

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství 3. LF UK



Kateřina Walterová

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

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

Bakalářská práce

Praha, květen 2022

Autor práce: Kateřina Walterová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoničková**

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

Předpokládaný termín obhajoby: 23. 6. 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne

Kateřina Walterová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Marii Zvoníčkové za čas a cenné rady, které mi poskytla během odborného vedení mé práce a za pomoc při organizaci tohoto pilotního projektu.

Dále bych ráda poděkovala náměstkyni Ústřední vojenské nemocnice Mgr. Lence Gutové, MBA za naprosto unikátní příležitost účastnit se pilotního projektu na Oddělení centrálních operačních sálů. Velké poděkování patří také Mgr. Miluši Bělíkové a Mgr. Veronice Kočárkové, které se podíleli na mém adaptačním procesu a na teoretické přípravě k práci na Oddělení centrálních operačních sálů.

Také bych chtěla poděkovat celému neurochirurgickému týmu za ochotu učit a za možnost si vyzkoušet něco naprosto nového. Bez podpory celého sesterského a lékařského týmu by tato práce nemohla vzniknout.

Zvláště bych chtěla poděkovat úsekové sestře neurochirurgického oddělení Bc. Michaele Zvěřinové, za otevřenost vůči novým zkušenostem se studenty na centrálních operačních sálech a dále za čas, který mi věnovala a za mnoho zkušenosti, které nyní mám.

Obsah

ÚVOD	2
1 TEORETICKÁ ČÁST	4
1.1 PERIOPERAČNÍ PÉČE	4
1.2 OPERAČNÍ PROGRAM	4
1.3 FÁZE PERIOPERAČNÍ PÉČE O PACIENTA	4
1.3.1 <i>Předoperační péče o pacienta</i>	5
1.3.2 <i>Intraoperační fáze</i>	11
1.3.3 <i>Pooperační fáze</i>	12
1.4 HISTORIE VZNIKU PERIOPERAČNÍ PÉČE	13
1.5 SPECIALIZOVANÁ ZPŮSOBILOST K VÝKONU POVOLÁNÍ PERIOPERAČNÍ SESTRY ..	15
2 EMPIRICKÁ ČÁST	19
2.1 METODIKA VÝZKUMU	19
2.2 SBĚR DAT	19
2.3 ETNOGRAFIE	19
2.4 AUTOETNOGRAFIE.....	20
2.5 PŘÍPADOVÁ STUDIE	21
2.6 OSOBNOST VÝZKUMNÍKA	21
2.7 ODDĚLENÍ CENTRÁLNÍCH OPERAČNÍCH SÁLŮ ÚVN	24
2.7.1 <i>Úvod – pilotní projekt</i>	25
2.7.2 <i>Praxe na oddělení Centrální sterilizace</i>	28
2.7.3 <i>První seznámení s kolektivem</i>	29
2.7.4 <i>První interpersonální komplikace a vyřešení situace</i>	32
2.7.5 <i>Moje první umytí se k výkonu</i>	35
2.7.6 <i>Okamžik, kdy jsem začala obíhat samostatně</i>	38
2.7.7 <i>Samostatné instrumentování u větších výkonů</i>	42
2.7.8 <i>Závěr a zhodnocení mého adaptačního procesu</i>	44
3 DISKUZE	45
4 ZÁVĚR	48
5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	49

Úvod

Vybrala jsem si téma pro svou bakalářskou práci „*Adaptační proces na oddělení centrálních operačních sálů v ÚVN*“, protože obor perioperační péče pro mě od začátku studia připadal velice atraktivní. Pro svůj výzkum jsem si zvolila metodu autoetnografické studie.

Cílem mé práce bylo popsat adaptační proces nového jedince na specifickém oddělení a jeho začlenění do týmu. Skvělou příležitostí byl pilotní projekt, kterého jsem se zúčastnila v Ústřední vojenské nemocnici pod zastřešením náměstkyně Ústřední vojenské nemocnice Mgr. Lenky Gutové, MBA. Na základě tohoto projektu, jsem se rozhodla napsat svou bakalářskou práci. Data do svého výzkumu jsem zaznamenávala formou psaných zpráv a následně jsem konkrétní situace použila do své bakalářské práce.

Tato bakalářská práce obsahuje dvě základní části. První část je teoretická, kde se zabývám tím, co je obor Perioperační péče. Tato kapitola obsahuje části, kde jsou teoreticky postupně popsány fáze péče o pacienta od jeho transportu na operační sál z oddělení, až po jeho odvoz po skončení operačního výkonu. Dále se v této kapitole zabývám popisem práce instrumentující sestry, obíhající sestry a anesteziologického týmu. Jsou zde také popsány komplikace spojené s operačním výkonem, polohování pacienta a bezpečnostní protokol. Je zde také stručně popsána historie vzniku oboru perioperační péče a specializační vzdělávání sester pro tento obor.

V empirické části se věnuji metodologii, kterou jsem se rozhodla využít k získání informací. Sběr dat probíhal zúčastněním se samotného adaptačního procesu na oddělení COS, a začleněním se mezi perioperační tým na oddělení neurochirurgie.

Svůj adaptační proces jsem zaznamenávala formou písemných zpráv a do své práce jsem použila pouze klíčové momenty, různé důležité situace, které se odehrály mezi mnou a kolegy a byly podrobně popsány. Adaptační proces trval několik měsíců, během kterých jsem se aktivně snažila zapadnout do prostředí a kolektivu a nakonec mohla samostatně vykonávat některé úkony. Ze své zkušenosti, pozorování a zhodnocení jsem vypracovala výsledky pro tuto práci.

Popisuji zde také samotnou výzkumnou metodologii – autoetnografickou studii, která mi dovolila popsat adaptační proces přímo očima zúčastněného jedince.

1 Teoretická část

1.1 Perioperační péče

„Perioperační péče je definována jako péče o pacienta před, během a bezprostředně po operačním výkonu.“ (Wichsová, 2013)

1.2 Operační program

Důležitou součástí a pomůckou pro obíhající sestru na sálech je operační program, podle kterého se řídí příprava sálů, instrumentária a organizace celých zdravotnických týmů. Může se stát, že tento postup se bude lišit v závislosti na nemocnici. Tyto informace se týkají konkrétně Ústřední vojenské nemocnice.

Operační program se sestavuje z informací, které jsou uvedené v příjmové knize. Sestavuje ho primář, přednosta nebo pověřená osoba a následně se program posílá vedoucím jednotlivých klinik. Operační program se posílá například přednostovi ARO, na sekretariát ARO, na sekretariát OCOS, vrchní a staniční sestře jednotlivých oddělení (lůžková část) a dalším souvisejícím pracovištím (oddělení zobrazovacích metod – RTG, MR, CT). Celá komunikace probíhá elektronicky a finální operační program se vytiskne na konečných odděleních. Je k dispozici vždy den předem a to platí pro pracovní dny od pondělí do pátku. O víkendu probíhají pouze akutní operační výkony.

1.3 Fáze perioperační péče o pacienta

Perioperační péče se poskytuje převážně na operačních sálech a poskytují ji perioperační sestry a anesteziologické sestry. Obecně ošetrovatelskou péči poskytovanou na úseku operačních sálů můžeme rozdělit do tří fází: (Wichsová, 2013)

1. Předoperační
2. Intraoperační

1.3.1 Předoperační péče o pacienta

A) Příprava pacienta před příjmem na operační sál

O tuto předoperační přípravu se stará sestra z oddělení, odkud je pacient přivezen. Vlasy by měl mít pacient zakryté čepičkou. Neměl by mít na sobě žádné šperky, hodinky, sponky nalakované nebo umělé nehty. Také v ústech by neměl mít vyjímateľný chrup nebo vyjímateľná rovnátka. Dolní končetiny by měly být vybandážované, kvůli prevenci vzniku tromboembolické nemoci. Sestra by měla dohlédnout, aby pacient byl před plánovaným výkonem vymočený (případně měl zavedený permanentní močový katétr) a byla provedená předoperační koupel. Pupeční jizva by měla být pečlivě vyčištěná, pokud jde pacient na operační výkon v oblasti břicha. Operační pole a jeho okolí by měl mít pečlivě ostříhané nebo oholené. Pro bezpečnou identifikaci musí mít na ruce identifikační náramek, a také, pokud jde o plánovaný výkon, by sebou měl mít dokumentaci. (Wichsová, 2013)

B) Převzetí pacienta na operační trakt

Pacient je převážen na sál ve svém lůžku v doprovodu sanitáře, sestry, lékaře nebo resuscitačního týmu. Kdo pacienta doprovází na sál je vyhodnoceno anesteziologickým rizikem podle kódu ASA (American Society of Anesthesiologists). Pacienti ve skupině ASA1 a ASA2 jsou bez komplikací a může je doprovázet pouze sanitář. U pacientů ve skupině ASA3 a více ve stabilizovaném stavu je nutný doprovod sanitáře a sestry. Pokud pacient vyžaduje neustálou intenzivní péči, tak jej doprovází sanitář, sestra i lékař, popř. resuscitační tým, pokud to pacientův stav vyžaduje. (Wichsová, 2013)

Ve vstupním septickém filtru je pacient předán personálu (sálovému sanitáři, anesteziologovi, perioperační sestře) operačních sálů do aseptické části. V této překládové zóně je pacient přemístěn ze svého lůžka na sálové lůžko (případně rovnou na desku operačního stolu), kterým je odvezen do předsálí. (Jedličková, 2021)

Při příjezdu do předšálí leží pacient svlečený, přikrytý prostěradlem, v základní poloze většinou na zádech. Na lůžku je jištěn bezpečnostním pásem přes stehna. (Wichsová, 2013)

C) Perioperační bezpečnostní protokol

Dalším důležitým krokem je provedení perioperačního bezpečnostního protokolu. V předšálí obíhající sestra pacienta pozdraví a představí se mu. Následně provede předoperační bezpečnostní proceduru (podle WHO). Sestra se ptá na: (Wichsová, 2013)

1. Jméno pacienta.
2. Předpokládaný operační výkon.
3. Na operovanou stranu, pokud zde hrozí záměna.
4. Kontroluje označení místa operace.
5. Zjišťuje alergie.

D) Činnosti anesteziologického personálu

Anesteziologický tým při příjmu pacienta na sál se znovu ptá na body 1-5. Navíc zjišťují informace o tom, zda je pacient premedikován, jestli nemá v ústech umělý vyjímátný chrup, jestli má odložené všechny kompenzační pomůcky (kontaktní čočky, naslouchadlo) a zda byla dodržena pravidla o příjmu potravy před výkonem (od půlnoci nejíst a nepít). Dále pacienta informuje, co se bude za okamžik dít, kontroluje dokumentaci a potvrzuje funkčnost přístrojů. Pokud se během výkonu budou používat krevní deriváty, odpovídá za jejich správnost. (Jedličková, 2021)

Jedna z dalších činností, kterou provádí anesteziologický personál, je zavedení permanentního močového katétru v případě indikace lékařem.

Zavedení permanentního močového katétru proběhne buď na oddělení, a pacient už s ním rovnou přijede, nebo přímo na sále. U mužů zavedení PMK provádí lékař (často anesteziolog), u žen a dívek od 10 let perioperační sestra nebo anesteziologická sestra. U dívek do 10 let lékař. (Wichsová, 2013)

Katetrizace pacientů se provádí z důvodu délky operačního výkonu. Délka konkrétního výkonu například stabilizace páteří se pohybují okolo tří až čtyř hodin, ale musí se počítat vždy s případnými komplikacemi a časovým prodloužením výkonu. Operace, které se provádějí v hlavové části (nádory, úrazy, aj.) trvají daleko déle.

E) Polohování pacienta na operačním stole

V závislosti na operačním výkonu se anesteziolog rozhoduje, kdy pacienta uvede do celkové anestézie. Pokud operační pole bude na přední části těla, je pacient intubován už na operačním stole. Pokud operace bude probíhat na zadní části těla, je intubován na zádech na překladovém lůžku a následně přemístěn operačním týmem a sanitářem na operační stůl. (Jedličková, 2021)

Po uvedení pacienta do celkové anestézie, polohujeme ho takovým způsobem, abychom respektovali fyziologii, stav pacienta, operační výkon a přání chirurga. (Wichsová, 2013)

Základní polohy na operačním stole

1. Na zádech

Pacient leží ve vodorovné poloze na zádech. Pro snížení rizika vzniku dekubitů jsou využívány gelové podložky. Jedna ruka je umístěna na podpěře pro potřeby anestézie a druhá leží podél těla. Dolní končetiny jsou fixovány bezpečnostním pásem nad kolena. (Jedličková, 2021)

2. Na boku

Pacient leží na pravém nebo levém boku. Spodní ruka leží na podpěře pro anestézii a druhá je zavěšená nebo umístěna do Schautovy podpěry. Oblast břicha a lopatek fixují zarážky. Spodní noha, je pokrčená a horní natažená. Dále nohy jsou fixovány bezpečnostním pásem v oblasti kolen. Gelovými podložkami se podloží všechna místa, kde hrozí během výkonu vznik dekubitů. (Jedličková, 2021)

3. Na břiše

V této poloze je důležité podložit pacienta v oblasti hrudníku a pánve, z důvodu zajištění správného dýchání. Hlava je umístěna na gelové podložce a ruce jsou zajištěné v podpěrách podél hlavy do tvaru svícnu. (Jedličková, 2021)

Polohu pacienta na operačním stole zajišťuje sálový sanitář. Pokud bude probíhat složitější operace, polohování pacienta se provádí operačním týmem. Také se stará o to, aby tělo bylo správně podloženo antidekubitními pomůckami. (Jedličková, 2021)

F) Činnost sestry instrumentářky před operačním výkonem

V předoperační fázi připravuje instrumentující sestra sterilní stolky s nástroji a obléká se do sterilního pláště a rukavic. Instrumentářka před příchodem na sál provede chirurgickou dezinfekci rukou, a obíhající sestra ji na stole připraví sterilní set pro konkrétní operaci. Uvnitř setu jsou sterilní pláště, stříkačky a jehly, standardní čepele na skalpel, odsávací hadice, tampóny a čtverce. Obsah setů se může mírně lišit, v závislosti k jaké operaci je určen. Na neurochirurgických sálech jsou sety pro operaci hlavy, páteře, subdurálního hematomu a krční páteře. Instrumentující sestra připravuje nástroje na instrumentační stolek a na odkládací stolek. Podle zákroku chystá operační techniku k výkonu, tj. pokud během operace bude chirurg používat mikroskop, musí instrumentářka provést sterilní přípravu tohoto přístroje. Po příchodu operačního týmu na sál, pomůže jim už sterilně oblečená instrumentářka se obléct do sterilních plášťů.

G) Činnost obíhající sestry před operačním výkonem

Před začátkem operačního výkonu obíhající sestra připravuje potřebná síta a doplňující pomůcky, provádí s pacientem předoperační bezpečnostní protokol, a informuje instrumentářku o případných alergiích na dezinfekční prostředky. Také obíhající sestra pomáhá instrumentáře se zavázáním jejího pláště a bezkontaktně podává sterilní rukavice na instrumentační stolek. Dále ji otevírá síta s instrumentáři, podává sterilní nástroje a průběžně vyplňuje perioperační dokumentaci, zaznamenává použité sterilní nástroje a další pomůcky. Obíhající sestra zavazuje pláště operačnímu týmu a likviduje nepotřebný materiál, aby na sále nic nepřekáželo.

Některá rizika spojená s operačním výkonem

1. Riziko dekubitů

Dbá se na to, aby během operačního výkonu při velkém tlaku na měkké tkáně, nedošlo ke vzniku dekubitů. Predilekčními místy jsou paty, kotníky, kolena, kyčle, sakrální krajina, ramena, lokty, temeno hlavy a další. Prevencí vzniku dekubitů je správné polohování pacienta na operačním stole a využití antidekubitních pomůcek. Běžnými pomůckami jsou gelové / nafukovací / pěnové podložky různých tvarů, polštáře, úchyty, zarážky, fixační pásy a jiné příslušenství. (Wichsová, 2013; Jelinková, 2021)

2. Riziko poškození nervů

Riziko poškození nervů může vzniknout nesprávným polohováním pacienta. Při špatném polohování jsou ohrožené tyto nervy: brachiální plexus, n. radialis, n. ulnaris, n. medianus a n. ischiadicus. Hrozbou jsou nejen komprese těchto nervů, ale i nestandardní polohy kloubů během operace, a tím utlačení některých nervů. Proto je zde nutné aktivní využití antidekubitních pomůcek. (Wichsová, 2013)

3. Riziko infekce

Další velmi důležitou částí je antiseptická kůže a krytí operačního pole sterilním krytím. Provádí se těsně před začátkem operačního výkonu sterilním tamponem a antiseptikem. (Wichsová, 2013)

Aby se předcházelo vzniku infekce, musí operační tým včetně všech pracovníků operačních sálů, mít jednorázové oblečení, čepice a ústenky. Pro operační tým je obzvláště důležité dodržovat zásady oblékání sterilního pláště a rukavic. (Jelínková, 2021)

4. Riziko popálenin

Také se musí dohlédnout na to, aby žádná dezinfekce nezatékala pod pacienta a tímto by mohlo dojít k chemickému popálení pokožky nebo elektrickému popálení při použití elektrokoagulace. (Wichsová, 2013, Jedličková, 2021)

4.1 Elektrokoagulace

Pokud je známo, že během výkonu se bude požívat monopolární elektrokoagulace, tak na tělo pacienta se umístí neutrální elektroda. Většinou to zajišťuje sálový sanitář při polohování pacienta na operačním stole.

Elektrokoagulace je speciální metoda, kdy při použití elektrického proudu vyvoláme v tkáni zvýšení teploty, a tím dojde k zástavě krvácení nebo k řezání tkáně. Aby se uzavřel elektrický obvod, je zapotřebí mít dvě elektrody. U monopolární elektrokoagulace je první elektroda pracovní (hrot, kterým pracuje chirurg), a druhá elektroda je neutrální. Tato elektroda je umístěna na těle pacienta, aby se při kontaktu s tkání během výkonu mohl okruh uzavřít a pacient nebyl v nechtěných místech popálen.

U bipolární elektrokoagulace je situace jednodušší, protože sám nástroj vypadá jako pinzeta a obě elektrody jsou u sebe, a při úchopu tkáně nebo zástavě krvácení dojde k uzavření elektrického okruhu.

Jako poslední krok před začátkem samotného operačního výkonu, je sterilní rouškování pacienta. Tuto část provádí operatér s asistujícím chirurgem nebo s instrumentářkou. Rouškami se pohybuje minimálně a před aplikaci na pacienta se neroztřepává. Nejdříve se rouškuje okolí rány, a pak periferie. Nikdy už uloženou roušku na pacienta neposouváme směrem k ráně, aby nedošlo ke znesterilnění nebo přenesení případných patogenů z kůže k místu operačního pole. (Wichsová, 2013)

1.3.2 Intraoperační fáze

Intraoperační fáze začíná v okamžiku, kdy je pacient zarouškován a připraven k operaci. Připraven musí být samozřejmě i operační tým. Nastává druhá bezpečnostní procedura (podle WHO): (Wichsová, 2013)

1. Všichni členové týmu uvedou své jméno a úlohu.
2. Zkontroluje se identita pacienta.
3. Zkontroluje se místo a typ operačního výkonu.
4. Zkontroluje se, že byla podána ATB (v době 60 minut před výkonem)

Dle standardů ÚVN je premedikace podávána 30 minut před operačním výkonem. Anesteziolog nebo anesteziologická sestra volají v předstihu na oddělení a informuje sestry, že pacient může být převezen na sál. V tu chvíli se pacientovi na oddělení podá antibiotika a naordinovaná premedikace.

Instrumentující sestra

Instrumentující sestra odpovídá za připravenost a sterilitu všech nástrojů a pomůcek, sleduje průběh operace a instrumentuje operatérovi na vyzvání / bez vyzvání / podle posunků, dokáže předvídat kroky operatéra a je na ně vždy připravená. Průběžně očišťuje použité nástroje a další pomůcky. Kontroluje sterilitu operačního pole. Vždy musí mít přehled nad počtem vrácených nástrojů a materiálů (před zahájením operace, v průběhu i na konci). Instrumentářka úkoluje

obíhající sestru, která obsluhuje operační tým a dodává potřebný materiál. Dále odesílá vzorky na vyšetření a vede perioperační dokumentaci. (Wichsová, 2013)

Obíhající sestra

Obíhající sestra se stará o celou perioperační dokumentaci během výkonu. V Ústřední vojenské nemocnici na začátku, při přívozu pacienta na sál, provádí jeho identifikaci. Zjišťuje jméno, příjmení, datum narození, případné alergie a dotazuje se, jestli pacient ví, jaký operační výkon ho teď čeká. Dále pomáhá instrumentující sestře s přípravou instrumentačních stolků. Podává sterilní nástroje a otevírá síta s instrumentáři.

Pomáhá oblékat operační tým a asistuje při rouškování operační elektrotechniky (např. mikroskop, CT, aj.). Po celou dobu operace se stará o organizační záležitosti jako jsou telefonáty, přivolání na sál pracovníka jiného oboru, odesílání vzorků do laboratoře. V nepřítomnosti sanitáře také zajišťuje elektrotechniku (např. na vyzvání lékaře musí umět nastavit elektrokoagulaci, zapnout a vypnout operační osvětlení nebo nastavit speciální funkce na mikroskopu). Během operace se stará o nepotřebné nástroje, které se musí buď po dekontaminaci umýt a vysušit, nebo připravit do autoklávu na sterilizaci na další použití.

1.3.3 Pooperační fáze

Instrumentářka potvrzuje, že použitý materiál a nástroje souhlasí, případně hlásí vzniklé problémy s vybavením sálu. Po probuzení z anestézie je pacient odvezen sanitářem a lékařem, nebo sanitářem a sestrou, na dospávací pokoj, nebo na oddělení mimo operační sály (standard, ARO, JIP). Do následné péče ho předává anesteziolog včetně jeho dokumentace. (Wichsová, 2013)

Na neurochirurgických sálech instrumentářka nahlásí obíhající sestře, že použité nástroje a roušky souhlasí. Ta vše pečlivě zaznamená do perioperační dokumentace. Zaznamenává také veškerý použitý materiál, včetně použitého

vybavení. Operatér, sálový sanitář a anesteziolog provádí po výkonu překlád pacienta z operačního stolu na překládový stůl, pokud se operace prováděla na břiše. Dále anesteziolog a anesteziologická sestra budí pacienta po výkonu. Jakmile je pacient kardiopulmonálně stabilizovaný, probíhá jeho převoz na dospávací pokoj nebo na oddělení JIP. Oddělení operačních sálů opouští pacient vždy v doprovodu lékaře. U výstupního filtru se předá pacientova dokumentace, včetně perioperační a anesteziologické.

1.4 Historie vzniku perioperační péče

Aby se sestra mohla stát perioperační sestrou musí projít následujícími etapami vzdělání.

Zpětně při pohledu do roku 1953 je zjištěno, že není nikde zdokumentováno, jaké vzdělání má mít sestra (instrumentářka) v perioperační péči. Teprve od roku 1954 nalezneme publikaci, která představila ucelené požadavky, které má splňovat sestra na operačním sále. Tato kniha vyšla v roce 1954, jejím autorem byl prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc. (český lékař působící v oboru všeobecná chirurgie) a v roce 1956 došlo k jejímu dalšímu vydání. (Kordulová, 2017)

Následně se začaly organizovat specializované vzdělávání ve školících pracovištích určených pro sestry, které chtěly získat specializaci. Toto vzdělávání trvalo dva měsíce, až půl roku a bylo organizováno školským odborem ministerstva zdravotnictví. (Kordulová, 2017)

Zájemkyně musely být kvalifikované zdravotní sestry s velkým zájmem o práci na operačních sálech. Podle vyhlášky č. 40/1953 Sb., o odborné způsobilosti a odborné výchově středních a nižších zdravotnických pracovníků, se mohla sestra přihlásit ke zkoušce ukončující specializaci až po splnění určitých požadavků. Sestra musela mít nepřetržitou praxi na oddělení chirurgických, ortopedických nebo gynekologických sálů. Sestry z menších chirurgických oborů

se musely prokázat pětiletou praxí na operačních sálech a nejméně půlroční praxí na chirurgickém sále. Zkouška se konala ústně, a po jejím složení obdržela každá sestra osvědčení o specializaci instrumentářky na operačním sále. (Kordulová, 2017)

Podle zákona č. 96/2004 Sb. každý zdravotnický pracovník je povinen se i nadále vzdělávat. Mezi první specializace patřilo instrumentování na operačních sálech. Sestry se posílaly do pomaturitního specializačního studia na základě doporučení primáře oddělení, účastnily se praktické a teoretické výuky v délce osmnácti měsíců. Studium se dělilo na dvě části, na část všeobecnou a odbornou. Ukončení studia probíhalo formou ústní a praktické zkoušky. Po úspěšném ukončení specializačního studia, se stala zdravotní sestra sestrou v úseku práce instrumentování na operačním sále. Cílem specializace bylo, aby absolventka ovládala veškerou instrumentační techniku při operačních výkonech. (Kordulová, 2017)

V Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků – IDV SZP (dnes Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů – NCO NZO), vznikla samostatná katedra, pro vzdělávání sálových sester, a tímto se odloučila od vzdělávání anesteziologických sester. Došlo i ke změně náplně práce sálových sester. Například, asistence při podávání anestézie přešla do kompetence anesteziologických sester. Specializační studium se řídilo vyhláškou ministerstva zdravotnictví ČSR č. 77/1981 Sb. o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. (Kordulová, 2017)

Specializační vzdělávání sester instrumentárek po roce 1989 probíhalo do roku 2004 podle uvedených norem po dobu osmnácti měsíců. Novinky ve výuce se zde projeví v oblasti dezinfekce a možnosti sterilizace, a také v stavebně – technickém zázemí operačních sálů. Tyto osnovy ale neobsahovaly žádné informace o endoskopických, laparoskopických a robotických operacích. Chyběly nové postupy a informace, které se týkaly obsluhy laparoskopické a endoskopické

věže, robotické chirurgie, využití staplerů pro břišní chirurgii a nové možnosti v ortopedii. V roce 2004 došlo ke změně náplně práce všeobecných sester pro perioperační péči vyhláškou č. 424/2004 a zákonem č. 96/2004. (Kordulová, 2017)

Od 01. 01. 1999 mají sestry, které pracují na operačních sálech, vlastní odbornou Společnost instrumentárek v ČR, která je členem Evropské asociace sálových sester (EORNA). Cílem je sjednocení pravidel a kompetenci sester v perioperační péči, aby ve všech zemích měly stejné kompetence a pravidla. (Kordulová, 2017)

1.5 Specializovaná způsobilost k výkonu povolání perioperační sestry

„Cílem specializačního vzdělávání v oboru Perioperační péče je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Všeobecná sestra pro perioperační péči, a to osvojením si potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností, návyků týmové spolupráce i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnou legislativou.“ (MZ ČR, 2020)

Důležitou podmínkou pro zařazení do specializačního programu v oboru Perioperační péče je podle zákona číslo 96/2004 Sb. získání odborné způsobilosti v oboru výkonu povolání všeobecné sestry. Průběh specializačního vzdělávání se uskutečňuje na oprávněném akreditovaném pracovišti, kterým může být zdravotnické zařízení, právnická nebo fyzická osoba, jimž byla udělena akreditace ministerstvem zdravotnictví podle zákona číslo 96/2004 Sb. Specializovaná způsobilost se získává úspěšným ukončením specializačního programu a absolvováním atestační zkoušky. (MZ ČR, 2020)

Vzdělávací program se skládá z ucelených celků – modulů. Každá část má určitý minimální počet hodin, který je stanoven vzdělávacím programem a je zakončen zhodnocením úrovně dosažených znalostí. Celkem program obsahuje

560 hodin teoretické a praktické výuky. Teoretická vyučovací hodina trvá 45 minut, a praktická 60 minut. Průběh se zaznamenává do logbooku. Tam se také zapisují omluvené absence, provedené výkony a průběh praxe. (MZ ČR, 2020)

Ve své bakalářské práci se zaměřím na popis praktické části specializačního vzdělávání. Obsah teoretických okruhů a povinných kapitol přednášek ve své práci nebudu zmiňovat.

Odborný modul 1

Odborný modul 1 (dále jen OM 1) se skládá ze 120 hodin teoretické výuky a 24 hodin praktické výuky. Praktická výuka se dělí na 16 hodin na oddělení sterilizace a 8 hodin na oddělení anestézie. Toto pracoviště nemusí být akreditované. První modul připravuje sestru na vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči o pacienta v perioperačním prostředí.

Studenti získají znalosti a dovednosti v předmětu veřejné zdraví a řízení lidských zdrojů, dále znalosti v předmětech, jako jsou ekonomika, management, řízení kvality a bezpečí, financování poskytovatelů zdravotních služeb, prevence dopadů negativních faktorů fyzické a psychické zátěže a role školitelky se zaměřením na operační sály. (MZ ČR, 2020)

Ukončením OM1 je písemný test nebo ústní zkouška a potvrzení provedených výkonů v logbooku. Způsob ukončení si vybere dané zdravotnické zařízení. (MZ ČR, 2020)

Odborný modul 2

Odborný modul 2 se skládá z 80 hodin teoretické výuky, 88 hodin odborné praxe na pracovišti perioperační péče, které nemusí být na akreditovaném pracovišti, a 40 hodin odborné praxe na akreditovaném pracovišti. Cílem je připravit všeobecnou sestru k péči o pacienta ve vybraných oborech: všeobecná

chirurgie, hrudní, kardiochirurgie a cévní, urologie, gynekologie a porodnictví, oční, ORL a dětská chirurgie. (MZ ČR, 2020)

Ukončením OM2 je písemný test nebo ústní zkouška a potvrzení provedených výkonů v logbooku. Způsob ukončení si vybere dané zdravotnické zařízení (MZ ČR, 2020)

Odborný modul 3

Odborný modul 3 se skládá z 80 hodin teoretické výuky, 88 hodin odborné praxe na pracovišti perioperační péče, které nemusí být na akreditovaném pracovišti, a 40 hodin odborné praxe na akreditovaném pracovišti. (MZ ČR, 2020)

Odborná praxe obsahuje absolvování oddělení: traumatologie, ortopedie, neurochirurgie, gynekologie a porodnictví, stomatochirurgie, plastické chirurgie a oddělení popálenin, včetně 16 hodin na dětském oddělení traumatologie, ortopedie a neurochirurgie. (MZ ČR, 2020)

Ukončením OM3 je písemný test nebo ústní zkouška a potvrzení provedených výkonů v logbooku. Způsob ukončení si vybere dané zdravotnické zařízení (MZ ČR, 2020)

V průběhu odborné praxe specializačního vzdělávání je přidělen účastníkovi školitel. Ten je zaměstnancem daného pracoviště a má specializovanou způsobilost v oboru Perioperační péče nebo Intenzivní péče a praxi minimálně 3 roky. Vypracovává studijní plán a plán praxe, který účastník musí splnit. Během přípravy k závěrečné zkoušce účastníka prověřuje a zkouší jeho znalosti, dovednosti a vědomosti. (MZ ČR, 2020)

Specializační vzdělávání Univerzita Pardubice – Navazující magisterský obor

Momentálně je Univerzita Pardubice jediným poskytovatelem navazujícího magisterského vzdělání pro obor Perioperační péče. Jedná se o kombinované studium, které standardně trvá dva roky. Po úspěšném absolvování specializačního vzdělání, získá absolvent titul Mgr. (Univerzita Pardubice)

Výuka je uspořádána formou blokové výuky, to znamená, že student se zúčastní dvou týdenních bloků, které probíhají od pondělí do pátku a pěti výukových pátků. Po celou dobu studia probíhá výuka cizího jazyka a studenti mají možnost se zúčastnit programu Erasmus. Jsou zde na výběr jazyky angličtina, němčina a ruština.

Výsledky studia se hodnotí formou kreditů, kdy standardně za rok studenti získají 60 kreditů. Je to součet za povinné, povinně volitelné a volitelné předměty. (Univerzita Pardubice)

2 Empirická část

2.1 Metodika výzkumu

Ve své bakalářské práci jsem využila kvalitativní výzkumnou metodu autoetnografie. Během svého adaptačního procesu jsem zaznamenávala vše, co jsem dělala, s kým a jak jsem komunikovala a jak jsem se při tom cítila do zpráv, které jsem využila ve své empirické části.

2.2 Sběr dat

Pro svůj výzkum jsem sbírala data v rámci pilotního projektu, který trval od května 2021 a následně, v mém případě, trval do března 2022 na oddělení Centrálních operačních sálů v Ústřední vojenské nemocnici. Praktikovala jsem na neurochirurgických sálech. Pilotní projekt vznikl nově na žádost náměstkyně ředitele Ústřední vojenské nemocnice Mgr. Lenky Gutové, MBA. S návrhem o zpracování této práce přišla PhDr. Marie Zvoníčková, která se podílela na organizaci a provedení tohoto projektu.

2.3 Etnografie

Etnografie je výzkumná metoda, která provádí analýzu sociálních skupin, institucí a společností. Má interpretativní charakter a jeho podstatou je subjektivní vnitřní popis prostředí, které zkoumáme. Výsledkem je holistický pohled do určitého prostředí. Výhodou etnografie je, že se jedná o otevřený, flexibilní a kreativní proces, který není přímo striktně kontrolován výzkumníkem. Etnografii můžeme také definovat, jako studium v přirozeném prostředí. Výzkum zahrnuje plno způsobů provedení. Může se jednat o pozorování, sběr dokumentů a dat, rozhovory a další. Důležitou součástí je zúčastněné pozorování, kdy výzkumník má přímou účast na dané události a navazuje vztahy se subjekty. Pozorovatel

dlouhodobě tráví svůj čas v terénu (ve zkoumaném prostředí) a zaznamenává veškeré události a pozorování. (Shevchuk, 2013)

Úskalím pro etnografickou studii je především získání přístupu do zkoumaného terénu. Sám výzkumník může ovlivnit výsledky studie svou povahou. Kvalita výzkumu závisí také na pečlivosti a úplnosti získaných poznámek z terénů. Je důležité, aby zde bylo poznamenáno, co výzkumník zažil, co slyšel, viděl a jak se při tom cítil. (Shevchuk, 2013)

Mezi slabé stránky tohoto výzkumu patří strach z nepřijetí do skupiny, pocit osamělosti a obavy z neúspěchu. Mezi výhody, které tento výzkum přináší, patří začlenění výzkumníka do týmu a pomoc při práci. Etnografický výzkum je často jediným způsobem, jak se dá porozumět určitým složitým sociálním, politickým a ekonomickým procesům. (Shevchuk, 2013)

2.4 Autoetnografie

Autoetnografie je velice zajímavá kvalitativní metoda, která vychází z postmoderní filozofie a nabízí mnoho možností, jak vyjádřit vlastní zkušenost. Psaní autoetnografické studie může být ale velmi složitým úkolem, protože tato forma studie zdůrazňuje otázky objektivity, kvality nasbíraných dat, legitimacy a etiky. Proto se tato výzkumná metoda může nakonec stát velice obtížnou. Pokud překonáme tyto problémy, může autoetnografická studie vést k vytvoření vynikajícího textu. (Wall, 2008)

Pojem autoethnografie můžeme chápat jako „auto“ – já, „ethno“ – sociokulturní souvislost a „grafie“ – výzkumný proces. Někteří považují osobní vyprávění za totéž, co autoetnografií, jiní zas přistupují k této metodě, jako propojení základů z literatury s osobním vyprávěním, a tímto ji odůvodňují, jako jakoukoli jinou formu výzkumu. (Wall, 2008)

Data v etnografickém výzkumu tradičně získáváme formou rozhovorů, pozorování, zaznamenávání do deníků, analýzou dokumentů a artefaktů. Zdroje dat, k nimž autoetnografové většinou přistupují, se drží těchto možností. (Wall, 2008)

2.5 Případová studie

Jednotkou případové studie je „případ“, tím se rozumí hlavní předmět výzkumu v rámci studie. Patří k základním výzkumným designům. Obvykle se jedná o konkrétního jedince, organizaci, komunitu, proces nebo postup. V rámci sociální jednotky můžeme sledovat vztahy mezi osobami, událost, fungování instituce nebo nějaký zajímavý jev. Pojem případová studie se špatně definuje vzhledem k mnoha koncepčním přístupům, mnoha konkrétním aspektům, které se v rámci určitého aspektu sledují. (Mareš, 2015; Švaříček, 2007)

Takovou studii můžeme provádět mnoha metodami např. pozorováním, rozhovory, dotazníky, analýzou dokumentace a jiné. Ta se snaží zachytit a porozumět pozorovanému případu v kontextu reálného života a dosáhnout jeho porozumění. Jedním z rysů případové studie je čas. Pokud má případová studie splnit svůj účel, je na to potřeba velké množství času. Provádět výzkum tohoto typu znamená, že se objekt nachází přímo v centru dění, kde čerpá informace přímo ze zdroje a následně je zaznamenává.

2.6 Osobnost výzkumníka

Na úvod bych chtěla představit sebe, a proč studuji obor všeobecná sestra. Dále bych se zmínila o své praxi v Ústřední vojenské nemocnici, a proč jsem se zúčastnila pilotního projektu „Adaptační proces na oddělení centrálních operačních sálů“. V této studii se odráží mé vlastní zkušenosti, pocity a celkový přístup k tomuto oboru.

Jako velký bonus ke své budoucí profesi vnímám to, že nejsem původem z České republiky. Rodinné kořeny mi sahají do Polska, Ukrajiny a Běloruska. Žiji na území Čech téměř celý svůj život a za tu dobu se pro mě čeština stala mým druhým rodným jazykem. Jsem vděčná za možnost mít srovnání a různý pohled na zdravotnictví ve dvou různých světech. Velkým krokem pro naši rodinu bylo samotné odhodlání vycestovat do České republiky. Pro země třetího světa jsou potřeba víza, která se složitě získávají. Trvalo nám dlouhých deset let, než jsem získala české občanství. Tímto se mi otevřely nepředstavitelné životní možnosti, jako je například studium na prestižní univerzitě, možnost cestovat do zahraničí a získávat nové mezinárodní zkušenosti. Tomu předcházelo spoustu překážek, ale nejdůležitější a nejobtížnější bylo se naučit český jazyk.

Kulturní šok mě očekával, už když jsem nastupovala zde, v Čechách, do školy s minimální znalostí jazyka. Byla to třetí třída a zpětně si uvědomuji, jak bezproblémově jsem zapadla do kolektivu českých dětí. Jazyk jsem se naučila rychle, do půlroku jsem byla schopná (už) česky mluvit, číst a psát.

Už na konci základní školy jsem se rozhodovala, jestli mám nebo nemám jít na sestru, dokonce jsem podala i přihlášku na střední zdravotnickou školu. Ale rozhodla jsem se jít dál studovat gymnázium. Byl to gymnázium se zaměřením na přírodní a humanitní vědy, takže v tu chvíli jsem se přikláněla k biologii víc, než k humanitním vědám. Často jsem přemýšlela nad tím, zda jsem udělala dobře, že jsem nenastoupila na střední zdravotnickou školu, nebo jestli jsem se do zdravotnictví měla vrhnout hned.

Během studia v gymnáziu jsem se ocitla v kruhu lidí, kteří se hodně zajímali o biologii, zdravotnictví a medicínu a viděli svou budoucnost v těchto oborech. Tímto jsem se ještě více utvrdila v tom, že rozhodně chci pokračovat v tomto směru.

Vybrala jsem si obor všeobecná sestra, protože je to nádherný pestrý obor se spoustou možností. Klíčovým faktorem při mé volbě byla touha pomáhat

lidem. Navíc profese sestry je velice ušlechtilé povolání, které přináší spoustu možností.

Při výběru fakulty jsem měla téměř okamžitě jasno. Chtěla jsem studovat na univerzitě bakalářský obor Všeobecná sestra, a v té době pouze dvě lékařské fakulty v Praze nabízely možnost studia. Byla to 2. lékařská fakulta, která nabízela studium oboru v kombinované formě, a 3. lékařská fakulta, která naprosto splňovala všechny mé požadavky. Chtěla jsem studovat bakalářský obor, protože mi to do budoucna dává více možnosti se seberealizovat a pokračovat v dalším studiu.

Stanovila jsem si cíl, že se na 3. lékařskou fakultu prostě musím dostat. Proto jsem jako motivaci podala přihlášku pouze sem. Žádná jiná možnost „B“. Musela jsem nejdříve zvládnout přijímačky a přijímací pohovor. Připravovala jsem se důkladně, abych nic nepodcenila. Konkurence byla velká, ale nikdy nezapomenu na okamžik, kdy se mi ve školním informačním systému objevilo slovo „Přijata“.

Byla jsem zařazena do kruhu, který spadá pod Ústřední vojenskou nemocnici. Téměř celé tři roky jsem praktikovala na různých odděleních v této nemocnici. Každá praxe byla pro mě naprosto skvělou zkušeností, kterou bych nejspíš nezískala nikde jinde. Pro každou začínající sestru jsou často velkým strachem odběry krve a zavádění periferních žilních katétrů. Tady nám fakulta a nemocnice umožnili praxi navíc ve specializovaných odděleních, kterými byli odběrová centra, oddělení magnetické rezonance a počítačové tomografie. Zde jsme mohli před začátkem praxe pod dohledem zkušených sester překonat tento prvotní strach. Musím podotknout, že vždy se k nám na praxích chovali moc hezky a nikdy jsem se necítila jako „páté kolo u vozu“. Nikdy jsme nebyli vrženi do služeb bez odborného dohledu. Pokaždé jsme měli přidělené mentory a mentorky, které nás provázely po celou dobu naší praxe.

Měla jsem spoustu příležitostí podívat se na různá oddělení. Často v rámci jedné praxe nám bylo umožněno navštěvovat i jiná pracoviště. Při této příležitosti

jsem se dostala několikrát na zákrovové a operační sály. Předtím jsem přemýšlela hodně o tom, co obnáší práce na sálech a že by to mohlo být to pravé oddělení pro mě.

Ve druhém roce studia vznikl pilotní projekt, který dával možnost studentům, které zajímá obor Perioperační péče, zúčastnit se adaptačního procesu na centrálních operačních sálech v Ústřední vojenské nemocnici. Byl to naprosto nový projekt, který byl schválen náměstkyní ÚVN. Byla to nabídka hlavně pro studenty, kteří zde praktikují a mají zájem o obor.

Vybrala jsem si tento projekt, protože to byla jedinečná příležitost, kdy máme dostatek času a prostoru se částečně ponořit do tohoto oboru ještě před dokončením studia, a vyzkoušet si něco odlišného, než jsme byli do teď zvyklí.

Na začátku jsem váhala s výběrem konkrétního oboru, kterému bych se chtěla věnovat. Vybírala jsem mezi klasickou chirurgií a neurochirurgií. Situace se složila nakonec tak, že když jsem chtěla prvně na chirurgii, tak tam pro mě nebylo místo. Úseková sestra z neurochirurgie se ke mně přihlásila, že by mě do svého týmu chtěli, proto jsem se konečně rozhodla. Později se samozřejmě místo na chirurgii našlo, ale už jsem byla pevně rozhodnutá zůstat na neurochirurgických sálech a myslím si, že to bylo to nejlepší rozhodnutí.

2.7 Oddělení centrálních operačních sálů ÚVN

Oddělení centrálních operačních sálů se skládá z několika úseků. Jsou to sály chirurgické, neurochirurgické, ortopedické a traumatologické, urologické a gynekologické. Na oddělení se vstupuje přes filtr, kde si personál musí odložit venkovní oblečení včetně bot a převléct se do jednorázového sálového oblečení.

Vstupujeme do čisté části, je to dlouhá chodba, která slouží pro personál. Jsou tam denní místnosti pro anestézii a pro každý úsekový tým. Samozřejmě se

od filtru můžeme dostat i do „špinavé“ části, touto chodbou se přiváží na sál pacienti a jsou zde zároveň filtry pro materiál, odpad a další sklady pro materiál.

Každý obor má k dispozici dva operační sály, kromě urologie a gynekologie, tyto obory jsou spolu a každý z nich má svůj sál. Neurochirurgie má k dispozici, kromě těchto dvou sálů, ještě sál multifunkční, který se nachází v budově C a menší zákrokový sál, který se nachází o patro níže.

Než se vstoupí přímo na sál, musí se projít substerilizace. Je to místnost, která se nachází mezi sály, a můžeme z této místnosti přes okna vidět do obou sálů. Popisovat budu nyní neurochirurgické sály, kde jsem praktikovala, ale na ostatních sálech je to obdobné. Nachází se zde skříň se sterilními sítý s instrumentáři, skříň s nástroji, které jsou balené zvlášť, dále stůl s umyvadlem na umytí nástrojů a autokláv. Dále zde najdeme skříň s implantáty (šrouby, tyče, klece, matice, a jiné). Každý sál má vlastní umývárnu pro lékaře, jsou zde umístěné i rentgenové štíty. Na sálech najdeme většinou veškerou techniku, kterou může lékař během výkonu potřebovat. Je to například mikroskop, exoskop, na jednom sále je i mobilní CT.

Pro materiál na doplnění se chodí do sterilního skladu. Je to místnost téměř naproti substerilizace. Nachází se zde síta, která nejsou využívána tak často, anebo síta, která se už nevejdou do skříně v substerilizaci. Dále zde jsou dezinfekce na doplnění, šití, předpřipravené sety, rukavice. Můžeme říct, že je zde veškerý zabalený sterilní materiál.

Existuje zde i nesterilní sklad, kde se nachází mrazák pro vzorky z oddělení, pro úschovu části kostí po dekompresích, kranioplastikach a odstavené nepoužívané přístroje.

2.7.1 Úvod – pilotní projekt

Důležitým momentem a prvním milníkem v empirické části své práce bych chtěla zdůraznit, že jsme první ročník, který dostal nabídku práce na oddělení tohoto typu. Pro mnoho z nás to byla naprosto jedinečná příležitost a skvělá zkušenost si vyzkoušet práci na oddělení jiného typu, než na kterém jsme praktikovali doposud během studia. Po nabídce práce na sálech, jsem byla plná emocí. Moc jsem se těšila, ale zároveň jsem se obávala, že dobře nezapadnu do týmu, nebo že mi to vůbec nepůjde. Očekávala jsem, že začátky budou hodně těžké, protože je to úplně něco jiného, než na co jsem byla do teď zvyklá.

Začalo to tak, že jsme dostali nabídku práce na oddělení centrálních operačních sálů v ÚVN. Jelikož už se od začátku se přikláním k tomuto směru, tak mi to přišlo jako naprosto skvělá příležitost.

Začala bych procesem zaškolení. Nejdříve jsme začínali s teoretickou přípravou. Je to standardní proces, kterým si prochází každý nový pracovník. Probíhalo to formou přednášek a návštěv operačních sálů. Zaškolovala nás paní Mgr. Miluše Běliková a celý tento proces pak měl být ukončen teoretickou zkouškou. Přednášky byly strukturované tak, aby nám to dalo co největší teoretický přehled o tom, co to je práce na sálech a jak to tam funguje. Přednášky také obsahovaly kapitoly o nástrojích, které se během operace používají, šití, rouškování a také chirurgické mytí plus oblékání se do sterilních plášťů a rukavic. Bylo naprosto skvělé, že jsme si to mohli i sami na sobě vyzkoušet. Teorie probíhala tak, že jsme se scházeli v učebně v budově ředitelství ÚVN. Zde jsme měli přibližně čtyři hodiny teorie a následně jsme si to šli vyzkoušet na sál. Dostali jsme k prostudování od ÚVN knihy, které se týkaly perioperační péče a standardy nemocnice.

12. 5. 2021 – Dnes jsme měli první teorii. Probírali jsme zákony (zákon číslo 96/2004 Sb., vyhláška č. 55/2011Sb.), vědomosti perioperační sestry, stavební uspořádání sálů, provozní řád, hygienické požadavky a vyjasnili jsme si pojmy jako je asepse a antisepte. Následně po teoretické části jsme šli poprvé na sály. Bylo to fantastické pohybovat se v tak specifickém prostředí. Pamatuji si, jak

jsme se rozdělili do dvojic, a já šla poprvé na neurochirurgický sál. A říkala jsem si: “Ano, přesně tohle chci dělat!”. Tady jsme si zopakovali teorii, hlavně jak vypadá rozložení sálů, že zde máme rozdělené chodby na čistou a špinavou část, že vždy před příchodem na sál musíme projít filtrem, kde se pokaždé musíme řádně upravit dle standardů COS.

17. 5. 2021 – Dnes jsme měli druhou část teorie. Sešli jsme se opět ráno v budově ředitelství ÚVN. Dnešními tématy byly dezinfekce a sterilizace. Toto téma je často velice probírané. Ve škole máme každý rok přednášky a semináře na toto téma. Tak jsme si opět vše zopakovali, co je to ta dezinfekce a sterilizace, jaký je mezi tím rozdíl. Každou přednášku jsme dostávali také materiály k prostudování, konkrétně to byly všeobecné pracovní postupy ÚVN (standarty). Dnes jsme ještě probírali velkou kapitolu o nástrojích. Samozřejmě to bylo obecné, protože každé oddělení je specifické a používá kromě základních nástrojů svá specifická, která se pak sestra naučí až v průběhu svého adaptačního procesu. Pak jsme šli uplatnit své znalosti na sál. Velice přínosná pro mě byla návštěva skladu s nástroji, kde jsme se naučili teorii na začátku dne a pak jsme se přímo šli podívat na nástroje a "osahat" si je. Líbilo se mi, jak jsme si mohli vyzkoušet navléknout niť do jehly pomocí jehelce, nebo zkoušeli otvírat a zavírat peány jednou rukou.

19. 5. 2021 – Dnes jsme se zabývali přístrojovým vybavením operačních sálů. S jakými konkrétními přístroji se můžeme setkat na COS v ÚVN. Dále jsme probrali téma šití, kde jsme si vysvětlili, jaké máme typy jehel a k čemu a kdy se používají. Pak jsme si řekli něco o vláknech. Viděli jsme to v prezentaci, ale stejně člověk to pořádně pochopí až na sálech a až to bude aktivně používat. Následující velkou kapitolou bylo rouškování. Řekli jsme si, že existuje mnoho typů rouškování pro různé operace a pak, co je jejich obsahem. Na dnešní teorii jsme si mohli vyzkoušet obléknout se do sterilních plášťů, nebo obléknout svou kolegyni. Na výuku jsme měli připravené i sterilní rukavice pro každého a mohli jsme si procvičit nasazování sobě nebo navzájem.

14. 6. 2021 – Dnes byla poslední teoretická hodina, zúčastnil se nás tentokrát menší počet. Probírali jsme témata funkce a role obíhající sestry a instrumentárky.

Tato teorie trvala čtyři dny a přišlo mi to opravdu užitečné. Jako takový před úvod, než nastoupíme sami na vybraný sál.

2.7.2 Praxe na oddělení Centrální sterilizace

Jako další součást adaptačního procesu jsme měli povinné školení (praxi) na oddělení Centrální sterilizace. Toto oddělení se nachází hned pod COS v -1 patře. Mohla jsem se tam dostat výtahem z oddělení sálů. Toto školení jsme si ale už domlouvali každý sám, aby nás tam nebylo moc v jeden den. Tam jsme tedy docházeli každý zvlášť po dobu tří dnů. Cílem této praxe je seznámit novou sestru i s tímto pracovištěm, protože ji to pak dá větší přehled nad tím, proč a jak se co dělá s nástroji, které pak sama bude aktivně používat v praxi.

První den jsem byla v té "špinavé" části, kam se svázejí použité během výkonů nástroje. Mým úkolem bylo nástroje vyndat a pořádně je umýt, aby nikde nezůstaly zbytky biologického materiálu. Pak se tyto nástroje složily zpět do sít a poslalo se to do speciálních myček. Velice důležité bylo síta označit čísla, protože až se to celé umyje, tak aby sestry v "čisté" části je mohly správně vrátit do svých kontejnerů. Po uplynutí doby potřebné na řádné umytí, což bylo okolo hodiny, se myčka s čistými nástroji otevřela ale už z druhé strany místnosti, v tzv. čisté části. Tam byla tedy už ta "čistá" strana, kde sestry převzaly čisté nástroje, které pak musely poskládat do původního stavu a složit je do síta podle fotografií a seznamu na počítači. Důležité je, aby počet nástrojů seděl. Když něco chybělo, musela se prohledat myčka, nebo se volalo na sály a dohledávalo se to, aby nedošlo k ponechání nástroje například v pacientovi. Tento den jsem přišla do kontaktu s opravdu velkým množstvím nástrojů a bylo to naprosto fascinující, a už jsem si říkala co to je, jak se to používá a na co. Musím říct, že mi v tu chvíli hodně pomohla úvodní teorie, protože jsem už měla jakési základní přehled o nástrojích.

Sestry byly velice ochotné a v průběhu práce jsem se jich mohla ptát na názvy nástrojů.

Druhý den jsem byla už v čisté části. Přišlo mi to zajímavější, protože jsem už skládala nástroje do síta a mohla jsem se dívat na seznam nástrojů a na fotografie v systému, kde jsem se mohla dočíst, jak se jmenuje jaký nástroj a jak vypadá. Nebyly tam nástroje jenom z COS, ale i z dalších chirurgických oddělení například stomatochirurgie, ORL, atd. Dále se tu balili zvlášť nástroje, které se používají na interních odděleních. Byly to například sterilní pinzety, nůžky, ostré lžičky, tyto nástroje se nebalí do sít, ale samostatně, a následně se posílají (po sterilizaci) zpět na příslušné oddělení. Pak se zabalené nástroje v sítěch načtou do počítače, „zazámkuje“ bezpečnostními zámečky a pošlou se do autoklávů. Tam se tyto nástroje definitivně vysterilizují a pak se pošlou zpět na oddělení. Třetí den jsem byla zas v čisté části. Práce tam byla pro mě zajímavá a myslím si, že na začátek mi opravdu hodně dala.

2.7.3 První seznámení s kolektivem

Druhým milníkem mého adaptačního procesu, a vnímám to, jako naprosto podstatný bod, bylo první setkání s kolegou, který mi pomohl se na sálech v klidu zorientovat. Pomohl mi také navázat kontakt s týmem a lékaři. Je to důležitý moment, protože kdybych narazila na pracovníka, který by mě odbyl, možná bych si ještě účast v tomto projektu nebo dokonce oddělení, na které bych do budoucna chtěla nastoupit, rozmyslela.

Po dokončení tohoto školení přišla už ta těžší část, a to je školení na svém sále. Vybrala jsem si oddělení neurochirurgie. V době kdy jsem nastupovala, tak probíhala odstávka horních sálů, z důvodu úklidu, dezinfekce, výměny podlah atd. Proto jsem měla skoro každý den směny na multifunkčním neurochirurgickém sále číslo 12 (budova C). První den jsem před směnou měla velké obavy, že to nenajdu a že nezapadnu do týmu. Ale byla jsem velice příjemně překvapena, jak se mě celý tým ujal. Ráno jsem dorazila k sálu číslo 12 budoucí kolega na mě

hned, kdo jsem a co tam dělám. Tak jsem se představila a vysvětlila jsem mu celou situaci narovinu, jak to s tímto projektem je. (To jsem první tak dva týdny dělala několikrát za den, ale o tom později.). Ujal se mě kolega J., který dostal pokyn od úsekové sestry mě naučit úplně všechno. Zároveň jsem musela překonat hned několik věcí, zaprvé, neznámé prostředí a za druhé, neznámí lidé. Musela jsem se všem představovat a vysvětlovat, kdo a proč tam jsem několikrát denně. Dokud mě tam neznal snad úplně každý. Doktorům jsem byla představována kolegou stylem “Dobrý den doktore, už jste viděl naši novou sestřičku?”, bylo to vtipné a takové odlehčující v tu chvíli, protože jsem občas nevěděla, jak začít a to hlavně první dny na úplném začátku. Časem jsem se už více zvykla a už mi nedělalo problém se představovat novým lidem. Ale jsem velice šťastná, že kolegové mě vzali rovnocenně a neměli nic proti tomu, že tam jsem, že tam budu za nimi chodit a učit se jejich práci, naopak mi přišlo, že byli rádi, že tam jsem. Myslím si, že jsem si tam sedla s naprosto každým a to i včetně lékařů i sanitářů.

Důležitým momentem pro mě bylo to, že jsem se ostatními pracovníky na oddělení cítila přijímaná. Nejhorší by bylo, kdyby se mi nikdo nevěnoval a celou praxi bych stála někde v koutě, abych nepřekážela. To se naštěstí nestalo. Byla jsem překvapená, že i lékaři se ke mně chovali hezky. Nevzpomínám si, že by nastala situace, kdy by mě ignorovali, nebo neodpověděli na mé dotazy. Během operačních výkonů, jsem se mohla kdykoliv zeptat na vše, co mě zajímalo.

Nejdříve jsem se na sále musela zorientovat. První den mi kolega J. ukázal sál a všechny prostory na multifunkčních sálech. Ukázal mi sklad a vysvětlil, co kde leží. Teď už jen si to zapamatovat! Proto jsem taky chodila za každým, abych vše viděla a věděla.

Základem úspěchu na sálech a při obíhání instrumentářky je vědět co hledáš a kde to najdeš. Musíš vědět, jak to vypadá a hlavně nějaký nástroj může mít i několik názvů, které se používají. Dalším bodem úspěchu je, jak jsem na to pak časem přišla, vědět jak se co zapíná a kde. Jsem ráda, že mi dávali takový

prostor a možnost si cokoliv vyzkoušet. Tím si to nováček nejlépe naučí. Nikdo mě nevnímal v roli sanitářky, ale v roli rovnocenné sestry.

Na začátku jsem se musela naučit vyplňovat perioperační dokumentaci. Což je speciální formulář, kde obíhající sestra zaznamenává průběh operace. Konkrétně zapisuje tam informace o pacientovi (alergie, případně vzniklé nežádoucí události - perioperační dekubit, atd.), pomůcky, které se během výkonu použili (šití, implantáty, rouškování,...), lepí se tam indikátorové štítky ze sít, aby bylo možné prokázat, že se použily pouze sterilní materiály, název a čas začátku operace, kdo ji provádí (lékař, instrumentářka, sanitář). Zaznamenává se tam poloha pacienta během výkonu, místo nalepení neutrální elektrody a hlavně na konci se musí poznamenat, jestli souhlasí počet roušek a nástrojů ke konci výkonu.

Další formulář se týká předoperační bezpečnostní procedury před provedením incize. Na každý list se musí nalepit štítek s identifikačními údaji o pacientovi a dále se tu nás ptají, kdo se účastní operace, jestli byla ověřena identita pacienta, jestli proběhlo ověření a označení operačního pole, jestli byla podaná profylaktická antibiotika, zda je potvrzená sterilita a zda je veškeré vybavení funkční.

Na třetí a poslední formulář se zas nalepí štítek pacienta a zaškrtně se veškeré technické vybavení, které bylo během operace použito (operační stůl, ohřívač roztoků, odsávačka, koagulační přístroj, atd.). Dále jsem se naučila provádět bezpečnostní pohovor s pacientem. Vždycky, když pacienta přivezli do předsálí, tak jsem si z jeho dokumentace vzala štítky a na nich jsem si poznamenala číslo chorobopisu, výšku a váhu a i alergie. Potom jsem šla za pacientem, kterému jsem se nejdříve představila a pak jsem se ho zeptala na jméno a datum narození. Pro ověření jsem se ještě jednou ptala na alergie a i na výkon, se kterým přichází na sál.

Dále jsem chodila za sestřičkami a koukala na “standardní” přípravu sálu a pomůcek před operačním výkonem, které musí mít vždy po ruce. Na sále vždy

stojí připraven kovový stojan, na kterém jsou košíky, a v nich vždy najdeme: nahoře - peroxid, Chlorhexidine, Ringerův roztok, roztok NaCl, Braunol, sterilní fixy, nesterilní fixy a neostře nůžky na otvírání láhvi s vodou nebo peroxidem. Na sále číslo 12 je menší změna, tam se ještě používá Octenisept (dezinfekce při operaci na adenohipofýze) a nepoužívá se roztok NaCl, pouze Ringerův roztok na všechny výkony. Je to proto, že na sále 12 (multifunkční sál) se převážně operují hlavy a nádory a právě na tyto výkony se musí použít pouze Ringerův roztok. Nahoře na sálech 5 a 6 se dělají také hlavy, ale i stabilizace páteří.

Ringerův roztok se používá na operace mozku kvůli odlišným vlastnostem oproti klasickému fyziologickému roztoku (0,9% NaCl). Ringerův roztok je izotonický fyziologický roztok, který obsahuje kromě sodných a chloridových iontů draselné a vápenaté. Lépe simuluje složení krevní plazmy právě kvůli dodaným draselným a vápenatým iontům. Standardní fyziologický roztok obsahuje elektrolyty sodíku 154 mmol/l a chloridu 154 mmol/l. Ringerův roztok má menší koncentraci sodíkových elektrolytů 147mmol/l, dále obsahuje draslikové elektrolyty 4 mmol/l, vápníkové 2,2 mmol/l. (B. Braun)

Můj školitel J. mě naučil pořádně základy, na kterých jsem mohla začít dál stavět. Od otevírání kovových víček na roztocích, otevírání šití a nástrojů, mytí nástrojů až po orientaci v sítěch a přípravě všech potřebných věcí k operaci. Dalším krokem bylo naučit se pořádně názvy nástrojů. Vědět co je Lorenz, chitella, prolan, raspatorium, kerison, atd. Dále orientovat se v šití, vědět co donést, když se řekne Chirlac, podkoží, kůže dvojková či trojková, silon, Maxon a v jakých případech se to používá, abych tyto věci už měla předem připravené. Časem, když už je člověk v tom víc zblhlý, už automaticky ví, kdy a co má podat.

2.7.4 První interpersonální komplikace a vyřešení situace

Samozřejmě ne s každým jsem si sedla na první pohled. Nastala i situace, kdy jsem nebyla jednou kolegyní na začátku přijímaná. Ale než jsme se s ní osobně setkaly, byla jsem na ni upozorněná od ostatních sester. Mohla bych to asi popsat jako nedorozumění, protože pak jsme s ní překonaly jakousi prvotní hranici a už se ke mně chovala hezky a profesionálně.

Dnes jsem šla na oddělení COS s tím, že jsem měla mít směnu nahoře na sálech 5 a 6. Ale bohužel ve chvíli, kdy jsem dorazila na denní místnost neurochirurgie, tak mi sestra M. řekla, že je změna v operačním programu a že jsem dneska na sále číslo 12. Tak jsem se vesele otočila a šla na sál číslo 12. Nechci říct, že mě takové změny štvou, ale stačilo to ráno vykomunikovat, že mám být jinde a nemusela bych se za jedno ráno čtyřikrát převlékat.

Než zaměstnanec muže vstoupit na oddělení, musí projít přes filtr. V praxi to vypadá tak, že ráno zaměstnanec přijde do první šatny, kde si odloží všechno své oblečení a ve spodním prádle muže teprve vstoupit do druhé šatny. Tam si přes kartu z automatu vybere jednorázové oblečení, do kterého se následně převleče. Na poličkách si vezme svoje šálivé boty a vlasy si upraví tak, aby pod čepici nic netrčelo. Nasadí si respirátor, vydezinfikuje si ruce a teprve pak může vstoupit na oddělení COS.

V programu bylo aneurysma a nádor na nervu na předloktí (n. ulnaris). Bohužel dnešek byl přesně takový den, který je potřeba pustit z hlavy a nebrat si to osobně.

Byla jsem na sále s jednou sestrou, o které mi už někdo ze sester dříve vyprávěl. Ale říkala jsem si, že to nebude tak horké. Z dnešního dne jsem si odnesla jen to, že některé dny se musí prostě vypustit. Sestra byla taková, že mě ze začátku vůbec nebrala jako součást týmu. Když se připravují stolky, vždy „vyhazujeme“ sterilní věci na stoleček instrumentářky, tak mě nenechala ani dělat tyto věci. Druhé sestře, která zde byla brigádně, řekla, že ať mě nechá otevřít jen

síta “ať z té směny něco mám” a hned mi bylo jasné, že na nějaké obíhání dnes mohu zapomenout.

Dostala jsem svůj “první” úkol odstranit počmárané a už tak stokrát zapečenou pásku z víka jednoho síta. Tak jsem to benzinem, břišní rouškou a skalpelem krásně vyčistila. Já se nebudu samozřejmě dohadovat, prostě zadanou práci udělám, protože správná sestra má mít “vždy hotovo”. Pak jsme měly nedorozumění při přípravě sterilního stolku pro lumbální punkci. Nikdy jsem to předtím na sále sama nedělala, ale bylo mi jasné, že to musí být také sterilní. Proto jsem čekala, až bude mít čas mi chvíli věnovat pozornost. Po chvílce, jsem odběhla pro nějaké věci na sál, a pak už začala “proč to není připravené”, tak jsem měla snahu ji vysvětlit proč, ale nic na to neřekla a než jsem stačila doříct větu, volala druhou sestřičku, ať ji to „laskavě“ připraví. Nebylo to vůbec hezké, cítila jsem se hrozně, spíš stačilo jen říct jak na to a já bych to tak udělala. Pak hlavně si mě vzala stranou a řekla přísně, že příště až bude chtít připravit nějaké věci, tak ji to mám připravit. Tak jsem se podruhé pokusila vysvětlit tuto situaci a stejně mě nebylo vyslyšeno.

Mávla jsem nad tím rukou a řekla jsem si, dobrý jestli mě pustí dřív domu, budu jediné ráda. Po skončení programu jsem byla mezi čtyřma očima s tou druhou sestrou a podělila jsem se s ní se svými pocity z dnešní směny. Říkala, že ji to mrzí, ale že sama je občas ve stresu ze směny s touto sestrou, protože je taková náladová a že mám dnešek vypustit. Mám si užít zbytek dne a nebrat si to vůbec osobně. Musím odkázat na začátek praxe, kdy nám při úvodním školení bylo řečeno, že situace jsou na sálech různé a budu to brát tak, že je to jedna z nich. Musím si zvyknout na takové situace a nic si z toho nedělat. Bylo to první setkání s touto sestřičkou, které nebylo úplně povedené.

Na další den, co jsem s ní měla mít směnu, na kterou jsem se už řádně připravila. Přišla jsem dřív do práce a prozkoumala jsem program na dnešní den. Věděla jsem, co se bude operovat a co na to budu potřebovat. Šla jsem na substerilizaci (místnost mezi dvěma operačními sály), tam jsem v klidu sama

nejdříve připravila základní věci na první výkon. Pak jsem šla na sterilní sklad se speciálními sítý a připravila si robota (speciální nástroj, který se skládá z 5 sítý a používá se ke stabilizaci páteře) a ten speciální systém, který lékař vždy hlásí předem. Chtěla jsem té sestře dokázat, že nejsem tak neschopná, jak si to určitě o mě první den myslela.

A hurá, bylo to téměř správně. Když ta sestra přišla na směnu, už měla vše nachystané, jen to zkontrolovala a něco málo doplnila. Pak jsem byla s ní na sále a už jsem ji obíhala. Myslím si, že tento den byl zlomový, protože už jsem viděla, že se ke mně chová naprosto jinak, oproti prvnímu dni.

Tato sestřička je hodně drsná, ale našla jsem si k ní cestu. Dokonce jeden den jsem od ní dostala dáreček. Nebo jsme si pak po směně i popovídaly u kávy, kterou mi nabídla a připravila. Bylo to hrozně fajn a já vnitřně cítila menší vítězství.

2.7.5 Moje první umytí se k výkonu

Nejdůležitějším okamžikem pro mě během adaptačního procesu bylo úplně první umytí k výkonu. Myslím si, že to byl naprosto zlomový okamžik, kdy jsem sama mohla stát za instrumentačním stolem, připravovat si nástroje a další pomůcky.

Dnešní směnu jsem měla přiřazenou na sále číslo 12. Podle operačního programu zde měly probíhat klasické hlavové výkony a já byla na směně se super sestrami. Jelikož se dělal úklid a pravidelná kontrola expirace, tak i já jsem dostala na starost skříň s nástroji, kterou jsem měla projít a vyřadit nástroje, které byly do nějakého konkrétního data. Měla jsem zároveň možnost si tímto hodně nástrojů osahat a pořádně si je důkladně prohlédnout, dále jsem si zopakovala, co kde leží, abych případně u dalších výkonů nemusela zbytečně ztrácet čas hledáním nástrojů. Vyřazené věci jsem vyndala ze skříně a rozbalila, dále jsem je sepsala do speciálního archu, který běžně používáme, když po výkonu sepisujeme

použité nástroje na oddělení sterilizace. Pak jsme se se sestrou M. vystřídalaly. Takže jsem šla obíhat sestru J. a M. šla dělat další část expirací místo mě. Hezky vše utíkalo, mohla jsem obíhat sama, nebo skoro sama, ale samozřejmě pod dohledem sestry M.

Program se nestíhal, ale volali nám, že na sále číslo 12 chtějí udělat na konci operačního programu “chroňák” - chronický subdurální hematom. Byla jsem na sálech krátce a pamatuji si, že při telefonátu s doktorkou, která mi hlásila tuto změnu jsem ani nevěděla, co jejich zkratka „chroňák“ znamená. Ten se dělá v lokální anestézii a sestřička J. měla skvělý nápad, že bych se mohla k tomu výkonu umýt. Byla jsem v naprostém šoku a nadšení zároveň z toho. V dobrém slova smyslu, těšila jsem se na to. A byl to pro mě zážitek, myslela jsem si, že se k nějakému menšímu výkonu budu umývat nejdřív v září nebo i později. Bylo to naprosto nezapomenutelné. Samozřejmě se mnou se šla umýt i sestřička J. Před výkonem je velmi důležité provést důkladnou chirurgickou dezinfekci rukou. Sestra J. byla se mnou a ukázala mi správnou techniku mytí.

Nejdříve pořádně mýdlem umyjeme ruce, vysušíme je sterilními papírovými utěrkami a pak provedeme chirurgickou dezinfekci. Důležité je, že se nikdy nevracíme směrem od lokte k zápěstí, vždy vodu necháme stéct a zápěstí držíme nahoře. Pak se ruce usuší do sterilních ubrousků a následně použijeme dezinfekci na ruce. Celý tento proces trvá déle, než klasická hygienická dezinfekce, a spotřebuje se opravdu velké množství dezinfekce (celkem 10 - 15ml dezinfekce). Dezinfekce se nechá zaschnout v průběhu oblékání do sterilního pláště. Vypozorovala jsem, že v ÚVN i operatéri, kteří vyjdou z umývárny, tak mají naprosto mokré ruce od dezinfekce a ty pak nechají uschnout během oblékání a zavazování pláště. V okamžik nasazování sterilních rukavic jsou ruce už suché.

Takže když jsem vyšla z umývárny, měla jsem ještě mokré ruce od dezinfekce. Sestřička M. nás oblékla a já se mohla pustit do přípravy sterilního stolku. Síta, set a další pomůcky nám připravila obíhající sestra. Síta nám otevřela

sestra M. a já vytáhla opatrně jeho obsah, který jsem postavila na stolek. Sestra J. mi říkala tipy, jak mám například uspořádat pomůcky a nástroje na stole, aby v tom nebyl zmatek a abych vždy měla přehled, co kde mám. Dále jsme si řekli stručně kroky operace. To znamená, jaký nástroj budeme potřebovat na začátek, co bude následovat a proč. Nasazovala jsem postupně čepelky na skalpel, to má také svůj systém. Každý nástavec je jiný a proto je potřeba si je před nasazením pořádně prohlédnout, ať silou nenasazujeme čepelku na špatný nástavec. Nejčastěji se používají na sálech v ÚVN čepelky číslo 11, 20 a 23. Liší se právě velikostí a tvarem. Nástroje jsem dávala popořadě, tak jak bych je podávala. Sestra M. mi přinesla ampulku Mesocainu, kterou jsem si ve vzduchu musela natáhnout sterilní injekční stříkačkou. Tento výkon se dělá pod lokální anestézií, proto na znecitlivění zde použijeme Mesocain 10ml. Dále mi do misky nalila dezinfekci Chlorhexidine a Ringerův roztok.

Vypadá to, že je vše připravené tak jsme mohly začít. Doktorce jsem předem řekla, že je to mé “poprvé”, že jsem se ještě nikdy neumývala k výkonu. Ta se na mě jen podívala a mile odpověděla: “Jooo, však úplně v pohodě”, a mohli jsme začít. Přede mnou stojí sestra J. a vedle mě napravo doktorka. Podávala jsem jí hned na začátku Mesocain, aby mohla znecitlivět místo řezu. Chvilí jsme čekali, než anestetikum začne působit, ale jelikož je pacient během výkonu při vědomí, tak jsme se ho ptaly, jak se cítí.

Doktorka mě vyzvala, abych jí podala skalpel. Byl skalpel číslo 11. Ten se používá téměř vždy k prvnímu řezu. Pacient si stěžoval ještě na mírnou bolest, tak jsme ještě chvíli čekaly a za okamžik jsme zas pokračovaly. Sestra J. mi v průběhu výkonu říkala, jak mám podávat nástroje a bylo naprosto skvělé, že jsem si to hned mohla procvičit v praxi. Nástroje, které mi doktorka po použití vracela, jsem očišťovala břišní rouškou (tak jak jsem to už viděla mnohokrát u ostatních). Dále jsem podávala kožní rozvěrač na otevření a přidržení rány, pak bipolární elektrokoagulaci na zástavu menšího krvácení a zas skalpel. Bylo to naprosto skvělé! Cítila jsem jak mi kapičky potu z mírného stresu a tečou po zádech. Bylo to naprosto fantastické a moc děkuji kolegyním, že mě nechaly si to

takhle vyzkoušet. Dále jsem podávala trepanační vrták, kterým se následně do lebky udělala malá díra. Do ní se zasune hadička, do které se vlévá Ringerův roztok a krev pak po ni odtéká volně do připravené nádoby (většinou se tam dával klasický koš). Tohle vyplachování trvalo přibližně 10 - 15 minut. Krve bylo celkem hodně, to říkala i doktorka. Na chvíli se ta hadička i vyndala, ale krev odtékala vždy proudem, jakmile si pacient odkašlal či začal mluvit. Natahovala jsem pro doktorku Ringerův roztok do stříkačky a podávala jsem ji zpátky. Tohle jsme dělaly několikrát. Nakonec krvácení bylo lepší, přestávalo odtékat tak velké množství krve, takže se výkon se mohl pomalu dokončovat. Mohla jsem si vyzkoušet přípravu jehelce a nití a pak jejich podávání do ruky. Je to úplně jiné, než když si to ukazujeme v klidu v učebně, kde o nic nejde. Je to úplně jiné, když stojíme umytí u stolu a máme to rychle a dobře podávat operatérovi. Chci jen říct, že je to jiné. Po zašití se rána ošetří dezinfekcí, zde jsme použily Betadinu a zalepily. Dále se nástroje složí zpět do síta a odvezou se na sterilizační oddělení.

Na konci operačního dne se operační sál musí dobře uklidit. Tím se myslí dezinfekce stolků, dezinfekce a úklid stojanu s dezinfekcí do substerilizace nebo skladu, dezinfekce židlí a úklid zbylých nepoužitých věcí na místo, například připravené různé velikosti rukavic navíc, břišní roušky. Po úklidu můj den na sálech končí. Na denní místnosti se sestřičkami většinou řekneme co a jak další den, pokud mají směnu a pak se rozloučíme a jdeme do šaten a pak domu.

2.7.6 Okamžik, kdy jsem začala obíhat samostatně

Časem, jsem byla lepší a za docela krátkou dobu jsem dokázala sama obíhat celý den sál sama. Ráno mi staniční sestra přidělila sál a s instrumentářkou jsem se domluvila, jak to bude probíhat. Předpřipravila jsem pomůcky potřebné pro výkon a ona je zkontrolovala. Dále už to bylo jen na mě. Vyřizovala jsem telefonáty, řídila jsem se pokyny instrumentářky během výkonu a prováděla zápis do perioperační dokumentace.

Dalším zlomovým bodem pro mě byl moment, kdy mi byl svěřen sál a já mohla obíhat už úplně sama.

Po příchodu na oddělení si sestry všimly, že jsem natěšená do práce. Tak jsem jim povyprávěla o předešlé směně, kdy jsem se umývala poprvé k výkonu (chronický subdurální hematom). Obíhala jsem pro dnešek sestru K. Byly to složité výkony, proto jsem si ještě netroufla obíhat úplně sama, a sestry říkaly, že zavolají na jiné oddělení, aby nám poslali jednu sestřičku. Jestli jsem to dobře vyzpozovala, tak sestry z ortopedie chodí pomáhat většinou na chirurgii a na našem sále se stejně moc nevyznají. Tak proto si myslím, že to bylo jen pro můj lepší pocit, že tam ještě někdo se mnou je.

Měla jsem pocit, že hned od začátku to trochu drhlo. Kolegyně se šla asi trochu pozdě umývat, pak chvíli trvalo, než jsem ji vyhodila pomůcky na stolek. Potom jak nestíhala, tak na mně vytvářela tlak, aby vše bylo honem rychle, tak jsem se cítila trochu pod tlakem. Ale pak jsem se dostala do tempa a bylo to mnohem lepší. První výkon byl docela fajn. Byla to stabilizace páteře. Operovali mladší lékaři, tak to šlo docela rychle. Na začátku výkonu nastala menší komplikace, protože sanitář nedohlédl na správnost operačního stolu. Jelikož se používalo CT a RTG tak měl být použit stůl z karbonu. Bohužel si toho všimli, až když byla pacientka v celkové anestézii a zaintubována, otočená na břicho a operační pole bylo natřeno dezinfekcí (2% Chlorhexidinem). Pacientka se musela otočit zpátky na záda a byla přemístěna zpět na pojízdný stůl, na kterém ležela předtím. Takže po výměně stolu se vše muselo začít od začátku. Nemohla jsem si nevšimnout napnuté atmosféry mezi instrumentářkou a chirurgem. Pak se to během operace už neřešilo. Vyndávala jsem pro operátora různé šroubky a tyče do páteře, chodila do skladu pro různé nástroje a v tu chvíli jsem si říkala: „Jo, dneska mi to fakt jde!“, dokonce i sestra z ortopedie říkala, že bych mohla už obíhat klidně úplně sama. Po výkonu jsme umyly nástroje, složily síta, jak se patří a pak jsem vše odvezla na oddělení centrálních sterilizací. Chvíli jsme si odpočinuly a pak jsem šla chystat věci na další výkon.

Byla to další páteř, konkrétně to byla recidiva ploténky. Tentokrát tam byla změna doktorů. Byla jsem pozitivně naladěná, tak jsem si říkala: “ Bude to zas úplně v pohodě”. Věci byly připravené, ale sál se ještě uklízel po předchozím výkonu, tak jsme šly na sesternu si na chvíli sednout.

Po dokončení posledního výkonu, zas nastává chvíle, kdy se musí pořádně uklidit sál a doplnit chybějící věci (šití, sety, dezinfekce). Na horních sálech se ještě vždy po směně musí dopsat elektronická kniha výkonů, to ale dělají zkušené sestry.

Během práce na sálech jsem měla možnost provádět i výkony, které se provádí na lůžkovém oddělení. Bylo to konkrétně cévkování ženy. Staniční sestra se mě snažila zapojovat do všech aktivit, abych toho vyzkoušela co nejvíce, takže po domluvě s anesteziologickou sestrou jsem měla možnost provést i tento výkon.

Dnes jsem byla po delší době na směně. Přišla jsem na sedmou na oddělení, i když sestry normálně chodí až na půl osmé. Potkala jsem se se sestrou K., která měla noční směnu. Zapsala do denní knihy záznamů, jaké výkony probíhaly v noci, a odešla. Nebála se mě nechat do příchodu ranní a denní služby, protože už umím vyřizovat telefonáty a vše potřebné, co operatéri na ráno potřebují připravit. Dnes běžely pouze dva neurochirurgické sály. Jeden sál nahoře (č. 5) a jeden dole (multifunkční sál č. 12). Podle operačního programu jsme měli mít na našem sále jen páteře. Po příchodu úsekové sestry a sestry, která měla denní směnu, jsme se dohodly, že budu sama obíhat tento sál. Šla jsem připravit konkrétní pomůcky na první výkon, takže klasicky síta, sety, šití, dezinfekce a další nástroje.

Standardně jsem byla s pacientkou provést bezpečnostní protokol. Ověřila jsem si identifikaci pacienta, alergie, a jestli ví, jaký výkon ho za okamžik čeká. Vzala jsem si štítky pacienta a vypsala jsem perioperační dokumentaci. Pak se mě úseková sestra zeptala, jestli jsem už někdy cévkovala, tak jsem odpověděla, že ano, že na lůžkovém oddělení jsem měla příležitost. S nadšením mi dále pověděla,

že mám zacévkovat tuto pacientku. Na neurochirurgických sálech pacient většinou už přijede zacévkovan z oddělení, nebo ho cévkuje anesteziologická sestra. Anesteziologická sestra vůbec nebyla proti, s radostí řekla, že mi bude při tom asistovat. Nejdříve se pacientka musela zaintubovat a takto se připravit k výkonu, abychom ji jen přemístili na operační stůl. Připravila jsem si pomůcky, oblékla jsem si sterilní rukavice. Sestra mi podala sterilní vatové tampónky s dezinfekcí a pak samotnou cévku. Nanesla na ni speciální gel a pak jsem tu cévku úspěšně zavedla. Musím říct, že jsem se trochu bála, abych neudělala ostudu tím, že neumím zavést správně cévku, ale byla to krásná práce a povedlo se. Byla jsem ráda, že jsem mohla vyzkoušet i něco, co jsem dělávala na standardním lůžkovém oddělení.

Pak jsem šla připravit stoly k výkonu. Instrumentářka se šla mezitím umýt k výkonu a já ji připravila na stole sterilní set. Pomohla jsem se jí obléct do sterilního pláště, vyhodila jsem jí na stůl sterilní rukavice a dále pak šití, sterilní držáky na světla, rozvěrače a další pomůcky. Nalila jsem do misek dezinfekce a fyziologický roztok. Musíme si dávat pozor na alergie, které pacient má. Většinou to jsou alergie na jod, takže Braunol musím dát stranou, abych na to v průběhu operace nezapomněla. Pak jsem ji otevřela síta s instrumenty a prázdné boxy jsem pak poskládala na stolek mimo operační sál. Následně dorazili operatéri, kterým jsem pomohla s obléknutím sterilních plášťů. Jakmile operatéri provedou první řez, ta se to zapisuje jako začátek operace.

Dále po začátku výkonu dopisují perioperační dokumentaci a poslouchám, co povídají operatéri a instrumentářka abych byla připravena jim cokoli přinést. V průběhu celého výkonu jsem na sále. Také zvedám telefon, když někdo volá a vyřizuji potřebné záležitosti. Například zavolají kolegové ze sálu 12, že jim chybí šití, tak poprosím obíhající sestru z vedlejšího sálu, aby pohlídala i ten můj. Vezmu jejich chybějící šití a pošlu jim to potrubní poštou. Po skončení výkonu jsem dopsala perioperační dokumentaci a předala jsem ji anesteziologům, kteří ji založí do dokumentace pacienta a předají ji na oddělení. Uklidila jsem s instrumentářkou pomůcky. Důležité je vše pečlivě sepsat do formuláře, který se

předává na oddělení sterilizace. Po posledním výkonu v operačním programu probíhá velký úklid a doplnění materiálu. Veškeré použité sety se musí doplnit, šití, rukavice a dezinfekce.

Dnešní směna se mi moc líbila, protože už jsem měla na starosti sama přípravu pomůcek, obíhání sálu během výkonu, sepsání dokumentace. Mám pocit, že mi obíhání jde víc, když jsem na sále takhle sama, že přesně vím, co jsem udělala a co ne, ale když jsme tam ve dvou, tak se mi stává, že nemám přehled, co ta druhá obíhající sestra udělala a co ne. Bojím se právě takové situace, kdy si obě budeme myslet, že to udělala ta druhá a nakonec to nebude udělané.

2.7.7 Samostatné instrumentování u větších výkonů

Nejdůležitějším milníkem mého adaptačního procesu a největším zážitkem bylo první umytí k většímu výkonu, kdy pacient byl v celkové anestézii. Mohla bych to nazvat „menší větší výkon“, protože pro zkušenou instrumentářku je podobný výkon asi jen banalita.

Hlava

Pacientkou byla mladá slečna po kranioplastice. Nyní se jí měly odstranit ze zahojené kosti dlažky, které držely operovaný úsek u sebe. Tentokrát jsem byla umytá sama, sestra M. říkala, že to zvládnou a že bude stát vedle a kdyby něco, tak mi poradí. Lékař také nebyl proti, řekl, že mu to vůbec nevádí. Líbilo se mi, že na mě vůbec nespěchal a nebyl nervózní, takže ani já nebyla tak nervózní.

Provedla jsem chirurgickou dezinfekci rukou a oblékla se do sterilního pláště a rukavic. Byla jsem na začátku nervózní, ale za chvíli to přešlo. Připravila jsem si pomůcky na stolku, doktor mezitím provedl chirurgickou dezinfekci rukou a přišel na sál. Během přípravy pomůcek mi sestra M. radila co mám kam dát, aby to bylo nejpohodlnější. Oblékla jsem doktora do sterilního pláště a rukavic. Provedla se dezinfekce operačního pole a následně jsme pacientku zarouškovali.

Tento výkon nebyl technicky těžký, protože se tam jen odšrouboval šroubek a vyndala se dlažka, po odstranění všech součástí se kůže jen zašije a zalepí. Podávala jsem potřebné pomůcky a bylo to tak rychlé, že jsem si říkala, že pokud sestra nezná bezpečně nástroje, tak by to bylo ještě víc stresující. Ne jenom pro ni, ale i pro lékaře.

Výkon trval přibližně 30 minut. Během té doby jsme vyndali dlažky a šroubky. Lékař zkontroloval místo zahojené kosti a následně ránu zažil. Mou práci bylo pak ránu ošetřit dezinfekcí a hezky ji přelepít. Pak se odstraní zbytek rouškování a anestézie může pacientku začít budit.

Nástroje se uklidí do správných sít a použité jehly a čepelky se musí zlikvidovat do kontejneru na ostré. Některé použité pomůcky se musí naložit do dekontaminační nádoby a následně se umýt. Veškeré použité nástroje, síta a další pomůcky se musí zapsat na seznam použitých pomůcek a přiložit pro Centrální sterilizaci.

Páteř

Dalším pro mě velkým výkonem, ke kterému jsem se umyla, byla hernie disku. Zas zkušená sestra může říct, že tento výkon je banalita, ale tady jsem byla dost ve stresu. Nebyl vlastně důvod, ale chtěla jsem vše udělat dobře. Byla se mnou umytá ještě jedna sestra, ta mi pomohla připravit nástroje na stůl, smontovat vrtačku a učila mě, jak je nejlepší si zorganizovat nástroje na stolcích. Dále jsme připravily sterilně mikroskop a oblékly lékaře do plášťů.

Na samotném začátku operace jsem stála za instrumentářkou, ale docent, který operoval, se najednou zarazil a řekl: „ Já myslel, že instrumentovat bude druhá sestřička“, tak jsme se rychle prohodily a už jsem pokračovala sama. Sestra D. stála u druhého stolku, kdyby náhodou jsem něco nevěděla, tak by mi pomohla.

Myslím, že mi během výkonu, obzvláště na začátku, dělalo největší problém správná technika podávání nástrojů. Po tom, co mi opadl ten prvotní stres, tak jsem se víc soustředila na to podávání nástrojů, na udržování pořádku na stole a už jsem měla jakýsi přehled nad situací.

Byl to pro mě asi zatím nejsložitější výkon, protože jsem musela najednou instrumentovat operatérovi a jeho asistentovi. Asi nejvíc jsem se těšila, až se bude zašívát, protože to už bylo to nejtěžší za námi, a já mohla v klidu zpracovat celý ten proces. Sestra, která byla se mnou umytá, říkala, že to bylo dobrý, že stačí se ještě párkrát umýt k výkonu a už můžu sama. Tak mě to moc potěšilo.

2.7.8 Závěr a zhodnocení mého adaptačního procesu

Závěrem mého adaptačního procesu byl výstupní pohovor. Předem byla domluvená schůzka, na které se mě ptali kromě toho, jak se mi na sálech líbí, na otázky, které se týkaly BOZP, manipulace s pacientem, prevence dekubitů, prevence alergických reakcí. Co vše pro to musíme udělat, abychom zabránili nežádoucí události. Musela jsem popsat, jak provádím bezpečnostní protokol s pacientem, který je přivezen na sál. Dále, jak budu postupovat, kdyby měl pacient alergii na nějakou dezinfekci, jakou náhradu použiji.

Zkouška mi nepřišla obtížná, spíš to bylo takové zhodnocení a rekapitulace celého adaptačního procesu. Dále jsme si řekli, jak vnímám úvod do tohoto pilotního projektu, jestli teoretická příprava před nástupem byla dostačující. Samozřejmě, že se nedá pojmout celý objem informací, který je nutný pro práci na sálech, ale přišlo mi to jako skvělý úvod do této problematiky a hodnotím to velice kladně.

3 Diskuze

Dříve byly obor Perioperační péče a práce perioperační sestry velice žádané. Patřilo to k vrcholům sesterské kariery. Byla to velice žádaná specializace, ale ne každý se k tomu mohl dostat. Zájemkyně musely být kvalifikované sestry s obrovským zájmem o obor, dále musely mít již několikaletou praxi na operačních sálech.

V současné době je nedostatek sálových sester, proto se hledají další možnosti jejich získání. Ústřední vojenská nemocnice jako první přišla s návrhem, který umožňuje zájemcům bakalářského studia a zároveň zájemcům o obor Perioperační péče zúčastnit se pilotního projektu. Tento projekt dával možnost si předběžně vyzkoušet, co obnáší tento obor a práce v tak specifickém prostředí. Byl to velice odvážný krok, protože během bakalářského studia se nevyučuje perioperační péče ani chování na operačních sálech. Domnívám se, že je to skvělý nápad do budoucna pro další ročníky bakalářského studia a zájemce o obor Perioperační péče.

Vytvořila se skupina osmi zájemců o tento projekt. Všichni jsme začínali na stejné úrovni tj. s nulovou znalostí o práci na operačních sálech a s vlastním očekáváním a představou o této práci. Startovací úvod byl pro nás stejný. Chodili jsme na stejné přednášky a studovali jsme stejné materiály. Zlom nastal ve chvíli, kdy jsme se rozdělili na svá vybraná oddělení. V mém případě to byl neurochirurgický sál.

Absolvovala jsem všechny části adaptačního procesu, zapracovala jsem se do neurochirurgického oboru a zapadla i do neurochirurgického týmu. V době pilotního projektu jsem byla oslovena s nápadem, že bych tento pilotní projekt tj. adaptační proces mohla zpracovat jako téma své bakalářské práce. Měla jsem čas a následně zkušenosti k sepsání své bakalářské práce. Vybrala jsem si metodu autoetnografického výzkumu, protože jsem se ocitla ve specifickém prostředí, do

kterého nemá možnost jen tak někdo vstoupit a strávit tam tak velké množství času.

Moje zkušenosti jsem zaznamenávala formou zpráv po každém dni, následně jsem zaznamenávala pouze nezapomenutelné okamžiky, o kterých je potřeba se zmínit. Ve své autoetnografické studii jsem používala metody zaznamenávání svých zážitku a emocí pomocí zpráv, hlasových nahrávek, fotografií a rozhovorů. Tyto zkušenosti jsem následně do své bakalářské práce sepsala formou situací, které jsem na pracovišti zažila. Tyto situace se mohou stát osou nebo osnovou pro doplnění vzdělávacího programu. Nyní mám možnost popsat, co bylo pro mě to nejdůležitější během adaptačního procesu.

Jako první bod, o kterém bych se určitě zmínila, je velká motivace pracovat v takovém prostředí. Je to velice náročné prostředí, kde se mohou odehrávat různé situace a i kolegové mohou ukázat svou druhou ne úplně příjemnou stránku. Byli jsme na to upozornění, ale člověk nikdy nebude dostatečně připraven na nečekanou stresovou situaci, která se na sále může odehrát během okamžiku.

Jako druhý bod je určitě zapadnutí do kolektivu, bez toho to nejde. Domnívám se, že je to jediná cesta, jak se dá v takovém prostředí vydržet a adaptovat se. Díky kolegům a hezkým vztahům mezi nimi a mnou jsem se rychle dokázala zorientovat. Byl to jeden několika důležitých faktorů samozřejmě.

Nesmím zapomenout zmínit i osobní vlastnosti, že když se člověk chce něco naučit a vyzkoušet nesmí se bát o to říct. Případně, když někdo z kolegů nabízí, jestli si něco nechci vyzkoušet, tak neodmítat příležitosti ale chopit se toho. Příště se taková příležitost nemusí vyskytnout a je to velká škoda. Všechno ostatní přijde časem a se zkušenostmi. Důležité je se toho nebát.

Samozřejmě v tom najdeme své limity. Ze začátku to bylo nevědění. Kdy na sálech jsem byla krátce a bylo pro mě opravdu stresující, když jsem nevěděla, co přesně po mě chtějí, a když už jsem věděla, co hledají, tak jsem zas nevěděla, kde

se to nachází. Nyní je to pro mě úsměvná situace, ale každá začínající instrumentářka si tím projde. Později pro mě bylo stresující, že nejsem dost rychlá, ale je to opravdu jen subjektivní pocit. Důležité je nebýt ve stresu, pracovat postupně a poslouchat instrukce, které předává instrumentující sestra či operatér.

S tím souvisí, že čím více toho vím, tak tím více toho chci stihnout, nebo tím více úkolu naráz pak člověk dělá. Nesmíme se tím nechat pohltit, protože přeci jenom obíhající sestra je tam jedna a bohužel nemůže být ve třech místech zároveň. Musíme vědět, kdy už je toho na nás moc a nesmíme se bát říct o pomoc například zkušenější obíhající sestře z vedlejšího sálu. Není na tom nic špatného, protože v tuto chvíli se organizaci práce a priority na sálech teprve učíme.

4 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala popisem začlenění jedince ve specifickém zdravotnickém prostředí, jako je Oddělení centrálních operačních sálů a to konkrétně oddělení neurochirurgie. Během studia se málokdy dostaneme na sál a pro někoho, kdo by se tomuto oboru chtěl i nadále věnovat byl tento projekt naprosto jedinečná příležitost.

Dále jsem ve své bakalářské práci popisovala teoretické aspekty práce na oddělení centrálních operačních sálů. Popisuji zde také funkce instrumentující sestry, obíhající sestry a anesteziologického týmu. Sdílím ve své práci osobní zážitky a zkušenosti z adaptačního procesu na COS.

Výsledkem mé práce je popis adaptačního procesu a osobní vývoj a zkušenosti z této oblasti. Během několika měsíců pozorování a zaškolování jsem vypracovala kapitoly v empirické části, se kterými bych se chtěla podělit. Od úplného začátku se mi podařilo propracovat až do fáze, kdy jsem schopná se sama postarat o průběh operačního programu. Dále po absolvování všech důležitých částí adaptačního procesu jsem měla příležitost se umýt k různým výkonům. Na začátku k něčemu menšímu a nakonec už jsem zvládla i složitější výkony. Obor neurochirurgie je naprosto úchvatný a jsem vděčná, že jsem se dostala právě sem.

5 Seznam použité literatury

1. WICHISOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.
2. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80247-4414-8.
3. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, Tomáš SVOBODA a Jana WICHISOVÁ. *Perioperační zásady v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1727-7.
4. KORDULOVÁ, Pavla. Vzdělávání sester specialistek v perioperační péči. *Florence* [online]. 2017, 05. 06. 2017, XIII(6/2017), 26-28 [cit. 2021-11-25]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/6/>
5. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA - PERIOPERAČNÍ PÉČE*. Květen 2020. 2020. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky/>
6. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
7. MAREŠ, Jiří. Tvorba případových studií pro výzkumné účely: Metodologická studie. *Pedagogika*. 2015, **65**(2), 113-142. ISSN 0031-3815
8. *B. Braun* [online]. [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://www.bbraun.cz/cs/products/b/ringer-v-roztok-braun.html>

9. SHEVCHUK, Zinaida. Etnografie a její specifika [online]. 2013 [cit. 2022-05-07]. Dostupné z:
https://is.muni.cz/el/1423/jaro2013/MVZ453/41007279/Etnografie_a_jeji_specifika.pdf

10. *Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií: Studijní plány* [online]. In: . Pardubice [cit. 2022-05-18]. Dostupné z:
https://fzs.upce.cz/sites/default/files/public/moko3449/brozura_studijni_plany_fzs_2021-22_final_165436.pdf

11. WALL, Sarah. Easier Said than Done: Writing an Autoethnography [online]. Department of Sociology, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada, 1.3.2008, 2008(7), 38-53 [cit. 2022-05-18]. Dostupné z:
doi:<https://doi.org/10.1177/160940690800700103>