

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Tereza Potužáková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Sestra v roli mentorky v péči o cévní vstupy

Diplomová práce

Rok 2024

Bc. Tereza Potužáková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza Potužáková**
Osobní číslo: **Z21431**
Studijní program: **N0913P360006 Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče**
Téma práce: **Sestra v roli mentorky v péči o cévní vstupy**
Téma práce anglicky: **Nurse in the role of mentor in the care of vascular access**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

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:

1. BARTÁK, Jan a Milan DEMJANENKO. *Sociální andragogika: andragogika v procesu socializace člověka*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-247-3997-7.
2. CIPRO, Martin. *Psychoanalytické koučování: Vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5350-8.
3. CHARVÁT, Jiří. Žilní vstupy v intenzivní medicíně. *Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína*, 2016, 63(3), s. 6-19.
4. RENC, Ondřej, CHOVANEK, Vendelín a Jan RAUPACH. Centrální žilní porty a jejich využití k zajištění dlouhodobého cévního přístupu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*, 2015, 25(3), s. 235-238.
5. SPILKOVÁ, Vladimíra a Barbora ZAVADILOVÁ. Mentoring jako prostředek podpory profesního učení studentů učitelství a učitelů. *Pedagogická orientace*, 2021, 31(1), s. 4-34.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Oponent diplomové práce: **Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **12. června 2024**

Termín odevzdání diplomové práce: **12. srpna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 20. června 2024

Prohlašuji:

Práci s názvem Sestra v roli mentorky v péči o žilní vstupy jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, 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 12. 08. 2024

Bc. Tereza Potužáková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla nejprve poděkovat vedoucí této práce PhDr. Kateřině Horáčkové, Ph.D., za odborné vedení práce, ochotu, cenné rady a čas, který mi věnovala při konzultacích.

ANOTACE

Tato diplomová práce si klade za cíl nalézt a popsat problémy, které souvisejí s prací sestry mentorky v péči o dlouhodobé cévní vstupy. Teoretická část přibližuje, jak tuto problematiku reflektuje česká i zahraniční odborná literatura. Výzkumná část představuje kvalitativní výzkum zaměřený na analýzu čtrnácti rozhovorů prostřednictvím obsahové analýzy textu se sestrami mentorkami v oblasti cévních vstupů, identifikuje jednotlivé problémy (rekanylace, špatně proškolený personál, výskyt komplikací, bariéry při školení). Na závěr budou tyto problémy srovnané s dostupnou odbornou literaturou formou diskuse.

KLÍČOVÁ SLOVA

cévní vstupy; mentorka; ošetrovatelská péče; sestra

TITLE

ANNOTATION

This diploma thesis aims to find and describe problems related to the work of a mentor nurse in the care of long-term vascular access. The theoretical part describes how this issue is reflected in Czech and foreign professional literature. The research part presents qualitative research focused on the analysis of fourteen interviews through content analysis of text with nurses mentors in the field of vascular access, identifies individual problems (recannulation, poorly trained staff, occurrence of complications, barriers during training). Finally, these problems will be compared with the available professional literature in the form of a discussion.

KEYWORDS

Vascular access; mentor; nursing care; nurse

OBSAH

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	9
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	10
ÚVOD	11
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Cíl práce	13
1.2 Metody k dosažení cíle.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
2 Dlouhodobé cévní vstupy	15
2.1 Centrální žilní katétry.....	16
2.2 Intravenózní porty	16
2.3 PICC katétry.....	17
2.4 Midline katétry	18
2.5 Komplikace	19
2.6 Ošetrovatelská péče.....	21
3 Mentoring.....	25
3.1 Role mentora	26
3.2 Fáze mentoringu.....	28
3.3 Techniky a nástroje mentora	30
3.4 Mentoring jako součást adaptačního procesu	31
3.5 Mentoring v péči o cévní vstupy	32
3.6 Souhrn teoretické části	33
VÝZKUMNÁ ČÁST	35
4 Metodika výzkumné (praktické) části.....	36
4.1 Průzkumný soubor	37
4.1.1 Způsob získávání dat	37
4.1.2 Způsob zpracování dat	38

4.2	Prezentace a analýza výsledků	38
4.3	Závěrečné shrnutí výsledků průzkumného šetření	60
5	Diskuze	61
5.1	Průzkumné otázky č. 1 a 2	62
5.2	Průzkumné otázky č. 3 a 4	65
	ZÁVĚR	68
	POUŽITÁ LITERATURA	70

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1: Přehled respondentů	39
Graf 1: Náplň práce.....	41
Graf 2: Nejčastější typ pacientů.....	43
Graf 3: Rekanylace	45
Graf 4: Komplikace	47
Graf 5: Příčiny komplikací	49
Graf 6: Školení personálu	52
Graf 7: Výskyt komplikací na odděleních	54
Graf 8: Edukační materiál.....	57
Graf 9: Bariéry při školení	59

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CRSBI	infekce krevního řečiště související s katétrem
CT	počítačová tomografie
CŽK	centrální žilní katétr
JIP	jednotka intenzivní péče
PICC	periferně zavedený centrální katétr
RTG	rentgenové záření

ÚVOD

Vstup do žilního řečiště je v dnešní době využíván u většiny hospitalizovaných i ambulantních nemocných. Je používán k aplikaci léků, ke krevním odběrům a řadě diagnostických či terapeutických výkonů. V poslední době se jedná nejčastěji o onkologicky nemocné pacienty, kterým je podávána chemoterapie, nebo o pacienty, kteří potřebují dlouhodobě parenterální výživu. Tradičně je u těchto pacientů volena periferní kanyla, centrální žilní katétr a intravenózní port. V posledních letech ovšem došlo k rozvoji dlouhodobých a střednědobých venózních katétrů. Stále častěji jsou využívány periferně zavedené centrální žilní katétry a midline katétry, které mohou být využívány opakovaně po dobu až několika měsíců. Vzhledem k rozšíření spektra cévních vstupů je péče a znalost správné manipulace velmi důležitá k udržení jejich funkčnosti a bezpečnému použití (Charvát et al., 2016).

Role všeobecných sester, ale i jiných nelékařských profesionálů je v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče nepostradatelná. V rámci cévních přístupů, kde jejich zavádění a ošetřování hraje zásadní roli v léčbě pacientů, je vedení a podpora zkušených mentorů neocenitelná.

„V lednu 2005 byla Jihočeskou univerzitou v souvislosti s tímto tvrzením provedena pilotní studie, které se zúčastnilo celkem 29 sester z klinické praxe (oddělení chirurgické a oddělení interní) a 46 studentů studijního oboru všeobecná sestra. Z výsledků studie mimo jiné vyplývá, že přestože odborní asistenti jsou pozitivně vnímáni u více než 30 % studentů a přibližně polovina dotazovaných z řad sester, současnou snahu katedry ošetrovatelství převést část kompetencí v rámci praktické výuky na mentory by uvítalo 97 % studentů a 76 % sester z pracovišť. Význam školních sester/mentorek pro zajištění kvality výuky na klinických pracovištích je neznepochybnitelný. Pro studenty je přínosem, mohou-li pracovat pod dohledem odborného pracovníka, který je jim k dispozici podle potřeby při poskytování péče klientům, ale i v případě řešení nových situací potřebných pro budoucí profesní život“ (Sloupová-Bürgerová, Hudáčková, 2005).

Mentoři jsou zásadními postavami v oblasti péče o cévní přístup, zejména při provázení začínajících sester složitostí zvládnutí ošetrovatelských postupů cévního vstupu. Začínající sestry v adaptačním procesu často čelí problémům s rozvojem nezbytných dovedností a sebedůvěry, aby mohly tyto postupy efektivně provádět. Mentoři se svými bohatými zkušenostmi a odbornými znalostmi poskytují neocenitelné rady a podporu, aby pomohli svěřencům zvládnout tyto výzvy. Sdílením svých znalostí a dovedností rozšiřují mentoři schopnosti začínajících sester. Mentoři navíc slouží jako vzory pro profesionalitu a etické

postupy v péči o cévní vstup a vštěpují svým svěřencům důležité hodnoty a principy, aby dodržovali nejvyšší standardy péče o pacienty (Stratilová, 2022).

Efektivní mentoři v péči o cévní vstup mají jedinečný soubor vlastností, které jim umožňují úspěšně plnit svou roli. Za prvé, mentoři musí mít pokročilé znalosti a zkušenosti s cévními vstupy, aby mohli svým svěřencům poskytovat přesné vedení a instrukce. Kromě toho jsou pro mentory klíčové efektivní komunikační a mezilidské dovednosti, aby mohli jasně předávat informace a navazovat podpůrný vztah se začínajícími sestrami (Šimánková, Mastilíková, 2014). Trpělivost, empatie a skutečná ochota učit a vést jsou také základní vlastnosti, které musí mentoři prokázat, aby pro své svěřence vytvořili pozitivní vzdělávací prostředí. Ztělesněním těchto kvalit mohou mentoři účinně podporovat a živit odborný růst začínajících sester.

Přínosy mentorství v péči o cévní vstup přesahují individuální rozvoj začínajících sester a ovlivňují výsledky pacientů a celkovou kvalitu poskytované péče. Prostřednictvím mentorství mohou sestry zlepšit své dovednosti, což vede ke zlepšení výsledků a bezpečnosti pacientů (Špirudová, 2015).

Z výše uvedených důvodů si tato diplomová práce klade za cíl nalézt a popsat problémy, které souvisejí s prací sestry mentorky v péči o dlouhodobé cévní vstupy. K dosažení tohoto cíle bude provedeno výzkumné šetření formou rozhovorů se sestrami mentorkami, které se problematice cévních vstupů věnují. Zkoumáním významu mentorů v péči o cévní vstup tak můžeme hlouběji porozumět tomu, jak jejich mentorství přispívá k celkové kvalitě péče o pacienta a profesnímu rozvoji sester v této oblasti.

1 Cíle a metody práce

1.1 Cíl práce

Tato diplomová práce si klade za cíl nalézt a popsat problémy, které souvisejí s prací sestry mentorky v péči o dlouhodobé cévní vstupy.

Výzkumný problém: Nedostatečné zaškolení všeobecných sester (absolventek i zkušených sester) v péči o pacienty se zavedeným cévním vstupem projevující se vyšším výskytem komplikací či nedostatečnou funkcí zavedeného cévního vstupu.

CÍL 1 – Popsat proces zaškolování ošetřujícího personálu (všeobecných sester) v péči o cévní vstupy.

CÍL 2 – Zjistit bariéry bránící kvalitnímu a rychlému zaškolení v péči o cévní vstupy.

CÍL 3 – Zjistit, jaké jsou představy sester školitelky o zaškolování sester v péči o cévní vstupy.

CÍL 4 – Zjistit, jaký je názor sester na možnost přebrání kompetence k zavádění midline katétrů po UZ kontrolou v běžné praxi.

VO1 – Jakým způsobem je zaškolován ošetřující personál pro péči o cévní vstupy?

VO2 – Jaké jsou nejčastější překážky bránící rychlému zaškolení sester v péči o cévní vstupy?

VO3 – Jak si sestry školitelky představují ideální způsob zaškolení člena ošetřovatelského týmu pro ošetřování cévních vstupů?

VO4 – Jsou sestry ochotné zvýšit své kompetence a zavádět samostatně midline katétrů?

1.2 Metody k dosažení cíle

Pro výzkumné šetření bude použita metoda obsahová analýza textu. Technikou sběru dat bude polostrukturovaný rozhovor s respondenty za použití polostrukturovaného dotazníku. Rozhovory budou realizovány se sestrami pracujícími jako mentorky v kanyláčnickém centru a se sestrami z oddělení DIOP.

TEORETICKÁ ČÁST

V rámci teoretické části předkládané práce budou nejprve přiblíženy dlouhodobé a střednědobé cévní vstupy, a to konkrétně centrální žilní katétry, intravenózní porty, PICC katétry a midline katétry. Dále je věnována pozornost problematice mentoringu, kdy je kromě definice tohoto pojmu představena role mentora, fáze mentoringu a nástroje mentora. V závěru teoretické části práce je představen mentoring při zaškolování nových všeobecných sester v péči o porty, midline a PICC katétry.

2 Dlouhodobé cévní vstupy

Cévní vstupy představují v podstatě nezbytnou součást péče o některé pacienty na lůžku, přičemž jejich význam stoupá také v rámci ambulantní péče. Jedná se obecně o rozsáhlou problematiku, která v dnešní době svým širokým rozsahem představuje velmi dynamický a samostatný obor. Péči o cévní vstupy provádí lékaři i sestry (všeobecné, dětské), záchranáři a porodní asistentky u pacientů různého věku napříč různými odbornými specializacemi. Ať už jde o jakýkoliv případ pacienta, je vždy primárně nutné zabezpečit optimální žilní vstup, aby byly zajištěny všechny požadované funkce a zároveň byl výskyt komplikací spojených se zavedením a užíváním co nejmenší (Souček et al., 2022, s. 231).

Existují různé typy dlouhodobých cévních vstupů. Každý typ má své výhody a nevýhody, a proto konkrétní výběr závisí na potřebách pacienta a typu léčby, kterou jeho zdravotní stav vyžaduje. Z tohoto důvodu je důležitá jak znalost dlouhodobých žilních vstupů, tak možných komplikací při jejich zavádění a využívání (Maňásek, 2013, s. 1–3). V rámci volby konkrétního vstupu musí být zhodnoceno několik základních parametrů. Konkrétně jde o závažnost situace, časový interval, po který bude žilní vstup využíván (týdny, měsíce či roky), chemické a fyzikální vlastnosti podávaných léků a výživy, funkční a anatomické změny v plánované oblasti žilního vstupu a samozřejmě rizika spojená se zavedením a následným používáním daného vstupu (Charvát, 2016, s. 75). Důležité je i zvážení dalších klinicky relevantních faktorů (tracheostomie apod.), aby nedošlo ke komplikacím a bylo eliminováno infekční riziko. Rovněž je nutno zohlednit i preference pacienta, pokud je to možné, jelikož on sám dovede nejlépe zhodnotit potenciální vliv pomůcky na vlastní život. Důležité je rovněž zmínit, že výrobci u jednotlivých typů katétrů uvádějí parametry, které mohou ovlivňovat způsoby dalšího ošetřování a možnosti užití při některých vyšetřeních (např. CT). Nejčastěji se katétrů liší nutností heparinizace systému (užití roztoku heparinu při posledním proplachu), maximálním průtokem a maximálním možným tlakem při podání kontrastní látky během CT vyšetření (Zapletal, Sirotek a Coufal, 2019, s. 430). Správně zvolený typ dlouhodobého vstupu, jeho lokalizace a vhodná zaváděcí technika pomáhají předejít komplikacím, zvýšit výtěžnost z použitého vstupu a zlepšit rovněž komfort pacientů (Daniš, 2020, s. 62).

V následujících podkapitolách budou přiblíženy konkrétně centrální žilní katétrů, centrální intravenózní porty, PICC katétrů a midline katétrů. U centrálních žilních a PICC katétrů je začátek žilního vstupu vyveden na povrch těla, midline katétr je kratší než PICC a končí uvnitř žíly. Dále zmíněné porty patří mezi plně implantované katétrů. Centrální žilní katétrů mohou

být užívány v rádech dnů a týdnů, PICC katétry po dobu měsíců a porty po dobu i několika let (Zapletal, Sirotek a Coufal, 2019, s. 430).

2.1 Centrální žilní katétry

Centrální žilní katétry jsou nejčastěji používány pro zajištění optimálního žilního přístupu. Mohou být až pěticestné, přičemž tyto jednotlivé cesty mohou být zdrojem některé infekční komplikace, proto je nutné před zavedením těchto katétrů zvážit, kolik jich bude u daného pacienta skutečně zapotřebí (Charvát et al., 2016, s. 75). Právě infekce jsou jednou z častých komplikací (Takashima et al., 2018, s. 1998).

Centrální žilní katétr je nejčastěji zaváděn do vena jugularis nebo vena subclavia (Zapletal, Sirotek a Coufal, 2019). Ovšem s výjimkou emergentních situací je zavedení do vena jugularis interna z horního přístupu nevhodný, jelikož je hůře ošetřitelný a bývá časně kolonizován (Charvát, 2016, s. 75). U novorozenců je pro zavádění využívána rovněž vena subclavia či vena jugularis, ale rovněž vena femoralis v třísele a vena umbilicalis v místě pupečníku (Fendrychová, 2018, s. 296).

Jelikož jde o rozsáhlou problematiku, bude alespoň zde u centrálního žilního katétru zmíněno detailněji jeho zavedení. V první řadě je nutno provést opakovanou dezinfekci oblasti jeho zavedení a zarouškování pacienta. Následně po aplikaci lokální anestézie dochází k zavedení punkční jehly do žíly pod sonografickou navigací, kam je následně zaveden vodičí katétr. Pro eliminaci nevhodného uložení vodičího katétru je výkon prováděn pod EKG kontrolou (indikace závažných arytmií). Po vodiči je zaveden dilatátor a zavádějící trhací kanyla (roztržení a vyjmutí až po zavedení katétru do žíly). Distální konec katétru musí být uložen v oblasti kavoatriální junkce. Fixace bezstehová či tzv. secureAcath (fixuje katétr v místě výstupu). U supraklavikulárně zavedených katétrů je vhodná tunelizace. U femorálních katétrů je tunelizace nezbytná, kromě akutně zavedených vstupů (Charvát, 2016, s. 78).

2.2 Intravenózní porty

Žilní porty mohou být centrální (centrální žíla – vena subclavia či vena jugularis, méně vena femoralis), jde o nejčastější variantu. Rovněž však mohou být i porty periferní, kdy je katétr zaveden nejčastěji přes vena basilica či vena brachialis. Tato možnost je méně častá a využívá se u pacientů s nádorovým postižením v oblasti krku nebo monstrózně obézních (Maňásek et al., 2021). Porty jsou aplikovány nejčastěji v případech opravdu dlouhodobého užívání vstupu, a to v řádu let. Nejčastěji se využívají k podávání chemoterapie či domácí parenterální výživy

(Daniš, 2020, s. 63). Rovněž mohou být užívány u léčby chronické bolesti, aplikaci krevních derivátů a opakovaných odběrů krve apod. (Maňásek et al., 2021, s. 41). To znamená, že je lze uplatnit v případech, kdy je nutný častý žilní přístup (Vališová, 2014, s. 37).

Intravenózní port se umísťuje do podkoží (Vališová, 2014, s. 37). Dříve byly tyto porty zaváděny chirurgickou cestou, dnes je využívána katetrizační technika (Maňásek, 2013, s. 1–3). Zavedení portu probíhá konkrétně pod kontrolou RTG v lokální anestezii a ve sterilním prostředí. Výkon trvá okolo 30 minut a následně poté může pacient odejít domů. Pro vpichy do portu jsou používány speciální Huberovy jehly a vpich je prováděn asepticky. K vyjmutí obvykle dochází až po ukončení léčby (doporučuje se rok po ukončené léčbě) nebo v případě komplikací, které jsou však relativně ojedinělé a obvykle souvisí s užíváním, nikoliv aplikací portu (Vališová, 2014, s. 37).

Stejně jako u jiných mohou i v tomto případě vzniknout komplikace související s vlastním výkonem, jde především o punkci tepny, hematom, pneumotorax, neúspěšnou punkci žíly. Další komplikace se mohou odvíjet od samotného používání. Nejčastěji jde v tomto případě o infekce (přímo v portu nebo v oblasti okolo komůrky), poruchy průchodnosti portu, žilní trombózy, poruchy celistvosti portu, a to včetně migrace jednotlivých částí (Maňásek et al., 2021, s. 36).

2.3 PICC katétry

PICC katétr (peripherally inserted central catheter) je delší katétr, jehož konec je sice umístěn v centrální žíle, ale jeho zavádění probíhá přes žílu periferní (Zapletal, Sirotek a Coufal, 2019, s. 431). PICC katétry se v některých případech používají jako alternativa k CŽK. Značnou výhodou je možnost jejich zavedení z periferie, a to samozřejmě pod kontrolou ultrazvuku, což eliminuje některé potenciální závažné komplikace, k nimž může dojít při zavedení centrálního žilního katétru (pneumothorax, hemothorax a další). Tyto katétry se používají v případech, kdy může být zavedení centrálního žilního katétru velmi rizikové, např. v případě nevhodných anatomických poměrů pacientů, při neúspěšném pokusu o zavedení centrálního žilního katétru a další (Maňásek, 2013, s. 1–3).

K dalším výhodám patří jednoduchost a rychlost implantace, ale také následné odstranění, možnost implantace u pacientů s koagulopatií, rovněž nižší riziko lokálních a raných infekcí při porovnání s portem. Na druhou stranu zde oproti portu existuje vyšší riziko trombotických komplikací a určitou nevýhodou je i proplach při nepoužívání, a to přibližně co 7–14 dní (Zapletal, Sirotek a Coufal, 2019, s. 431).

Co se týče vstupu pro PICC, může být jak na dolní, tak na horní končetině. V případě dolních končetin se využívá vena saphena magna či vena tibialis posterior. U horních končetin vena basilica, mediana cubiti, cephalica či vena brachialis. U novorozenců je možné zavedení PICC rovněž ze žil na dorzu ruky nebo nohy (Fendrychová, 2018, s. 297). Občas nelze kvůli různým faktorům (např. malý žilní průměr) dosáhnout centrálního umístění a hrot katétru se nedostane na požadované místo určení (Morris a Jakobsen, 2022). Stejně jako u jiných mohou i u PICC katétrů vznikat různé komplikace. Proto by mělo být pravidelně kontrolováno místo zavedení, aby se předešlo např. infekci (Morris a Jakobsen, 2022).

2.4 Midline katétry

Midline katétr je zaváděn v oblasti paže, ale oproti PICC katétru je kratší, a tudíž končí uvnitř žíly přibližně v oblasti ramenního kloubu. Zevní konec je stejně jako u PICC katétru uzavřen speciální krytkou a fixován speciální náplastí, aby nedošlo k jeho vyklouznutí (FN Plzeň, 2023). Midline katétry jsou vhodné pro zajištění periferního žilního řečiště po dobu 2–8 týdnů. Jejich zavedení probíhá cestou žíly na paži (vena brachialis, cephalica či basilica) do vena axillaris (Kapounová, 2020, s. 79). Zavedení těchto katétrů je oproti jiným jednodušší a při porovnání s centrálními žilními katétry se jejich užití pojí s nižším rizikem vzniku komplikací (Charvát, 2016, s. 124). Midline katétry jsou zaváděny pod kontrolou ultrazvuku, přičemž není potřeba kontrolního rentgenového snímku (Daniš, 2020, s. 64).

Midline katétr při správném používání zkvalitňuje život především onkologickým pacientům a obecně umožňuje bezpečnou aplikaci rizikových léčiv (FN Plzeň, 2023). Konkrétně jsou vhodné např. pro dlouhodobější podávání neдрáždivých nekoncentrovaných infuzí, léků či parenterální výživy, a to s pH mezi 5–9 a osmolaritou nižší než 900 mosm/l. Katétr totiž neústí do centrálního venózního řečiště (Kapounová, 2020, s. 79).

2.5 Komplikace

Komplikace nejen u dlouhodobých vstupů, ale především ty infekční představují příčinu morbidit a mortality a rovněž se podílí na prodloužení doby hospitalizace, ale mimo to se s nimi pojí i vysoké náklady (Suttle et al., 2019, s. 10).

Komplikace je možno rozdělit na časné (do 30 dnů od zavedení) a pozdní (po 30 dnech zavedení). Z časných komplikací lze zmínit punkci doprovázející tepny a na to mnohdy navazující vznik hematomu v okolí vpichu, někdy může vzniknout i hemothorax a hemoragický šok. Dále může dojít k poranění plíce a následnému rozvoji pneumothoraxu, který může vést k rozvoji tenzní formy se závažným ohrožením zdraví pacienta. Ovšem nutno uvést, že při provádění punkce pod kontrolou (ultrasonografickou a skiaskopickou) je riziko vzniku těchto komplikací minimální. Potenciálním, ale velmi ojedinělým rizikem je rovněž vzduchová embolie, proto musí být vždy zabráněno nasátí vzduchu do žilního systému. Další komplikací je konkrétně u portu vznik hematomu v místě vytvořené podkožní kapsy, s čímž se pojí riziko následné infekce. Špatné umístění konce cévky může také vést k rozvoji poruch srdečního rytmu nebo ke vzniku trombózy (Renc, Chovanec a Raupach, 2015, s. 238). Výjimkou nejsou mechanické okluze katétru, za nimiž může stát aplikace stehů, uzavření zevního uzávěru nebo chybné ošetřování a manipulace (Charvát, 2016, s. 116).

Nejčastějšími pozdními komplikacemi jsou trombóza a infekce, a to ať už jde o katétr, či port (Renc, Chovanec a Raupach, 2015, s. 238). Kromě těchto komplikací může dojít k alergické reakci na náplast nebo dezinfekci, poškození kůže náplastí či poškození nervu (MZ, 2020).

Trombotické komplikace se dělí na trombózu katétru a trombózu cévy. V případě trombózy katétru může dojít k intraluminální trombóze (důsledek nesprávné techniky proplachu nebo neprovedení proplachu), fibrinové pochvě (obalu) a trombóze hrotu katétru. U trombózy cévy se jedná o nástěnnou trombózu (konec katétru poškodí stěnu cévy), trombotický uzávěr žíly a trombózu pravé síně (Krajíček, 2007, s. 403). Projevy trombózy se často projeví nemožností provést proplach. Tento stav se obvykle řeší podáním menšího množství trombolytika, což vede ke zprůchodnění. Trombóza se obvykle projevuje otokem či bolestivostí končetiny, krku nebo také ramene na postižené straně (záleží na umístění katétru či portu), případně pocitem tíhy v těchto oblastech.

K potvrzení trombózy slouží ultrasonografické vyšetření, jestliže dojde k jejímu prokázání, je následně pacientovi indikována antikoagulační léčba dlouhodobého charakteru. Port či katétr není nutno ve většině případů odstranit, ale k vyjmutí musí dojít při neúspěchu léčby a progresi trombózy (Renc, Chovanec a Raupach, 2015, s. 238).

Pokud jde o příznaky infekce, sledují se primárně známky otoku, bolesti, zarudnutí nebo zblednutí (Fendrychová, 2018, s. 299). Dále lze zmínit konkrétně katérovou sepsi (catheter-related blood stream infections – CRBSI), jejíž definice je následující: „*pacient se zavedeným centrálním žilním katétre s příznaky SIRS („Systemic Inflammatory Response Syndrome“), kdy jsou pozitivní nejméně dva následující příznaky: tělesná teplota vyšší než 38 °C nebo nižší než 36 °C; srdeční frekvence větší než 90/min; respirační frekvence větší než 20 dechů/min nebo Pa CO₂ menší než 32 mmHg; leukocytóza (větší než 12.000/ml) nebo leukopenie menší než 4.000/mm³). Zároveň není nalezen jiný zdroj infekce, přičemž je přítomno alespoň jedno z následujících kritérií: izolace stejného mikroorganismu (stejný druh a stejný antibiogram) z hemokultury provedené odběrem z periferní žíly a kultury z distálního konce katétru; izolace stejného mikroorganismu (stejný druh a stejný antibiogram) z hemokultury z periferní žíly a hemokultury z centrálního žilního katétru. Pozitivita hemokultury je zjištěna o dvě nebo více hodin dříve z katétru než z periferní žíly“ (SPPK, 2016, s. 12). Riziko sepse je u některých pacientů vyšší, jde např. o onkologické pacienty, kteří mají katétr nebo port zaveden velmi dlouho a jejichž imunita je navíc velmi oslabena (Suttle et al., 2019, s. 11). V rozhodování o odstranění katétru v případě sepse pomáhá hodnocení místa zavedení, přičemž jej v případě potřeby extrahuje kompetentní nelékařský personál (MZ ČR, 2020).*

Již několikrát zmíněné infekce patří ke skutečně problematickým, jak lze ukázat na příkladu centrálního žilního katétru. Studie Takashima et al. (2018, s. 2007) ukázala, že obecně jsou komplikace v důsledku centrálního žilního katétru značným problémem na JIP, přičemž problematickým aspektem není pouze zhoršení zdravotního stavu pacienta, ale také zvýšení vynaložených nákladů na zdravotní péči. Rovněž byl zjištěn vysoký podíl, konkrétně 17 %, odstraněných katétrů kvůli podezření na infekci. Mitchell et al. (2019, s. 441) ve své studii identifikovali selhání u 14 centrálních žilních katétrů ze 114 (12 %), kdy většinu komplikací (11 z celkových 14, 79 %) představovalo podezření na infekci centrálního krevního řečiště, avšak ta byla laboratorně potvrzena jen u jednoho případu.

Podstatným aspektem je v tomto kontextu znalost ošetrovatelských postupů ze strany sester a vůbec samotná existence postupů na základě „evidence-based“. Jak studie Chan et al. (2020) ukázala, po zavedení postupů na základě „evidence-based“ na novorozeneckém oddělení se

významně snížila míra extravazace u periferních katétrů u novorozenců. Předpokladem úspěšné realizace bylo ovšem i zlepšování znalostí těchto postupů a vůbec samotná praxe sester. Šest měsíců po zavedení těchto postupů a vzdělávání sester došlo k výraznému zlepšení úrovně jejich znalostí a jejich dodržování v praxi, tudíž i snížení míry extravazace, jak již bylo zmíněno. Z toho vyplývá, že v rámci eliminace komplikací je důležité nejen dodržování stanovených postupů, ale i vzdělávání sester (Chan et al., 2020).

2.6 Ošetrovatelská péče

Eliminace nebo minimalizace komplikací lze dosáhnout správnou ošetrovatelskou péčí, přičemž jsou zejména redukovány komplikace infekční. V rámci prevence je důležité efektivní a optimální dodržování jasně definovaných protokolů péče (SPPK, 2016, s. 12). Kromě toho pacienti, kteří mají dlouhodobé cévní vstupy, musí být obeznámeni s tím, jak je udržovat a jaká jsou rizika spojená s jejich použitím (Maňásek, 2013, s. 1–3). Proto hrají sestry u pacientů s dlouhodobými cévními výstupy důležitou roli, jelikož při správné ošetrovatelské péči a správné edukaci pacienta mohou svojí intervencí zabránit vzniku potenciálních komplikací, jako je např. infekce. V rámci prevence je nutné dodržování doporučených „evidence-based“ postupů a obecně přísný dohled nad výskytem komplikací v jednotlivých zdravotnických zařízeních (Antoňáková Nemčíková a Bednárovská, 2017, s. 408).

Základem ošetřování zavedeného centrálního žilního katétru jsou pravidelné převazy a kontroly místa vstupu, aseptický přístup při manipulaci se samotným katétrem a v případě, že se objeví u místa vstupu známky infekce, tak je vždy nutné urychlené zrušení katétru. Konkrétně se sledují známky otoku, bolesti, zarudnutí nebo zblednutí a celkové známky infekce (Fendrychová, 2018, s. 298).

Jak už bylo zmíněno, základem ošetrovatelské péče je monitorování místa vstupu katétru, které musí být u centrálního (PICC atd.) a midline katétru kontrolováno denně, aby se zjistil stav krytí, ale především aby se zavčas zachytily příznaky infekce. K této vizuální kontrole se doporučuje použití speciálního skórovacího systému (visual infusion phlebitis score). Péče o místo výstupu katétru zahrnuje odstranění starého krytí či fixace, antisepsi místa vstupu a aplikace nové fixace a krytí. Kožní antiseptika se provádí roztokem 2 % chlorhexidinu v 70% alkoholu, a to jednorázovými sterilními aplikátory. Potření tímto roztokem musí být důkladné a po dobu 1 minuty, následné zaschnutí je rovněž nutné po dobu 1 minuty. U pacientů s intolerancí na chlorhexidin je možné použít jodopovidon. Na místo vstupu nesmí být aplikovány běžně používané antiseptické nebo antibiotické masti (SPPK, 2016, s. 15).

Místo vstupu katétru musí být kryto a chráněno polopropustným průhledným krytím, které musí mít opravdu vysokou prodyšnost. Krytí musí umožňovat vizuální kontrolu a stabilizovat katétru. Výměna krytí je nutná každých sedm dní, nebo ihned když dojde k odlepení nebo přítomnosti vlhkosti pod krytím. V případě intolerance polopropustného transparentního krytí může být použita gáza (výměna každých 48 hodin nebo po zašpinění, odlepení a zvlhnutí). Gázu je vhodné použít i v případě sekrece nebo krvácení z místa výstupu katétru, případně při vyšším pocení pacienta. Po vyřešení problému (zastavení krvácení, pocení atd.) je nutno vstup opět zakrýt polopropustným transparentním krytím. Krytí s chlorexidinem je indikováno jako vhodné v rámci prevence vzniku infekce, a to u všech pacientů s katétre (SPPK, 2016, s. 15). Proto je kromě zmíněného použití antiseptika ve formě 2 % chlorhexidinu v 70% alkoholu vhodné rovněž použití transparentní sterilní fólie s gelovým polštářkem s 2 % chlorhexidinem (Glac et al., 2016, s. 2).

V případě výměny krytí je nutno dodržet tento postup: dezinfekce rukou a čisté rukavice, odstranění starého krytí a fixačního zařízení vhodnou technikou (neprovádí se při upevnění za pomoci Securacath), sundání rukavice a dezinfekce rukou, navlečení sterilních rukavic, antiseptiky, aplikace nového fixačního zařízení (neplatí pro Securacath) a krytí (polopropustné, transparentní) a následné zapsání data výměny krytí (SPPK, 2016, s. 15). Při ošetřování by měla sestra používat nesterilní ochranný plášť, ústenku a rukavice. Pro zajištění maximální asepsy je vhodné užití sterilního balíčku, kde se nachází sterilní pinzeta a tampony a gázové krytí. Samozřejmě musí být také každé ošetření, vyšetření nebo jakýkoliv zásah do vstupu popsán v dokumentaci pacienta (Glac et al., 2016, s. 2).

Výměna žilního katétru by měla být zvažována pouze při klinické indikaci. V případě nutnosti výměny z důvodu CRSBI nelze katétru vyměnit po vodiči, proto musí být zaveden znova. Všechny centrální i periferní žilní katétrů nemusí být měněny v pravidelných intervalech. Podstatné je především zvážení odstranění žilního katétru, který již není indikovaný (SPPK, 2016, s. 13). Důležité je rovněž zmínit, že odstranění katétru, pokud je lékařem indikováno odeslání špičky katétru na bakteriologické vyšetření, musí být provedeno sterilními nástroji. Samotná špička pak musí být vložena do sterilního odběrového kontejneru (Glac et al., 2016, s. 3).

Pro péči o porty platí stejná doporučení (použití transparentních krycích materiálů pro optickou kontrolu okolí vpichu, zachování aseptiky při zavádění jehly atd.), avšak existují zde některá specifika. Pokud není systém používán, mělo by dojít k proplachu fyziologickým roztokem každých 6 až 8 dní (Vališová, 2014, s. 37). Správnou funkci portu je nutné zajistit správným a včasným proplachováním systému, a to stylem start–stop s min. 10 ml fyziologického roztoku. Proplach je prováděn po každé aplikaci léčiv či výživy nebo transfuzního derivátu, po odběru krve či po podání kontrastní látky (Sýkorová a Kocourková, 2020). Specifika spojená konkrétně s Huberovou jehlou jsou následující:

- provedení antiseptiky kůže před umístěním jehly roztokem 2 % chlorhexidinu v 70 % IPA,
- zavedení nutno sterilními rukavicemi,
- jehla musí být odstraněna ihned, jakmile není nutná, a nahrazena ne později než po 7 dnech po umístění do komůrky,
- musí být chráněna a stabilizovaná polopropustným průhledným krytím a uzavřena pomocí bezjehlového vstupu, který je třeba měnit v intervalech (SPPK, 2016, s. 18).

Péče o dlouhodobé cévní vstupy se v řadě případů týká i samotných pacientů, kteří se o ně musí naučit správně pečovat. Je zde vždy opravdu potřebná zvýšená míra edukace, přičemž je jejím cílem poučit pacienta, ale především vysvětlit a ukázat mu prakticky vše potřebné tak, aby zvládl dlouhodobou, ale především optimální péči o daný systém (Sýkorová, 2014, s. 24).

Rovněž je důležité zmínit, že se mohou lišit znalosti, praxe a zodpovědný přístup sester při péči o dlouhodobé cévní výstupy. V praxi to může znamenat, že zkušenější sestra může odhalit pochybení, zanedbání nebo nevhodný přístup některé své kolegyně. V takovém případě je nutná následná interakce mezi sestrami, aby u pacientů byl dodržován adekvátní postup a kvalitní péče obecně. S tím souvisí i vytvoření týmového ducha, aby sestry spolupracovaly na zlepšení péče o pacienty, zpochybnění např. ošetrovatelské péče jinou kolegyní by ale nemělo být konfrontační. Proto je důležitá efektivní interpersonální komunikace sester (Morris a Jakobsen, 2022).

Z uvedených poznatků vyplývá, že optimální ošetrovatelská péče je alfou a omegou při eliminaci nebo minimalizaci komplikací v souvislosti s dlouhodobými cévními vstupy. Proto je v tomto kontextu důležitý mentoring, kterému bude věnována následující kapitola, jelikož představuje významný aspekt v profesním rozvoji sester (získání odborných znalostí a dovedností atd.). Toto tvrzení potvrzuje i Hoover et al (2020), kteří analyzovali výzkumy

mentoringu sester ze šesti databází (z 11 zemí) a mimo jiné zjistili, že je řadou odborníků považován mentoring sester za vhodnou intervenci ke zlepšení jejich znalostí a že zdravotničtí pracovníci s více znalostmi mají tendenci poskytovat lepší péči. Mentoring hraje důležitou roli rovněž v rámci udržení či zlepšení kvality poskytované péče pacientům, což potvrzuje např. studie Ahmed et al (2019), kde dle výsledných dat zlepšil mentoring kvalitu péče ze strany mentorovaných sester v primární zdravotní péči.

3 Mentoring

Mentoring je reciproční a kolaborativní vzdělávací vztah se společnými cíli a sdílenou odpovědností za úspěch, a to mezi mentorem a jeho svěřencem (též zvaný jako mentee či chráněncem), přičemž se tento vztah zaměřuje primárně na rozvoj profesních kompetencí nezkušených jedinců – svěřenců (Novicki, Hnatiuk, 2013, s. 9). Mentoring využívá znalosti, dovednosti a zkušenosti vysoce kvalifikovaného mentora k přenosu odborných znalostí a zkušeností směrem k začínajícím nebo nezkušeným sestrám, které se tímto profesně rozvíjí (Kawar et al., 2021, s. 101).

Trvání mentoringu není obvykle přesně stanoveno, jako je tomu např. při procesu zaškolování, ale jde o trvalý vztah, který bude trvat tak dlouho, dokud v něm mentor a svěřenec budou nacházet smysl a hodnotu. Mentorský vztah může nastat v jakékoli fázi kariéry jednotlivce. Může jít o čerstvou absolventku či zkušenou sestru, která přešla do nové role např. staniční, vrchní či hlavní sestry. Svěřenec se časem může samozřejmě sám stát mentorem, který zase dále předá své znalosti, moudrost a zkušenost. Mentoring je vždy o partnerství. Svěřenci jsou odpovědní za své vlastní učení a chování a mentoři působí jako průvodci nebo facilitátoři učení (Novicki, Hnatiuk, 2013, s. 9).

Důležité je zmínit, že mentoring není o mentorovi, ale o pomoci svěřenci prospívat v jeho roli s cílem poskytovat, udržovat nebo podporovat odpovídající péči o pacienty (Stickley a Riley, 2020, s. 20). Kvalita mentorského vztahu je alfou a omegou pro efektivitu mentoringu. Vytvořit kvalitní a funkční mentorský vztah je náročným úkolem pro obě zúčastněné strany. Do procesu mentoringu totiž vstupují často dvě odlišné osobnosti (mentor a jeho svěřenec), které si do tohoto vztahu přinášejí své představy, zkušenosti, představy (např. o samotném průběhu mentoringu), očekávání, motivace, emoce a další (Spilková a Zavadilová, 2021, s. 24).

Vztah mezi mentorem a jeho svěřencem nemusí být vždy úspěšný. Někdy ale interpersonální dynamika nebo určitá shoda mezi mentorem a svěřencem nefunguje. Jeden partner může růst rychleji než druhý nebo jiným směrem a může dojít k napětí ve vztahu. Jedním z běžných problémů je nedostatek odhodlání vztah udržet. Mentoři mohou svěřence přetěžovat (prací, informacemi, odpovědností atd.) a naopak. Svěřenec se také může stát klonem mentora a ztratit svou individualitu či se stát na něm příliš závislým. Stejně tak může dojít k nepříjemnému incidentu (hádky apod.), kdy se mentor nebo svěřenec cítí zklamán nebo zrazen. Vztah může narušit i žárlivost a osobní či etické neshody. V praxi se lze setkat rovněž s toxickými mentory,

kteří nepodporují úspěch svých svěřenců, a to tím způsobem, že jsou pro vůči nim nepřístupní či odtažití, hodí je tzv. do vody, ale nejsou jim moc nápomocni, příliš svého svěřence kritizují apod. Pokud se ve vztahu začnou objevovat známky závažných problémů, mají oba jedinci odpovědnost čelit dané situaci a aktivně ji řešit nebo svůj vztah ukončit. Proto by se před vstupem do mentorského vztahu měly obě strany dohodnout na možnosti ukončení mentorského vztahu, pokud jeden nebo oba zjistí, že nefunguje (Novicki Hnatiuk, 2013, s. 10).

3.1 Role mentora

Mentor je průvodce, odborník a měl by být i vzorem, který pomáhá rozvíjet v daném oboru nového nebo méně zkušeného svěřence. V mnoha případech představuje mentoring spontánní vztah, který vzniká mezi dvěma lidmi, ale ve zdravotnictví je obvykle mentorovaná osoba (svěřenec) spárována prostřednictvím kompetentní osoby s mentorem (Novicki Hnatiuk, 2013, s. 9). Mentorem může být zkušenější kolega s dlouholetými zkušenostmi a znalostmi v dané oblasti či oboru (Cipro, 2015, s. 21).

Pro kvalitu celého procesu mentoringu jsou zcela zásadní profesní a mentorské dovednosti a osobnostní předpoklady mentora. Jedná se např. o schopnost poskytovat zpětnou vazbu, vést mentorský rozhovor a vytvářet prostředí důvěry (Spilková a Zavadilová, 2021, s. 24). Některé osoby mohou mít vrozenou schopnost komunikovat a mentorovat, ale to jim automaticky nepřináší potřebné dovednosti. Obvykle je nutné patřičné vzdělání, trénink a praxe. Takové techniky jako aktivní naslouchání či reflexe, které se používají k povzbuzení svěřence, aby byl otevřený, schopný přijímat potřebné poznatky a cítil se bezpečně, nejsou obvykle vrozené, ale získané. Schopnost komunikovat a porozumět procesu komunikace je zásadní pro to, aby se vztah mezi mentorem a jeho svěřencem rozvíjel a byl efektivní. Mentor nemusí být vyloženě odborníkem na komunikaci, aby vstoupil do své role, ale musí na této dovednosti pracovat a uvědomit si, že komunikace je nezbytný nástroj pro rozvoj vztahu mezi mentorem a svěřencem a následné produktivity (Stickley a Riley, 2020, s. 20). U mentora je nezbytná i sebereflexe, aby byl schopen odkrýt své vlastní silné a slabé stránky, potenciálně i přiznat chybu. Důležitým předpokladem ke zvládnutí role mentora je mimo jiné rovněž sebejistota a zdravé sebevědomí, především to profesní (Spilková a Zavadilová, 2021, s. 25).

V klinické praxi spočívá role mentora v tom, že by měl v rámci spolupráce se svým svěřencem:

- být pro něj určitým vzorem a příkladem,
- poskytovat mu zkušenosti, rady, nápady, teoretické i praktické znalosti a postupy či dovednosti,
- seznámit jej s tím, jak dané pracoviště funguje,
- vytvářet bezpečné prostředí pro kladení dotazů, učení apod.,
- pomáhat mu v profesním růstu a směřování (např. volba specializace),
- podněcovat k dosahování stanovených cílů, profesionálnímu chování, syntéze teorie a praxe a kritickému myšlení,
- konfrontovat negativní postoje a chování,
- podporovat jej v náročných situacích (např. úmrtí pacienta),
- motivovat jej a podporovat k vyšším výkonům (Plevová, 2018, s. 52–53).

Mentori by měli poskytovat smysluplnou zpětnou vazbu svým svěřencům, včetně uvedení silných stránek a zaměření se na plán pro slabé stránky daného svěřence (Stickley a Riley, 2020, s. 20). Rovněž by měli poskytovat takové poznatky, které by jinak získali pouze metodou pokusů a omylů, a pomáhat jim růst v jejich schopnostech kritického myšlení a dostat se od role začátečníka do role experta (Novicki Hnatiuk, 2013, s. 11). Mentor také pomáhá orientovat svěřence na pracovní kulturu a sdílí smysluplné zkušenosti na podporu osobního, profesního a klinického růstu (Stickley a Riley, 2020, s. 20). Mentori by měli své svěřence vést postupně od závislosti a nezkušenosti až k jejich profesní autonomii, ale také by je měli podporovat k aktivitě v rámci vlastního seberozvoje a sebeřízení, aby řídili své učení a rozvíjeli svůj potenciál (Spilková a Zavadilová, 2021, s. 25).

Pro úspěšný mentoring je nutné povědomí o vhodných komunikačních technikách, emoční inteligence (musí rozumět i sám sobě) a využívání smysluplné zpětné vazby jsou však nezbytnými faktory, které pomáhají podporovat osobní a týmový růst (Stickley a Riley, 2020, s. 21).

Mentor by měl být schopen ve svém svěřenci rozpoznat a povzbudit potenciál, sledovat jeho pokroky a poskytovat mu užitečnou zpětnou vazbu, zasvětit jej do zvyků a kultury na pracovišti, budovat vztah založený na důvěře, dodržovat sliby a závazky, chválit úspěchy a schopnosti svěřence, poskytovat podporu v době osobních krizí nebo problémů, pomáhat při rozhodování prostřednictvím naslouchání a zpětné vazby, sdílet své zkušenosti z praxe, povzbuzovat svého svěřence a vést jej k poučení z vlastních chyb a samozřejmě souhlasit s ukončením vztahu, pokud nebude fungovat nebo když nastane správný čas (Novicki Hnatiuk, 2013, s. 11).

Z uvedeného vyplývá, že role mentora je nesmírně náročná, o to více ve zdravotnictví, kde jde o lidské zdraví a životy. Sestra jako mentorka je odborníkem ve svém oboru a do jisté míry nahrazuje pedagoga. Bohužel někdy chybí motivace k tomu, aby sestry tuto roli mentorek chtěly vůbec zastávat a plnit. Pokud je mentorka ztotožněná se svou rolí, efektivně ji plní, tak je vzorem nejen pro své svěřence, ale i ostatní personál. Mentoring má velký potenciál, jelikož může formovat nové generace zdravotníků (Zakopčanová a Gerlichová, 2014).

3.2 Fáze mentoringu

Fáze mentoringu jsou pojímány velmi různorodě a odvíjí se od potřeb mentoringového procesu a individuálních potřeb mentora či svěřence (případně obou), cílů mentoringu apod. Andrlé (2014, s. 2) fáze mentoringového vztahu dělí na přípravu (stanovení cílů, motivace, možností), ladění (poznávání se navzájem), nabídku témat (pokud nejsou stanoveny), společné nastavení cílů mentoringu, zkonkréťování cílů, akce (praktické uskutečňování stanovených cílů) a vyhodnocení (zpětná vazba mezi mentorem a svěřencem). Johnson (2016, s. 112–120) zase uvádí fáze mentoringu způsobem, jenž je uveden v následujících bodech, přičemž vychází z modelu dle Kathy Kramové, která jej ve svém výzkumu představila ke konci 20. století.

- Zahájení (iniciace) – prvních několik měsíců mentoringu, kdy se mentor i svěřenec navzájem poznávají a budují si postupně vztah.
- Kultivace – je nejdelší fází mentoringu a svěřenec se v jejím průběhu stává aktivnějším a osvojuje si postupně nové poznatky či dovednosti, které nabývá od mentora.

- Oddělení (separace) – při této fázi se mentor od svěřence vzdaluje a postupně jej přivádí k samostatnosti. Často může být separace provázena skutečným oddělením, kdy např. student ukončí praxi na daném oddělení, zaměstnanec přejde na jiné oddělení nebo je povýšen atd.
- Redefinice – představuje určité pokračování mentorského spojení i po separaci, přičemž musí být vztah predefinován, aby odpovídal realitě vztahu nového. Může jít o úplné ukončení jejich vztahu, navázání přátelství či rovnocenného partnerství (kolegiality), (Johnson, 2016, s. 112–120).

Dle Australian Primary Health Care Nurses Association (2020, s. 17–75), dále jen APNA, jde v rámci mentoringu o fázi přípravy a plánování, zahájení mentorského vztahu (mentoringu), růst a udržování a následně uzavření (ukončení) vztahu. Činnosti mentora v těchto fázích jsou uvedeny v následujících bodech.

- Příprava a plánování – mentor se připravuje na mentoring daného svěřence, připravuje si strategii a požadavky na něj. Vyjasňuje si svoji roli a odpovědnost.
- Zahájení mentorského vztahu – v této fázi se obě strany navzájem poznají a budují vztah. Mentor navazuje kontakt se svěřencem a určují si oba společné cíle, potřeby atd. Mentor si dále definuje, jak bude působit jako pozitivní vzor a poskytovat poradenství, vedení a podporu. Rovněž by měl v této fázi svěřenci pomoci identifikovat jeho vlastní cíle či cíle osobní a podporovat jeho sebevědomí a určitou míru odpovědnosti. Mimo to musí mentor definovat hranici vztahu se svým svěřencem.
- Růst a udržování vztahu – v této fázi v podstatě obě strany těží z probíhajícího vztahu, přičemž svěřenec získává nové dovednosti a znalosti – profesně roste. Mentor v této fázi poskytuje rady, podporuje kritické myšlení a sebereflexi svěřence a napomáhá mu celkově vzato v profesním rozvoji (budování profesní identity, odpovědnosti atd.) a při řešení problémů.
- Uzavření (ukončení) vztahu – v této fázi vztah končí a ubývá vzájemný kontakt. Některé mentorské vztahy bývají v praxi dále rozvíjeny v rámci přátelství nebo pokračují ve formě neformálního mentorství. Mentor si v této fázi plánuje, jak postupně vztah ukončí, zda došlo k naplnění cílů, a může rovněž provést hodnocení pro zpětnou vazbu (např. souhrn nejdůležitějších bodů a pokroků) (APNA, 2020, s. 17–75).

3.3 Techniky a nástroje mentora

Během svého působení může mentor využít celou řadu technik a nástrojů. Stejně jako u fázi mentoringu i zde záleží na konkrétním případě. Vždy se však během mentoringu předpokládá, že je mentor odborníkem v této oblasti a zvolí vhodné techniky a nástroje (Stratilová, 2022, s. 13–14). Mezi základní metody práce patří pozorování, rozhovor, konstruktivní zpětná vazba, konzultace, instruktáže či poradenství (Pecina a Křištofiaková, 2021, s. 43).

K základním a v praxi nejčastěji mentorem užívaným metodám patří pozorování a rozhovory. V rámci rozhovoru je nutné dodržovat určité aspekty jeho vedení, kam patří aktivní naslouchání, zrcadlení a kladení otevřených otázek. Aktivní naslouchání by mělo obsahovat povzbuzení, objasnění, parafrázování, shrnutí a ocenění (Stratilová, 2022, s. 13–14). Mentorský rozhovor by měl splňovat některé základní prvky, a to nejen zmíněné aktivní naslouchání atd., ale i mapování reality, stanovení cíle, sebereflexi, hledání možností a plánování konkrétních kroků (Dobrovolná, 2014).

Mentor má ale k dispozici ještě řadu dalších technik a nástrojů, z nichž lze zmínit klinické psaní, které může mít formu reflektivního deníku nebo modelové situace. V případě reflektivního deníku je úkolem jeho pisatele zapisovat své myšlenky, pocity, reakce, postoje atd. Indikátorem úspěšného psaní je užitečnost pro samotného svěřence, není podstatná obsáhlost textu. Během modelových situací dochází k jejich rozboru a hledání vhodných variant řešení (Stratilová, 2022, s. 13–14).

V rámci mentoringu lze využít také např. GROW model (goal, reality, options, way forward) a s ním případně i metodu SMART. Mentoring dle GROW modelu začíná stanovením jasného cíle mentoringu (Polemis, 2023). V tomto případě je vhodné cíle stanovit dle kritérií metody SMART. To znamená, že by stanovený cíl měl být konkrétní a jednoznačný (specific), měřitelný (measurable), dosažitelný (achievable), relevantní a důležitý (relevant) a měl by být stanoven termín jeho dosažení (time framed), (Armstrong, 2013, s. 116). Dále je v rámci modelu GROW nutné zhodnocení aktuální situace a sebehodnocení svěřence. Následuje identifikace překážek na cestě k cíli společně se svěřencem a stanovení možností k jejich překonání (University of Glasgow, 2023, s. 1). Posledním krokem tohoto modelu je vytvoření akčního plánu pro další kroky, tedy konkrétně co je potřeba udělat v určitém časovém rámci (Polemis, 2023).

3.4 Mentoring jako součást adaptačního procesu

Mentoring je vhodnou metodou i pro adaptační proces, ať už u zcela nových pracovníků v dané profesi (např. absolventi po škole), nebo již osob zkušených v dané profesi, které nastoupily k novému zaměstnavateli, na nové oddělení, na novou pozici atd. V podstatě je v takovém případě mentoring metodou vzdělávání, sahající od patronátu nad adaptačním procesem nových pracovníků až po kvalifikační nebo kariérový rozvoj kmenových zaměstnanců. Mentor tak svého svěřence, případně skupinu svěřenců uvádí do dané pracovní činnosti a prostředí, informuje o tom, jak to na pracovišti funguje (zvyky, firemní kultura atd.), vysvětluje a demonstruje, povzbuzuje své svěřence k samostatnému uplatnění a rozvíjí jejich dovednosti a vědomosti. V adaptačním procesu by měl být mentor schopen nejen radit, ale iniciovat, stimulovat a usměrňovat svého svěřence k tomu, aby byl samostatný a začlenil se do nového prostředí (Barták a Demjanenko, 2021, s. 160).

V rámci adaptačního procesu by měl mentor pomoci svému svěřenci překonat počáteční fázi, kdy je pro něj vše neznámé, ale rovněž by u něj měl vybudovat pozitivní postoj, aby se zvýšila pravděpodobnost jeho stabilizace a snížila pravděpodobnost jeho odchodu, tedy aby např. nedal výpověď ve zkušební době. Kromě toho je samozřejmě žádoucí co nejrychlejší samostatné pracovní uplatnění. Adaptační proces lze rozdělit na adaptaci na sociální prostředí a adaptaci na práci. Adaptace na sociální prostředí umožňuje pracovníkovi rychle se začlenit do pracovního kolektivu a seznámit se s tím, na koho se, v jakých případech obracet, ale rovněž napomáhá snížit pravděpodobnost konfliktů a nedorozumění, jelikož např. dochází k seznámení nováčka s neformálními pravidly (např. že se vždy jednou za měsíc chodí společně na různé akce). Adaptací na práci se rozumí zaškolení nováčka pro danou pracovní činnost, což může být prováděno během práce, ale i mimo ni např. školením či samostudiem (Pilařová, 2016, s. 71).

Špačková et al. (2012) ve svém kvantitativním výzkumném šetření, provedeném mezi nelékařským zdravotnickým personálem v adaptačním procesu na oddělení hematologie, potvrdili význam a složitost adaptace nového pracovníka na nové prostředí, činnosti a kolektiv. Funkce mentora byla v tomto případě (v rámci adaptace) potvrzena jako přínosná.

Co se týče mentoringu jako součásti adaptačního procesu v kontextu cévních vstupů, jedná se o velmi důležitou oblast, jak poukazuje Freeland a Dempsey (2014, s. 17), jelikož čerstvě vystudované sestry se nemusí během svého studia a praxe naučit efektivně hodnotit, pečovat a manipulovat s cévními vstupy. Zaměstnavatelé, tedy obvykle nemocnice, v řadě případů

předpokládají, že absolventi přicházejí do zaměstnání s již naučenými dovednostmi, ačkoliv tomu tak nemusí být. Mnoho čerstvých absolventů se v počátcích svého pracovního uplatnění potýká se strachem (úzkostí) a chybí jim komplexní příprava v oblasti cévních vstupů, která je nesmírně důležitou součástí ošetrovatelské praxe, a proto by měl být mentoring součástí nejen adaptačního procesu, ale i praxe studentů.

3.5 Mentoring v péči o cévní vstupy

Mentoring hraje klíčovou roli při zlepšování klinických dovedností a předávání znalostí v péči o cévní vstup. Mentori poskytují účastníkům cenné rady a podporu a pomáhají jim získat praktické dovednosti a teoretické znalosti nezbytné pro poskytování vysoce kvalitní péče pacientům. V souvislosti s postupy ošetrovatelské péče o pacienty se střednědobým a dlouhodobým cévním vstupem může mentoring významně ovlivnit výsledky pacientů tím, že se zaměří na prevenci infekcí a bezpečnostní opatření. Přenos odborných znalostí od zkušených mentorů na svěřence je zásadní pro zajištění dodržování osvědčených postupů, což v konečném důsledku povede ke zlepšení péče o pacienty a výsledků péče (STICKLEY, RILEY, 2020).

Mentoring v rámci péče o cévní výstupy může mít několik forem. Může jít o vztah mezi zkušenou sestrou v roli mentora a čerstvě vystudovanou sestrou, která sleduje svoji mentorku např. při ošetrování cévních vstupů. Mentoring může probíhat i mezi sestrami s praxí, pokud je např. jedna sestra (mentorka) nejen zručná v zavádění katétru a dalších činnostech spojených s cévními vstupy, ale má také vhodné vzdělání (absolvent certifikovaného kurzu), takže může školit ostatní kolegyně (Olaolorunpo, 2019, s. 145).

Poslední formou mentoringu v rámci péče o cévní výstupy je vztah mezi sestrou a studentem. Jedná se o zcela zásadní formu, jelikož role mentora je pro vzdělávání a profesní přípravu studentů klíčová, sestra–mentorka totiž pomáhá studentům v klinické praxi získávat nové dovednosti a zkušenosti, jak zmiňují Šimánková a Mastiliaková (2014). Autorky ve svém kvantitativním výzkumu dospěly ke zjištění, že nejčastější překážkou v plnění role mentora je nedostatek mentorů na počet studentů v klinické praxi, což způsobuje jejich přetěžování. Rovněž byly zjištěny problémy při koordinaci časového rozvrhu studenta a mentora a jako problematické se rovněž jeví i nízká prestiž mentora na klinických pracovištích a nepochopení role studenta sestrami, které neprošly mentorským kurzem. K tomu autorky doplňují, že profesionální příprava studentů je zcela zásadní a role mentora je nezastupitelná a velmi zodpovědná a náročná funkce, a proto je neustále nutné rozšiřovat vzdělanou a dostatečně motivovanou základnu kvalitních mentorů ve zdravotnických zařízeních.

Mentoring je u nově nastupujících sester velmi důležitý. Výsledky mentoringového programu Jangland a kol. (2021, s. 5) ukazují, že nové sestry zpočátku potřebovaly podporu s každodenními rutinami, a to mimo jiné i při ošetrovatelské péči o cévní vstupy, především co se týče převazu a kontroly místa vstupu, zda není infikován atd. Díky podpoře mentora, jeho zpětné vazbě a zodpovídání dotazů svěřenců došlo ke zlepšení ošetrovatelských dovedností a schopností nových sester, a to včetně zvýšení jejich sebevědomí během výkonu jejich profese. Poskytování konstruktivní zpětné vazby a vedení je tedy zásadní pro podporu růstu a rozvoje mentorských vztahů.

Freeland a Dempsey (2014, s. 17) ve svém příspěvku představili výstupy pilotního programu, který se zaměřoval na zlepšení praktických zkušeností studentů ošetrovatelství v rámci péče o cévní vstupy a zvýšení povědomí o této oblasti, a to za pomoci mentoringu ze strany zkušené sestry. Po absolvování programu studenti v rámci hodnocení uvedli, že díky mentoringu získali cenné poznatky a zkušenosti v rámci péče o cévní vstupy, které v rámci běžného studia nezískali. Obecně totiž klinické situace spojené s problematikou cévních vstupů představují nejlepší metodu pro získání praktických dovedností, nicméně klinické prostředí často neposkytuje optimální možnosti mentoringu kvůli nedostatku zkušených mentorů, kteří za sebou mají dostatečnou praxi a zkušenosti (v oblasti mentoringu i cévních vstupů) a neustále sledují změny a nové vědecké poznatky v oblasti cévních vstupů (Mlinar et al., 2012, s. 334).

3.6 Souhrn teoretické části

Dlouhodobé a střednědobé cévní vstupy jsou nezbytnou součástí péče o široké spektrum pacientů na lůžku, ale rovněž v rámci ambulantní i domácí péče. U centrálních žilních katétrů a PICC katétrů je konec žilního vstupu vyveden na povrch těla. Midline katétry jsou kratší než PICC – končí uvnitř žíly. Porty patří mezi plně implantované katétry. Centrální žilní katétry mohou být užívány v rádech dnů a týdnů, midline katétry po dobu týdnů, PICC katétry po dobu měsíců a porty po dobu i několika let. Každý uvedený typ dlouhodobého cévního vstupu má své výhody a nevýhody, a proto konkrétní výběr závisí na potřebách pacienta a typu léčby, jakou jeho zdravotní stav vyžaduje. K nejčastějším komplikacím patří infekce. Obecně představují komplikace příčinu morbidit a mortality, zapříčiňují prodloužení doby hospitalizace a pojí se s nimi vysoké náklady. Eliminace nebo minimalizace komplikací lze dosáhnout správnou ošetrovatelskou péčí. K zajištění adekvátní a kvalitní péče slouží mimo jiné mentoring. V jeho rámci dochází k přenosu znalostí, dovedností a zkušeností mentora

směrem k začínajícím nebo v určité oblasti péče nezkušeným sestřám, které se tímto profesně rozvíjí a nabývají nové poznatky a praktické zkušenosti a dovednosti. Mentor by měl mít pro svoji funkci odpovídající znalosti a schopnosti. Vztah mentora a jeho svěřence prochází různými fázemi a stejně tak může mentor při svém působení používat různé nástroje a techniky (pozorování, rozhovory atd.). Mentoring hraje rovněž důležitou roli v rámci adaptačního procesu. V praxi se ukazuje, že je mentoring v oblasti péče o cévní vstupy efektivní při nabírání nových poznatků a zkušeností ze strany svěřence.

VÝZKUMNÁ ČÁST

V průzkumné části této diplomové práce jsou uvedeny její cíle a výzkumné otázky. Obsahuje popis metodiky průzkumu a popis průzkumného souboru. V této části je zahrnutý i sběr a zpracování dat a následně jsou zde prezentovány a analyzovány výsledky průzkumného šetření a diskuze.

CÍLE PRŮZKUMNÉ ČÁSTI PRÁCE

CÍL 1 – Popsat proces zaškolování nově příchozích zaměstnanců v péči o cévní vstupy.

CÍL 2 – Zjistit bariéry bránící kvalitnímu a rychlému zapracování nově nastupujících sester v péči o cévní vstupy.

CÍL 3 – Zjistit, jaké jsou představy sester školitelek i nově nastupujících sester o zaškolování zaměstnanců v péči o cévní vstupy.

CÍL 4 – Zjistit, jaký je názor sester na možnost přebrání kompetence k zavádění midline katétrů v běžné praxi.

PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

VO1 – Jakým způsobem jsou zaškolováni nově příchozí zaměstnanci pro péči o cévní vstupy?

VO2 – Jaké jsou nejčastější překážky bránící rychlému zapracování nově nastupujícím sestřím pro péči o cévní vstupy?

VO3 – Jak si sestry školitelky představují ideální způsob adaptace nového člena ošetrovatelského týmu pro ošetřování cévních vstupů?

VO4 – Jsou sestry ochotné zvýšit své kompetence a zavádět samostatně midline katétrů?

4 Metodika výzkumné (praktické) části

K vypracování průzkumné části práce byla zvolena výzkumná metoda obsahová analýza textu.

Dle Vévodové (2015, s. 4) je kvalitativní výzkum studiem každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách. Výzkumný problém se sleduje z perspektivy jedince, v jeho životním kontextu a s jeho vlastní interpretací.

Obsahová analýza textu je kvalitativní metodou přístupu k datům, která v souvislosti s rozvojem psychologického zdraví existuje již od počátku 90. let minulého století. V současnosti se používá pro různá výzkumná témata jako například v klinické psychologii či psychoterapii (Smith, 2011, podle Koutná Kostínková a Čermák, 2013, s. 9).

Koutná Kostínková a Čermák (2013, s. 9) dále uvádějí, že se obsahová analýza textu zabývá výzkumem subjektivní reflexe, myšlení, prožívání a osobních zkušeností vztahujících se k různým onemocněním, poruchám a prožíváním různých zátěžových situací. Svoji teorii obsahová analýza textu zakotvuje ve třech zdrojích – fenomenologie, hermeneutika a idiografický přístup. Cílem je zjistit, *„jaký význam udává své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu“*.

Obsahová analýza textu umožňuje pracovat s nižším počtem respondentů, zhruba 3–6 osob. Pro kvalitní analýzu je důležitá charakteristika souboru, aby byl co nejvíce homogenně zastoupený skupinou osob, které se sobě podobají v co nejvíce podstatných ukazatelích (Smith et al., 2009 podle Koutná Kostínková a Čermák, 2009, s. 14). Nejčastější používanou metodou v obsahové analýze textu je polostrukturovaný rozhovor. Ten představuje dostatečně flexibilní metodu – dává možnost respondentovi volně mluvit o tématu, respektovat svůj postoj k němu a rozvíjet v něm své myšlenky (Smith, 2004 podle Koutná Kostínková a Čermák, 2009, s. 15). Prezentace výsledků může začít stručným shrnutím toho, co bylo zjištěno. Čtenář si tak vytvoří přehled o daném tématu před tím, než jsou mu detailně poskytnuta jednotlivá témata. Vystihuje hlavní myšlenku tématu, poté popisuje, jak je téma reprezentováno jednotlivými respondenty (Smith et al., 2009 podle Koutná Kostínková a Čermák, 2009, s. 23). Skutečná validita spočívá v tom, že výsledky výzkumu přináší čtenáři něco zajímavého, důležitého nebo užitečného (Smith et al., 2009 podle Koutná Kostínková a Čermák, 2009, s. 43).

4.1 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvoří všeobecné sestry pracující jako mentorky pro kanylační centrum ve fakultní nemocnici a sestry z oddělení dlouhodobé intenzivní péče, které pracují v krajské nemocnici. Tyto dvě skupiny respondentů byly vybrány záměrně, aby bylo možné určit rozdíly a priority sester v různých typech nemocnic. Bylo osloveno 14 respondentek, které s výzkumem souhlasily a s nimiž byl následně proveden výzkumný rozhovor.

Podmínkou pro vykonání rozhovoru byl souhlas udělený managementem kanylačního centra a oddělení dlouhodobé intenzivní péče a také hlavní sestrou nemocnice, ve které jsou sestry zaměstnány. Souhlas byl v papírové podobě doručen přímo k jejich rukám.

Všechny rozhovory byly provedeny online z důvodu časového vytížení respondentek a byly přizpůsobeny časovým možnostem respondentek. V případě, že některá ze sester odmítla odpovědět na některé otázky, nebyl na ni vyvíjen nátlak a v rozhovoru bylo pokračováno další otázkou.

4.1.1 Způsob získávání dat

Pro způsob získávání dat byly použity polostrukturované rozhovory se sestrami mentorkami. Polostrukturované rozhovory jsou kvalitativní výzkumnou metodou, která kombinuje strukturované a nestrukturované rozhovory. V polostrukturovaném rozhovoru si výzkumník připraví předem stanovený soubor otázek nebo témat, kterými se bude řídit rozhovor s účastníkem. Je zde prostor pro flexibilitu a doplňující otázky na základě odpovědí účastníka. To umožňuje výzkumníkům proniknout hlouběji do konkrétních oblastí zájmu a zachytit podrobné informace (Hendl, 2016).

Rozhovor se skládal z deseti otázek, které vycházejí z cílů této práce, proto jsou zaměřeny na proces zaškolování ošetřujícího personálu, na bariéry, které mohou bránit rychlému zaškolení zdravotníků, a na zájem zdravotníků o zvýšení kompetencí v péči o cévní vstupy.

Rozhovory byly provedeny v únoru a červenci 2024. Všechny jsou nahrávané formou videohovoru a poté byly všechny doslovně přepsány. Rozhovory nebyly časově limitovány. Nejkratší trval 14 minut, nejdelší 30 minut, průměrná délka rozhovoru 19 minut.

4.1.2 Způsob zpracování dat

Všechny rozhovory byly přepsány do písemné podoby. Rozhovory nebyly upravovány do spisovného jazyka a neproběhlo ani přestylování vět. Účelem průzkumu bylo co nejvíce se přiblížit a porozumět zkušenosti daného jedince a na základě těchto informací pochopit, jaký význam daný jedinec své zkušenosti připisuje. Proto byl každý z přepsaných rozhovorů opakovaně pročítán, zajímavosti v textu byly poznamenávány a byla zde snaha o proniknutí do textu. Byla snaha o detailní prozkoumání zkušenosti jedince tak, aby bylo možné v jeho zkušenosti identifikovat důležitá témata. Před možným zkoumáním detailnějších oblastí, je nejprve nutné pochopit celkové vnímání zažité zkušenosti jako celku. Tento hermeneutický cyklus poznávání a zároveň idiografický přístup se snaží zaměřit na jedince, oddělit jeho zkušenost od vlastních prekonceptů a popsat tak co nejobjektivněji fenomén jeho zkušenosti. Jedině skrz detailní poznání zkušenosti jedince jsme schopni se vzdálit a vzešlá témata reflektovat napříč rozhovory. Je však důležité se neustále vracet k základům a k původním datům a neuchýlit se do příliš obecné roviny (Hendl, 2016).

Shodné odpovědi respondentů byly barevně označeny za využití metody „tužka – papír“. Následně bylo provedeno otevřené kódování a axilární kódování jejichž výsledkem došlo ke stanovení 10 kategorií. Grafické znázornění kategorií bylo vytvořeno v aplikaci Smart Art.

4.2 Prezentace a analýza výsledků

Po doslovném přepsání rozhovorů byla data analyzována ve dvou fázích. Výzkumníci podotýkají, že kvalitativní analýza je osobním postupem. Analýzu představuje interpretace, se kterou přichází výzkumník v jednotlivých fázích zkoumání (Smith et al., 2009).

Každý z přepsaných rozhovorů byl opakovaně pročítán, zajímavosti v textu byly poznamenávány a byla zde snaha o proniknutí do textu. V každém z rozhovorů byly určité části bohatší, jiné stručnější. Shodné odpovědi respondentů byly barevně označeny za využití metody „tužka – papír“. Následně bylo provedeno otevřené kódování a axilární kódování jejichž výsledkem došlo ke stanovení 10 kategorií, které jsou detailněji rozpracovány níže.

Pro lepší přehlednost byla vytvořena tabulka o respondentech, kde je uvedeno jejich označení a oddělení, na kterém pracují. Respondentky jsou v této tabulce označeny jako S1–S14. Z celkového počtu 14 respondentů pracuje 8 pro kanylační centrum (S1 – S8) a 6 respondentů pro oddělení dlouhodobě intenzivní péče (S9 – S14).

Tabulka 1: Přehled respondentů

Respondent	Pohlaví	Věk	Oddělení
S1	Žena	55	Kanylační centrum
S2	Žena	43	Kanylační centrum
S3	Žena	47	Kanylační centrum
S4	Žena	38	Kanylační centrum
S5	Žena	40	Kanylační centrum
S6	Žena	33	Kanylační centrum
S7	Žena	38	Kanylační centrum
S8	Žena	34	Kanylační centrum
S9	Žena	52	DIOP
S10	Žena	38	DIOP
S11	Žena	44	DIOP
S12	Žena	58	DIOP
S13	Žena	60	DIOP
S14	Žena	57	DIOP

Kategorie 1: Náplň práce

V této kategorii je zkoumána náplň práce sester mentorek pracujících pro kanyláčnické centrum a oddělení dlouhodobé intenzivní péče. Všechny respondenty označené jako S1–S8 se shodly na tom, že jejich hlavní náplň práce je především zavádění dlouhodobých žilních vstupů. Odpovědi se lišily pouze v maličkostech. Z odpovědí je tedy jasné, že hlavní náplň sester z kanyláčnického centra je převážně péče o katétry. Sestry z DIOP péči o katétry vykonávají jako jednu z mnoha činností v péči o pacienta.

Respondentky označené jako S9 – S14 z oddělení dlouhodobé intenzivní péče se shodly, že hlavní náplň jejich každodenní práce je ošetrovatelská péče o pacienta.

Respondentky se také lišily pracovní pozicí. Většina pracuje jako všeobecná / zdravotní sestra, ale na péči o pacienty se též účastní sestra staniční či manažerka ošetrovatelské péče.

Respondentka označená jako **S1** odpovídala velmi stručně: *„Zavádění a asistence u dlouhodobých a střednědobých iv vstupů.“*

Odpověď respondentky označené jako **S2**: *„Jsem všeobecná sestra, aktuálně pracuji pro kliniku Karim – v kanyláčnickém centru. Má náplň práce je zavádění dlouhodobých žilních vstupů, jejich ošetřování, řešení komplikací.“*

Respondentka **S3** odpověděla následovně: *„Mojí náplň práce je zavádění dlouhodobých žilních vstupů, jejich ošetřování a řešení různých komplikací.“*

Odpověď respondentky **S4** na otázku týkající se náplně práce zněla: *„Ve svém zaměstnání zavádím a asistuji při zavádění dlouhodobých a střednědobých iv vstupů.“*

Respondentka **S5**: *„Pracuji jako manažerka ošetrovatelské péče a zároveň se podílím také na ošetrovatelské péči“*

Respondentka **S6**: *„Jsem zdravotní sestra. Patřím do týmu, kde zajišťujeme kanylace u nemocných s obtížným cévním přístupem.“*

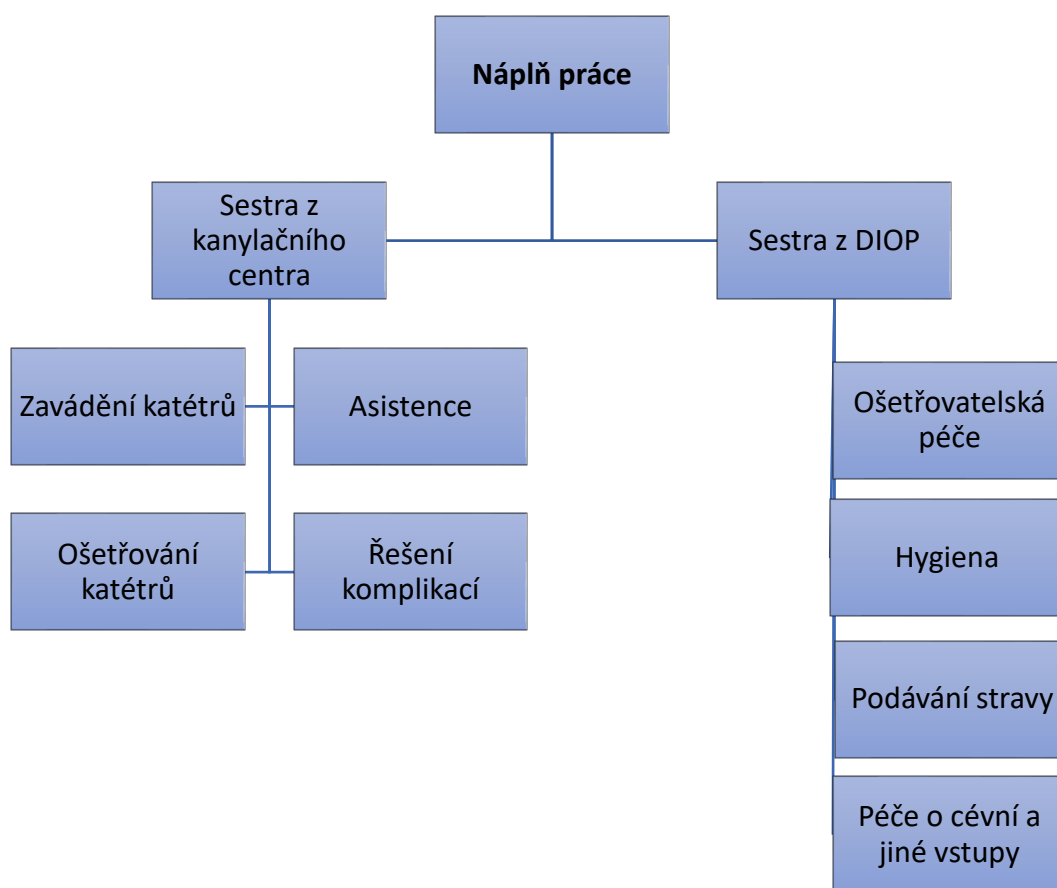
Respondentka **S7**: *„Jsem všeobecná sestra a pracuji v centru cévních vstupů. Zajišťuji péči o pacienty s dlouhodobým cévním přístupem a podílím se také na jejich zavádění.“*

Respondentka **S8**: *„Pracuji jako všeobecná sestra v kanyláčnickém centru. Pečuji o pacienty s různými druhy žilních vstupů.“*

Respondentka **S10**: *„Mojí náplň práce je především ošetrovatelská péče o pacienta.“*

Respondentka **S12**: „Jsem zdravotní sestra. Mým hlavním úkolem je péče o pacienty – hygiena, strava a tak.“

Respondentka **S13**: „Jsem všeobecná sestra. Pracuji na oddělení dlouhodobé intenzivní péče.“



Graf 1: Náplň práce

Kategorie 2: Nejčastěji ošetřovaný typ pacientů

V této druhé kategorii se zkoumá, s jakým typem pacientů se sestry z kanyláčnického centra a oddělení dlouhodobé intenzivní péče ve své práci setkávají nejčastěji. Odpovědi ukázaly, že nejčastějšími pacienty jsou lidé s onkologickým onemocněním. Dalším typem pacientů jsou lidé s poruchou výživy nebo ti, kdo potřebují mít zajištěný dlouhodobý žilní přístup. V rámci DIOP se jedná o pacienty s tracheostomií, po CMP nebo o dlouhodobě ležící.

Respondentka označená jako **S1** odpověděla opět velmi stručně: *„Nejčastěji onkologičtí pacienti, metabolická onemocnění.“* Respondentky označené jako **S2–S4** odpovídaly velmi podobně.

S2: *„Našimi pacienty jsou nejčastěji onkologičtí pacienti, dále pacienti s poruchou výživy nebo jakýkoliv pacienti, kteří potřebují dlouhodobý žilní přístup, ať v ambulantní péči, tak hospitalizovaní.“*

S3: *„Nejčastěji ošetřujeme pacienty s onkologickým onemocněním, s poruchou výživy anebo nemocné, kteří potřebují dlouhodobý žilní přístup.“*

S4: *„Nejčastěji ošetřuji pacienty s onkologickým onemocněním a pacienty, kteří potřebují dlouhodobý žilní přístup.“*

S5: *„Mezi naše pacienty patří nejčastěji ty onkologičtí.“*

S6: *„Našimi pacienty jsou nejčastěji onkologičtí nemocní, kteří mají obtížný cévní přístup. Potřebují chemoterapii nebo parenterální aplikaci výživy.“*

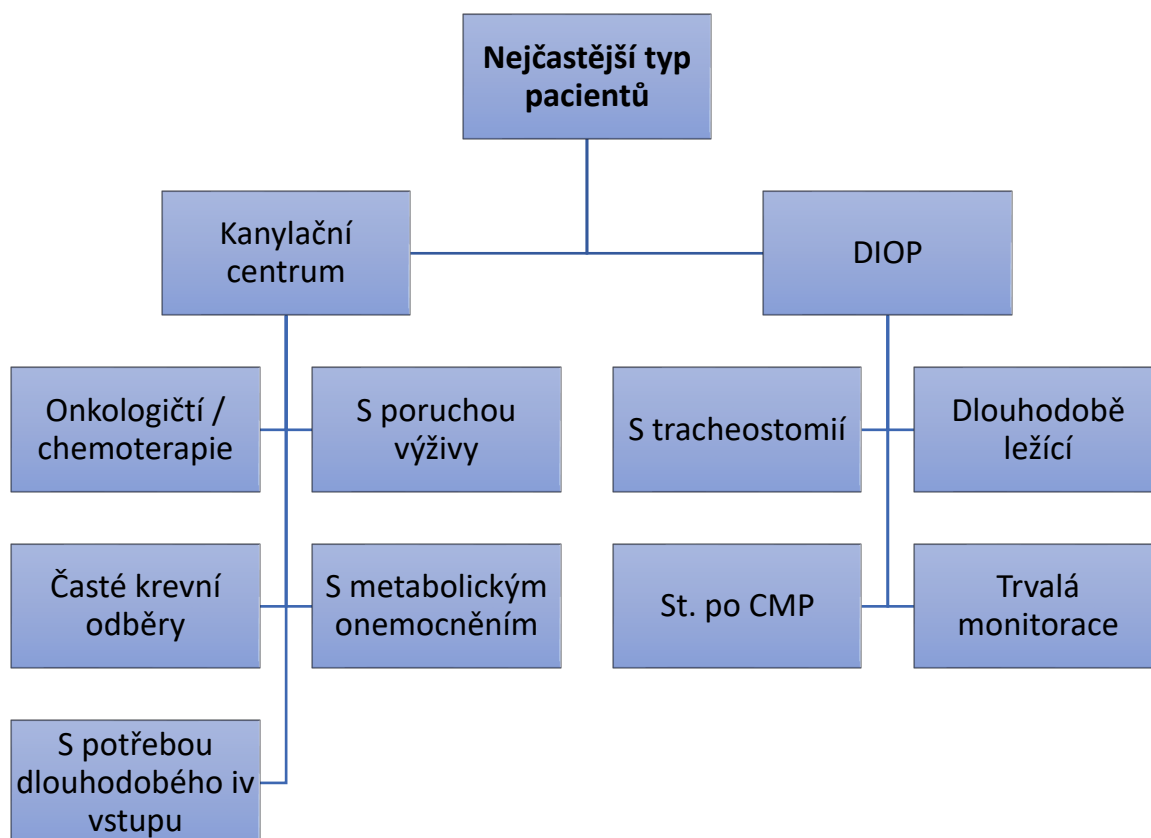
S7: *„Nejčastěji se setkávám s pacienty, kteří potřebují dlouhodobý žilní přístup z různých důvodů. Například časté krevní odběry, aplikace chemoterapie, parenterální nutriční.“*

S8: *„Nejčastěji k nám chodí asi pacienti s rakovinou, kteří podstupují chemoterapii.“*

S9: *„Nejčastěji se setkáváme s pacienty s vigilním kóma, kteří jsou ventilováni a také pacienti u kterých potřebujeme mít zajištěný dlouhodobý žilní vstup.“*

S10: *„Nejčastěji ošetřuji pacienty, kteří jsou dlouhodobě ležící, tracheostomovaní.“*

S11: *„Naši pacienti jsou trvale monitorováni. Je u nich zvýšená péče o dýchací cesty a oběhový systém. Zároveň mívají různé invazivní vstupy.“*



Graf 2: Nejčastější typ pacientů

Kategorie 3: Důvody rekanylance katétru u pacientů

Třetí kategorie byla zaměřena na nejčastější důvod pro rekanylaci katétru u pacientů s dlouhodobým žilním vstupem. Respondentky S1–S4 se v odpovědích shodly, že nejčastějším důvodem pro výměnu katétru je infekce, nefunkčnost katétru způsobená jeho ucpáním nebo povytažením. Respondentky S5-S8 se ve svých odpovědích shodují, že se ve své praxi nejčastěji setkávají s intolerancí materiálu katétru pacientem a infekcemi či povytažením zavedeného katétru. Na oddělení dlouhodobé intenzivní péče se respondentky nejčastěji setkávají s infekty v místě zavedení katétru, povytažením katétru anebo v rámci plánované výměny katétru.

Respondentka **S1** opět odpověděla velmi stručně: *„Ucpání systému, infekce jako důsledek špatné ošetrovatelské péče.“*

Respondentka **S2** uvedla ještě jako důvod pro rekanylaci potřebu jiného dlouhodobého vstupu: *„Nejčastější důvody pro rekanylaci je infekce, nefunkčnost systému, povytažení systému nebo potřeba jiného dlouhodobého vstupu.“*

Odpověď respondentek S3 a S4 jsou ve své podstatě totožné. **S3:** *„Řekla bych, že nejčastějšími důvody je infekce, nefunkčnost systému nebo jeho povytažení.“* **S4:** *„Nejčastěji je to z důvodu infekce v místě vpichu, případně ucpání systému.“*

S5: *„Jako nejčastější důvod pro rekanylaci bych uvedla nesnášenlivost cizího materiálu pacientem.“*

S6: *„Nejčastěji se ve své praxi setkávám s tím, že pacient přijde s povytaženým katétrem, nebo se u pacienta objeví nesnášenlivost materiálu, ze kterého je katétr vyrobený.“*

S7: *„Jako nejčastější důvod bych řekla, že bývá infekce v okolí zavedeného katétru.“*

S8: *„Povytažení katétru a infekce u pacientů s kožními infekcemi.“*

S9: *„Nejčastěji se jedná o případ, kdy je výměna plánována“*

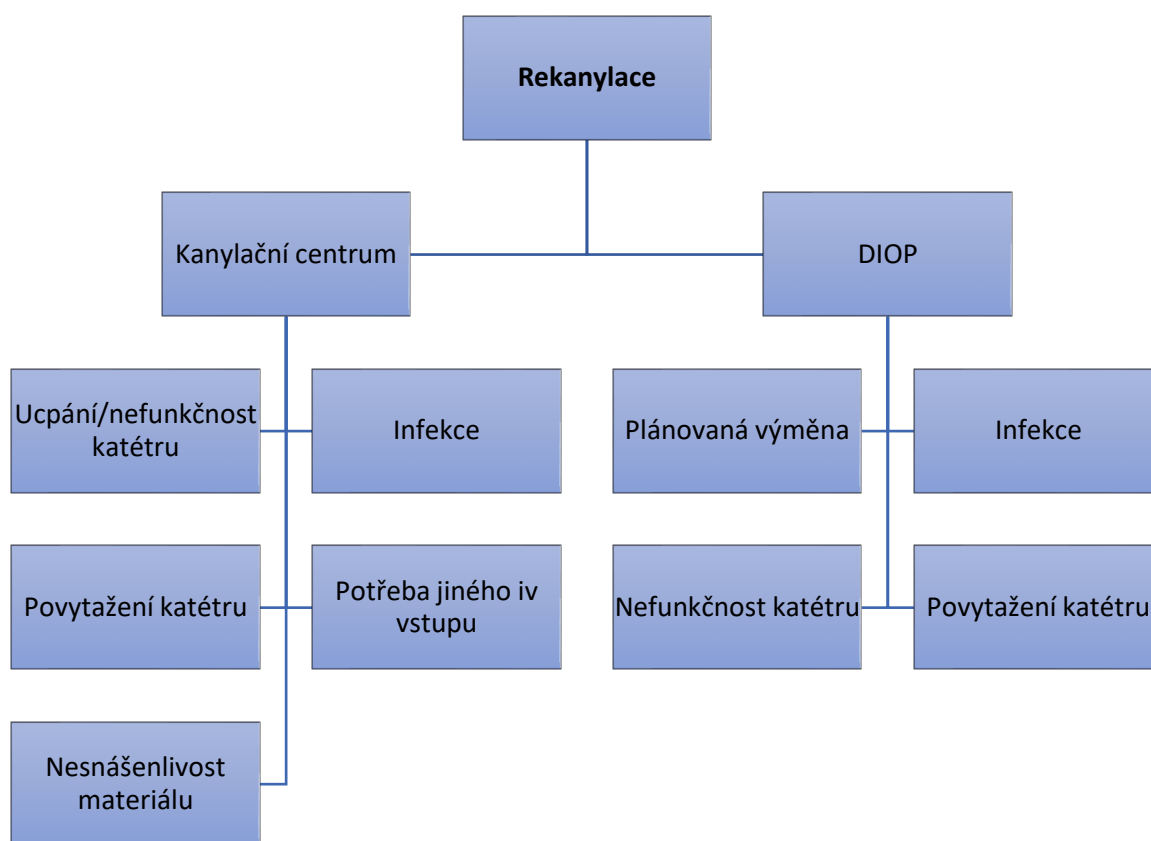
S10: *„Nejčastějším důvodem je plánovaná výměna.“*

S11: *„Řekla bych, že nejčastějším důvodem je infekce a nefunkčnost katétru.“*

S12: *„Setkávám se se záněty.“*

S13: *„Myslím si, že nejčastěji jsou to záněty v místě vpichu anebo se katétr povytáhne při manipulaci s pacientem.“*

S14: *„Nejčastějším důvodem je infekce, nefunkčnost nebo expirace doby použití katétru.“*



Graf 3: Rekanylace

Kategorie 4: Nejčastější komplikace

V této kategorii byly respondentky dotazovány na nejčastější komplikace, které řeší v rámci ošetrovatelské péče u pacientů. Všechny respondentky S1–S4 se shodly, že nejčastější komplikací je infekce, která je spojená se špatnou péčí jak ze strany pacientů, tak bohužel i ošetrovatelskou péčí personálu. Respondentky označené jako S5 – S8 udávají jako nejčastější komplikaci nepřítomnost zpětného návratu krve při aspiraci, infekty katétru a jeho ucpání.

Respondentky z DIOP S9 – S14 uvádějí, že nejčastější komplikací je zhoršením stavu pacientů. Jejich náplní práce je intenzivní péče o pacienta dlouhodobě upoutaného na lůžko, nejen pouze péče o samotný cévní vstup. Proto je jejich definice komplikací odlišná než u sester z kanylačních center.

S1: *„Často to mají špatně ošetřeno. Použijou nevhodný krytí, vznikne dehiscence, trombóza, zánět.“*

S2: *„Komplikace krom infekce či špatně zhojených ran, jsou ze sesterského hlediska nejčastěji nevhodně ošetřené katétry, špatná oše péče jak ze stran pacienta, tak bohužel často i ze stran zdravotnického personálu. To potom vytváří komplikace, jelikož toto bývá nástrojem zanesení infekce do systému, zkomplikuje to následnou péči daného pacienta, který je na dlouhodobém žilním vstupu často životně závislý.“*

S3: *„Jako nejčastější komplikaci vnímám infekci, která často vzniká špatným ošetřením ze strany personálu. Je jich samozřejmě mnohem víc.“*

S4: *„Jak jsem již řekla, je to z důvodu infekce nebo selhání žilního vstupu.“*

S5: *„Stává se nám, že pacient nemá zpětný návrat krve.“*

S6: *„Při aspiraci nemá pacient zpětný návrat krve a infekce.“*

S7: *„Řekla bych, že je to infekce a ucpání katétru.“*

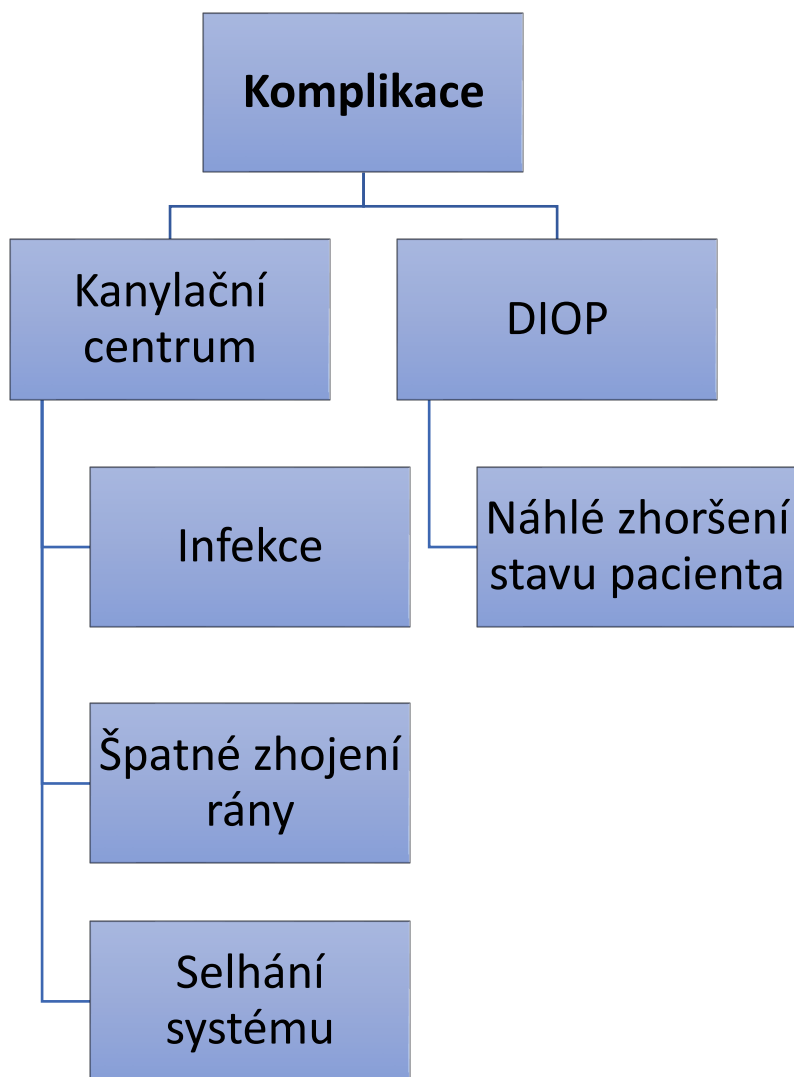
S8: *„Žádný zpětný návrat krve při aspiraci.“*

S9: *„Nejčastější komplikace u nás jsou přidružená onemocnění u dlouhodobě ležících.“*

S10: *„Nejčastějšími komplikacemi jsou přidružená onemocnění.“*

S11: *„Zhoršení stavu pacienta.“*

S14: *„Náhlé zhoršení stavu pacienta.“*



Graf 4: Komplikace

Kategorie 5: Příčiny vzniklých komplikací

Kategorie je zaměřena na nejčastější příčiny vzniklých komplikací v souvislosti s dlouhodobými žilními přístupy. Dotazované respondentky označené S1, S3 a S4 stručně uvádí, že nejčastější příčinou je dle jejich názoru špatně proškolený personál, který není ochotný postupovat dle nových postupů.

S1: „Špatně proškolený personál, neochota postupovat podle nových postupů.“

S3: „Špatně proškolený personál“

S4: „Špatně proškolený personál, nedodržování stanovených postupů“

Respondentka **S2** shrnula kategorie 4 a 5 následovně. „Komplikace krom infekce či špatně zhojených ran jsou ze sesterského hlediska nejčastěji nevhodně ošetřené katétry, špatná ošed péče jak ze stran pacienta, tak bohužel často i ze stran zdravotnického personálu. To potom vytváří komplikace, jelikož toto bývá nástrojem zanesení infekce do systému, zkomplikuje to následnou péči daného pacienta, který je na dlouhodobém žilním vstupu často životně závislý.“

Respondentky S5-S8 shodně uvádějí jako nejčastější komplikaci vytvoření fibrinového povlaku/zátky, který má za důsledek nefunkčnost katétru. Respondentky S9-S14 nedokázaly ve většině na tuto otázku odpovědět, nebo uvádějí, že příčiny komplikací neexistují.

S5: „Nejčastěji je to fibrinový povlak na konci katétru.“

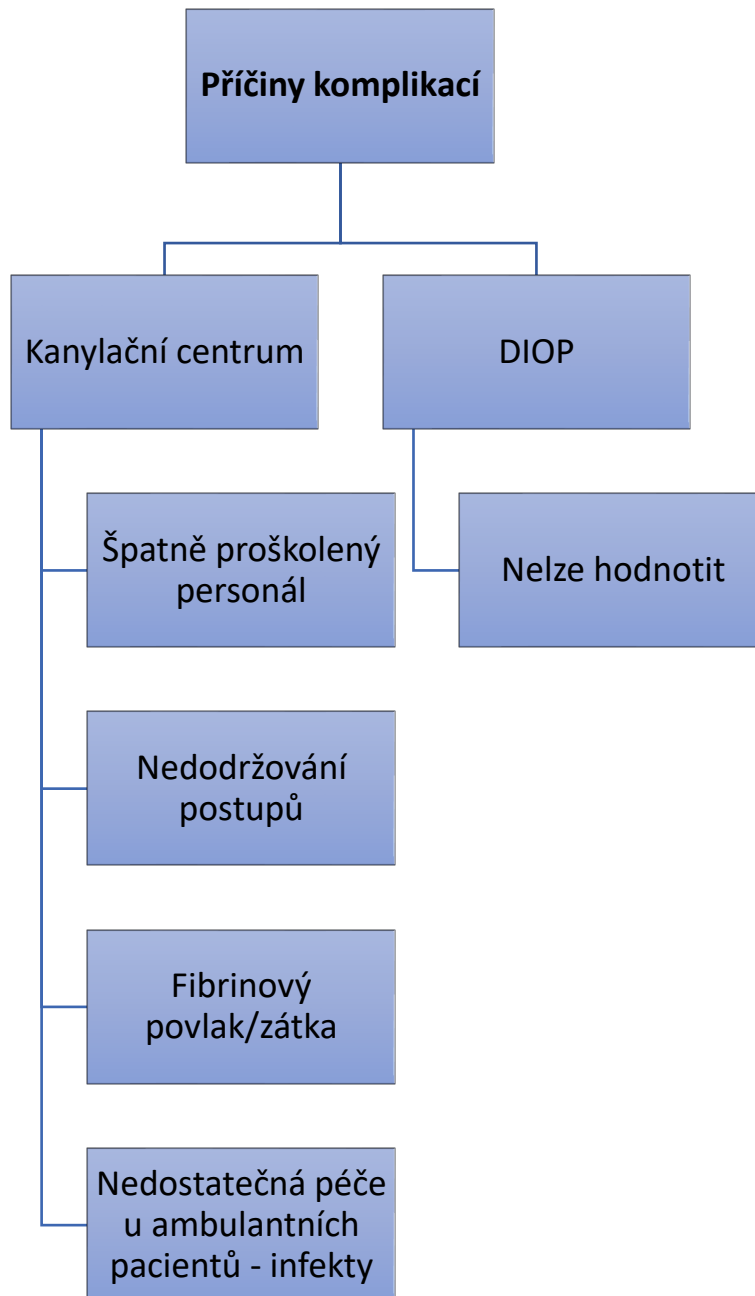
S6: „Fibrinový povlak na konci katétru, infekce u ambulantních pacientů, jako důsledek nedostatečné péče.“

S7: „Řekla bych, že nejčastější příčinou je vytvoření fibrinového povlaku na konci katétru.“

S8: „Vytvoření zátky na konci katétru a tím vzniklá jeho nefunkčnost.“

S9: „Nejsou.“

S14: „Nedokážu hodnotit.“



Graf 5: Příčiny komplikací

Kategorie 6: Zaškolování ošetřujícího personálu

V této kategorii je popsán způsob, jakým sestry mentorky zaškolují ošetřující personál. Všechny respondentky S1–S4 uvádějí, že nemocnice, ve které jsou zaměstnány, každý měsíc pořádá kurz. Do kurzu se může přihlásit nejen personál nemocnice, kde se školení provádí, ale také kterýkoli jiný zdravotník, který má o kurz zájem. Respondentky S5 – S8 uvádějí, že se na jejich pracovišti pořádají pravidelné interní audity, celoustavní školení. Dále mají možnost účasti na certifikovaných kurzech. Nové kolegy či jiné zdravotníky zaškolují za pomoci opakované instruktáže.

Dle respondentky S9 – S11 probíhá zaškolování zdravotníků individuálně v závislosti na osobnosti člověka a jeho vztahu k práci. Respondentky S12 – S14 se na školení nepodílejí.

S1 udává odpověď: *„Pořádáme měsíční kurzy pro zaměstnance nemocnice.“*

S2: *„Naše kanylační centrum pořádá v nemocnici kurz, který se týká právě zavádění dlouhodobých žilních vstupů a jejich následné péči. Právě ošetrovatelskou péčí o vstupy primárně školíme sestřičky, ale i lékaře z naší nemocnice, ale samozřejmě zdravotníky i z jiných nemocnic, aby byla péče nejlépe všude stejná a správná. Dále mají všichni možnost po domluvě se podívat k nám na pracoviště a na vše se podívat a samozřejmě i vyzkoušet. Dále máme dokumenty a doporučení, jak se o dané katétry starat.“*

S3 uvádí: *„Pravidelně pořádáme školicí kurzy pro náš personál, ale i zdravotníky z jiných nemocnic. Mohou si u nás vše vyzkoušet. Záleží na domluvě.“*

Odpověď respondentky **S4:** *„Pořádáme měsíční kurzy pro sestry z naší nemocnice, ale přihlásit se mohou i sestry z okolních zdravotnických zařízení. Snažíme se o to, aby péče byla všude stejná.“*

S5: *„Pořádáme celoustavní školení a interní audity. Nové kolegy zaučujeme opakovanou instruktáží a umožňujeme účast na certifikovaných kurzech.“*

S6: *„Opakovanou instruktáží, jsou pořádána různá školení. Máme také možnost účastnit se certifikovaných kurzů.“*

S7: *„Nemocnice pravidelně pořádá interní audity, dále je možné chodit na kurzy a školení. Personálu při školení vše opakovaně vysvětlujeme a ukazujeme.“*

S8: „*Naše oddělení pořádá školení pro všechny zdravotníky z nemocnice, kteří mají zájem. Na školení důsledně opakujeme, dokud to není účastníkům zcela jasné.*“

S9: „*Vše je závislé na člověku, je to individuální – vztah k práci, zájem o pacienty, ošetřování.*“

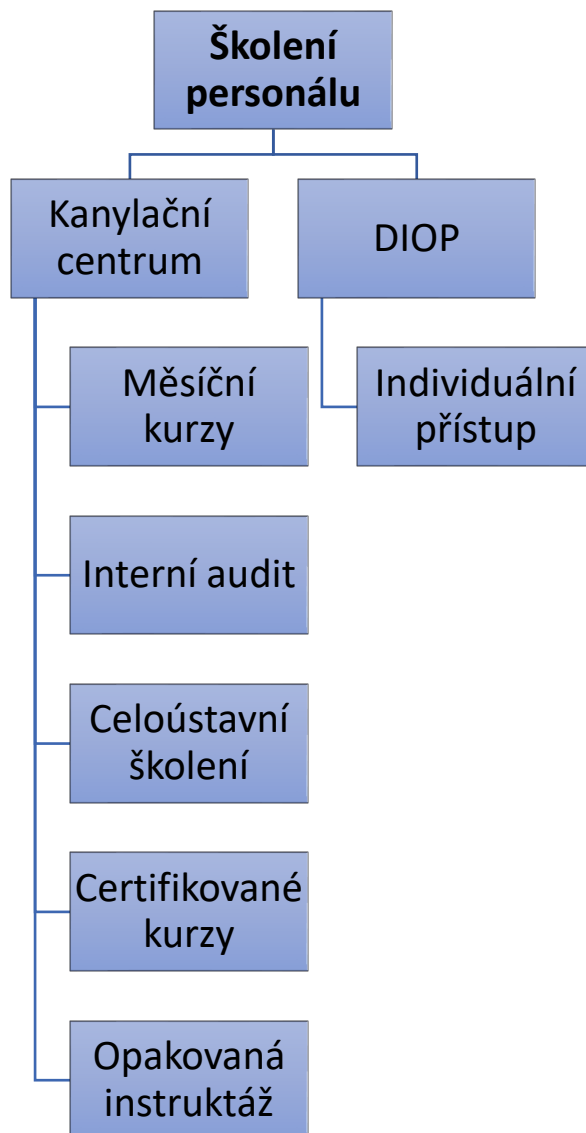
S10: „*To je závislé na člověku a vztahu k práci.*“

S11: „*Je to individuální.*“

S12: „*Nezaškoluji.*“

S13: „*Nezaškoluji.*“

S14: „*Nezaškolím.*“



Graf 6: Školení personálu

Kategorie 7: Nejčastější výskyt komplikací v rámci areálu nemocnice

V této kategorii byly respondentky dotazovány na výskyt komplikací v rámci různých oddělení nemocnice. Dle názoru respondentek S2 – S4 je největší výskyt komplikací u pacientů s dlouhodobým žilním vstupem na interním odděleních. Respondentky S5 – S8 uvádějí, že si všechny pacienty se zavedeným cévním vstupem a případné komplikace ošetřují sami.

Respondentky S9 – S12 uvádějí za nejčastější oddělení se zvýšeným počtem komplikací standartní oddělení. Zbylé respondentky S1, S13 a S14 nedokázaly na položenou otázku odpovědět.

S2: *„Například na interních odděleních, si některé vstupy zavádějí sami lékaři, né vždy bohužel znají a umí problematiku cévních vstupů. Nejsou seznámeni se správnými postupy. Často se to dozvídáme až právě při nějakých komplikacích. Kliniky si často chtějí zavádět vstupy samy, ale řešení komplikací či dalších věcí by nechali nejraději na nás. S tímto se neztotožňujeme...jsme kanyláčnické centrum a této problematice rozumíme nejvíce, proto bychom chtěli docílit, pokud je to jen možné, aby se tyto vstupy zaváděly, pokud možno u nás na pracovišti, anebo aby je zaváděl plně kompetentní zdravotnický personál.“*

S3 uvádí: *„Řekla bych, že asi na interně“.*

S4: *„Největší problém bych řekla, že je na interním oddělení.“*

S5: *„Nelze hodnotit. U nás si vše zajišťujeme sami.“*

S6: *„Péči o zavedené cévní vstupy si zabezpečujeme sami a taky řešíme případné komplikace.“*

S7: *„Ošetrovatelskou péči si děláme sami, máme i hodně ambulantních pacientů, kteří k nám docházejí.“*

S8: *„Ošetřujeme sami, proto nedokážu přesně odpovědět, možná u ambulantních pacientů.“*

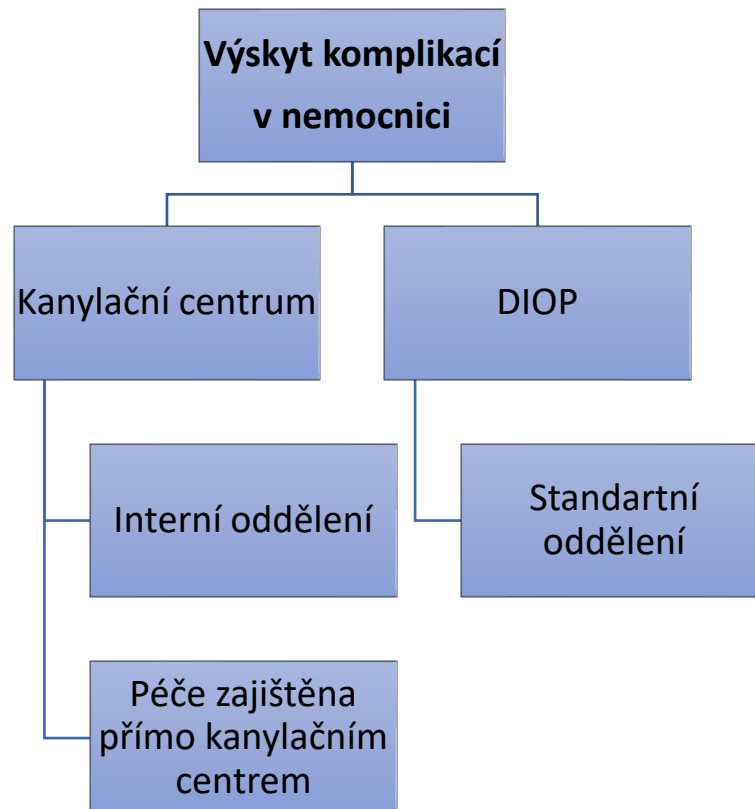
S9: *„Myslím, že většinou na standartním oddělení. Je tam nedostatek kvalifikovaného personálu. Často vznikají komplikace jako zarudnutí, infekce.“*

S10: *„Na standartních odděleních. Jsou to infekce, vytažení katétru jako komplikace u neklidného pacienta.“*

S11: *„Na standartním oddělení.“*

S12: *„Standartní oddělení – chybná péče o vstupy.“*

S14: *„Nemám o tomhle přehled.“*



Graf 7: Výskyt komplikací na odděleních

Kategorie 8: Personál a zvyšování kompetencí

Tato kategorie je zaměřena na zájem zdravotníků o zvyšování kompetencí při péči o cévní vstupy. Dle sester mentorek je o kurz, který se touto problematikou zabývá, velký zájem. Je tedy možné říct, že ošetrovatelský personál je ochoten se vzdělávat a zvyšovat si své znalosti.

Odpovědi respondentek na toto téma jsou následující:

S1: *„Řekla bych, že toto je dotaz spíše na oddělení, ale kurzy máme pořád naplněné.“*

S2: *„Určitě se zvýšil zájem o zavádění dlouhodobých žilních vstupů. Nicméně zatím je jediné akreditované pracoviště v Motole pro sestry, tedy co se týče zavádění. O náš kurz, co se týče ošetrovatelské péče, bych řekla, že se zájem zvedá, hlavně tedy u sester. Ale určitě by to chtělo dostat ještě dál do povědomí všem, kteří se o tyto vstupy starají.“*

S3: *„Zájem je celkem velký, protože kurzy máme pořád naplněné.“*

S4: *„Zájem o kurz je vcelku velký, ale týká se pouze ošetrovatelské péče. V Motole mají kurzy ohledně zavádění.“*

S5: *„Zájem je.“*

S6: *„Zájem ze strany zdravotníků je.“*

S7: *„Zájem o zvýšení kompetencí jistě je.“*

S8: *„Zájem jistě je, sami pořádáme školení v rámci nemocnice.“*

S9: *„Zájem je kladný.“*

S10: *„Zájem o zvyšování kompetencí hodnotím jako kladný.“*

S11: *„Je zájem.“*

S12: *„Nevím, zda je zájem. Nezajímám se o to.“*

S13: *„Zda je zájem nevím.“*

S14: *„Zájem o zvýšení kompetencí mám.“*

Kategorie 9: Edukační materiál

V této kategorii bylo zjišťováno, zda mají sestry školitelky k dispozici edukační materiál pro ošetřující personál. Zjistilo se, že sestřičky jsou perfektně připravené a edukační materiál je všem, kdo ho potřebuje, dostupný. Dále respondentky mají k dispozici vytvořené ošetřovatelské standardy, do kterých mají možnost v případě potřeby nakouknout.

S1: *„Jsou vytvořeny ošetřovatelské postupy, které jsou k dohledání na stránkách nemocnice.“*

S2: *„Co se týče edukačního materiálu, tak ten samozřejmě máme. Jak na stránkách nemocnice, tam jsou založené karty, kde každý vstup má přesnou definici, jak o něj pečovat. Na oddělení, po každém zavedeném vstupu, též dáváme poučení a kontakt na naše pracoviště.“*

S3: *„Jsou vytvořeny ošetřovatelské postupy, které jsou k dispozici na stránkách nemocnice.“*

S4: *„Materiály k nahlédnutí máme na stránkách nemocnice. Sestřičkám na odděleních necháváme vytištěné podrobné informace i s kontaktem na nás.“*

S5: *„Ano, máme interní poučení“*

S6: *„Máme k dispozici standardy a interní poučení.“*

S7: *„Jsou vytvořené standardy, podle kterých se řídíme.“*

S8: *„Máme vytvořené standardy.“*

S9: *„Je k dispozici vyhotovený standard daný nemocnicí a.s.“*

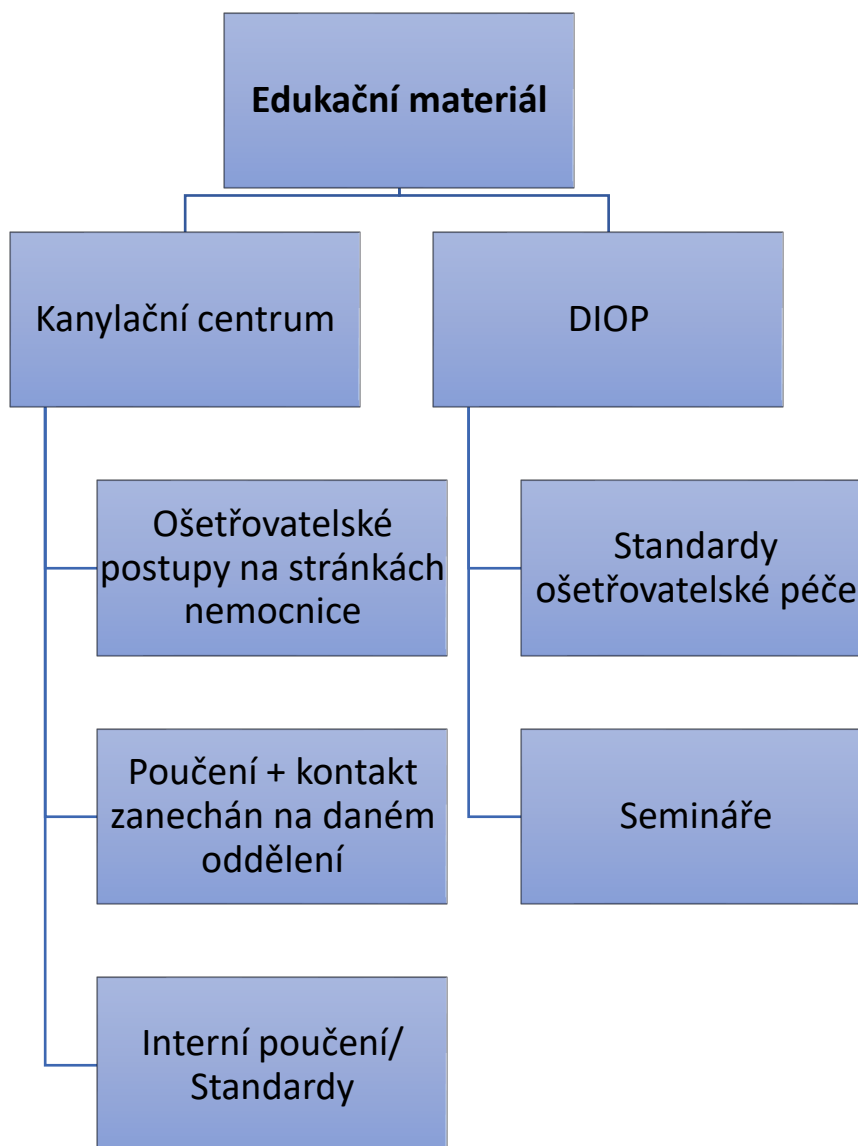
S10: *„Máme k dispozici standardy dané nemocnicí.“*

S11: *„Standardy ošetřovatelské péče.“*

S12: *„Ano, standardy.“*

S13: *„Občas nemocnice pořádá seminář, jinak standard.“*

S14: *„K dispozici jsou standardy.“*



Graf 8: Edukační materiál

Kategorie 10: Bariéry v zaškolování

V této kategorii respondentky uvádějí svůj názor na nejčastější bariéry, které mohou v průběhu školení ostatních sester vzniknout. Respondentky se shodují, že nejčastější bariérou je neochota a nezájem jednotlivců, ale také jejich časová vytíženost.

S1: *„Nepružnost systému, nedostatek personálu, neochota jednotlivců.“*

S2: *„Překážka rychlejšího zaškolení... myslím u nás není žádná, záleží na každém, zda chce umět a pochopit a pomoci.“*

S3: *„Určitě nedostatek personálu a nezájem jednotlivců.“*

S4: *„Nezájem učit se nové věci hlavně ze strany starších sester a taky celková časová vytíženost personálu. Sama víte, že je nás málo a práce čím dál víc.“*

S5: *„Největší problém je nedostatek personálu a s tím související nedostatek času.“*

S6: *„Určitě nedostatek personálu a taky časová vytíženost.“*

S7: *„Nezájem učit se nové věci, nedostatek času a personálu.“*

S8: *„Záleží na každém z nás, jak se postaví k učení se. Někdo chce a někdo ne.“*

S9: *„Nedostatek personálu, věk, nedostatek času matek s dětmi.“*

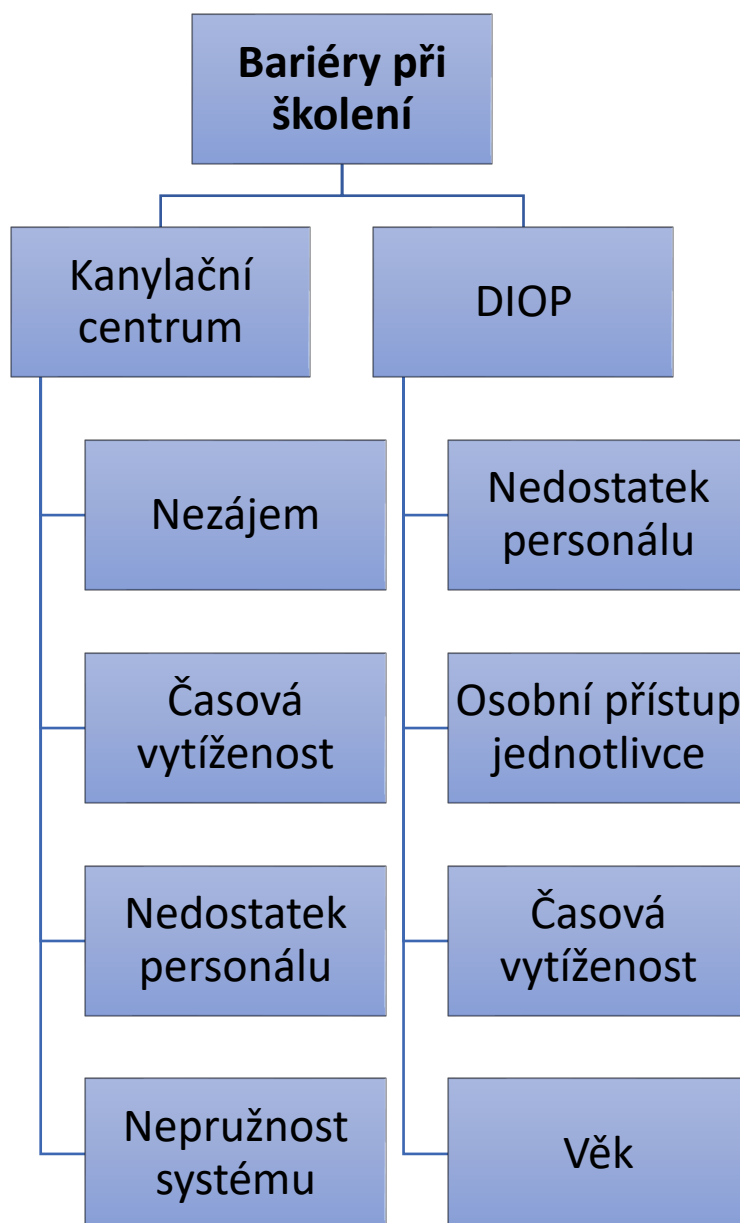
S10: *„Nedostatek kvalifikovaného personálu.“*

S11: *„Nevím, protože neškolím.“*

S12: *„Nedostatek personálu.“*

S13: *„Nevím.“*

S14: *„Nevím.“*



Graf 9: Bariéry při školení

4.3 Závěrečné shrnutí výsledků průzkumného šetření

Z průzkumného šetření vyplynulo, že hlavní náplní práce sester z kanylačního centra je převážně péče o katétry. Naopak sestry z DIOP vnímají péči o katétry jako součást rozsáhlé komplexní péče o pacienta. V souvislosti s různým typem pacientů, které sestry ošetřují jsou odlišně vnímány také komplikace s katétry spojené. Nejčastějšími komplikacemi pro sestry z kanylačních center jsou infekce, povytažení katétru a jeho nefunkčnost. Sestry z DIOP vnímají komplikace u pacienta zcela odlišně, co se katétrů týče, tak popisují zejména vznik infekce.

Zaškolování personál ošetřující pacienty s různými typy dlouhodobých a střednědobých žilních vstupů probíhá prostřednictvím odborných kurzů a školení, jež poskytují znalosti o správné technice vkládání cévních katétrů, prevenci infekcí, správné péči o cévní vstupy a identifikaci možných komplikací. Toto školení obvykle zahrnuje teoretickou část, demonstrace postupů na simulátorech a praktické cvičení pod dohledem zkušených odborníků.

Ve Fakultní nemocnici je tento kurz pravidelně pořádán kanylačním centrem. Kurz je primárně určen především pro sestry a lékaře pracující v nemocnici, kde kanylační centrum sídlí. Ovšem je možné, aby se do kurzu přihlásili i zdravotníci z ostatních nemocnic, aby se docílilo správné a stejné péče napříč nemocnicemi. Účastníci kurzu mají možnost návštěvy pracoviště, kde si mohou vše vyzkoušet, popřípadě se doptat na to, co je o daném tématu zajímavé. Dalšími způsoby, jakým je ošetřující personál školen v oblasti péče o cévní vstupy je pořádání interních auditů, účastí na celoustavních školeních a certifikovaných kurzech.

Všichni účastníci průzkumného šetření shodli, že nejčastější bariérou v zaškolovacím procesu je neochota a nezájem jednotlivců a také jejich časová vytíženost. Zajímavým zjištěním je, že respondentky byly schopné bez obtíží identifikovat dílčí problémy v zaškolovacím procesu, ale nebyly ochotny nebo schopny popsat, jak tento proces zlepšit, nebo jak by si přály, aby probíhal.

5 Diskuze

Tato část diplomové práce porovnává a diskutuje nad výsledky průzkumného šetření s teoretickými poznatky a jinými výzkumy, aby bylo možné odvodit podstatné detaily.

Cíli diplomové práce bylo:

1. Popsat proces zaškolování ošetřujícího personálu v péči o cévní vstupy.
2. Zjistit bariéry bránící kvalitnímu a rychlému zaškolení ošetřujícího personálu v péči o cévní vstupy.
3. Zjistit, jaké jsou představy sester školitelky o zaškolování sester v péči o cévní vstupy.
4. Zjistit, jaký je názor sester na možnost přebrání kompetence k zavádění midline katétrů v běžné praxi.

Výzkumné otázky diplomové práce:

1. Jakým způsobem je zaškolován ošetřující personál pro péči o cévní vstupy?
2. Jaké jsou nejčastější překážky bránící rychlému zaškolení sester v péči o cévní vstupy?
3. Jak si sestry školitelky představují ideální způsob zaškolení člena ošetrovatelského týmu pro ošetřování cévních vstupů?
4. Jsou sestry ochotné zvýšit své kompetence a zavádět samostatně midline katétrů?

5.1 Průzkumné otázky č. 1 a 2

VO1: Jakým způsobem je zaškolován ošetřující personál pro péči o cévní vstupy?

Z průzkumu vyplynulo, že personál ošetřující pacienty s různými typy dlouhodobých a střednědobých žilních vstupů je zaškolován prostřednictvím odborných kurzů a školení, jež poskytují znalosti o správné technice vkládání cévních katetrů, prevenci infekcí, správné péči o cévní vstupy a identifikaci možných komplikací. Toto školení obvykle zahrnuje teoretickou část, demonstrace postupů na simulátorech a praktické cvičení pod dohledem zkušených odborníků. Tento kurz je pravidelně pořádán kanylačním centrem dané nemocnice. Kurz je primárně určen především pro sestry a lékaře pracující v nemocnici, kde kanylační centrum sídlí. Ovšem je možné, aby se do kurzu přihlásili i zdravotníci z ostatních nemocnic, aby se docílilo správné a stejné péče napříč nemocnicemi. Účastníci kurzu mají možnost návštěvy pracoviště, kde si mohou vše vyzkoušet, popřípadě se doptat na to, co je o daném tématu zajímavé.

Dalším způsobem, jakým je ošetřující personál školen v oblasti péče o cévní vstupy je pořádání interních auditů. Svoboda (2015) uvádí, že interní audit hraje v organizacích klíčovou roli tím, že zajišťuje shodu, identifikuje rizika a zlepšuje provozní efektivitu. Jednou z oblastí, kde může interní audit významně přispět, je školení zaměstnanců. Posouzením potřeb školení, zlepšením školicích procesů a ovlivněním rozvoje zaměstnanců a výkonnosti organizace může interní audit hrát klíčovou roli při formování dobře vyškolené a efektivní pracovní síly. Interní audit je nástrojem při posuzování potřeb školení v rámci organizace. Identifikací nedostatků v současných školicích programech může interní audit určit oblasti, kde mohou zaměstnanci postrádat potřebné dovednosti nebo znalosti, aby mohli efektivně vykonávat své role. Například prostřednictvím provádění průzkumů, pohovorů a kontroly údajů o výkonu může interní audit analyzovat výkon zaměstnanců a určit konkrétní požadavky na školení. Kromě toho, vyhodnocením efektivit školicích programů prostřednictvím zjištění auditu mohou organizace zajistit, že zdroje jsou přidělovány efektivně tak, aby se řešily nejnaléhavější školicí potřeby.

Další možností v rámci získávání zkušeností zdravotníci uvádějí účast na celoustavních školeních. Mužík (2015) tvrdí, že tyto programy zahrnují širokou škálu vzdělávacích aktivit zaměřených na zlepšování schopností zaměstnanců. Komplexní školicí programy jsou navrženy tak, aby řešily specifické potřeby jednotlivců i organizace jako celku. Nabízením kombinace technických, měkkých dovedností a školení vedení mohou organizace zajistit, že jejich zaměstnanci budou dobře vybaveni, aby splnili požadavky svých rolí.

Opakovaná instruktáž je další možností, která je používána při zaškolování personálu v péči o cévní vstupy. Opakovaná výuka je základním aspektem učení, který hraje klíčovou roli v udržení paměti, rozvoji dovedností a kognitivních procesech. Opakováním opakováním informací nebo procvičováním úkolů mohou jednotlivci zlepšit své porozumění a odbornost v určitém předmětu (Amrstrong, 2013).

Zdravotnický personál má též možnost účastnit se certifikovaných kurzů, které jim pomohou získat kvalitní poznatky, které využijí ve své praxi. Dle ministerstva zdravotnictví ČR jsou certifikované kurzy na dnešním konkurenčním trhu práce stále populárnější a nabízejí jednotlivcům příležitost získat specializované znalosti a dovednosti, které mohou zlepšit jejich kariérní vyhlídky. Tyto kurzy poskytují cenné pověření, které potvrzuje něčí odborné znalosti a kompetence v určité oblasti a otevírají řadu příležitostí pro kariérní postup.

Jelikož jsou kurzy a školení jedním z nástrojů, které organizace využívají k adaptaci svých zaměstnanců na nové požadavky a změny v prostředí, mohou zvyšovat kvalifikaci a znalosti zaměstnanců, aby tak byli schopni lépe reagovat na nové výzvy a příležitosti. Proto by bylo vhodné zvážit, zda tento kurz zavést do běžného adaptačního procesu.

V návaznosti na výzkumné šetření Olaolorunpo (2019, s. 145) uvádí, že mentoring v rámci péče o cévní výstupy může mít několik forem. Může jít o vztah mezi zkušenou sestrou v roli mentora a čerstvě vystudovanou sestrou, která sleduje svoji mentorku např. při ošetřování cévních vstupů. Mentoring může probíhat i mezi sestrami s praxí, kdy, pokud je např. jedna sestra (mentorka) nejen zručná v zavádění katétru a dalších činnostech spojených s cévními vstupy, ale má také vhodné vzdělání (absolvent certifikovaného kurzu), může školit ostatní kolegyně.

Ve zkratce tedy zkušenější odborník poskytuje pomoc, podporu a vedení novým pracovníkům i těm už zkušeným v oblasti péče o cévní vstupy. Mentoring může zahrnovat sdílení znalostí, dovedností a zkušeností, poskytování rad a návodů nebo prostor pro diskusi a reflektování vlastní práce s cílem zvyšování kvality péče poskytované pacientům, zlepšení dovedností a kompetencí pracovníků v této oblasti a také podporu osobního a profesního rozvoje jednotlivých pracovníků.

VO2: Jaké jsou nejčastější překážky bránící rychlému zaškolení sester v péči o cévní vstupy?

Novicki Hnatiuk (2013, s. 10) ve své publikaci uvádí, že vztah mezi mentorem a jeho svěřencem nemusí být vždy úspěšný. Někdy interpersonální dynamika nebo určitá shoda mezi mentorem a svěřencem nefunguje. Jeden partner může růst rychleji než druhý nebo jiným směrem a může dojít k napětí ve vztahu. Jedním z běžných problémů je nedostatek odhodlání vztah udržet. Mentoři mohou svěřence přetěžovat (prací, informacemi, odpovědností atd.) a naopak. Svěřenec se také může stát klonem mentora a ztratit svou individualitu či se stát příliš závislým na svém mentorovi.

Stejně tak může dojít k nepříjemnému incidentu (hádky apod.), kdy se mentor nebo svěřenec cítí zklamán nebo zrazen. Vztah může narušit i žárlivost a osobní či etické neshody. V praxi se lze setkat rovněž s toxickými mentory, kteří nepodporují úspěch svých svěřenců, a to tím způsobem, že jsou vůči svěřencům nepřístupní či otažití, hodí je tzv. do vody a nejsou jim moc nápomocni, příliš je kritizují apod.

Pokud se ve vztahu začnou objevovat známky závažných problémů, mají oba jedinci odpovědnost čelit dané situaci a aktivně ji řešit, nebo svůj vztah ukončit. Proto by se před vstupem do mentorského vztahu měly obě strany dohodnout na možnosti ukončení mentorského vztahu, pokud jeden nebo oba jednotlivci zjistí, že nefunguje.

Z výzkumného šetření této diplomové práce vyplynuly i další možné problémy související se zaškolováním personálu. Respondentky uvádějí, že mezi nejčastější překážky, které brání rychlému zaškolení sester v péči o cévní vstupy, patří nedostatek mentorů, kteří by pomáhali zdravotníkům v nabývání zkušeností a zvyšování jejich kompetencí. Dalším významným problémem je nezájem účastníků kurzu. Ne každý má zájem nebo dostatek volného času pro získávání nových informací a nabývání zkušeností.

5.2 Průzkumné otázky č. 3 a 4

VO3: Jak si sestry školitelky představují ideální způsob zaškolení člena ošetrovatelského týmu pro ošetrování cévních vstupů?

Sestry školitelky v rozhovorech uvedly, že personál ošetrující pacienty s různými typy dlouhodobých a střednědobých žilních vstupů je zaškolován prostřednictvím odborných kurzů a školení, jež poskytují znalosti o správné technice vkládání cévních katétrů, prevenci infekcí, správné péči o cévní vstupy a identifikaci možných komplikací. Toto školení obvykle zahrnuje teoretickou část, demonstraci postupů na simulátorech a praktické cvičení pod dohledem zkušených odborníků. Tento kurz je pravidelně pořádán kanylačním centrem dané nemocnice. Zde si mohou účastníci kurzu vše osahat, vyzkoušet a doptat se na všechno, co je zajímavé či jim není zcela jasné.

Dalším způsobem, jakým je ošetrující personál školen v oblasti péče o cévní vstupy je pořádání interních auditů. Interní audit hraje v organizacích klíčovou roli tím, že zajišťuje shodu, identifikuje rizika a zlepšuje provozní efektivitu. Jednou z oblastí, kde může interní audit významně přispět, je školení zaměstnanců. Posouzením potřeb školení, zlepšením školicích procesů a ovlivněním rozvoje zaměstnanců a výkonnosti organizace může interní audit hrát klíčovou roli při formování dobře vyškolené a efektivní pracovní síly. Je nástrojem při posuzování potřeb školení v rámci organizace. Identifikací nedostatků v současných školicích programech může interní audit určit oblasti, kde mohou zaměstnanci postrádat potřebné dovednosti nebo znalosti, aby mohli efektivně vykonávat své role. Například prostřednictvím provádění průzkumů, pohovorů a kontroly údajů o výkonu může interní audit analyzovat výkon zaměstnanců a určit konkrétní požadavky na školení. Kromě toho, vyhodnocením efektivit školicích programů prostřednictvím zjištění auditu mohou organizace zajistit, že zdroje jsou přidělovány efektivně tak, aby se řešily nejnaléhavější školicí potřeby. Tak uvádí ve své publikaci Svoboda (2015).

Dále je v rámci zaškolování členů ošetrovatelského týmu možnost účasti na celoustavních školeních a certifikovaných kurzech. Všechny z uvedených možností pomáhají zdravotnickému personálu získat kvalitní poznatky, které využijí ve své praxi.

Sestry mentorky při své práci používají základní metody, kam patří pozorování, rozhovor, konstruktivní zpětná vazba, konzultace, instruktáže či poradenství, jak uvádějí Pecina a Krištofiaková (2021, s. 43).

Vzdělávání mentorů je též velmi důležitý proces, který jim umožňuje zlepšit své schopnosti a dovednosti potřebné pro efektivní mentorování. Kvalitní vzdělávání mentorů může zahrnovat různé aktivity, jako jsou řízené diskuse, cvičení, workshopy, tréninkové programy a další formy profesního rozvoje. Pomůže jim získat znalosti o nejlepších postupech v oblasti mentorování, zlepšit komunikační dovednosti, posílit schopnost motivovat a inspirativně vést své mentorované, porozumět různým osobnostem a potřebám mentees, naučit se vyrovnávat se s konflikty a dalšími výzvami, které se mohou v průběhu mentorování objevit.

Vzdělávací programy pro mentory mohou být nabízeny organizací podporující mentorování, nebo mohou být individuálně navrženy a realizovány pro konkrétní skupinu mentorů. Důležité je pravidelné monitorování a hodnocení vzdělávacích programů, aby bylo možné zajistit, že je mentorování prováděno s maximální efektivitou a že prospívá všem zúčastněným stranám (Hoover et al., 2020).

VO4: Jsou sestry ochotné zvýšit své kompetence a zavádět samostatně midline katétrů?

Zdravotničtí pracovníci (sestry i lékaři) mají dle sester mentorek evidentní zájem o účast na školení pro péči o dlouhodobé cévní vstupy. Pořádané kurzy jsou vyhledávané a plně obsazené. V nemocnici, kde mentorky pracují, je ale kurz zaměřen pouze na ošetrovatelskou péči.

Dle Johnsona (2016) v dynamické a náročné oblasti zdravotnictví hrají sestry stěžejní roli v poskytování kvalitní péče o pacienty. Vyvíjející se prostředí zdravotní péče vyžaduje, aby sestry neustále zlepšovaly své dovednosti a kompetence, aby uspokojily různorodé potřeby pacientů a přizpůsobily se novým výzvám.

Zvyšování kompetencí u sester důležitým procesem, který pomáhá zlepšit kvalitu poskytované péče a rozvoj celého zdravotnického systému. Jedná se o následující způsoby:

1. Odborná školení a kurzy: Sestry by měly mít možnost pravidelně absolvovat školení a kurzy, které jim pomohou získat nové dovednosti a znalosti.
2. Mentoring a supervize: Mentoring a supervize jsou skvělými způsoby, jak poskytnout sestrám individuální podporu a učení od zkušenějších kolegů.
3. Odborné certifikace: Získání odborné certifikace může sestrám pomoci rozšířit jejich možnosti kariérního růstu a ukázat své odborné znalosti a dovednosti.
4. Účast na konferencích a workshopech: Účast na odborných konferencích a workshopech je skvělým způsobem, jak se seznámit s novými trendy a postupy v oboru.
5. Kontinuální vzdělávání: Sestry by měly aktivně sledovat nové výzkumy a publikace v oboru a průběžně se vzdělávat a zdokonalovat.

Jelikož role sestry ve zdravotnictví se neustále vyvíjí a vyžaduje neustálý rozvoj dovedností a kompetencí. Aktivním zapojením do příležitostí profesního rozvoje, vysokoškolským vzděláváním a řešením problémů, kterým sestry čelí, mohou sestry pozvednout svou praxi, zlepšit výsledky pacientů a přispět k pokroku v poskytování zdravotní péče. Je nezbytné, aby zdravotnické organizace podporovali sestry v jejich úsilí o zlepšení jejich dovedností a kompetencí, což bude v konečném důsledku přínosem jak pro ošetrovatelskou profesi, tak pro pacienty, kterým slouží. Zvyšování kompetencí u sester je tedy klíčem k poskytování vysoce kvalitní péče a udržení profesionálního standardu v oblasti zdravotnictví.

ZÁVĚR

Zaměření provedeného průzkumného šetření bylo na téma mentoringu v oblasti péče o cévní vstupy. Teoretická část práce zahrnuje komplexní přehled o dlouhodobých cévních vstupech, jako jsou PICC a midline katétry, centrální žilní katétry a intravenózní porty, spolu s možnými komplikacemi a ošetrovatelskými postupy. V tomto kontextu byl řešen koncept mentoringu, včetně role mentora, různých fází mentoringu a používaných technik a zdrojů. Dále byl zdůrazněn význam mentoringu v adaptačním procesu a jeho aplikace v oblasti péče o cévní přístupy.

Tato diplomová práce má více cílů. Nejprve bylo dáno za cíl poskytnout ucelený popis vzdělávacího procesu pro nově přijaté zaměstnance v péči o cévní vstupy. Za druhé byla snaha identifikovat všechny překážky, které brání efektivnímu a efektivnímu školení nových sester v této specializované oblasti. Kromě toho se tato diplomová práce zaměřila na získání vhledu do pohledu školitelů i nových sester na školení zaměstnanců v péči o cévní vstupy. Nakonec byl proveden průzkum u sester, aby byly shromážděny jejich názory na proveditelnost rozšíření kompetencí pro zavádění midline katétrů v každodenní praxi.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že personál ošetrující pacienty s různými typy dlouhodobých žilních vstupů má možnost účasti na školicím kurzu, který je pravidelně pořádán kanyláčnickým centrem dané nemocnice. Kurz je primárně určen především pro sestry a lékaře pracující v nemocnici, kde kanyláčnické centrum sídlí. Do kurzu se ale mohou přihlásit i zdravotníci z ostatních nemocnic, aby se docílilo stejně správné péče napříč nemocnicemi. Účastníci kurzu mají možnost návštěvy pracoviště, kde si mohou vše vyzkoušet, popřípadě se doptat na všechno, co je k danému tématu zajímavé. Zdravotnický personál má jako další možnosti v rámci vzdělávání možnost účasti na celoustavních školeních a certifikovaných kurzech. Tyto programy zahrnují širokou škálu vzdělávacích aktivit zaměřených na zlepšování schopností zaměstnanců. Vedení nemocnic také pravidelně pořádá interní audity, které vedou k identifikaci nedostatků a pomáhají tak určit oblasti, kde mohou zaměstnanci postrádat potřebné dovednosti nebo znalosti, aby mohli efektivně vykonávat své role.

Mezi existující bariéry, jež brání rychlému a efektivnímu zaškolení jednotlivců, patří dle dotazovaných respondentů hlavně nedostatek mentorů, kteří by pomáhali zdravotníkům v nabývání zkušeností a zvyšování jejich kompetencí. Dalším významným problémem je nezájem jednotlivců o účast v kurzu či jiném školení, protože ne každý pocítuje potřebu

získávat nové informace a přebírat zkušenosti. Dalším významným faktorem je nedostatek časových možností zdravotníků, který souvisí s jejich aktuálním velkým nedostatkem.

I přes tyto překážky je zájem ze strany většiny zdravotníků velký. Lze tedy říct, že se zdravotníci chtějí vzdělávat a zvyšovat si své kompetence a znalosti. Což je jistě velmi přínosné pro vzkvétání zdravotnictví jako celku.

Výsledky empirické části diplomové práce budou použity pro autorův vlastní profesní rozvoj. Autor se bude snažit o jejich šíření a realizaci v praxi. Výsledky výzkumu mohou sloužit jako podklad nejen pro budoucí sestry mentorky, ale také pro všechny zdravotníky zajímající se o tuto problematiku.

POUŽITÁ LITERATURA

ARMSTRONG, Michael. *Řízení pracovního výkonu v podnikové praxi: cesta k efektivitě a výkonnosti*. Praha: Fragment, 2013. ISBN 978-80-253-1198-1.

BARTÁK, Jan a Milan DEMJANENKO. *Sociální andragogika: andragogika v procesu socializace člověka*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-247-3997-7.

CIPRO, Martin. *Psychoanalytické koučování: Vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5350-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

CHARVÁT, Jiří et al. *Žilní vstupy: dlouhodobé a střednědobé*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5621-9.

JOHNSON, W. Brad. *On Being a Mentor: A Guide for Higher Education Faculty*. DrAbingdon: Routledge, 2016. ISBN 978-13-173-6317-0.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-0130-6.

KRAJÍČEK, Milan. *Chirurgická a intervenční léčba cévních onemocnění*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-0607-8.

MUŽÍK, J. Využití marketingu v dalším vzdělávání. In MUŽÍK, J., RATAJ, M., BEDNÁŘ, V. *Vybrané aspekty marketingu dalšího vzdělávání*. Praha: Česká andragogická společnost, 2015. ISBN 978-80-905-460-2-8.

PECINA, Pavel a Lucia KRIŠTOFIAKOVÁ. *Vybrané aspekty výuky odborných předmětů a praktického vyučování na středních odborných školách*. Dubnica nad Váhom: VŠ DTI, 2021. ISBN 978-80-8222-032-5.

PILAŘOVÁ, Irena. *Leadership & management development: role, úlohy a kompetence managerů a lídrů*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5721-6.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.

ŘIHÁČEK, Tomáš; ČERMÁK, Ivo a HYTYCH, Roman. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

SOUČEK, Martin et al. *Naléhavé stavy z pohledu internisty: praktické postupy*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3336-9.

ŠPAČKOVÁ, Jana et al. Úloha mentora v řízení adaptačního procesu nlpz v oboru hematonekologie. In KISVETROVÁ Helena a Lenka MACHÁLKOVÁ (eds.). *Profesionalita v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, s. 54–55. ISBN 978-80-244-3292-2.

VÉVODOVÁ, Šárka, 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-4770-4.

Sekundární zdroje

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR (MZ ČR). Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2020, částka 5.

Odborné články

AHMED, Saifuddin et al. The impact of a nurse mentoring program on the quality of labour and delivery care at primary health care facilities in Bihar, India. *BMJ Glob Health*, 2019, 4(6), e001767. ISSN 2059-7908.

ANTOŇÁKOVÁ NEMČÍKOVÁ, Andrea a Eva BEDNÁROVSKÁ. Katérové infekcie krvného prúdu – vieme o nich všetko? *Klinická Onkologie*, 2017, 30(6), 405–411. ISSN 1802-5307.

DANIŠ, Lukáš. Cévní vstupy v geriatricii. *Geriatricie a Gerontologie*, 2020, 9(4), 61–65. ISSN 1803-6597.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. Klinický doporučený postup: ošetrování centrálních žilních vstupů u novorozenců a kojenců. *Pediatricie pro praxi*, 2018, 19(5), 296–300. ISSN 1213-0494.

FREELAND, S. Barbara a David J. DEMPSEY. Enhancing Nursing Students' Experience in the Assessment and Care of Vascular Access Devices. *Journal of the Association for Vascular Access*, 2014, 19(1), 17–20. ISSN 1557-1289.

GLAC, Tomáš et al. Indikátor kvality ošetrovatelské péče v prevenci infekce místa inzerce centrálního žilního katetru. *Florence*, 2016, 5, 1–3. ISSN 2570-4915.

HOOVER, Jerilyn et al. Mentoring the working nurse: a scoping review. *Human Resources for Health*, 2020, 18(52). ISSN 1478-4491.

CHAN, M. Kam et al. Clinical practice guideline on the prevention and management of neonatal extravasation injury: a before-and-after study design. *BMC Pediatrics*, 2020, 20, 445. ISSN 1471-2431.

CHARVÁT, Jiří. Žilní vstupy v intenzivní medicíně. *Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína*, 2016, 63(3), 6–19. ISSN 1214-2158.

JANGLAND E et al.: A mentoring programme to meet newly graduated nurses' needs and give senior nurses a new career opportunity: A multiple-case study. *Nurse Educ Pract*. 2021; 57:103233. doi: 10.1016/j.nepr.2021.103233

KAWAR, N. Lina et al. The Power of Mentoring Clinical Nurses: A Strategy to Advance Nursing Research. *International Journal for Human Caring*, 2021, 25(2), 100–109. ISSN 2578-2304.

KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK, 2013. Interpretativní fenomenologická analýza. In: ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy. Brno: Masarykova univerzita, s. 9-43. ISBN 978-80-210-6382-2.

MAŇÁSEK, Viktor. Dlouhodobé cévní vstupy – současná situace v ČR. *Medical Tribune*, 2013, 23(9), B1–B3. ISSN 1214-8911.

MITCHELL, L. Marion et al. Central venous access device Securement and dressing effectiveness: The CASCADE pilot randomised controlled trial in the adult intensive care. *Australian Critical Care*, 2020, 33(5), 441–451. ISSN 1036-7314.

MLINAR, Suzana et al. Knowledge of nursing students about central venous catheters. *Vojnosanit Pregl*, 2012, 69(4), 333–339. ISSN 2406-0720.

MORRIS, Y. Kent a Rita JAKOBSEN. Central venous catheter access and procedure compliance: A qualitative interview study exploring intensive care nurses' experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, 2022, 69, 103182. ISSN 0964-3397.

NOVICKI HNATIUK, Cynthia. Mentoring Nurses Toward Success. *Academy of Medical-Surgical Nurse*, 2013, 21(5), 9–11. ISSN 1092-0811.

OLAOLORUNPO, Olorunfemi. Mentoring in Nursing: A Concept Analysis. *International Journal of Caring Sciences*, 2019, 12(1), 142–148. ISSN 1792037X.

RENC, Ondřej, Vendelín CHOVANEC a Jan RAUPACH. Centrální žilní porty a jejich využití k zajištění dlouhodobého cévního přístupu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*, 2015, 25(3), 235–238. ISSN 1805-4412.

SVOBODA, Rodan. Audit kontroly rizik. *Interní auditor*. Praha: ČIIA v Praze, 2015, roč. 19(2), ISSN 1213-8274.

SMITH J., et al. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research, 2009

SPIPKOVÁ, Vladimíra a Barbora ZAVADILOVÁ. Mentoring jako prostředek podpory profesního učení studentů učitelství a učitelů. *Pedagogická orientace*, 2021, 31(1), 4–34. ISSN 1805-9511.

STICKLEY, Kimberly a Elizabeth RILEY. Nursing Mentorship: What Defines a Good Mentor? *ASBN Update*, 2020, 24(2), 20–21. ISSN 2688-0997.

SUTTLE, D. Rebecca et al. Central Line Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2019, 23(1), E10–E16. ISSN 1092-1095.

SÝKOROVÁ, Zuzana a Jana KOCOURKOVÁ. Pečujeme o port – jak na to v domácí péči. *Klinická onkologie*, 2020, 33(2), 52–53. ISSN 1802-5307.

SÝKOROVÁ, Zuzana. Intravenózní port – management péče. *Česká urologie*, 2014, 18(1), 24. ISSN 2336-5692.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Grada Publishing, 2015. ISBN 8024799642.

TAKASHIMA, Mari et al. Complication and Failures of Central Vascular Access Device in Adult Critical Care Settings. *Critical Care Medicine*, 2018, 46(12), 1998–2009. ISSN 1530-0293.

VALIŠOVÁ, Bohuslava. Aktuálně: Používání intravenózních portů. *Sestra*, 2014, 24(3), 37. ISSN 2336-2987.

ZAKOPČANOVÁ, Monika a GERLICOVÁ, Katarína. Přínos mentoringu z pohledu sester. *Zdravotnictví a medicína: měsíčník pro odborníky ve zdravotnictví, farmacii a ošetrovatelství*. 2014, č. 16, s. 24-25. ISSN 2336-2987.

ZAPLETAL, Ondřej, Lukáš SIROTEK a Oldřich COUFAL. Žilní vstupy v onkologii. *Rozhledy v chirurgii*, 2019, 98(11), 427–433. ISSN 1805-4579.

Internetové zdroje

ANDRLE, Michal. *Mentoringová kuchařka* [online]. Praha: Univerzita Karlova, 2014 [cit. 2023-05-30]. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/fakulta/absolventi/obrazky/mentoringova-kucharka-1.pdf>

AUSTRALIAN PRIMARY HEALTH CARE NURSES ASSOCIATION (APNA). *APNA toolkit for clinical and professional mentors* [online]. Melbourne: APNA, 2020 [cit. 2023-05-29]. Dostupné z: <https://www.apna.asn.au/files/DAM/1%20Education/TPP/APNA%20mentoring%20toolkit%202022.pdf>

DOBROVOLNÁ, Saša. *Mentoring nebo jen hodnocení?* [online]. Praha: Česká asociace mentoringu ve vzdělávání, 2014 [cit. 2023-06-01]. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/artefact/file/download.php?file=63062&view=8155>

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ (FN Plzeň). PICC, midline, porty a dávkovače. *Orak.fnplzen.cz* [online]. © 2023 [cit. 2023-05-25]. Dostupné z: <https://orak.fnplzen.cz/cs/node/2157>

KOLLER, Miroslav. Přínos mentoringu z pohledu sester. In: *Zdravi.euro.cz* [online]. 24. 9. 2014 [cit. 2023-05-20]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/prinos-mentoringu-z-pohledu-sester/>

POLEMIS, John. The GROW Framework. In: *Wp.nyu.edu* [online]. © 2023 [cit. 2023-06-02]. Dostupné z: <https://wp.nyu.edu/coaching/tools/grow-model/>

Sloupová-Bürgerová, Hana & Hudáčková, Andrea. (2005). Význam školních sester/mentorek pro zajištění kvality výuky na klinických pracovištích. *Kontakt*. 7. 45-46. 10.32725/kont.2005.009.

Společnosti pro porty a permanentní katetry (SPPK). *Doporučení Společnosti pro porty a permanentní katetry (SPPK) – Verze 1. Platnost od 6/ 2016* [online]. 2016 [cit. 2023-05-16]. Dostupné z: https://www.sppk.eu/data_4/soubory/61.pdf

STRATILOVÁ, Iva. *Manuál pro mentory* [online]. Praha: NPI, 2022 [cit. 2023-06-02]. Dostupné z: <https://vedemeskolu.npi.cz/wp-content/uploads/2022/09/1.Manual-pro-mentory.pdf>

ŠIMÁNKOVÁ Petra a Dagmar MASTILIAKOV. Postavení mentora v současné klinické praxi. In: *Florence.cz* [online]. 3. 2. 2014 [cit. 2023-08-13]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/1/postaveni-mentora-v-soucasne-klinicke-praxi/>

UNIVERSITY OF GLASGOW. *Mentoring GROW model* [online]. Glasgow: University of Glasgow, 2023 [cit. 2023-05-16]. Dostupné z: https://www.gla.ac.uk/media/Media_414501_smxx.pdf