí sestry vykonávají. Z praktické části práce vzešlo, že ošetrovatelská péče na standartním lůžkovém oddělení nebo studium zaměřené na kvalifikaci v oboru všeobecná sestry nepřipraví budoucí perioperační sestru praktickými zkušenostmi či kompetencemi k výkonu profese. Sestry pod tíhou nových informací a celkových vjemů pociťovaly různé formy emočního vypětí. Motivace sester, ale byla silnější než vyvstalé překážky a práci na operačních sálech si oblíbily. Motivace pramenila především z prestiže, kterou v sobě perioperační péče nese, z touhy po změně náplně práce z lepší pracovní doby a pracovních podmínek nebo také z důvodu poskytování specializované péče u které se nedostávají do přímého kontaktu s pacientem. Lepší pracovní dobou pro sestry z tohoto výzkumu znamená, že ve svých směnách mají i ranní směny a ne pouze dvanáctihodinové směny. Z analýzy odpovědi vyplývá, že každá nově nastupující sestry začíná naplňovat svoje pracovní úkoly na oddělení sterilizace. V tomto období se naučí manipulaci s nástroji, péči o nástroje a především získají povědomí o náplni jednotlivých sít. Operační sály příslušné nemocnice mají zajištěnou mentorku/školitelku pro každou nově nastupující sestru. Právě mentorka byla sestrami označena jako velká pomoc a opora při zácvičku a začleněním se do pracovního týmu. Velkou pomocí pro sestry v adaptačním procesu byla již vytvořená dokumentace s pracovními a operačními postupy. Těm sestram, kterým byl dokument poskytnut byl přínosem, avšak ocenily by jeho aktualizaci. Sestry měly postupem času i čím dál větší oporu v kolegyních u kterých si svou pílí a cílevědomostí vybudovaly přízeň. Jedna ze sester pociťovala nekomfort v kolektivu díky svému magisterskému titulu, starší kolegyně mají poznámky k jejímu vzdělání i po skončení adaptačního procesu. Celkově v prostředí mezi sestrami převládá zastávání se specializačního vzdělávání formou akreditovaného kurzu možná proto, že sestry na toto vzdělávání nastupují již po určité době zapracování na operačních sálech. Nicméně sestry v rámci oddělení neřešily nikdy výrazný kolektivní problém týkající se vzdělávání. V adaptačním procesu sestry slouží



až na výjimky se svojí mentorkou stejné služby a nová sestra je na operačním sále navíc. Má možnost se rozkoukávat, pomáhat v roli obíhající sestry a postupně se orientuje v novém prostředí. Mezi první praktický nácvik sestry uvedly mytí a dezinfekci rukou před zahájením operačního programu nebo před operací. Dále nasazování sterilního pláště a rukavic, práci s počítačem a rozkládání sterilních sít na pomocné a instrumentační stolky. Jak uváděly sestry je mnoho činností, které si perioperační sestra musí osvojit, co možná nejrychleji a nejlépe. Po plnění role obíhající sestry a dokonalé orientace na sále a přilehlém skladu se nová perioperační sestra dostává i do role instrumentující sestry. Některým sestřám z výzkumu se zdá instrumentování jednodušší náplní než obíhání a naopak. Jedním z důvodů, proč se jeví být jednodušší je, že se sestra nemusí nikde pohybovat, nic hledat nebo vyřizovat, ale na druhou stranu je v přímé konfrontaci s lékařem, který je mnohdy ve větším stresu než nová perioperační sestra a komunikace s ním není vždy jednoduchá. To jak rychle sestra bude adaptovaná a kompetentní závisí na mnoha faktorech a jedním z nich je podle průzkumného šetření i seskupení operačních výkonů. Adaptační proces je individuální. Každá sestra adaptační proces ukončovala po konzultaci s mentorkou nebo úsekovou sestrou. K závěrečnému pohovoru či přezkoušení dochází až při oboustranné jistotě zvládnutí ukončení tohoto procesu. Po adaptačním procesu sestřám vzdělávání nekončí v rámci operačních sálů podstupují školení, které se koná jednou za měsíc. Každá sestra si za určitou časovou jednotku připravuje přednášku ohledně svého oboru, nějaké zajímavosti či novinky v rámci perioperační ošetrovatelské péče. Školící akce jsou plánovány s ročním předstihem, aby se zajistil nepřetržitý provoz sálů. Pasivní účast na školících akcích, kongresech, sympoziích apod. hradí jednou ročně zaměstnavatel, pokud se perioperační sestra účastní těchto školících akcí aktivně může je absolvovat nesčetněkrát v roce.

## **11.1 Doporučení pro praxi**

Při nástupu nové sestry na operační sály je důležité, aby sestře byl přidělen mentor, který jí provede celým adaptačním procesem. V první fázi zhodnotí úroveň znalostí, zkušeností a dovedností sestry. Zjistí, jak je k výkonu povolání perioperační sestry kompetentní. Důležité je i vytvoření adaptačního plánu, který se dle potřeb individualizuje. Nová sestra by s tímto adaptačním plánem měla být seznámena, aby věděla, co jí čeká a nebála se neznámého. Vedení oddělení by sestru mělo seznámit s kolegy a vytvořit příjemný první dojem, dále by jí mělo seznámit s pracovní pozicí, kompetencemi a náplní práce. Podstatné je novou sestru nezatěžovat přemírou informací, ale poskytnou jí předem připravený plán s konkrétními cíli za určitý časový úsek. Je důležité dbát na pravidelné hodnocení, které sestře poskytne zpětnou

vazbu a motivuje jí k výkonu a s tím souvisí i řádné ukončení adaptačního procesu, které by mělo proběhnout až po vzájemné shodě všech zúčastněných.

## 12 POUŽITÁ LITERATURA

### 12.1 Primární zdroje

1. ALEXANDER, Margaret F. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
2. ARMSTRONG, M., TAYLOR, S. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*. 13. vydání. Přeložil Martin ŠIKÝŘ. Praha: Grada Publishing, 2015, 920 s. ISBN 978-80-247-5258-7
3. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I., JAROŠOVÁ, E. *Manažerská psychologie a sociologie*. Praha: Management Press, 2012, 615 s. ISBN 978-80-7261-239-0.
4. BELZ, H., SIEGRIST, M. 2001. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-479-6.
5. BENEŠ, Milan. *Andragogika*. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4824-5.
6. ČERMÁK, Ivo, Roman HYTYCH a Tomáš ŘÍHÁČEK. *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy*. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
7. DUDA, Miloslav. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-642-0.
8. DULEWICZ, V. (1989). *Hodnocení výkonu a poradensví. Příručka hodnocení a výběru organizací*
9. DVOŘÁKOVÁ, Zuzana. *Řízení lidských zdrojů: Východiska a vývoj*. 1. C.H.Beck, 2012. ISBN 9788074003479.
10. GLASPER, Edward Alan a Diane CARPENTER, ed. *How to write your nursing dissertation*. Second edition. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell, 2021. ISBN 978-1-119-75773-3
11. HARTLOVÁ, Helena a Pavel HARTL. *Psychologický slovník*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
12. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2
13. HORVÁTHOVÁ, Petra, Jiří BLÁHA a Andrea ČOPÍKOVÁ. *Řízení lidských zdrojů: Nové trendy*. 1. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5721-6.
14. HUDÁČKOVÁ, A. *Student ošetrovatelství na praxi- co od nás potřebuje?* In: *Nové trendy v ošetrovatelství VI*. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. Jihočeské ošetrovatelské dny, České Budějovice 2007. České Budějovice: JU ZSF, 2007, s. 120-125. ISBN 978-80-7040-992-3.
15. HRONÍK, F. 2007. *Rozvoj a vzdělávání pracovníků*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1457-8.

16. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. ISBN 978-80-7013-598-3.
17. KASPER, Helmut a Wolfgang MAYHOFER. *Personální management: Řízení Organizace*. 3. Linde, 2007. ISBN 9788086131573.
18. KOCIÁNOVÁ, Renata. *Personální řízení: Východiska a vývoj*. 2. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2497-3.
19. KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. 5., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 2015, 399 s. ISBN 978-80-7261-288-8.
20. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie: Východiska a vývoj*. 2. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 9788073677268.
21. MAYEROVÁ, Marie a Jiří RŮŽIČKA. *Moderní personální management*. Praha: HaH, 2000. ISBN 808602265X.
22. MASLOW, AH Konflikt, frustrace a teorie ohrožení. *J. abnormální. (soc.) Psychol.* 1943, 38, 81-86.
23. MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. 1. vyd., Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2019. 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2.
24. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské osobnosti*. 2. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
25. VALIŠOVÁ, Alena a Hana KASÍKOVÁ. *Pedagogika pro učitele*. 2. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3357-9.
26. PILAŘOVÁ, Irena. *Leadership a management development*. 1. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5721-6.
27. PLAMÍNEK, J. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. 3., rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 159 s. ISBN 978-80-247-5515-1.
28. PLAMÍNEK, Jiří. *Vzdělávání dospělých: průvodce pro lektory, účastníky a zadavatele*. 2. rozš. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4806-1.
29. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-3871-0
30. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství 2*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0889-3.
31. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ, 2012. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál. 226 s. ISBN 978-80-7367-986-6.
32. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-1697-8.
33. RYMEŠ, Milan. *Adaptace pracovníků a pracovních kolektivů*. Praha: Svoboda, 1985, 120 s. Racionalizace práce vedoucího. ISBN (Brož.).

34. SEDLÁKOVÁ, Renáta. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada, 2014. *Žurnalistika a komunikace*. ISBN 978-80-247-3568-9.
35. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii I: Řízení Organizace*. 1. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2862-4.
36. SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80- 247-4414-8.
37. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 2. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-6377-4.
38. ŠIKÝŘ, M. *Nejlepší praxe v řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada, 2014, 200 s. Manažer. ISBN 978-80-247-5212-9.
39. ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. 1. vyd. Praha: Grada, 144 s. ISBN 9788024799643.
40. ŠAFRÁNKOVÁ, Jana a Bedřich DUCHOŇ. *Management: Integrace tvrdých a měkkých prvků řízení*. 1. 2008. ISBN 978-80-7400-003-4.
41. STRAUSS, A., & CORBIN, J. (1998). *Základy kvalitativního výzkumu: Techniky a postupy pro rozvoj zakotvené teorie*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
42. TURECKIOVÁ, M. *Řízení a rozvoj lidí ve firmách*. Praha: Grada, 2004, 168 s. ISBN 80- 247-0405-6.
43. VAJNER, Luděk. *Výběr pracovníků do týmu*. 2. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-6206-7.
44. VETEŠKA, Jaroslav a Michaela TURECKIOVÁ. *Kompetence ve vzdělání*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 159 s. ISBN 9788024717708.
45. VETEŠKA, Jaroslav. *Přehled andragogiky: úvod do studia vzdělávání a učení se dospělých*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1026-9.
46. WAGNEROVÁ, Irena. *Hodnocení a řízení výkonnosti*. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2361-7.
47. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, c2012. ISBN isbn978-80-7262-894-0.
48. WICHISOVÁ, Jana. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra. ISBN 978-80-271-1029-2.
49. WICHISOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-3754-6.
50. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6
51. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

52. ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea POKORNÁ a Erna MIČUDOVÁ. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5094-1.

## 12.2 Ostatní

1. ČERNÁ, Martina. *Rozdíly v osobnostních charakteristikách manažerů z pohledu genderu*. Olomouc, 2011. Diplomová. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Soňa Lemrová.
2. BIALOŇCZYKOVÁ, Barbora. *Kompetence členů zdravotnického týmu při zajištění zdravotní péče*. Olomouc, 2011. Bakalářská. Univerzita Palackého. Vedoucí práce Lenka Mazalová.
3. GUTVEISOVÁ, Tereza. *Vzdělávání a kompetence perioperačních sester v České republice*. Pardubice, 2020. Diplomová. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Eva Hlaváčková.
4. JALUVKOVÁ, Klára. *Adaptační proces v povolání všeobecné sestry* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8mu2oa/>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
5. KRAUSOVÁ, Markéta. *Adaptační proces u nelékařských zdravotnických pracovníků v operačních oborech*. Pardubice, 2021. Diplomová. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Kateřina Horáčková.
6. MORAVCOVÁ, M., HLAVÁČKOVÁ, E., & HOLÁ, J. (2022). *Zkušenosti všeobecných sester s podmínkami výkonu profese v českých nemocnicích*. *Health & Caring, 1*(1). <https://doi.org/10.46585/hc.2022.1.1739>
7. NEŠVAROVÁ, Kristýna. *Dodržování kompetencí všeobecných sester v praxi* [online]. 2019-09-06T06:09:31Z [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://dspace.tul.cz/handle/15240/153373>. Bakalářská práce.
8. ŠVEJDAROVÁ, Anna. *Kompetence všeobecných sester a jejich vymezení v praxi* [online]. Liberec, 2015 [cit.2023-01-28]. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Froňková.

## 12.3 Internetové zdroje

1. COOK, J.K., GREEN, M., TOPP, R.V. (2001). *Exploring the impact of physician verbal abuse on perioperative nurses: The official voice of perioperative nursing*. *AORN Journal*, 74(3), 317-20, 322-7, 329-31. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journal/exploring-impact-physician-verbal-abuse-on/doctview/200835003/se-2>
2. ČESKO. Vyhláška č. 176/2009 Sb.: *Vyhláška, kterou se stanoví náležitosti žádosti o akreditaci vzdělávacího programu, organizace vzdělávání v rekvalifikačním zařízení a způsob jeho ukončení*. 2. Praha: MŠMT, 2018 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-176>

3. ČESKO. Vyhláška 55/2011 Sb.: *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. In: Praha: Zákony pro lidi, 2011, ročník 2011, číslo 55. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
4. ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb.: *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. In: Praha: Zákony pro lidi, 2004, ročník 2004, číslo 96. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
5. EORNA: *Společné základní curriculum pro perioperační sestry* [online]. Brno: COS, FN Brno, 2012 [cit. 2023-02-01]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/eorna-evropske-sdruzeni-salovych-sester/f1605>
6. FREDERICK, D. (2014). *Bullying, mentoring, and Patient Care: The official voice of perioperative nursing*. AORN journal, 99(5), 587-93. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2023.10.023>
7. KOUBOVÁ, Michaela, 2020. *Jak zvýšit prestiž povolání sester? Musí si začít vážit samy sebe, přijmout odpovědnost a kompetence, míní odborníci*. Zdravotnický deník. [online] [cit.2023-02-18]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2020/01/zvysit-prestizpovolani-sester-musi-si-zacit-vazit-samy-sebe-prijmout-odpovednost-kompetence-miniodbornici/>.
8. KORDULOVÁ, Pavla, 2016. *Historický přehled vzdělávání perioperační sestry v urologii*. Urologie pro praxi [online]. roč. 17, č. 5, s. 238-242, [cit. 2023-08-02]. ISSN - 1803-5299. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2016/05/11.pdf>
9. Kvalifikační standard *Všeobecná sestra* [online]. MZČR, 2021 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16448/35678/KS-V%C5%A1eobecn%C3%A1-sestra.pdf>
10. *Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu* [online]. Praha: MZČR, 2009 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/3628/36956/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%206-2009.pdf>
11. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZČR, 2021 [cit. 2023-02-14]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce\\_osetrovatelstvi\\_vestnik\\_6\\_2021.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_osetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf)
12. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZČR, 2023 [cit. 2023-02-04]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/akreditovany-kvalifikacni-kurz/>
13. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZČR, 2022 [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/certifikovany-kurz/>
14. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZČR, 2022 [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky/>

15. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Centrální databáze kompetencí autonomní systém pro správu znalostí, dovedností a měkkých kompetencí*. In: *Národní soustava povolání*. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, © 2017 [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <http://kompetence.nsp.cz/>
16. MZČR. Metodický pokyn k vyhlášce č.39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra. Dostupné z [http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra\\_2197\\_947\\_3.html](http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra_2197_947_3.html) UTH
17. NCONZO: *národní centrum ošetřovatelství národních zdravotnických oborů* [online]. Brno, 2023 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/nabidka-akci?type=2&organizer=0&page=3&per-page=10>
18. ODBOROVÝ SVAZ ZDRAVOTNICTVÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE ČR. Stanovisko OS k možnosti posílení kompetencí všeobecných sester. In: *Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR*. [online]. Praha: Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, © 2012 [cit. 2023-02-18]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickeodbory.cz/cz/clanky/31-7-2018-os-ke-zvyseni-kompetenci-sester.aspx>
19. Specializační vzdělávání, 2018. NCONZO [online]. Brno [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/specializacni-vzdelavani>
20. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena a Radkin HONZÁK. *Stres, eustres a distres*. *Interní medicína pro praxi*. Praha, 2008, 188-192. Dostupné z: doi:<https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>
21. FOSTER, Kim, Jo-Ann GIANDINOTO a Trentham FURNESS. Workplace stressors, psychological well-being, resilience, and caring behaviours of mental health nurses: A descriptive correlation study. *International Journal of Mental Health Nursing*. Australian, 2020, 12. Dostupné z: doi:10.1111/inm.12610



## 13 PŘÍLOHY

Příloha A – Návod na vedení rozhovoru

<b>NÁVOD NA ROZHOVOR K DIPLOMOVÉ PRÁCI S NÁZVEM KOMPETENCE VŠEOBECNÝCH SESTER NA OPERAČNÍM SÁLE</b>	
<b>ADAPTACE</b>	<b>GET IN</b>

<p>1) Popište mi, jaký byl Váš nástup na operační oddělení?</p> <p>1a) Jaké bylo Vaše předešlé zaměstnání? (praxe u lůžka, obor, škola, rodičovská dovolená, operační sály, předchozí zkušenosti a dovednosti..)</p> <p>1b) Proč jste se rozhodla pro perioperační péči? (nabídka práce, finance, menší styk s pacienty, odborná praxe, prestiž...)</p>
<p>2) Jak vypadalo prvních pár dní v práci? (agenda, mentor, vrchní a úsekové sestry, seznámení s pracovištěm, seznámení se sestrami a lékaři...)</p>
<p>3) Jak jste se cítila, jaké byly Vaše pocity?</p>
<p>4) Co nebo kdo Vám v těchto začátcích pomáhal? (zvládnání změny, stresu, udržení motivace...)</p>
<p>5) Vyberte si činnost/výkon a popište mi, jak probíhal praktický zácvik.</p>
<p>6) Jak dlouho Vám u této vybrané činnosti/výkonu trvalo než jste byla schopná provést jej bez pomoci mentora/ky? (kolikrát jste si činnost/výkon zkoušela?)</p>
<p>7) Kdy jste se v této činnosti/výkonu cítila být si jistá? (současně/méně/déle než jste tuto činnost/výkon mohla provádět samostatně?)</p>
<p>8) Jaké jsou Vaše silné stránky?</p> <p>8a) Pomohly vám tyto pozitivní aspekty osobnosti v práci? (příklad...)</p>
<p>9) Jaká jste absolvovala povinná školení? (BOZP, KPR...)</p> <p>9a) Jaké školení Vám přišlo důležité?</p> <p>9b) Jaké podstatné informace jste si z něj odnesla do své praxe?</p>

9c) Které školení Vám přišlo naopak zbytečné? (obsah, délka, jak často...)
10) Jaké metody vzdělávání Vám v adaptaci pomohly k vašemu rozvoji? (vzdělávací program oddělení, e-learning, samostudium, vlastní dokumenty oddělení –popis výkonů...)

<b>KOMPETENCE</b>	<b>GET IN</b>
-------------------	---------------

1) S jakými zkušenostmi a dovednostmi jste nastupovala do perioperační péče? (chirurgické oddělení, oddělení sterilizace..)
2) Jaké kompetence Vám byly přiděleny? (Jaké jste měla v pracovní smlouvě?)
3) Jak jste se cítila být v těchto začátcích schopná?
4) Jaké činnosti spojené s perioperační péčí Vám přišli nejdůležitější? Které jste si potřebovala osvojit, co nejdříve? Které tvořili základ Vaší práce?  4a) Co bylo prvotní prioritou, abyste při práci zvládala?
5) Při jakých činnostech se na Vás kladl největší nárok? (přesnost, rychlost, sterilita, samostatnost)
6) Pracovala jste vždy pod odborným dohledem? Nastala situace, kdy jste se musela sama rozhodnout na základě svých zkušeností a dovedností bez pomoci mentora nebo dohlížející osoby?  6a) V jaké situaci nebo při jaké situaci?  6b) Proč s Vámi mentor/ka nebyl/a?  6c) Jestli, že jste vykonávala činnosti spojené s perioperační péčí bez odborného dohledu, jak jste cítila?

KOMPETENCE	PRŮBĚH
------------	--------

1) V jakých činnostech/situacích jste si byla jistá jako první?
2) Které činnosti/situace pro Vás byli snadné?
<p>3) které činnosti pro Vás byli naopak složité?</p> <p>3a) V jakých jste potřebovala výraznou pomoc?</p> <p>3b) Jak tato pomoc vypadala? (dohled, slovní rada...)</p> <p>3c) Kdo Vám v těchto situacích nejvíce pomáhal, kdo byl ochotný Vám pomoci?</p>
4) Jak vypadala Vaše příprava na plánované výkony?
5) Mělo Vaše pracoviště nějaké dokumenty, které by Vám usnadnilo přípravu k operačním výkonům?
<p>6) Nastala u Vás na pracovišti situace, kdy jste si řekla, takhle by se to dělat nemělo?</p> <p>6a) Jaká to byla situace?</p> <p>6b) Co konkrétně se dělo?</p> <p>6c) Zeptala jste se, proč se to děje? Jaká byla odpověď?</p> <p>6c) Když se na sebe dnes podíváte, jak tuto konkrétní situaci děláte vy a proč?</p>
7) Kdo u Vás na pracovišti polohuje pacienta?
8) Kdo u Vás na pracovišti manipuluje s operačním stolem?
9) Kdo u Vás na pracovišti obsluhuje operační přístroje?
10) Kdo u Vás na pracovišti přikládá neutrální elektrodu na pacienta?
<p>11) Pokud je Vaše odpověď sanitář/ka, proč to podle Vás dělá on/ona?</p> <p>11a) Jak tyto situace zvládá? (chtějí je provádět?)</p> <p>11b) Jak byl/a na tyto činnosti připraven/a</p>

11c) Jak probíhá kontrola těchto činností?
12) Jak často se účastníte školení v rámci oddělení?  12a) Jak často u Vás na oddělení probíhají vnitřní porady s vrchní nebo úsekovou sestrou? (témata, věcnost, nápady, názory)  12a) Jak často se účastníte certifikovaných kurzů, inovačních kurzů, kongresů nebo odborných konferencí? (jak často Vám je proplácí zaměstnavatel, pořadník, věcnost, přínos...)  12b) Věnujete se publikační nebo pedagogické činnosti?
13) Jaký typ specializačního vzdělávání byste si vybrala a proč? ( NCO NZO, Mgr)
14) Jaký je rozdíl v adaptačním procesu, když nastoupí všeobecná sestra a sestra se specializací pro perioperační péči?

<b>ADAPTACE</b>	<b>GET OUT</b>
-----------------	----------------

1) Když se na sebe podíváte na začátku a na konci adaptačního procesu, jaké vidíte rozdíly?
2) Jaké činnosti, které teď běžně provádíte byste si na začátku adaptačního procesu netroufla?
3) Které znalosti/ dovednosti/osobnostní předpoklady si myslíte, že jsou pro práci na operačním sále nejzásadnější?
4) Jak často probíhalo hodnocení Vašeho adaptačního procesu?  4a) Jaký byl model hodnocení? (slovní, sumativní škála, doporučení pro zlepšení, pochvala..)
5) Jak proběhlo ukončení Vašeho adaptačního procesu? (přezkoušení, závěrečná práce, praktická zkouška...)

<b>KOMPETENCE</b>	<b>GET OUT</b>
-------------------	----------------

<p>1) Jsou situace nebo činnosti, které si myslíte, že by šly provést lépe?</p> <p>1a) Jaké situace/činnosti to jsou?</p>
<p>2) Jak je to u Vás na oddělení s celoživotním vzděláváním? (potřeba, poradník, motivace, finance...)</p>
<p>3) Jaké kompetence máte po ukončení adaptačního procesu?</p> <p>3a) Máte nějaké kompetence nad rámec základních díky Vaší aktivitě nebo díky celoživotnímu vzdělávání?</p>
<p>4) Kde se v pracovním životě vidíte za 5 let?</p> <p>4a) Máte nějaké vize, sny, které chcete v profesním životě uskutečnit?</p> <p>4b) Jak tohoto cíle chcete dosáhnout?</p>

