

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Hana Vlčková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství N5341

Bc. Hana Vlčková

**ADAPTAČNÍ PROCES V PERIOPERAČNÍ PÉČI
NA NEUROCHIRURGII**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Jiří Dostál, Ph.D.

PLZEŇ 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 19. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Vlčková Hana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Adaptační proces v perioperační péči na neurochirurgii

Vedoucí práce: MUDr. Jiří Dostál, Ph.D.

Počet stran – číslované: 80

Počet stran – nečíslované: 29

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 76

Klíčová slova: Adaptační proces, Perioperační péče, Neurochirurgie, Perioperační sestra, Mentoring

Souhrn:

Tato diplomová práce na téma *Adaptační proces v perioperační péči na neurochirurgii* se zaměřuje na problematiku průběhu a zakončení adaptačního procesu nových sester v perioperační péči na neurochirurgických operačních sálech.

Teoretická část se zabývá východisky pro část průzkumnou. První část je zaměřena na základní pojmy perioperační péče a perioperační sestra. V druhé části je popsán adaptační proces ve zdravotnictví, jeho průběh, motivace, nástroje řízení adaptačního procesu a jeho možná rizika. V poslední, třetí, části teoretického rozboru jsou popsána specifika perioperační péče na neurochirurgii. Praktická část práce je realizována pomocí kvalitativního výzkumu, jehož se zúčastnilo osm perioperačních sester, které v posledních dvou letech absolvovaly adaptační proces na neurochirurgických operačních sálech. Data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů a následně byla podrobena obsahové analýze a otevřenému kódování.

Cílem práce je identifikování a popsání překážek a úskalí v adaptačním procesu sester během jejich zapracování na neurochirurgických operačních sálech a doporučení pro praxi.

Abstract

Surname and name: Vlčková Hana

Department: Nursing Care and Midwifery

Title of thesis: The Adaptation Process Inperioperative.Care for Nurses. Working at Department of Neurosurgery

Consultant: MUDr. Jiří Dostál, Ph.D.

Number of pages – numbered: 80

Number of pages – unnumbered: 29

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 76

Keywords: Adaptation Process, Perioperative Care, Neurosurgery, Perioperative Nurse, Mentoring

Summary:

This thesis on Adaptation process in perioperative care in neurosurgery focuses on the process itself and the end of the adaptation process of newly recruited nurses in perioperative care in neurosurgical operating theatres.

The theoretical part deals with the background for the research part. Its initial section focuses on the basic concepts of perioperative care and the perioperative nurse. The second part describes the adaptation process in healthcare, its course, motivation, tools for managing the adaptation process and its possible threats. The last, third, part of the theoretical background describes the specifics of perioperative care in neurosurgery. The practical part of the thesis is carried out by means of qualitative research in which eight perioperative nurses who completed the adaptation process in neurosurgical operating rooms in the last two years participated. Data were collected through semi-structured interviews and then subjected to content analysis and open coding. The aim of the study is to identify and describe the barriers and pitfalls in the nurses' adaptation process during their integration in neurosurgical operating theatres and to provide recommendations for practice.

Předmluva

Důvodem výběru tématu *Adaptační proces v perioperační péči na neurochirurgii* je zejména osobní zájem zjistit nejčastější problémy a úskalí, které vnímají sestry v průběhu adaptačního procesu a v době jeho ukončení. Jako staniční sestra oddělení operačních sálů neurochirurgie jsem se během své praxe setkala s řadou situací, které ukázaly, že tento proces může být pro sestry a celý tým náročný a problematický. Díky možnosti psát diplomovou práci na toto téma jsem měla příležitost se problematikou více zabývat.

Cílem předkládané diplomové práce je poskytnout ucelený pohled na překážky a úskalí při adaptaci nových sester na neurochirurgických operačních sálech a identifikovat faktory, které mohou ovlivnit jejich úspěšnou integraci do týmu.

Poděkování

Děkuji MUDr. Jiřímu Dostálovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad, podkladů a nekonečnou trpělivost.

Dále děkuji všem perioperačním sestřám, které se zúčastnily empirické části diplomové práce, za jejich názory a čas, který mi věnovaly.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 SOUČASNÝ STAV	15
1.1 Popis rešeršní činnosti	15
1.2 Základní pojmy	16
1.2.1 Perioperační péče	16
1.2.2 Perioperační sestra	16
2 ADAPTAČNÍ PROCES VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	22
2.1 Adaptace	22
2.2 Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu	22
2.3 Cíl adaptačního procesu.....	23
2.4 Délka adaptačního procesu	23
2.5 Vlastní adaptační proces	23
2.6 Průběh adaptačního procesu	24
2.6.1 Etapa první.....	24
2.6.2 Etapa druhá	25
2.6.3 Etapa třetí.....	25
2.6.4 Zpětná analýza	25
2.7 Pracovní motivace.....	26
2.8 Nástroje řízení adaptačního procesu	27
2.9 Rizika v adaptačním procesu	30
3 PERIOPERAČNÍ PÉČE V NEUROCHIRURGII	31

3.1 Organizace práce na operačním sále.....	31
3.2 Zdravotnická dokumentace na neurochirurgických sálech.....	32
3.3 Přístrojové vybavení neurochirurgických sálů	33
3.4 Instrumentace a nástroje specifické pro neurochirurgii	36
3.5 Polohy v neurochirurgii	37
3.6 Týmová práce na operačním sále.....	39
3.7 Etika na operačním sále	40
3.8 Bezpečnost na operačním sále	41
EMPIRICKÁ ČÁST	46
4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	46
5 VÝZKUMNÉ CÍLE a OTÁZKY	47
5.1 Hlavní výzkumný cíl a otázka	47
5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky.....	47
6 METODA SBĚRU DAT	49
6.1 Metodologie výzkumu	49
6.2 Charakteristika výzkumného vzorku	50
6.3 Organizace výzkumu	52
6.4 Zpracování dat	53
7 PREZENTACE a INTERPRETACE DAT	55
7.1 Kategorie: Psychosociální aspekty adaptačního procesu.....	55
7.2 Kategorie: Znalosti potřebné k ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech	63
7.3 Kategorie: Dovednosti potřebné při ukončení adaptačního procesu	69
7.4 Kategorie: Organizační aspekty adaptačního procesu	75
8 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ	82
DISKUZE	83
ZÁVĚR.....	92

SEZNAM LITERATURY.....	94
SEZNAM PŘÍLOH	103
PŘÍLOHY	104

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Grafické znázornění kategorií a subkategorií	54
Obrázek 2, Grafické znázornění kategorie Psychosociální aspekty	55
Obrázek 3, Grafické znázornění kategorie Znalosti potřebné k ukončení AP na NCH sálech.....	63
Obrázek 4, Grafické znázornění kategorie Dovednosti potřebné k ukončení AP na NCH sálech	70
Obrázek 5, Grafické znázornění kategorie Organizační aspekty AP na NCH sálech..	75

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1, Identifikační data participantek	51
Tabulka 2, Motivace k ukončení adaptačního procesu	57
Tabulka 3, Podpora v průběhu adaptačního procesu	58
Tabulka 4, Komunikace na operačním sále	60
Tabulka 5, Osobnost sestry	61
Tabulka 6, Týmovost a spolupráce	62
Tabulka 7, Znalosti přípravy a průběhu operačních výkonů	65
Tabulka 8, Znalosti zdravotnických prostředků v době ukončení AP	65
Tabulka 9, Polohování pacienta	66
Tabulka 10, Přístrojová technika specifická pro NCH sály	68
Tabulka 11, Orientace v prostředí	69
Tabulka 12, Instrumentace	71
Tabulka 13, Manipulace s mikronástroji	72
Tabulka 14, Individuální pojetí	73
Tabulka 15, Asistence pod mikroskopem	74
Tabulka 16, Mentoring	76
Tabulka 17, Informační materiály	77
Tabulka 18, Časová dotace	78
Tabulka 19, Zahájení adaptačního procesu	79
Tabulka 20, Průběh adaptačního procesu	80
Tabulka 21, Ukončení adaptačního procesu	81

SEZNAM ZKRATEK

ANA	American Nurse's Association (Americká asociace sester)
AORN	Association of Perioperative Registered Nurses (Asociace perioperačních registrovaných sester)
AP	adaptační proces
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
BOZP	bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CT	Computered Tomograhy (počítačová tomografie)
CUSA	Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator (Cavitron ultrazvukové chirurgické aspirátory)
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
EORNA	European Operating Room Nurses Association (Evropská asociace perioperačních sester)
ICN	International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)
JIP	jednotka intenzivní péče
MZ ČR	ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCH	neurochirurgie
NLZP	nelékařský zdravotnický personál
OS	operační sály
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WFNS	Světová federace neurochirurgických společností

ÚVOD

MOTTO:

*„Nakonec si lidé nebudou pamatovat,
co jste řekli nebo udělali,
budou si pamatovat, jak se s Vámi cítili.“*

Carl W. Buehner

Adaptační proces je pro nově nastupující zaměstnance velice důležitý. Umožňuje jedinci, aby pokud možno bez stresu poznal organizaci a přizpůsobil se novým situacím v novém prostředí a zařadil se do pracovního kolektivu (Zlámal a kol., 2014). Jedním z hlavních smyslů adaptačního procesu je i snížení fluktuace zaměstnanců (Šimonová, 2014).

Adaptace perioperační sestry na operačních sálech neurochirurgie je velice náročná a velmi specifická. V krátkém časovém úseku si sestra musí osvojit široký rozsah znalostí a dovedností, a to vyžaduje zodpovědný přístup a velkou psychickou odolnost.

První část diplomové práce je zaměřena na základní pojmy perioperační péče a perioperační sestra. Je popsán adaptační proces ve zdravotnictví, jeho průběh, motivace, nástroje řízení adaptačního procesu a jeho možná rizika. V závěru teoretické části práce jsou popsána specifika perioperační péče na neurochirurgii.

Empirická část práce je realizována pomocí kvalitativního výzkumu, jehož účastnicemi jsou sestry, které v posledních dvou letech absolvovaly adaptační proces na neurochirurgických operačních sálech. Data byla získána prostřednictvím rozhovorů a podrobena obsahové analýze a otevřenému kódování.

Cílem předkládané diplomové práce je poskytnout ucelený pohled na překážky a úskalí při adaptaci nových sester na neurochirurgických operačních sálech a identifikovat faktory, které mohou ovlivnit jejich úspěšnou integraci do týmu. Praktickým přesahem práce je lépe porozumět této problematice a poskytnout podklady pro zlepšení adaptačního procesu na neurochirurgických operačních sálech. Publikací cílených na kvalitu adaptačního procesu na operačních sálech je nedostatek. K mému vědomí nebyl výzkum adaptačního procesu na neurochirurgických operačních sálech z pohledu sester, na jehož základě by bylo možné identifikovat problémy procesu, doposud publikovaný.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOUČASNÝ STAV

Práce perioperační sestry na operačních sálech neurochirurgie je velice náročná a velmi specifická (Fadrus a kol., 2020). Vyžaduje znalosti, dovednosti, přesnost a preciznost (Fearom, 2018). Sestry musí znát přípravu a průběh operačních výkonů, instrumentária a být schopny ovládat přístrojovou techniku potřebnou ke všem operačním výkonům (Moravec, 2019). Znamená to široký rozsah znalostí a dovedností, které jsou plně a komplexně potřebné již po ukončení adaptačního procesu.

Adaptační proces v perioperační péči na neurochirurgii trvá minimálně 6 měsíců. Po jeho ukončení je sestra zařazena do směnného provozu, je plnohodnotnou součástí operačního týmu a za svou práci a její kvalitu nese plnou zodpovědnost. Jedná se o velké množství informací a praktických dovedností, které si musí sestra osvojit v krátkém časovém úseku. To vyžaduje zodpovědný přístup a velkou psychickou odolnost.

1.1 Popis rešeršní činnosti

Jako podklad pro tvorbu teoretické části diplomové práce byla v dubnu 2022 ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje vyhotovena rešerše. Klíčová slova byla použita v českém a anglickém jazyce. Z důvodu zaměření diplomové práce byla použita tato klíčová slova: Adaptační proces (Adaptation Process), Perioperační péče (Perioperative Care), Neurochirurgie (Neurosurgery), Perioperační sestra (Perioperative Nurse), Sestra absolventka (Graduate Nurse), Mentoring (Mentoring). Časové rozmezí vydaných publikací bylo stanoveno na roky 2012-2022. Dále bylo samostatně vyhledáváno v těchto elektronických databázích: PubMed, EBSCO-CINAHL, Medline a Google Scholar. Časové rozmezí vydaných publikací bylo stanoveno na roky 2000-2022. Informace z těchto zdrojů byly analyzovány a komparovány. Celkově bylo nalezeno 586 dokumentů a článků.

Na základě analýz nalezených zdrojů a s využitím stanovených kritérií pro výběr bylo do užšího výběru zařazeno 128 publikací. Kritérii pro výběr adekvátních zdrojů bylo: vyřazení článků starších více než 10 let, vyřazení duplicit, nerecenzovaná periodika, vyřazení článků, jejichž obsah nekoresponduje se zaměřením práce. Celkem bylo v diplomové práci použito 76 zdrojů. Vzhledem k relevantnosti některých publikací byly pro tvorbu teoretických východisek použity také zdroje starší 10 ti let.

1.2 Základní pojmy

1.2.1 Perioperační péče

Perioperační ošetrovatelská péče je ošetrovatelská péče o pacienta před operačním výkonem, v průběhu operačního výkonu a bezprostředně po operačním výkonu (EORNA, 2019). Zahrnuje intervence nejen ošetrovatelské, ale také chirurgické (Pavlová, 2016). Odehrává se převážně na operačním sále a poskytují ji perioperační a anesteziologické sestry (Wichsová a kol., 2013). Z národní legislativy vyplývá organizace ošetrovatelské péče na operačních sálech v ČR, která stanovuje povinnosti sestry pro perioperační péči a povinnosti sestry pro intenzivní péči v anesteziologii (MZČR, 2006). Tato diplomová práce bude zaměřena pouze na problematiku z pohledu perioperační sestry.

1.2.2 Perioperační sestra

V rané historii medicíny se při výkonech, které lze hodnotit jako chirurgické, využívali pomocníci, kteří byli zrovna po ruce. Měli za úkol pomáhat při výkonu a podávat nástroje. Osoby, které práci vykonávaly, byly většinou bez vzdělání. V této oblasti ani žádná možnost vzdělávání neexistovala (Jedličková a kol., 2019).

Postupně se chirurgie stala samostatným a uznávaným lékařským oborem. Pomocné činnosti při chirurgických operačních výkonech prováděli zejména studenti a zaškolené ošetrovatelky (Šváb a kol., 2016).

Vzdělávání sálových sester bylo ještě v 60. letech minulého století součástí specializace anesteziologické péče. Sestry pracující na operačních sálech vykonávaly práci související s anestezií a současně práci sálových sester. Reorganizace postgraduálního a celoživotního vzdělávání u nelékařských zdravotnických oborů přispěla ke změně tohoto přístupu. Základním krokem byl v roce 1960 vznik Ústavu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně. Pod vedením Mgr. Heleny Frýbové vznikla samostatná katedra pro sálové sestry a vzdělávací specializační program instrumentování na operačních sálech. Za několik desítek let prodělal specializační program mnohé změny a absolvovaly ho tisíce sester (Jedličková a kol., 2019).

Mezi nejvýznamnější autory učebních textů zabývajících se perioperační péčí patří prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc. a prof. MUDr. Miloslav Duda, DrSc. Jejich publikace byly opakovaně vydané pod názvem „Práce sestry na operačním sále“, první z nich již v roce 1954. Tyto učebnice jsou považované za základní učební text nejen pro celé generace sester, ale také pro další autory, kteří na tyto texty navazují a čerpají z nich cenné

poznatky. Obě monografie jsou rozděleny do kapitol, které jsou věnovány jednotlivým specializacím. Autorem kapitol neurochirurgie je prof. MUDr. Eduard Zvěřina, DrSc. Na jeho kapitoly navazuje učebnice kolektivu autorů pod vedením MUDr. Pavla Fadruse, Ph.D. vydaná v roce 2020 s názvem Perioperační péče v neurochirurgii. Kniha je součástí nové řady publikací věnovaných perioperační péči v rámci jednotlivých chirurgických specializací (Fadrus a kol.,2020).

Dříve používaný pojem „sálová sestra“ nebo „instrumentářka“ dnes vystřídal pojem „perioperační sestra“ (Bitnerová, 2007). Ten nejvýstižněji vyjadřuje ve své učebnici „Práce sestry na operačním sále“ profesor Niederle:

„Operační sestra, kterou někde nazývají instrumentářkou, pracuje na celém operačním oddělení, a nejen u instrumentačního stolku. Dovede-li sebeobratněji podávat nástroje při operaci, je to jen zlomek jejích četných a rozmanitých úkolů jiných, velmi odpovědných, i když třeba méně efektivních, než je vlastní instrumentování. Sestra se proto musí především seznámit s celým svým pracovištěm a jeho zařízením a musí pochopit jeho smysl a účel, aby pracovala s plným porozuměním a svědomitě naplnila jeho poslání.“ (Niederle, 1957)

Role sestry v perioperační péči

Perioperační sestry jsou řazeny do kategorie s nejvyššími požadavky na vzdělání (Jedličková, 2012). Pro vysokou míru zodpovědnosti jsou lékaři a sestry vysoko na společenském žebříčku. Jsou považováni za elitu v mnoha oblastech, zejména v oblasti etické a morální (Wichsová, 2020).

Role perioperační sestry se v rámci provozu mění podle funkce, kterou zrovna zastává. Může to být sestra instrumentující, obíhající, tzv. cirkulující, anebo sestra nástrojová. Instrumentující a obíhající sestry vykonávají svoji práci přímo na operačním sále. Instrumentářka stojí celou dobu operace po boku operátéra nebo naproti a podává mu nástroje a další sterilní pomůcky potřebné k výkonu. Obíhající sestra je tzv. spojkou mezi sterilním a nesterilním prostředím operačního sálu. Je podporou nejen instrumentářky, ale i celého operačního týmu. Připravuje sál před operací, chystá nástroje a je neustále k dispozici, pokud je potřeba něco podat. Instrumentářka a obíhající sestra spolu velice úzce spolupracují, musí si navzájem věřit, znát se a vědět, co je, v který moment potřeba. To vše je velice důležité, aby z provozního pohledu společně dokázaly zajistit hladký průběh celé operace. Nástrojová sestra pracuje na přísáli operačních sálů, nebo na oddělení centrální

sterilizace. Pečuje o nástroje, zajišťuje jejich sterilitu a správnou funkčnost. (Jehličková a kol., 2019).

Profese všeobecné sestry

Povolání všeobecné sestry lze v ČR považovat za profesi na základě tří znaků, a tedy na její hlavní činnost, ošetřování pohlížíme jako na profesionální. Prvním znakem je, že skupina pracovníků provádí trvale relativně stálé společensky uznávané činnosti k jejichž výkonu jim dává společnost kompetence. Tyto činnosti musí být zdrojem prostředků pro obživu těchto pracovníků. Je to znak, kterým se profesionální činnost odlišuje od zájmových, dobročinných, nebo jiných podobných činností. Vybrané činnosti vyžadují zvláštní kvalifikační průpravu, ta poskytuje potřebné znalosti a dovednosti k vykonávání konkrétních určených činností v rámci odborné kompetence. Průprava musí být komplexně prováděna společensky uznávanou formou a je většinou legislativně upravena (Plevová a kol., 2018).

Kvalifikační vzdělávání a prohlubování kvalifikace

V nelékařských oborech lze získat nejvyšší stupeň kvalifikačního vzdělávání v oborech všeobecná sestra a porodní asistentka.¹

Přípravou na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra se zabývá kvalifikační standard. Studijní programy oboru vzdělávání jsou: Všeobecná ošetřovatelství, bakalářský studijní program a Diplomovaná všeobecná sestra, vzdělávací program pro Vyšší odborné školy. Standardní doba studia je nejméně 3 roky, student musí absolvovat nejméně 4600 hodin teoretické a praktické výuky. Forma studia je u bakalářského studijního programu prezenční a kombinovaná. a u programu vyšší odborné školy denní a kombinovaná (MZČR, 2021).

Vysokoškolské studium je ukončeno státní závěrečnou zkouškou a obhajobou bakalářské práce. Zkouška se zpravidla skládá z předmětu ošetřovatelství, ošetřovatelství

¹ Požadavky na kvalifikační přípravu všeobecných sester vyplývají ze Směrnice Evropského parlamentu a Rady 36/2005/ES o uznání odborných kvalifikací, zákona 18/2004 Sb. a zákona č. 96/2004 Sb., který v plném znění upravuje kvalifikační podmínky pro výkon nelékařského zdravotnického pracovníka. Od 1.9.2017 je platný zákon č. 201/2017 Sb., kterým se právě tento zákon 96/2004 Sb. mění. Definuje podmínky získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a činnosti související s poskytováním zdravotní péče. Řeší odbornou způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Dále celoživotní vzdělávání, uvádí kvalifikační podmínky pro výkon u více než 40 oborů NLZP (Jedličková a kol. 2019).¹

v klinických oborech a humanitních věd. Vyšší odborné vzdělávání je ukončeno absolutoriem a obhajobou absolventské práce. Zkouška je z cizího jazyka, ošetrovatelství, ošetrovatelství v klinických oborech a humanitních věd (MZČR, 2021).

Studium bakalářských oborů je pouze kvalifikační stupeň vzdělání, nenahrazuje specializační zaměření, tedy prohloubení kvalifikace (Jedličková a kol., 2019).

Specializační vzdělávání v oboru perioperační péče

Specializační vzdělávání v akreditovaných vzdělávacích programech je definováno v Nařízení vlády č. 31/2010Sb. v platném znění o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Jedná se o specializaci v anesteziologii, neodkladné péči a medicíně katastrof, perioperační péči na operačních sálech. Vzdělávací programy připravují absolventy na vysoce specializované činnosti. Akreditované zařízení Specializační programy jsou ukončeny atestační zkouškou.

Vstupní podmínkou pro zařazení do specializačního vzdělávání v oboru Perioperační péče/Sestra pro perioperační péči je ukončené kvalifikační zdravotnické vzdělání všeobecného směru a uznání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecná sestra podle Zákona č. 96/2004 Sb.

Předpokládaná délka vzdělávacího programu je stanovena na 36 měsíců. Při zachování počtu výukových hodin ji lze zkrátit, ale i prodloužit (Jedličková a kol., 2019).

Vzdělávací program je koncipován modulovým způsobem. Je rozdělen na základní modul a 3 odborné moduly. Základní modul je zaměřen na oblasti etiky a filozofie, pedagogiky, didaktiky a andragogiky, dále na zdravotnický a krizový management a na výzkum v ošetrovatelství. První odborný modul se zabývá ošetrovatelskou péčí na operačních sálech, která je ve všech operačních oborech, disciplínách a úsecích perioperační péče. Patří sem organizace a provoz perioperačního prostředí, hygiena, mikrobiologie a epidemiologie v perioperační péči, základy anesteziologie a resuscitace, základy ošetrovatelské perioperační péče a základní operační techniky, výkony a postupy. Druhý a třetí odborný modul je charakteristický všeobecným chirurgickým zaměřením, především na znalosti anatomie, operačních postupů a jiných specifík podle konkrétních oborů. Praktická část výuky je tvořena praxí na určených pracovištích a také na akreditovaných pracovištích.

Podmínkou úspěšného ukončení specializačního vzdělávání je splnění předem daných kritérií – absolvování daného počtu vyučovacích hodin, úspěšné zvládnutí dílčích zkoušek z jednotlivých modulů, absolvování odborných praxí nejen na akreditovaných pracovištích a dosažení požadovaného počtu kreditů ve vzdělávacím programu. Dále musí studující doložit doklad o splnění výkonu povolání v patřičném oboru. Atestační zkouška se skládá ze dvou částí: teoretické a praktické (Jedličková a spol., 2019).²

Kompetence sestry specialistky – perioperační péče na operačních sálech

Pro obor Všeobecná sestra jsou dány čtyři základní kompetence: autonomní – nezávislé, kooperativní – závislé, v oblasti výzkumu a vývoje, a řízení ošetrovatelské činnosti (Mikšová a kol., 2014). Kompetence jsou dány vyhláškou č. 58/2022, která 1.7.2022 vstoupila v účinnost a je novelou vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (MZČR, 2022).

Stanovuje činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí. Sestra poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů (Jedličková a spol., 2019).

Činnosti v perioperační péči jsou podle §54 rozděleny na činnosti bez indikace lékaře a na činnosti bez odborného dohledu na základě indikace lékaře.

Perioperační sestra bez indikace lékaře připravuje instrumentárium, zdravotnické prostředky, jiný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu. Vykonává specializované sterilizační a dezinfekční postupy. Zajišťuje manipulaci s operačními stoly, zdravotnickými přístroji a tlakovými nádobami. Provádí antisepsi operačního pole, zarouškování pacientů a instrumentuje při operačních výkonech. Při každé operaci provádí

² Specializační vzdělávání v perioperační péči lze dnes již realizovat v navazujícím magisterském programu. Cílem tohoto programu je poskytnout všeobecné sestře základní znalosti a dovednosti v oboru perioperační péče a připravit ji na poskytování specializované péče v oboru. Ukončením magisterského studia získá všeobecná sestra vysokoškolské vzdělání se specializovanou způsobilostí v oboru perioperační péče. Toto studium trvá dva roky a je zakončeno státní závěrečnou zkouškou, která se skládá z obhajoby diplomové práce a ze zkoušky z předmětů perioperační péče o pacienta ve vybraných oborech, role sestry v perioperační péči a v neposlední řadě z organizace a řízení v perioperační péči (Univerzita Pardubice).

s operátorem početní kontrolu nástrojů a také použitého materiálu. Zajišťuje neustálou připravenost pracoviště jak ke standardním, tak i ke speciálním operačním výkonům.

Perioperační sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře zajišťuje polohu a fixaci pacienta na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu. Dbá na prevenci komplikací z imobilizace. Dále také asistuje u méně náročných operačních výkonů (Jedličková a spol., 2019).

2 ADAPTAČNÍ PROCES VE ZDRAVOTNICTVÍ

Adaptace nových pracovníků ve zdravotnictví je podstatnou částí personálního řízení a důležitým prvkem manažerských činností a dovedností. Úspěšné zvládnutí adaptačního procesu závisí na spolupráci mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem, která vychází z integrace znalostí a zkušeností, návyků a vnitřních nařízení zaměstnavatele (Šín a kol., 2014).

2.1 Adaptace

Adaptací rozumíme proces, při kterém se nový zaměstnanec vyrovnává s novým prostředím, ve kterém plní pracovní úkoly. Jedná se o adaptaci pracovní i sociální.

Nový pracovník se nevyrovnává pouze s prostředím pracovním, ale i s prostředím celé organizace. Poznává její politiku, tedy směrnice, standardy, metodiky, definované vize, cíle a plány. Tato rovina adaptace se nazývá zapracování.

Pro nového pracovníka je velmi důležitá socializace neboli začlenění do pracovního týmu. Podstatou je navázání interpersonálních vztahů, nejen s kolegy stejné profese, ale i s jinými profesionály, kteří jsou součástí pracovního týmu.

Podstatnou součástí adaptačního procesu je adaptace v rovině odpovědnosti za svá rozhodnutí a na zvyklé způsoby řešení situací. Důležité je kritické myšlení, reflexe, sebereflexe, znalost legislativy a také etických norem (Špirudová, 2015).

2.2 Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu

V roce 2009 byl Ministerstvem zdravotnictví zveřejněn Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Tento pokyn byl vytvořen jako návod doporučeného postupu pro všechna zdravotnická zařízení v České republice, který praxi adaptačního procesu jednotně upravuje po stránce formální, ale zároveň ponechává prostor pro variabilitu jednotlivých oborů a pracovišť (Špirudová, 2015).

Dále zaručuje jednotný postup a rovné podmínky pro všechny absolventy a nově nastupující zdravotnické pracovníky při vstupu do nového pracovního prostředí po získání odborné způsobilosti, dále se tento metodický pokyn také týká nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří přerušili výkon povolání na dobu delší než dva roky, nebo přecházejí na jiná zdravotnická pracoviště a charakter nové práce bude výrazně odlišný. Každé

zdravotnická zařízení si na základě metodického pokynu vypracují vlastní standardní postup, a to včetně potřebné dokumentace (Věstník MZd ČR, 2009).³

2.3 Cíl adaptačního procesu

Cílem adaptačního procesu je zvládnutí jeho jednotlivých fází. To znamená poznat, prověřit, zhodnotit, popřípadě doplnit, prohloubit a rozšířit schopnosti, znalosti a dovednosti nelékařských zdravotnických pracovníků při uplatňování jejich teoretických vědomostí a praktických dovedností v praxi. a také v neposlední řadě nalezení nejvhodnějšího uplatnění pro konkrétního zdravotnického pracovníka. Efektivitu procesu adaptace pomáhá zajistit jeho řízení (Věstník MZd ČR, 2009).

2.4 Délka adaptačního procesu

Délka adaptačního procesu je individuální. Záleží na zvyklostech oddělení a je závislá na znalostech, dovednostech a schopnostech konkrétního účastníka. Obvykle trvá 3 až 12 měsíců od nástupu do zaměstnání. U pracovníků, kteří přerušili výkon povolání na dobu delší než dva roky, přecházejí na jiné pracoviště zdravotnického zařízení, nebo se charakter jejich nové práce výrazně liší, trvá obvykle adaptační proces 2 až 6 měsíců od nástupu (Věstník MZd ČR, 2009).

2.5 Vlastní adaptační proces

Základem dobré adaptace je vztah mezi školitelem a sestrou v adaptačním procesu. Měl by to být vztah kolegiální, podporující a orientovaný na dosažení definovaných cílů. Není to vztah nadřízeného s podřízeným, ani vztah učitele a žáka (Gurková, Zeleníková, 2017).

³ Definice dle metodického pokynu z roku 2009: „Adaptační proces je proces začlenění nově nastupujícího nelékařského zdravotnického pracovníka, má usnadnit období zapracování v novém pracovním prostředí, orientaci a seznámení se s novou prací, vytvořit vztahy ke spolupracovníkům včetně vztahů k nadřízeným a podřízeným a pochopit styl a organizaci práce. V neposlední řadě zahájit formování pocitu odpovědnosti, samostatnosti a sounáležitosti k zaměstnavateli. V průběhu adaptačního procesu by si měl nelékařský zdravotnický pracovník ověřit soubor základních znalostí a získat zkušenosti pro výkon práce včetně seznámení se s prostředím, spolupracovníky a pracovním týmem. V celém období tohoto procesu probíhá hodnocení, z něhož by měly vyplynout perspektivy uplatnění na daném pracovišti a možnosti jeho dalšího rozvoje po odborné i osobnostní stránce.“ (Špirudová, 2015)

Samotný plán adaptačního procesu musí vycházet z aktuálních znalostí a dovedností školené sestry. Ty se dále rozvíjí a navazuje na ně novými poznatky a zkušenostmi (Špirudová, 2015).

Tempo, nebo inteligence jsou vrozené, tudíž docílit změny u školené sestry, je prakticky nemožné (Bělohávek, 2010).

Důležitý je i časový a dějový harmonogram adaptačního plánu, který se v případě potřeby může upravit nebo změnit (Špirudová, 2015).

Zahájení adaptačního procesu by mělo proběhnout mimo oddělení. Nemusí ho realizovat školitel, ale mohou to být kompetentní pracovníci dané organizace. Pracovník je seznámen s organizací, jejím statutem, vizemi, plány a hodnotami. Dále by mělo být zařazeno školení BOZP a poskytnutí informací týkajících se fyzické orientace, práce s informacemi a jejich bezpečností, etiky práce dle zaměření organizace, seznámení se systémem kvality a bezpečnosti organizace, systému odměňování a platových podmínek organizace, odborové organizace, požadavků na osobní úpravu zaměstnanců a zvládnutí akutních situací na pracovišti (Špirudová, 2015).

2.6 Průběh adaptačního procesu

Z pohledu času probíhá adaptační proces v jednotlivých fázích neboli etapách (Zítková a kol., 2015).

2.6.1 Etapa první

Cílem první etapy, kterou můžeme nazvat i etapou útvárové orientace, je uvedení pracovníka na pracoviště, postupné seznámení s pracovním prostředím a pracovními podmínkami, dále seznámení s novými spolupracovníky a vedoucím pracovníkem. Nový pracovník také dostává informace o pracovních podmínkách, zvyklostech a o průběhu a požadavcích adaptačního procesu. Nástroje řízení adaptačního procesu, které jsou souběžně pro tuto fázi používány: praktický zácvik, formální vzdělávání, informační balíček, zpětná vazba a supervize.

Na konci této etapy by měl proběhnout první motivačně-hodnotící pohovor, nebo formální hodnocení a na základě zhodnocení průběhu adaptace a plnění úkolů jsou stanoveny cíle na další období (Zítková a kol., 2015).

2.6.2 Etapa druhá

V průběhu této etapy dochází k získávání nezbytných zkušeností, ke zdárným plnění pracovních úkolů a k sžívání se s kolektivem. Využívá se rozvojových nástrojů jako je mentorství, rotace práce, motivačně hodnotící rozhovory a další formy vzdělávání. Na motivačně-hodnotícím rozhovoru by se měli podílet všichni zainteresované účastníci, kteří se aktivně podílí na adaptačním procesu. Pokud se již v této etapě školitel aktivně nepodílí na adaptačním procesu, není jeho přítomnost nutná a v některých případech dokonce ani vhodná. Nehodnotí se předchozí období, ale období, které probíhá nyní (Zítková a kol., 2015).

2.6.3 Etapa třetí

Typické pro tuto etapu je začlenění pracovníka do pracovní skupiny, jeho ztotožnění s cíli organizace, s cíli pracoviště, a hlavně postupné dosahování předpokládaných pracovních výsledků. Charakteristické je získání znalostí a dovednosti, které vzájemně souvisí s délkou praxe na daném pracovišti. Mezi rozvojové nástroje, které jsou používány v této etapě patří především mentorství, supervize, koučování, vzdělávání a motivačně-hodnotící rozhovory.

V této etapě také probíhá ukončení adaptačního procesu. Forma tohoto ukončení není jednotná. V některých zdravotnických zařízeních se ho účastní nejen určený management, ale i primáři jednotlivých klinik. Samotné ukončení probíhá většinou závěrečným pohovorem za přítomnosti vedoucího pracovníka a mentora. Zadána může být i závěrečná práce, v tomto případě bude provedena její obhajoba (Věstník MZd ČR, 2009).

Pohovor a ani zadaná práce nezpochybňuje odbornou způsobilost pracovníka, ale zjišťuje zvládnutí vytyčených cílů. Vedoucí pracovník následně provede zápis o úspěšném zakončení adaptačního procesu a seznámí účastníka se závěrečným hodnocením (Zítková a kol., 2015).

2.6.4 Zpětná analýza

Na formální ukončení adaptačního procesu navazuje zpětná analýza. Je to velmi důležitá etapa adaptačního procesu, ve které vedoucí pracovník zpětně analyzuje celý jeho průběh. Hodnotí, co se podařilo, co se nepodařilo a co bylo příčinou neúspěchu. Na základě výsledků analýzy může vedoucí pracovník flexibilně upravit strukturu a rámec adaptačního procesu a aktualizovat jednotlivé uplatňované nástroje (Zítková a kol., 2015).

2.7 Pracovní motivace

Pojem motivovat velmi trefně vystihnul Plamínek (2010) - dle jeho názoru to neznamená jen brát, ale také dávat. Znamená to, že člověku, od kterého něco chci, musím nabídnout něco k uspokojení jeho zájmů.⁴

Podle Armstronga (2009) existují tři základní složky motivace. První je směr, kam se chce jedinec dostat. Druhý je úsilí, tedy kolik píce je ochoten tomu věnovat. a třetí je vytrvalost, tedy jak dlouho se o to bude pokoušet. Jsou možné dvě cesty pracovní motivace zaměstnanců. Důležité je v první řadě nechat motivovat lidi sami sebe, tím že práce bude uspokojovat jejich potřeby (tzv. motivace vnitřní). V druhé řadě jsou lidé motivováni vedoucím pracovníkem prostřednictvím pochval, povýšení a odměn, nebo naopak negativními důsledky jejich nedostatečného pracovního výkonu (motivace vnější). Obě složky motivace jsou důležité pro udržení výkonu a spokojenosti zaměstnance, ale vnitřní motivace zajišťuje větší osobní uspokojení, je dlouhodobě udržitelnější a lépe napomáhá k plnění vytyčených cílů.

Dobré vedení zaměstnanců podmiňuje znalost jejich hodnotové orientace, které se mění s věkem, nebo se vstupem do jiné sociální skupin a hodnotového systému. Každý člověk má svůj hodnotový žebříček, což je uspořádání hodnot, které umožňuje jedinci automatické rozhodování (Vévoda a kol., 2013).

Fairweather (2009) stanovil deset faktorů, které lidé nejčastěji očekávají od svého zaměstnání. Na prvním místě je jistota zaměstnání a pochopení ze strany zaměstnavatele pro osobní problémy. Pak loajalita firmy k zaměstnancům a dobré pracovní podmínky. Dále také zajímavá práce, ohleduplné udržování disciplíny, dobrý plat, osobní růst a postup v organizaci a v neposlední řadě i pocit účasti na dění ve firmě a uznání za vykonanou práci.

Jednou z teorií zaměřených na obsah procesu motivace je teorie dvou faktorů, v níž dvě odlišné skupiny faktorů působí na pracovní motivaci a spokojenost zaměstnance. Mezi faktory vnější řadíme celkové okolnosti práce a pracovního zařazení, pracovní prostředí, bezpečnost práce, jistota zaměstnání, personální a sociální politika organizace, mezilidské pracovní vztahy ve skupině, řídicí činnost vedoucího zaměstnance, míra kontroly, vliv práce

⁴ Termín motivace pochází z latinského slovo *moveo*, což znamená hýbat a přeneseně vyjadřuje hybné síly chování svého činitele. Otázkou motivace je: proč se člověk chová tím či oním způsobem (Nakonečný, 1997).

na osobní život atd. a mezi faktory vnitřní řadíme celkové okolnosti osobního výkonu, úspěch, uznání, odpovědnost za práci, zajímavost vykonávaných pracovních činností, možnost kariérního postupu a osobního rozvoje. Hranice mezi skupinami faktorů nejsou zcela vymezené (Forsyth, 2009).

2.8 Nástroje řízení adaptačního procesu

Soulad mezi odbornými znalostmi, praktickými dovednostmi a sociálními zkušenostmi nového pracovníka a specifickými pracovními podmínkami konkrétního pracoviště docílíme pomocí řízení adaptačního procesu. To probíhá pomocí tzv. nástrojů řízení adaptačního procesu

Adaptační plány

Profil neboli typ pracovní role, na kterou byl nový pracovník přijat slouží jako východisko pro stanovení adaptačního plánu. Ten představuje zaměstnanci hlavní očekávané výsledky toho, co musí znát, být schopen dělat a jak se má chovat v prostředí konkrétního pracoviště. O zapracování NLZP se provádí záznamy, a to včetně vyplnění kontrolních listů, které obsahují seznamy jednotlivých činností, jež musí nový pracovník absolvovat a naučit se je. Adaptační plán stanovuje cíle z oblasti jednotlivých činností a vymezuje podmínky k ukončení AP na konkrétním pracovišti. V neposlední řadě také stanovuje vzdělávací a podpůrné aktivity či určuje studium požadované literatury, organizačních norem, které jsou pro nového zaměstnance závazné. Ke zdárnému průběhu AP a jasnému a konstruktivnímu přístupu ke společné práci mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem je nezbytné všechny tyto informace podávat nejen ústní cestou, ale také písemně, aby bylo možné se k zadání průběžně vracet a upravovat je podle konkrétní situace nebo potřeb pracoviště (Zítková a kol., 2015).

Praktický zácvik

V průběhu praktického zácviku jsou novému zaměstnanci pomocí nástroje instrumentálního učení předávány informace a postupy podstatné pro plnění činností a aktivit, které jsou spojené s poskytováním ošetrovatelské činnosti. Zkušený pracovník je určen vedoucím pracovníkem pro nového zaměstnance jako jeho školitel a předává mu potřebné informace a postupy. Délka praktického zácviku v ošetrovatelské praxi není doporučena, vychází většinou ze stereotypní dlouhodobé zkušenosti daného pracoviště. Podle individuální situace ji lze operativně upravit, aby nebyla příliš dlouhá, ale ani příliš krátká. Nedostatečná délka zácviku zvyšuje stres a nervozitu a tím se zvyšuje riziko omylů a dochází k narušení kvality ošetrovatelské péče. Příliš dlouhé období zácviku se zase negativně podílí na vytváření aktivních postojů a na motivaci k práci (Zítková a kol., 2015).

Adaptační kolečko, rotace práce

Mezi metody vzdělávání v rámci AP na pracovišti patří i rotace práce neboli tzv. adaptační kolečko (Zlámal a kol., 2014) Je to periodické obměňování vykonávané práce. Pracovník se díky tomu stává flexibilnějším, lépe zvládá změny, je více motivován. Výhodou je i snadnější zabezpečení zastupitelnosti pracovníků (Koubek, 2015).

V praxi to vypadá tak, že je zaměstnanec na určitou dobu přemístěn na jiné pracoviště, aby získal vědomosti a praktické dovednosti z oblasti práce na jiném úseku pracoviště (Zítková a kol., 2015).

Mentorství

Mentorství představuje metodu pomáhání učení za účelem rychlejšího a efektivnějšího zapracování nového zaměstnance. Osoby mentorů je nutné velmi pečlivě vybírat. Mentor vede nového zaměstnance při sebevzdělávání a poskytuje mu rady, předává znalosti a zkušenosti, inspiruje a motivuje. Také napomáhá novému zaměstnanci identifikovat a rozvíjet hodnoty dané instituce a pracovní společnosti (Petrášová a kol., 2014). Důležité jsou i andragogické schopnosti a lidské vlastnosti mentora, které napomáhají umocnit spolupráci a tím urychlit celý proces adaptace (Zítková a kol., 2015).

Motivačně-hodnotící pohovory

Smyslem motivačně-hodnotících pohovorů je především zpětná vazba a průběžné monitorování zvládnutí AP u nového zaměstnance. Při praktickém zácviku pohovory vykonává školitel, v dalších fázích přímý nadřízený, např. staniční nebo vrchní sestra (Zítková a kol., 2015).

Supervize

Supervize je proces, který je zaměřen na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí. Tento proces může zahrnovat jednotlivce, týmy nebo skupiny zaměstnanců (Venglářová, 2013). V ošetrovatelství je supervize významným nástrojem pro rozvoj a vzdělávání pracovníků. Umožňuje organizovanou příležitost k reflexi na vlastní ošetrovatelskou činnost (Zítková a kol., 2015). Cílem je péče o konkrétního pracovníka. Díky dobré psychické pohodě a odbornému růstu může lépe poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči (Venglářová, 2013).

Vzdělávací programy

Kombinací různých, a hlavně vhodných typů vzdělávání je docíleno nejlepších výsledků. V rámci zvýšení efektivity vzdělávání ve zdravotnickém zařízení je často pro všechny nové zaměstnance organizována společná část vzdělávacího programu. Hlavním cílem je informovat o prostředí organizace, např. školení BOZP, manipulace s léky, nebo s biologickým materiálem (Zítková a kol., 2015).

Informační balíček

Informační balíček je zaměstnavatelem připravený materiál určený novému zaměstnanci. Může být v tištěné nebo elektronické podobě a obsahuje základní informace, které jsou pro adaptaci důležité až nezbytné. Většinou má obecnou část, která je společná pro všechny zdravotnické pracovníky v rámci zdravotnického pracoviště a část specifickou, jež odráží konkrétní požadavky a specifika jednotlivých klinik a oddělení (Zítková a kol., 2015).

2.9 Rizika v adaptačním procesu

Průběh adaptačního procesu může nepříznivě ovlivnit mnoho faktorů, a to se může projevit špatnou pracovní morálkou, lhostejností, pasivitou nebo flukтуаčními tendencemi (Miller, 2009).

Nedostatečný výkon je jedním z rizik vyskytujícím se v adaptačním procesu. Vedení takového pracovníka musí být založeno na opakovaném poskytování zpětné vazby. Proces by měl být zaměřen na budoucnost. Důležité je určit, co může zaměstnanec udělat, aby překonal problémy s pracovním výkonem a stanovení toho, co může udělat zaměstnavatel pro zabezpečení podpory a pomoci jedinci (Zítková a kol., 2015).

Začátek praxe s sebou přináší zvýšené riziko výskytu chybovosti ze strany nového pracovníka. Nejčastějšími příčinami chyb a omylů jsou nedostatek znalostí, zkušeností a nedostatky v organizaci vlastní práce. Podstatnou roli zde hraje otevřenost a důvěra jak ze strany zaměstnance, tak ze strany nadřízeného. Vedoucí pracovník musí chybovost sledovat, průběžně analyzovat její příčiny a vyvodit nápravná opatření (Meier, 2009).

K nejčastějším příčinám konfliktů v pracovních skupinách patří špatná organizace práce, nejasné vymezení pravomocí a odpovědnosti. Ze sociálních faktorů to jsou hlavně vztahy nadřízený a podřízený a vztahy mezi jednotlivými členy týmu. Na vzniku konfliktů se často podílí i faktory psychologické, především osobnostní rysy jednotlivých účastníků konfliktu (Provazník, 2002). Neřešení konfliktů může vést k ohrožení adaptace nových zaměstnanců a snížení pracovní výkonnosti (Puknerová, 2013).

Dalším rizikem, které se vyskytuje v rámci adaptačního procesu je rezignace – situace kdy zaměstnanec opustí pracovní místo brzy po svém nástupu, nebo je odhodlán z něj co nejdřív odejít. Pro zaměstnavatele to především znamená neefektivně vynaložené finanční náklady a osobní vklad všech zúčastněných pracovníků (Zítková a kol., 2015). Dle Kociánové (2012) jsou na vytvoření představy u nového pracovníka nejpodstatnější první čtyři týdny pobytu na pracovišti.

Mezi rizika ze strany zaměstnance patří rozpor mezi očekáváními a praxí, dále nerespektování pravidel, ztráta zájmu o práci a vysoká náročnost provozu. Ze strany pracoviště jsou to například nedostatek trpělivosti a času ze strany školitele, nepřijetí pracovním týmem a příliš vysoká očekávání od nového zaměstnance (Nový, Surynek, 2006).

3 PERIOPERAČNÍ PÉČE V NEUROCHIRURGII

Neurochirurgie je obor, který se zabývá nejen operační léčbou centrální nervové soustavy a periferního nervstva, ale také jejich podpůrných struktur, hlavně páteře (Přibáň a kol., 2022).

Otcem zakladatelem neurochirurgie je nazýván Harvey Cushing (1869-1939). Prosazoval názor, že pro dosažení pokroku je nezbytné striktní vyčlenění neurochirurgie coby samostatného oboru. Věnoval se problematice nitrolební hypertenze, nádorům hypofýzy a mozkových obalů. V době 1. světové války se zabýval mozkovou traumatologií.

Velkou změnu prošla neurochirurgická operační technika v sedmdesátých letech 20. století. Mahmut Gazi Yasargil přišel s jiným pohledem na anatomii mozku, mozkových cév a cisteren. Zavedením operačního mikroskopu začala nová éra mikro neurochirurgie, která trvá dodnes.

V poslední dekádě 20.století prodělává neurochirurgie ve světě i u nás bouřlivý rozvoj (Fadrus a kol., 2020). Začíná se využívat endoskop při operacích hypofýz a komorového systému, používá se Leksellův gama nůž a rozvíjí se intervenční neuroradiologie. V oboru dochází k subspecializaci. Mezi hlavní subspecializace patří: neurotraumatologie, cévní neurochirurgie, onkologická neurochirurgie, spinální neurochirurgie, neurochirurgie periferních nervů, stereotaktická a funkční neurochirurgie a dětská neurochirurgie (Přibáň a kol., 2022).

3.1 Organizace práce na operačním sále

Operační sály jsou součástí chirurgického pracoviště. Kvůli nezbytnosti omezit na nejmenší míru přenos infekcí má svá specifika. Podle typu dělíme nemocnice na pavilonové nebo centrální (Schneiderová 2014).

V nemocnicích pavilonového typu je každé oddělení nebo klinika v samostatné budově, případně jsou v jedné budově dvě až tři oddělení podobného odborného zaměření. V přízemí budovy bývají ambulance, vyšetřovny, ambulantní sálky, případně administrativa. Ve vyšších patrech jsou lůžková oddělení. Operační trakt bývá umístěn ve vyšších patrech v nejkvalitnější části budovy (Schneiderová 2014).

V České republice je ve většině nemocnic systém centrálních operačních sálů (COS). Všechny operační obory mají umístěny sály v jednom operačním traktu (Schneiderová, 2014). Na neurochirurgických sálech je vždy nepřetržitý provoz, který je rozvržen do směn.

Práce je zde úzce koordinována s dalšími obory, hlavně s traumatologií, ortopedií a chirurgií, a to často kvůli zajištění chodu specializovaného traumacentra.

Neurochirurgický operační tým tvoří lékaři – neurochirurgové, anesteziologický tým, perioperační sestry – instrumentárka a obíhající sestra, a sanitáři.

Samotná organizace neurochirurgických sálů v rámci COS je dána vypsáním operačním programem. Operační program na jednotlivé sály je sestavován tak, aby vyhověl kritériím, která je nutno zohlednit při jeho vytváření. Posuzují se schopnosti a dovednosti operátora, přístrojové a nástrojové vybavení jednotlivého sálu a také časový faktor. Každá operace má různou předpokládanou délku a je nutné plánovat operační program tak, aby nedocházelo k jeho protahování mimo standardní pracovní dobu vyčleněnou pro plánované výkony. Dále je zohledněn aktuální klinický stav nemocného, přednost mají vždy akutní stavy (Fadrus a kol. 2020).

3.2 Zdravotnická dokumentace na neurochirurgických sálech

Mezi základní řídicí dokumenty, které jsou vytvořeny pro provoz a organizaci práce operačních sálů patří provozní a organizační řád, hygienicko-epidemiologický řád, harmonogram práce a náplně práce.

Korektní vedení perioperační zdravotnické dokumentace je nedílnou součástí poskytování zdravotní péče na operačních sálech. Slouží jako pracovní nástroj, doklad a někdy i jako důkaz o správnosti léčebného postupu (Jedličková a kol.,2019). Podle platná legislativy je zdravotnická dokumentace vedena v podobě listinné anebo elektronické. Význam má jako statistický doklad, právní dokument, terapeuticko-diagnostický doklad, vědecko-výzkumný doklad, nebo vzdělávací doklad (Fadrus a kol. 2020).

Zdravotnická dokumentace musí být udržována v předepsaném a přehledném stavu. Po dobu hospitalizace pacienta musí být vždy přístupná. Podléhá také legislativě archivaci o skartaci (Jedličková a kol.,2019).

Mezi zdravotnickou dokumentaci, která je v rámci COS používána na neurochirurgických sálech patří: operační kniha, operační program, sesterská dokumentace se záznamy polohy, spotřeby materiálu a provedení nelékařských činností. Dále anesteziologické knihy a záznamy, průvodky k vyšetření, deníky biologického materiálu, hlášení sester, provozní deníky přístrojů a záznamy o použití přístrojů IIb a III třídy, žádanky

na sterilizaci a záznamy o provedené sterilizaci, ošetrovatelské standardy (Fadrus a kol., 2020).

Stále se zvyšující nároky na zpracování a vedení dokumentace, její evidenci a archivaci vedou k zavádění elektronické formy zdravotnické dokumentace. Přínosem je její uživatelská přívětivost, progresivita ergonomie práce, exaktnost a rychlost zpracování dat, eliminace papírové dokumentace a možnost on-line sledovat veškeré organizační změny. Užitečná je i v rovině právní ochrany. Zajišťuje forenznost a validitu procesů, automatické zpracování dokumentace, evidenci a kontrolu použitých prostředků a přístrojů a standardizaci postupů. Mezi ekonomické přínosy řadíme především možnost porovnávání rozúčtování a analýzu nákladů na operaci (Jedličková a kol., 2019).

3.3 Přístrojové vybavení neurochirurgických sálů

Přístrojové vybavení neurochirurgických operačních sálů je vzhledem k rychlému technickému rozvoji na vysoké úrovni. Vysoké nároky jsou kladeny na perioperační sestry, které se musí během krátké doby zaškolit a zvládnout ovládání a používání rozsáhlé zdravotnické techniky.⁵

Povinností perioperační sestry je kontrolovat funkce jednotlivých přístrojů před operačním výkonem. Po použití pak jejich údržba, dekontaminace a záznam do provozního deníku (Fadrus a kol., 2020)

Pro neurochirurgické operace je charakteristické použití různých operačních poloh, které umožňuje speciální polohovací operační stůl (Hasegawa, 2015) Hlava pacienta je při kraniálních operacích často fixována v třibodovém fixátoru. Operační kraniální přístupy jsou prováděny vysokootáčkovými vrtačkami s trepanem a kraniotomy. Tyto vrtačky jsou stále častěji používány i u spinálních operací.

Významná část neurochirurgických operací je prováděna mikrochirurgickou technikou, ke které se používá mobilní operační mikroskop (Příloha č. 1). V současnosti je

⁵ V Zákonu č. 123/2000 Sb. o zdravotnických prostředcích jsou uvedeny informace vztahující se ke zdravotnickým prostředkům a zdravotnické technice. Základní požadavky na zdravotnickou techniku jsou prohlášení o shodě, atest, návod k obsluze v českém jazyce, povinnost zaškolení uživatele dodavatelem, zavedení provozních deníků nebo listů. Důležité je rozdělení přístrojů do tříd I a IIa, IIb a III. Tyto přístroje musí být řádně evidovány, musí u nich být provozní deníky se záznamy jednotlivých pacientů u kterých byl přístroj použit (Fadrus a kol., 2020).

u mikroskopu nepostradatelná možnost využívání světelných filtrů, zejména perioperační fluorescenční video angiografie k zobrazení cévního řečiště a použití tzv. modrého světla k maximalizaci radikality resekce maligních mozkových nádorů. Obraz z mikroskopu může být přenášen na obrazovku na stěně operačního sálu, což často slouží k výukovým účelům (Příbáh a kol., 2022).

Dokonalá hemostáza je významnou podmínkou úspěšného zvládnutí neurochirurgické operace. Nutností jsou speciální bipolární koagulační pinzety., které v kombinaci s použitím velkého zvětšení obrazu umožňují precizní koagulaci drobných cév a jemnou disekci vitálních struktur.

CUSA (Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator), neboli mozkový ultrazvukový aspirátor, je přístroj k resekci mozkových nádorů. Pomocí ultrazvukových vln drtí a následně odsává nádorovou tkáň. Využívá fenomén kavitace, který destruuje tkáň bohatou na vodu a zachovává struktury bohaté na kolagen – například cévy. Vynález tohoto přístroje zcela změnil operační taktiku při resekci mozkových nádorů (Příbáh a kol., 2022). Přístroj umožňuje postupné odstraňování nádoru zevnitř, tedy směrem z dutiny nádoru. Není potřeba manipulace s nádorovou tkání, a tudíž nedochází k poškození okolní nervové tkáně (Fadrus a kol., 2020).

Nepostradatelnou součástí neurochirurgického operačního sálu je neuronavigace. Přístroj, který se skládá z počítačové plánovací stanice a vlastního navigačního aparátu. Na základě spojení předoperačního zobrazení, nejčastěji magnetické rezonance, s reálnou polohou hlavy pacienta na operačním sále přístroj zobrazí polohu patologické tkáně a jeho vztah k okolním anatomickým strukturám s přesností až 1 mm. Prostřednictvím nástrojů, které jsou navigované (ukazovátko, punkční jehla, kyreta, odsávačka) nebo přístrojů (mikroskop, endoskop) má chirurg stálou prostorovou představu o pozici a směru v operačním poli. Umožňuje přesnou lokalizaci hluboko uložených lézí a také navigované punkce a biopsie patologických procesů minimálními trepanacemi. Perioperační navigace se zasadila o bezpečnější, přesnější a efektivnější provedení operace (Příbáh a kol., 2022).

Jednou z limitací, které si musí být operátor vědom, je ztráta přesnosti daná průběhem operace. Po provedení větší kraniotomie, derivaci mozkomíšního moku, durotomii s uvolněním mozku nebo intrakraniální resekci dochází ke změně intrakraniálních poměrů. Navigační obraz ale zůstává spárovaný se zevním povrchem hlavy jako referencí a zobrazuje stav intrakraniálních poměrů před operací. V těchto případech lze použít perioperační

ultrasonografii, která ukáže aktuální reálný obraz, i když za cenu výrazně nižšího rozlišení, než původní CT nebo magnetická rezonance. Nejčastěji je peroperační ultrasonografie používána při zobrazení nízkostupňových gliomů, při cílení komorových punkcí a zobrazení intrakraniálního prostoru u dětí (Příbáň a kol., 2022).

Dalším klíčovým přístrojem pro moderní neurochirurgii je endoskop. Neuroendoskopické operace můžeme rozdělit podle použití endoskopu a endoskopických nástrojů na plně endoskopické, endoskopicky asistované a endoskopicky kontrolované operace. Ideálním prostředím pro využití endoskopu jsou mozkové komory, kam je endoskop zavedený navigovaně z předem určeného bodu pod předem naplánovanou trajektorií, aby byl zabezpečen co nejpřímější přístup k operovanému místu. Nejčastějšími výkony, které se provádí jsou endoskopická ventrikulostomie 3. komory a cystoventrikulostomie. Dále se používá při biopsii komorových lézí a koloidních cyst. Zavedením endoskopu a nástrojů přes nos lze nejen operovat nádory tureckého sedla, jako adenomy hypofýzy nebo kraniofaryngeomy, ale v podstatě celou prostřední část baze lební. Jsou prováděné i rozsáhlé výkony na spodině přední a střední jámy lební nebo před mozkovým kmenem. Typicky se jedná o resekce nádorů, ale lze takto řešit i defekty kostí a obalů mozku spojené s únikem mozkomíšního moku a rizikem infekčních komplikací. Těmito přístupy odpadá nutnost rozsáhlých kraniotomií a disekce a manipulace s mozkem a okolními strukturami. Kromě kraniálních operací lze endoskopii využít i k operacím páteře a periferních nervů. Endoskopické odstranění výhřezu bederní meziobratlové ploténky je maximálně šetrné k zádovým svalům a ostatním měkkým tkáním a výrazně zkracuje rekonvalescenci po výkonu. Endoskopické uvolnění nervus medianus v karpálním tunelu umožňuje bezpečnou operaci za kontroly zraku, která zachovává stabilitu ruky při zátěži lépe než klasické otevřené výkony a minimalizuje jizvení. Obdobně lze uvolnit loketní nerv v jeho průběhu loketním sulkem. Endoskopy používané pro kraniální výkony, spinální výkony a operace na periferním nervovém systému jsou zásadně rozdílné přístroje. Vyžadují znalosti specifického sestavení, nastavení i používání pro každý zvlášť (Příbáň a kol., 2022).

Moderní neurochirurgie nemůže být prováděna v celém svém spektru bez peroperační elektrofyziologické monitorace. Ta umožňuje monitoraci funkce a integrity nervových struktur pacienta v celkové anestézii. Využívá se například při operacích některých mozkových nádorů, intrakraniálních aneuryzmat a stenóz karotid, také při míšních operacích a komplexních výkonech na periferních nervech. Na sestry jsou kladeny nároky v oblasti znalosti zejména operačních poloh, kdy musí být zajištěn přístup k elektrodám

a součástí monitorovacího systému v průběhu operace, především s ohledem na rozestavení operačních stolů a typ rouškování. Specifickou monitorací, která je pro perioperační sestry mimořádně náročná, je mozková operace v awake režimu. Tedy když je operovaný pacient při vědomí a spolupracuje s operačním týmem v plnění jednoduchých úkolů, které ukazují funkci nervového systému požadované oblasti, nejčastěji řečových center (Příbáň a kol., 2022).

Samozřejmostí neurospondylochirurgického operačního sálu je rentgenové C-rameno, které je používáno pro peroperační skiaskopii při instrumentovaných výkonech. Při spinálních operacích lze taktéž použít speciální spinální navigaci nebo peroperační CT.

Poslední technickou novinkou v této oblasti je spinální robotický systém. Jedná se v podstatě o pokročilý automatizovaný typ spinální navigace. Robotické rameno přístroje přesně vede zavádění pedikulárních šroubů v naplánované trajektorii (Příbáň a kol., 2022).

3.4 Instrumentace a nástroje specifické pro neurochirurgii

Neurochirurgické operační techniky a instrumentária jsou vzhledem k povaze centrálního a periferního nervového systému velice specifické.⁶

Při neurochirurgických operacích se obvykle používají základní chirurgická instrumentária, současně však i široká škála speciálních nástrojů určených pouze pro neurochirurgické operační výkony. Nezbytné jsou nástroje k tupé i ostré preparaci, k rozevírání ran, úchopové nástroje používané k pronikání do kostí či k šití tkání. Pro neurochirurgii jsou typické především mikronástroje (Příloha č. 2), kterými se provádí převážná většina operací s použitím mikroskopu. Neurochirurgická mikroinstrumentária jsou charakteristická různými délkami a typy nástrojů. Typický je bajonetový tvar, který

⁶ Kraniální přístup vyžaduje pečlivě provedenou polohu pacienta. Následuje zvolení kosmeticky vyhovující incize, která umožní dostatečnou kraniotomii. Kraniotomie může být doplněna poměrně rozsáhlou a ve vzácných případech i velmi složitou kostní resekci. Následuje otevření mozkových obalů – durotomie. Celý přístup je v moderní neurochirurgii vedený s ohledem na snadnost a spolehlivost uzavření rány, aby se předešlo komplikacím z poruch hojení. Důležitý je ale i kosmetický efekt. Jedná se nejen o umístění incize, návrtů a kostní resekce, ale v současnosti i o rozsah oholení vlasů, zejména u ženských pacientek. Mikrochirurgický přístup k místu léze a jeho samotná operace je další fází operace, na kterou je nutné nejen rozdílné instrumentarium, ale i přístrojová technika a její nastavení. Obdobné principy platí i pro spinální a další výkony (Fadrus a kol., 2020).

umožňuje operovat v úzkém a hlubokém koridoru a zároveň nestíní v zorném poli (Fadrus a kol., 2020).

V současné době mají v neurochirurgii nezastupitelné místo endoskopické techniky, které vyžadují kromě přístrojového vybavení i speciální nástroje. Pro vlastní endoskopické a endoskopicky asistované operace se používají rigidní endoskopy s vícecestným kanálem. Typické endoskopické nástroje jsou většinou velmi jemné, tenké a dlouhé (Přibáň a kol., 2022).

Další skupinou jsou spondylochirurgické nástroje. Lze jimi odloučit měkké tkáně a získat přístup k nervovému systému přes kostěné struktury. Specifické jsou v tomto oboru nástroje do pravého úhlu s delší pracovní částí, které jsou určeny pro snadnější přístup k páteřnímu kanálu (Fadrus a kol., 2020). Velké specifikum spondylochirurgie je široké spektrum spinálních implantátů používaných k fixaci páteře. Systémy, které se používají od kraniocervikální až po spinopelvické fixace vyžadují značné znalosti a technickou zručnost instrumentářky pro jejich sestavování a manipulaci.

3.5 Polohy v neurochirurgii

Umístění pacienta do správné polohy pro operaci je důležitou součástí perioperační ošetrovatelské péče, která by neměla být nikdy podceňována (Operační polohy, 2021). Kombinace faktoru času, mechanického tlaku a nehybnosti zvyšují riziko poškození tkání. Perioperační polohování slouží k prevenci jakéhokoli zranění souvisejícího s polohou a udržení normálního vyrovnaní těla bez nadměrné flexe, extenze nebo rotace (St-Arnaud D, Paquin MJ., 2009).

Správně zvolená operační poloha je základním předpokladem pro dokonalý operační přístup, umožňující operátérovi optimální cestu do intrakraniálního prostoru a k operované patologii. Pro adekvátní relaxaci mozku je zásadní poloha hlavy nad úroveň srdce, která umožňuje volné odtékání krve jugulárními žilami (Přibáň a kol., 2022) a také využití gravitace, která minimalizuje nutnost retrakce mozku. Standardizované polohy bývají často operátérem více či méně modifikovány na specifický operační případ. Špatně provedená operační poloha může ztížit až znemožnit operaci, může vést ke špatnému výslednému stavu pacienta, nedokonalému ošetření léze nebo k neuspokojivému kosmetickému efektu.

Polohování vyžaduje součinnost celého operačního týmu: operátor, asistující lékař, anesteziologický tým, obíhající sestra a sanitář (Schneiderová, 2014).

Uložení pacienta do správné polohy před operací na operačním stole je zásadní a často i poměrně komplikované (Niederle 1957). Je nezbytné dodržovat obvyklé zásady jako i v jiných oborech, to znamená používání antidekubitních podložek, vyhřívacích podložek a příkrývek, izotermických folií, zabezpečení koagulačních elektrod. Neurochirurgické výkony jsou většinou velice časově náročné a vzhledem k tomuto faktu je třeba věnovat zvýšenou pozornost předcházení poškození periferních nervů a vzniku dekubitů. Důkladné podložení predilekčních míst, obzvláště v oblasti hlavičky kosti lýtkové, oblasti loktů a také horních končetin je velice důležité. Vzhledem k relaxaci je například při poloze vsedě riziko trakčního poranění brachiálního plexu gravitačním tahem volných horních končetin, proto končetiny musí být důkladně zajištěné.

Jednou z hlavních podmínek pro mikrochirurgický operační výkon je správná a pevná poloha hlavy a páteře. Tříbodový fixátor (Příloha č. 3) pevně fixuje hlavu pacienta za pomoci tří kovových pinů, které jsou pod předem daným tlakem přes kůži zavrtány do lebky. Tím umožňuje mimo jiné i přesné spárování s neuronavigací. Tato fixace nese svá rizika poranění pacienta, ať už lacerací kůže, tak prolomením pinů skrz lebku neúměrným nastavením tlaku nebo špatným umístěním (například nad dutiny nebo na slabou šupinu spánkové kosti). V případě, že není bezpodmínečně nutná pevná fixace, používá se podkovovitá podložka hlavy a v některých případech stačí podložení hlavy měkkým gelovým kroužkem (Fadrus a kol., 2020).

Mezi nejpoužívanější polohy nejen v tomto oboru patří:

- **Poloha na zádech** (supine position),. Je indikovaná při mozkových operacích, při operacích krční páteře z předního přístupu, nebo při operacích karotických tepen. Je relativně jednoduchá a bezpečná.
- **Poloha na boku a poloha na poloboku** (lateral, semilateral, park bench position), umožňuje přístup na laterálnější léze a případně na zadní jámu. Je používána při hemisferální dekompresivní kraniektomii nebo při operaci v oblasti spánkového laloku, mostomozečkového koutu a mnohé jiné. Uspadňuje peroperační drenáž mozkomíšního moku lumbální drenáží, je-li to vyžadováno. Musí být použita místo polohy na zádech s otočením hlavy v případě, kdy by manipulace s degenerovanou krční páteří mohla pacienta ohrozit míšním poraněním.

- **Poloha na břicho** (prone, concorde position) je indikována především při operacích páteře ze zadního přístupu a také při operacích v zadní jámě lebeční (Příloha č. 4).
- **Poloha vsedě** (sitting position) je nejčastěji užívána pro operace zadní jámy lebeční (Příloha č. 5), pineální krajiny, okcipitální oblasti a velkého týlního otvoru. Mnohé její indikace se prolínají s indikacemi polohy na břicho. Pro svoje riziko potenciálně smrtelné vzduchové embolie je v současnosti nahrazovaná tzv. semisitting position – polohou v polosedě – která se liší menší elevací hlavy a větší elevací dolních končetin. Z anesteziologického pohledu je ve srovnání s polohou na břicho výhodná z pohledu ventilace pacienta, pro chirurga ale bývá operace fyzicky namáhavější.

3.6 Týmová práce na operačním sále

Týmovost je sounáležitost s určitou skupinou (Kolajová, 2006). Základními znaky funkčního týmu je synergie⁷ a zdravé kvalitní vztahy. Všichni členové týmu sdílejí společné cíle, role jsou jasně rozděleny. Ve skupině jsou stanoveny určité hodnoty nebo pravidla, podle kterých členové týmu dobrovolně a z vlastní vůle jednají a pracují. Dalším znakem funkčního týmu je kvalitní komunikace, která se může projevit i specifickým jazykem. Kvalitní tým se spontánně vyvíjí, je dynamický a umožňuje všem svým členům osobní rozvoj (Plamínek, 2009).

Hlavním smyslem týmové práce je především delegování a zplnomocnění, tedy převedení odpovědnosti na pracovníky, aby mohli plnit pracovní úkoly bez neustálého žádání o schválení. Pracovníci se mohou samostatně rozhodovat, a mají dostatečnou moc k tomu, aby mohli zajistit řádné plnění úkolů (Plevová a kol., 2018).

Dle Tomlinsona (2021) jsou týmová práce a komunikace základní netechnické dovednosti pro všechny chirurgické specializace, obzvláště na operačním sále. Špatná týmová práce je zdrojem chirurgických komplikací, které se mohou vyskytnout na jakékoli úrovni fungování týmu. Neurochirurgové, jako vedoucí týmu jsou zodpovědní za vytváření pozitivní kultury bezpečnosti, která posiluje členy týmu.

⁷ Hodnoty, kterých dosahuje skupina převyšují součty hodnot, které jsou schopni vytvořit jednotliví členové skupiny samostatně.

Purger (2021) vyzívá neurochirurgy jako vedoucí operačních týmů k podpoře každého jednotlivého člena týmu: Kvůli absolutnímu soustředění, které je u chirurgů během operace vyžadováno, je pro ně často snadné přehlédnout chybu. Další členové týmu jsou v mnohem výhodnější pozici, můžou si všimnout takových situací a měli by se cítit zmocnění chirurgem, aby upozornili operační tým na možné nebezpečí. Tyto typy komunikace by měly být za všech okolností podporovány chirurgy a v žádném případě by neměly být trestány, i v případech, že obavy člena týmu byly neopodstatněné.

3.7 Etika na operačním sále

Pravidla, která stanovující etické zásady pouze pro soubor činností v perioperační péči zatím nebyla vytvořena (Wichsová, 2020). Principy dnešní lékařské a zdravotnické etiky vycházejí ze tří základních historických pramenů (Plevová a kol., 2019). V první řadě je to Hippokratova přísaha, nejstarší známý deontologický kodex, dále pak judaismus a křesťanství (Wichsová, 2020). V roce 1991 představenstvo Česká lékařská komory (ČLK) vydalo stavovský předpis Etický kodex ČLK (ČLK, 2007).

Podobně jako jiné odborné společnosti vydala v roce 2011 i Světová federace neurochirurgických společností (WFNS) prohlášení o etice v neurochirurgii (Askitopoulou, 2018). Obsahuje pokyny pro profesionalitu, práva pacientů, právní odpovědnost, péči o pacienty na konci života, medicínu založenou na důkazech a další etické otázky v této oblasti (Somnhath, 2021).

Dle práce Beauchampa a Childresse (2001) můžeme aplikovat na perioperační péči zásady bioetiky. Mezi její čtyři zásady patří princip non-maleficence, tedy zásada neškození. Princip beneficence, neboli dobředinění. Dále princip autonomie, kdy pacient ztrácí svou nezávislost a schopnost o sobě rozhodovat a odevzdává se do péče chirurga a jeho týmu. Giddens o podávání informací laikům prohlásil: „*Pacienti by asi lékařskému personálu nevěřili tak bezvýhradně, pokud by si byli plně vědomi všech chyb, ke kterým dochází na operačních sálech a stolech.*“ (Giddens, 2003). A v neposlední řadě princip spravedlnosti.

V České republice zdravotní sestry používají převzatý Etický kodex Mezinárodní rady sester (ICN). Česká asociace sester (ČAS) přijala tento kodex s předpokladem, že bude pravidelně revidován (Plevová a kol., 2019). Hned na úvod jsou v něm vymezeny povinnosti sester. Mezi čtyři základní povinnosti patří pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. (Wichsová, 2020).

Asociace perioperačních registrovaných sester (AORN) pro své členky převzala Etický kodex od Americké asociace sester (ANA). Skládá se z devíti ustanovení s vysvětlujícím upřesněním (AORN, 2017):

1. Ve své praxi sestra uplatňuje soucit, úctu k přirozené důstojnosti pacienta a jedinečnosti každé osoby.
2. Elementární zodpovědností sestry je pacient, jeho rodina a také komunita.
3. Sestra prosazuje, obhájí a chrání práva pacienta. Stará se o zdraví a bezpečnost pacienta.
4. Sestra je zodpovědná za ošetrovatelskou činnost a za svá přijímá rozhodnutí. Poskytuje optimální péči a přijímá opatření v souladu s povinností podporovat zdraví
5. Sestra má identické povinnosti k sobě samé jako i k ostatním. Má odpovědnost za podporu zdraví a bezpečnosti, dále za zachování charakteru, integrity, udržování kompetencí a osobního a profesního růstu.
6. Sestra zabezpečuje, udržuje a zdokonaluje etické pracovní prostředí a také podmínky potřebné pro poskytování bezpečné a kvalitní zdravotní péče.
7. Sestra se řídí výsledky vědeckého výzkumu. Dodržuje profesionální standardy a podporuje vytváření vysoké úrovně ošetrovatelské a zdravotní politiky.
8. Sestra spolupracuje s dalšími pracovníky ve zdravotnictví, a také s veřejností za účelem ochrany lidských práv. Podporuje diplomacii v oblasti zdraví a snížení zdravotní nerovnosti.
9. Sestra musí udržovat integritu profese a uplatňovat principy sociální spravedlnosti v ošetrovatelské a zdravotní politice.

3.8 Bezpečnost na operačním sále

Bezpečnost pacienta na operačním sále je jednou z hlavních priorit všech zúčastněných zdravotníků. Přijetím a realizací bezpečnostních opatření lze předejít většině nežádoucích událostí, nebo alespoň zmírnit jejich důsledky.

Rizika a nebezpečí na operačním sále

Dle Hendrickse (2021) kultura operačních sálů v poslední době dominují příkazy k maximalizaci bezpečnosti pacientů.

Mezi možná rizika a nebezpečí na OS patří záměna pacienta. V každém zdravotnické zařízení je stanovený jednotný postup identifikace. Mezi základní uznávané způsoby patří identifikační náramky, ústní dotaz na pacienta, kontrola dokumentace, ambulantní karty a kontrola operačního programu (Páral a kol., 2020). Vždy se vyžadují alespoň dva nástroje k identifikaci pacienta, tedy např. jméno a datum narození. U pacienta na operačním sále se provádí vícestupňová kontrola identifikace. První proběhne ihned při přijetí na dispečinku, další kontrolu provádí anesteziologická sestra, operatér a následně i obíhající perioperační sestra.

Vícestupňová kontrola je také prevencí záměny strany nebo končetiny. Provádí se kontrola dokumentace pacienta, dále kontrola viditelného označení místa výkonu podle zvyklosti pracoviště, zápis do stranového verifikačního protokolu a ústním dotazem na pacienta. Důležitá je aktivní účast operovaného.

Dalším možným rizikem je sesunutí a pád pacienta z operačního stolu. V průběhu překlada, transportu a pobytu pacienta na operační sál musí být vždy pod dozorem sálového personálu. Při transportu a každé změně polohy pacienta musíme zajistit fyziologickou polohu končetin a správnou fixaci popruhy.

Velmi důležitá je prevence ischémie, otlaku a paréz. Po správném uložení a zajištění pacienta proti pádu, následuje podložení všech míst, kde by mohla vzniknout tlaková poškození nebo útlak nervů s následnou parézou. Pro tento účel se používají speciální polohovací pomůcky a antidekubitní podložky.

Nejčastější příčinou popálení pacienta na operačních sálech je kontakt neutrální elektrody s kůží. Další možnou příčinou je používání hořlavých antiseptik, nebo špatné uzemnění přístrojů.

Po příjezdu pacienta na operační sál je nutné zjistit jeho alergie. Zjišťujeme je ústním dotazem na pacienta a kontrolou dokumentace. Podle zjištěné alergie volíme vhodnou dezinfekci operačního pole a podáváme léčiva (Páral a kol.,2020).

Závažnou komplikací pro pacienty, jejich lékaře, perioperační sestry a celé instituce je neúmyslně zapomenutý nástroj nebo rouška v operační ráně. Mezi možné rizikové faktory spojené s ponecháním cizích předmětů v těle pacienta patří akutní výkon, velké krvácení v průběhu operace, neočekávaná změna v operačním výkonu; chyba při přepočítávání roušek a nástrojů; zvýšený BMI u pacienta, komplikace v průběhu operace a špatná

komunikace v rámci týmu Nejčastěji ponechanými předměty jsou tampony, roušky, longety, případně jehly a chirurgické nástroje. Popsané jsou nálezy těchto předmětů snad ve všech lidských dutinách. Především se tak stává při operacích v dutině břišní a v dutině hrudní (Szymocha a kol., 2019). Případné následky ponechaných cizích předmětů jsou většinou infekce, ileózní stavy nebo případně vznik píštěle. Důsledky takovýchto komplikací jsou závažné pro pacienta i celý operační tým. Preventivním opatřením je kontrola počtu nástrojů a pomůcek nutných k chirurgickým výkonům. První početní kontrola se provádí před operací. Slouží ke stanovení výchozího počtu všech nástrojů a pomůcek nutných k chirurgickému výkonu. Další početní kontrola se provádí před uzavřením vnitřních vrstev dutin a před uzavřením operační rány. Dále se početní kontrola provádí při střídání perioperačních sester v průběhu operačního výkonu a na konci operace (Páral a kol.,2020).

Další možné nebezpečí může vyplynout ze záměny medicínských plynů. Jsou dodávány potrubím z centrálních rozvodů nebo ve formě přenosných tlakových lahví. Potrubí těchto plynů je vždy barevně označeno podle konkrétního druhu plynu. Kyslík je označen bílou barvou, stlačený vzduch barvou bílou s černými pruhy, oxid dusný tmavě modrou barvou, vakuum je označeno barvou žlutou a kysličník uhličitý barvou šedou.

K poškození pacienta může dojít i přístrojovým vybavením. Každý z přístrojů na operačním sále musí být vybaven provozní dokumentací. Bezpečnostně technická kontrola přístroje je prováděna nejméně jednou za rok v rozsahu, stanovující legislativou a provozním bezpečnostním předpisem. Dokumentace týkající se provozu musí být uchována po celou dobu provozu zařízení. Mezi přístroje, které mohou způsobit poškození patří laser, který může poškodit sítnici. U rentgenového přístroje je důležitá správná indikace použití, omezení opakovaného záření a krytí pohlavních orgánů. Podstatná jsou také jasná světelná nebo psaná značení na všech přístupových dveřích. K poškození může dojít i elektrokoagulačním přístrojem. Starší typy přístrojů nesignalizují poruchy vadného přívodního kabelu nebo neutrální elektrody.

K dalšímu možnému poškození pacienta může dojít podchlazením. V některých případech, kdy se výkon protáhne a nelze již použít vyhřívací podložku, je pacient zakryt termoizolační příkrývkou. Podstatné je během operace průběžně kontrolovat funkci přístroje, aby nedošlo k přehřátí pacienta (Páral a kol.,2020).

Perioperační bezpečnostní protokol WHO Surgical Safety Checklist

Dle Lepanluoma a kolektivu spoluautorů (2015) zavedení kontrolního seznamu WHO v neurochirurgii bylo spojeno s poklesem reoperací, které souvisejí s infekčními komplikacemi.

Kontrolní list neboli tzv. check list je zaváděn na mnohých pracovištích pro větší bezpečnost pacientů. Má zamezit možným pochybením tím, že na ně včas upozorní členy operačního týmu. Skládá se minimálně ze tří kroků (Gagné a kol., 2016).

První bezpečnostní kontrola pacienta vychází již z oddělení jako předoperační příprava. Kontrola hygieny pacienta, příprava operačního pole a záznam v dokumentaci.

Druhou část vyplňuje anesteziologický tým, před podáním anestezie. Patří sem kontrola identity pacienta, označení místa operace, typu operačního výkonu a kontrola informovaného souhlasu s výkonem. Dále kontrola funkčnosti anesteziologického přístroje. Zjišťovány jsou alergie pacienta, možné překážky v dýchacích cestách a zda je potřebná rezerva krve k operaci. Po ověření druhé části může anesteziologický tým uvést pacienta do anestézie.

Třetí část check listu vyplňuje perioperační sestra po přípravě operačního pole. Bezprostředně před kožním řezem uvedou všichni členové operačního týmu své jméno. Dále celý operační tým společně ústně potvrdí identitu pacienta, místo a typ operačního výkonu. Pokud se na operačním sále pohybuje osoba, kterou členové týmu neznají, musí se představit a sdělit důvod své přítomnosti. Pak operátor sdělí celému týmu plánovaný typ a předpokládanou délku operace a také možnou krevní ztrátu. Operátor vyjádří požadavky na zobrazovací techniku, potřebné implantáty a další zdravotnické prostředky. Anesteziolog se také vyjádří k možným rizikům u operovaného pacienta. Instrumentářka potvrdí sterilitu nástrojů a kompletnost potřebných pomůcek k operaci. V této chvíli se také potvrzuje profylaktické podání antibiotik.

Čtvrtou část vyplňuje současně anesteziologická a perioperační sestra po ukončení operace. Operační skupina potvrdí název výkonu, početní souhlas nástrojů, roušek, longet a dalšího potřebného materiálu. Proběhne kontrola odebraných biologických vzorků, jejich označení a upřesní se případné specifické pooperační ordinace. Důležitý je také záznam případného střídání operačního týmu. Velkou výhodou této procedury kontroly je, že není potřeba postup zdlouhavě zaznamenávat do dokumentace pacienta, stačí pouze zaškrtnout

její provedení. Kontrolní seznam pro chirurgickou bezpečnost Světové zdravotnické organizace je určitě jedním z neúspěšnějších iniciativ podniknutých s cílem zamezit chirurgickým chybám (Gagné a kol., 2016)

EMPIRICKÁ ČÁST

K získání dat pro empirickou část diplomové práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu a jako výzkumný nástroj polostrukturovaný rozhovor. Kvalitativní výzkum vychází zejména z fenomenologie, která klade důraz na subjektivní aspekty chování lidí (Chrástka, 2016). Podle empirismu veškeré poznání vychází ze zkušeností (Kutnohorská, 2009).

Subjektivní názory participantů mohou být v případě dostatečných zkušeností velkou výhodou (Vavrek, 2022). Zvolená metoda umožňuje získání podrobných a ucelených informací o studovaném jevu (Švaříček, Šed'ová a kol., 2014). Dle Doskočila (2019) je to postup ve kterém významnou roli hraje znalost, zkušenost a správný odhad.

4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Práce perioperační sestry na operačních sálech neurochirurgie je velice náročná a velmi specifická. Vyžaduje znalosti, dovednosti, přesnost a preciznost. Sestry musí znát přípravu a průběh operačních výkonů, operační polohy, instrumentária a být schopny ovládat přístrojovou techniku potřebnou ke všem operačním výkonům. Znamená to široký rozsah znalostí a dovedností, které jsou plně a komplexně potřebné již po ukončení adaptačního procesu. Jedná se o velké množství informací a praktických dovedností, které si musí sestra osvojit v krátkém časovém úseku. To vyžaduje zodpovědný přístup a velkou psychickou odolnost.

Proto je potřeba zjistit, jak perioperační sestry na neurochirurgických operačních sálech po ukončení adaptačního procesu vnímají jeho průběh, a hlavně jak vnímají problémy a úskalí se zapracováním na tomto oddělení.

5 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

K vypracování empirické části diplomové práce na téma *adaptační proces v perioperační péči na neurochirurgii* byl zvolen hlavní cíl a hlavní otázka a ty byly blíže upřesněny prostřednictvím 5 dílčích cílů a 5 dílčích otázek.

5.1 Hlavní výzkumný cíl a otázka

Hlavním cílem kvalifikační práce bylo identifikovat a popsat překážky a úskalí v adaptačním procesu sester během jejich zapracování na neurochirurgických operačních sálech.

Hlavní výzkumná otázka: Jaké překážky a úskalí vnímají sestry na neurochirurgických operačních sálech během svého zapracování jako nejvíc problematické?

5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

Dílčí cíl č.1: Zmapovat názory perioperačních sester po ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech na problémy a úskalí s přístrojovou technikou specifickou pro neurochirurgické sály.

Dílčí otázka č. 1: S jakými problémy a úskalími s přístrojovou technikou specifickou pro neurochirurgické sály se perioperační sestry po ukončení adaptačního procesu potýkají?

Dílčí cíl č. 2: Zmapovat názory perioperačních sester po ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech na vlastní úroveň znalostí k zajištění provozu na neurochirurgických sálech bez možnosti konzultace se zkušenou sestrou.

Dílčí otázka č. 2: Jak perioperační sestra po ukončení adaptačního procesu hodnotí vlastní úroveň znalostí k zajištění provozu na neurochirurgických sálech bez možnosti konzultace se zkušenou sestrou?

Dílčí cíl č. 3: Zmapovat názory perioperačních sester po ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech na vlastní úroveň dovedností k zajištění provozu na neurochirurgických sálech.

Dílčí otázka č. 3: Jak perioperační sestry po ukončení adaptačního procesu hodnotí vlastní úroveň dovedností k zajištění provozu na neurochirurgických sálech?

Dílčí cíl č. 4: Zmapovat názory perioperačních sester po ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech na psychosociální aspekty adaptačního procesu.

Dílčí otázka č. 4: Jak perioperační sestry vnímají psychosociální aspekty adaptačního procesu na neurochirurgických sálech?

Dílčí cíl č. 5: Zmapovat názory perioperačních sester po ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech na organizační aspekty adaptačního procesu.

Dílčí otázka č. 5: Jak perioperační sestry vnímají organizační aspekty adaptačního procesu na neurochirurgických sálech?

6 METODA SBĚRU DAT

6.1 Metodologie výzkumu

Pro sběr dat v rámci kvalitativního výzkumu byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru s oslovenými participanty. Podstatou této metody bylo vytvoření závazného schématu, které specifikovalo okruhy otázek, na které byli participanti při výzkumu tázáni. Pořadí otázek bylo možné zaměňovat. Některé okruhy měly plně strukturovanou formu a jiné byly volnější formou. Důležitou roli hrálo upřesnění a vysvětlení odpovědí participanta. Bylo nutné ověřit, zda byla odpověď správně pochopena. Byly kladeny doplňující otázky a byla snaha téma rozpracovat do hloubky. Rozhovor trval do té doby, dokud účastník dával smysluplné a relevantní odpovědi, nebo dokud nebyl vyčerpán časový limit určený pro rozhovor.

Pravidla pro vedení efektivního rozhovoru neexistují, ale existují některé zásady vedení rozhovorů (Hendl, 2016).

Dle těchto pravidel je důležité zajištění důkladné přípravy a nácviku provedení rozhovoru. Celý proces interview stanovuje účel výzkumu. Participant se může vyjadřovat pomocí svých vlastních termínů a svým vlastním stylem. Tvorba vztahu vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu je důležitou součástí celého procesu. Otázky v rozhovory nejsou identické s výzkumnými otázkami, formulujeme je jasným srozumitelným způsobem. Klademe vždy jen jednu otázku a doplňujeme je sondážními otázkami. Participantovi dáváme jasně na vědomí, které informace požadujeme a proč. Nasloucháme pozorně, odpovídáme tak, aby participant poznal, že o něj máme upřímný zájem. Participantovi necháváme dostatek času na odpověď. Udržujeme nestranný postoj k obsahu sdělených dat. Neposuzujeme osobu, pouze sbíráme data. Jsme pozorní a citliví k participantovi a k tomu, jak je rozhovorem ovlivněn a jak odpovídá na otázky. Bereme ohled na časové možnosti participanta. Tazatel je reflexivní, sebekriticky monitoruje sám sebe. Kontrolujeme a kompletujeme poznámky po každém rozhovoru, abychom zjistili jejich kvalitu a úplnost.

6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek participantek byl záměrný. Do výzkumného šetření byly zapojeny všeobecné sestry, které v posledních dvou letech absolvovaly a ukončily adaptační proces na neurochirurgických operačních sálech tří pracovišť v ČR, která jsou vybavením a rozsahem výkonů srovnatelná. Dalším kritériem byla ochota spolupracovat na výzkumném šetření a také pracovní úvazek 1,0.

Z důvodu informovanosti o personálním obsazení byly participantky osloveny prostřednictvím staničních a úsekových sester příslušných oddělení.

Na začátku výzkumu byly participantky řádně informovány o jeho průběhu a také seznámeny s jeho účelem a jeho etickými aspekty. Dále byly požádány o vyplnění obecného identifikačního dotazníku (Příloha č. 7) a požádány o podpis informovaného souhlasu s rozhovorem a jeho využitím pro účely diplomové práce (Příloha č. 8). Rovněž byly ujištěny o anonymizaci osobních údajů a seznámeny s možností kdykoliv od rozhovoru odstoupit.

Výzkumný vzorek participantek byl tvořen 8 sestrami ve věku 26-50 let. Mezi dotazovanými byly čtyři všeobecné sestry, které absolvovaly bakalářské studium ošetrovatelství, dvě všeobecné sestry, které absolvovaly magisterské studium ošetrovatelství a jedna participantka absolvovala magisterské studium v oboru perioperační péče. Jedna dotazovaná absolvovala střední zdravotnickou školu. Specializační vzdělání v oboru perioperační péče absolvovaly čtyři participantky. Adaptační proces na NCH sálech u oslovených sester trval od šesti do deseti měsíců.

Sestra	Věk	Praxe OS	Praxe OS NCH	Délka AP	Aktivní mentoring
P1	50	15	2,5	10 měsíců	Ano
P2	26	2	2	6 měsíců	Ne
P3	37	19	1	10 měsíců	Ano
P4	36	2	2	9 měsíců	Ano
P5	28	2,5	2,5	9 měsíců	Ano
P6	38	6	1,5	10 měsíců	Ano
P7	28	4	1	9 měsíců	Ne
P8	30	4,5	2,5	9 měsíců	Ano

Tabulka 1, Identifikační data participantek (Zdroj vlastní)

6.3 Organizace výzkumu

V listopadu 2022 bylo osloveno s žádostí o výzkumné šetření pět neurochirurgických pracovišť v ČR, která jsou srovnatelná vybavením a rozsahem výkonů. Povolení s výzkumem bylo uděleno ve třech zdravotnických zařízeních. Z důvodu zachování anonymity nejsou uvedeny jednotlivé organizace. Souhlasy s výzkumným šetřením jednotlivých nemocnic jsou součástí tzv. neveřejných příloh diplomové práce a jsou dostupné u autorky práce. Proběhlo předání kontaktu na úsekové vedoucí a staniční sestry, které podle stanovených kritérií oslovily vhodné kandidátky pro výzkumné šetření. S jejich souhlasem proběhlo předání telefonních čísel a proběhlo osobní oslovení jednotlivých participantek. Celkem bylo osloveno 12 perioperačních sester. Dvě oslovené před samotným výzkumem účast odmítly z osobních důvodů, jedna odmítla z důvodu nemoci a jedna oslovená odmítla z časových důvodů. Žádost o spolupráci proběhla ústní formou a všech osm participantek s rozhovorem souhlasilo. Participantky byly seznámeny s plánovaným průběhem, s hlavním cílem i s cíli dílčími. Před samotným rozhovorem všechny oslovené podepsaly informovaný souhlas s rozhovorem a jeho dalším použitím a také byly požádány o vyplnění dotazníku s osobními údaji. Dále byly ujistěny o anonymitě osobních údajů a o způsobu pořízení audio záznamu.

Za účelem zjištění srozumitelnosti otázek a stanovení časového rozvrhu byla v prosinci 2022 provedena pilotní studie do které byly zapojeny tři participantky. Po vyhodnocení pilotní studie byly otázky přeformulovány. Časový rozvrh byl vyhovující.

Samotné rozhovory výzkumného šetření proběhly v lednu a únoru 2023. Délka nejkratšího rozhovoru byla 18 minut a délka nejdelšího rozhovoru byla 49 minut. Všech osm rozhovorů proběhlo na jednotlivých pracovištích participantek a byly z nich pořízeny audiozáznamy na mobilní telefon.

6.4 Zpracování dat

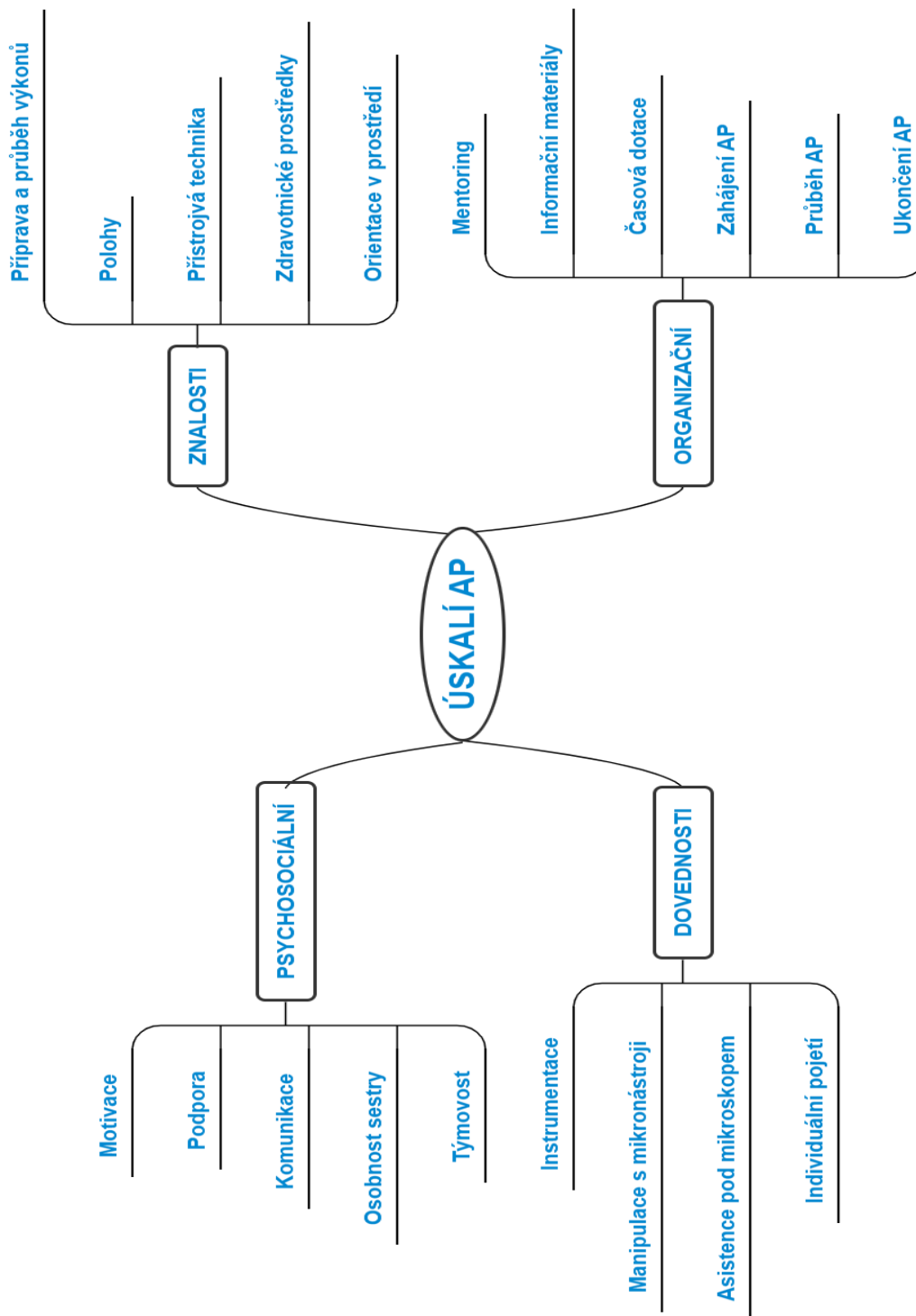
Ze všech polostrukturovaných rozhovorů byly pořízeny audiozáznamy, které byly následně ve spisovném jazyce přepisovány do programu Microsoft Office Word a následně zpracovány v programu Microsoft Excel a Smart Art.

Texty rozhovorů byly podrobně rozebrány pomocí metody obsahové tematické analýzy. Texty byly stylisticky upraveny a záměrně v nich byly ponechány slangové výrazy. Ze všech přepsaných a upravených rozhovorů bylo vytvořeno 52 stran textu ve formátu A4.

Další analýza získaných dat proběhla pomocí otevřeného kódování. Údaje byly rozebrány na samostatné části a pečlivě prozkoumány a vzájemně porovnány. Jednotlivé tematické okruhy v přepsaných rozhovorů byly barevně označeny, proběhlo tzv. ruční kódování metodou tužka-papír a pro lepší orientaci byly postupně převedeny do programu Microsoft Excel.

Následně byly odhaleny jednotlivé kategorie a subkategorie, proběhla tzv. konceptualizace a kategorizace údajů. Jednotlivé kategorie a subkategorie jsou graficky znázorněny pomocí schématu.

Participantky výzkumného šetření byly v diplomové práci označeny velkým písmenem P a arabskými číslicemi.



Obrázek 1, *Grafické znázornění schématu – kategorií a subkategorií (Zdroj vlastní)*

7 PREZENTACE A INTERPRETACE DAT

7.1 Kategorie: Psychosociální aspekty adaptačního procesu

První kategorie byla stanovena v souvislosti se čtvrtým výzkumným cílem a na základě analýzy získaných dat. Kategorie byla nazvána: „Psychosociální aspekty adaptačního procesu na neurochirurgických sálech.“ Po důkladné systematické analýze bylo identifikováno a dále upřesněno pět subkategorií, které byly následně dále analyzovány. Subkategorie byly nazvány: Motivace k ukončení AP, Podpora k ukončení AP, Komunikace na NCH sále, Osobnost sestry, Týmovost a spolupráce.



Obrázek 2, Grafické znázornění kategorie Psychosociální aspekty (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Motivace k ukončení adaptačního procesu

Dle analýzy získaných dat pouze jedna participantka uvedla, že neměla žádnou motivaci k ukončení adaptačního procesu. Naopak jí vyhovovala stálá přítomnost zkušenější kolegyně a to, že nemusí pracovat v režimu střídavých služeb.

Demotivujícím faktorem pro několik participantek byly postoje a přístup některých členů operačního týmu. Zároveň však vždy uvádí, že šlo především o vzájemnou antipatii, nikoliv o odbornou stránku věci.

Naopak pro několik participantek byl velice motivující zájem členů operačního týmu, včetně lékařů ve vedoucích funkcích, o možnosti jejich brzkého zařazení do směnného provozu.

Většina participantek měla dostatečnou motivaci k včasnému ukončení adaptačního procesu. Nejčastěji se vyskytl argument, že byly finančně motivovány. V momentě ukončení AP jim bylo umožněno, počínaje následujícím kalendářním měsícem, zařadit se do směnného provozu, tzv. služeb. Díky tomu získaly vyšší finanční ohodnocení, a to nejen ve formě příplatku za směnnost, ale také za pohotovosti a vyšší osobní ohodnocení.

Dalším častým motivem byla pomoc kolegyním v zajištění služeb. Vzhledem k absencím sester na pracovišti z důvodu nemocí a dovolených musí zajistit provoz stávající perioperační sestry, které mají velké množství přesčasových hodin.

Zároveň bylo pro participantky motivací navýšení kompetencí, zvýšení osobní prestiže, nebo možnosti dalšího vzdělávání v oboru perioperační péče. Některé participantky také uvedly, že pro ně byla největší motivací samostatnost a pocit, že jsou plnohodnotnými členy operačního týmu.

Motivace k ukončení adaptačního procesu

(Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)

P1 „...mě hlavně motivovalo to, že půjdu do služeb a budu mít normální peníze...a taky sloužících bylo fakt málo a byly v práci pořád, tak jsem jim chtěla, co nejdřív pomoc...“

P2 „...brala jsem to jako prestiž a moc jsem se na to těšila a zároveň se toho bála...“

P3 „...snažily se mě motivovat kolegyně...ale já jsem si i zvykla, že chodím na ráno a nehledala jsem motivaci v penězích, chtěla jsem se to první pořádně naučit...“
„Kdybych věděla, že teď někdo vypadne na dlouhou dobu, třeba kvůli nemoci nebo těhotenství, ale to bych byla vlastně donucená...“

P4 „...tak určitě peníze...a kamarádka nastoupila o měsíc přede mnou na chirurgické operační sály a začala sloužit hned po třech měsících, a pak jí hned poslali na atestaci...já jsem chtěla taky co nejdřív...“
P5 „...no hlavní motivace pro mě byly peníze, protože už jsem dřív sloužila a pak jsem vlastně šla ze sálů na covid a tam jsem byla taky ve službách a když jsem se vrátila sem tak to bylo dost hrozný...a směny mě vyhovují víc...“
P6 „...to vědomí, že už jsem samostatná. že už se můžu postavit sama k operaci...vlastně nejvíc jsem se motivovala já sama...“
P7 „...schopnost být samostatná...nemám ráda ten pocit byt nesamostatná...“
P8 „...hlavně tím, že budu schopná být sama za sebe a že zvládnu, co jsem na začátku myslela, že to je nemožné. Věděla jsem, že to chce čas...motivovaly mě hlavně kolegyně a já jsem se motivovala tím, že budu jako ony...“

Tabulka 2, **Motivace k ukončení adaptačního procesu** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Podpora v průběhu adaptačního procesu

Na podkladě získaných dat je zřejmé, že podporu participantky pocítovaly nejčastěji ze strany svých mentorek, od starších kolegyň pracujících na NCH úseku operačních sálů a také od přímé nadřízené. Mnohé participantky uvádějí, že pro ně byly velkou podporou kolegyně se zhruba stejnou délkou praxe na NCH operačních sálech. Některé dále zmiňují podporu operačního týmu, včetně primáře a přednosta, a jejich zájem o možnosti jejich brzkého zařazení do směnného provozu. Dvě participantky také uvedly, že cítily velkou podporu ze strany své rodiny.

Nejen značnou podporu, ale také motivaci participantky pocítovaly ze strany kolegyň a lékařů v průběhu akcí pořádaných mimo pracoviště. Uvádějí, že se pravidelně scházejí na akcích pořádaných NCH klinikou společně s lékaři a sestrami z oddělení, ambulancí a elektrofyziologické laboratoře. V rámci kolektivu operačních sálů se sestry mimo pracoviště scházejí většinou na kulturních akcích a také příležitostně při turistických nebo sportovních akcích, kterých se můžou zúčastnit i členové jejich rodin. To vše participantky vnímají velice pozitivně a uvědomují si, že poznáváním kolegů mimo pracoviště podporují svoji pozici v týmu. Zároveň však uvádějí, že frekvence podobných akcí by měla být častější.

Nedostatek podpory naopak pocítovaly některé participantky ze strany širšího vedení operačních sálů a ze strany kolegyň z jiných oborů. Některé participantky uváděly,

že na ně byl vyvíjen nepříjemný tlak od starších kolegyň, a to nejen v oblasti délky AP, ale také v oblastech znalostí a dovedností. Participantky také uváděly nedostatečnou podporu ze strany lékařů, kteří některými verbálními, ale i neverbálními způsoby hodnotili informaci o ukončení jejich AP, což pro ně bylo značně demotivující. Zároveň však vždy uváděly, že šlo především o vzájemnou antipatii, nikoliv o znalosti a dovednosti.

Podpora v průběhu adaptačního procesu (Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)
P1 „...nejvíc mě podporovala moje mentorka, ta mi dodávala sebedůvěru...no a taky staniční...“ „Mimo práci máme pravidelné akce pořádané NCH klinikou, sejdeme se tam většinou i s holkami z oddělení.“ „...no s některými doktorkami to bylo těžký, dávali mi najevo, že na to nemám...“
P2 „...kolegyně za mnou stály, když jsem si v něčem nebyla jistá a ujišťovaly mě, že bych to zvládla i sama...a taky můj táta, protože věděl, jak moc chci tu práci dělat...“
P3 „...podporu jsem vnímala od děvčat, od kolegyní, každá mi něco dala, všechny se mi věnovaly i když jsem měla svoji školitelku...“ „Lékaři, nevím, jak nás vnímají, je pro ně asi těžké zvyknout si na někoho nového...mají ty svoje „staré“ ověřené sestry, kterým důvěřují. Jsou to spíš moje domněnky: koukají na mě jako ty to nebudeš umět...ale nikdy mi to do očí neřekli a nikdy mi nenechali odumýt nebo tak, ale dají mi najevo jako že, co jako děláš?“
P4 „...kolegyně, později už kamarádka, s kterou jsem nastupovala...všechno jsme spolu řešily...když jedna něco nevěděla druhá jo, a tak jsme se navzájem doplňovaly...“
P5 „...podporovala mě nejvíc školitelka a staniční...pak jsme se podporovaly navzájem s holkami co jsme nastoupily zároveň...“ „...myslím si, že vedení nevědělo vůbec jak na tom jsem ...“
P6 „tak největší podporu jsem měla od starších sester, které na NCH chodily už dlouhodobě...“
P7 „...určitě mentorka...zná mě nejlépe a ví, o mých přednostech a nedostatcích...“ „jednou se mě zeptal pan přednosta a divil se, proč ještě nejdu do služeb...bylo to milé, v tu chvíli jsem si říkala, že už jsem asi dobrá...“
P8 „...nejčastěji byla podpora od perioperačních sester v NCH oboru...lékaři se mě už po třech měsících ptali, kdy budu sloužit...“ „...chodíme, třeba do kina, ale málo...“

Tabulka 3, **Podpora v průběhu adaptačního procesu** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Komunikace na operačním sále

Zajímavou oblastí byla komunikace s ostatními členy operačního týmu, tedy hlavně s dalšími perioperačními sestrami a také s lékaři. V této oblasti hrají významnou roli osobnostní rysy zúčastněných, jejich povaha a vzájemné mezilidské vztahy. Dle analýzy získaných údajů je zřejmé, že komunikace byla častým problémem. Kromě jedné participantky určité bariéry v komunikaci mezi sestrami a lékaři popisovaly všechny oslovené. Pro většinu dotazovaných byla jednodušší komunikace s kolegyněmi.

Oslovené participantky se také setkaly se záměrným nepředáním informací, které následně vedlo ke konfliktům. Často se vyskytla odpověď, že oslovené měly obavy zeptat se lékařů, ale i starších kolegyň na jednoduché věci, které by dle názoru participantek již měly znát.

Komunikace na operačním sále <i>(Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</i>
P1 „...mám problém s konkrétními lidmi, já jim i řeknu co si myslím, ale oni mě vždy uštkají...je to v osobní rovině a týká se to lékařů a bohužel i některých kolegyň...jsem tu krátce nemůžu si dovolit se s nimi hádat...“
P2 „...problém mám hlavně s lékaři, no a vlastně i s některými kolegyněmi...bojím se zeptat na věc, kterou bych po té době tam měla vědět...je mi trapné se pořád ptát...“
P3 „Mezi námi děvčaty je komunikace v pohodě, ale komunikace s lékaři je složitější...nemám třeba něco připravené, instrumentárium, a tak a pak vznikají konflikty, jako jak to že jsi to nevěděla ...proč to nemáš připravené a mně tu informaci prostě nikdo neřekl...“
P4 „...do teď mám někdy problém se zeptat...třeba je tu pár doktorů s kterými se fakt špatně mluví a upozornit je třeba, že se znesterilnili ...to je strašně nepříjemné, někdy mám pocit, jako bych za to mohla já...“
P5 „...začaly mi vypadávat takový ty banální informace, ty jednoduchý věci a já jsem se na ně pak bála zeptat kohokoliv, protože jsem se bála že budu vypadat, že jsem úplně blbá a nejsem schopná se nic naučit... těžký, do teď jsem byla jen v holčičím kolektivu a tady byli starší doktoři ...nebyla jsem schopná ani odpovědět, jak se mám...musela jsem se na vše soustředit...třeba zvednout ten telefon a zeptat se doktorů na všechno co potřebuju vědět, bude to na boku? Na zádech? To mi i řekl a já jsem to v tom stresu zapomněla. Takže jsem se bála i vzít telefon, i té samotný operace...“
P6 „...z mé strany někdy komunikace byla těžká, než si člověk zvykne na komunikaci lékař sestra, ...vůči lékařům a těm kapacitám po odborný stránce jsem se cítila ještě tak nekvalifikovaně, prostě jsem měla obavy, ... jako zeptat se nebo sdělit informace... mezi kolektivem sester nebyl vůbec žádný problém...“

P7 „Komunikace ze strany lékařů byla dost odměřená, byl vidět jakoby rozdíl toho postavení. Nebyli zvyklí příliš vysvětlovat sestře, co budou chtít... prostě to musíš znát.“

P8 „...určitě pozitivně, nemám problém se ptát, ani s někým mluvit...“

Tabulka 4, **Komunikace na operačním sále** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Osobnost sestry

Osobnost sestry hraje důležitou roli v procesu adaptace, záleží nejen na osobnostních rysech a charakteru, ale také na temperamentu a přístupu ke své profesi. Z analýzy dat vyplývá, že zatímco některé sestry projevují sebedůvěru a odvahu, jiné se cítí nespokojené se svým výkonem a nevěří si. Některé participantky také zdůraz důležitost komunikace a spolupráce s ostatními, zatímco jiné se spoléhají více na své individuální dovednosti a schopnosti.

Z výroků sester lze vyvodit, že osobnost sestry může hrát významnou roli v tom, jak se sestra cítí při práci na operačním sále a jaké výsledky dosahuje. Sebedůvěra a odvaha mohou být klíčové pro úspěšné zapracování v pracovním prostředí a pro dosažení požadovaných výsledků. Na druhé straně, nedostatek sebevědomí může vést k pocitu nespokojenosti a nejistotě při práci.

Osobnost sestry (Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)
P1 „...dělám si to sama, spousta věcí je spíš jako v mé hlavě... já všechno vnímám negativně. ... jakože to není ode mě dostatečné...“
P2 „...je mi trapné se pořád ptát, ale samozřejmě když si nejsem jistá zeptám se, než abych udělala chybu...“
P3 „...když jsem na sále se zkušenější sestrou, tak to nechávám na ní, ale jsou situace, kdy vím, že se musím ozvat já, když se děje něco špatně, nebo tak a vím, že si to obhájím...nebudu přece čekat na to, jak to dopadne...nemělo by to tak být na těch sebevědomích hrách...“
P4 „...pořád si nejsem jistá, ale je to o mně, nevěřím si...“
P5 „...u mě hrozně záleželo na tom kdo šel operovat, měla jsem strach a hrozný respekt ze starých doktorů...a to mohl být třeba jenom nerv...“
P6 „...a mám veselou povahu...umím spolknout různé výtky a když jsem na sále při operaci nediskutuji, diskutovat můžeme až po operaci...“
P7 „...nikdy bych si nedovolila, přít se s lékařem, teda hlavně se starším...co chce, to mu dám...“
P8 „...mám svoji hlavu a tu se snažím používat, takže když vidím, že se nepostupuje třeba podle standardu tak to řeknu...“

Tabulka 5, **Osobnost sestry** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Týmovost a spolupráce

Velice podstatnou součástí práce na operačním sále je týmovost. Výzkum poukázal na pozitivní přístup a spokojenost participantek s tímto způsobem práce. Jedna z dotázaných zmiňuje hrdost, že se po ukončení adaptačního procesu stala součástí neurochirurgického operačního týmu. Úkoly, které byly na participantky delegovány v době ukončení AP většinou vnímaly jako zvládnutelné. Vyjadřují však také obavy z převzetí odpovědnosti za své rozhodování a z komunikace s lékaři, která obzvlášť mladším dotazovaným dělá problém. Většina participantek uvedla že si uvědomovala sebe jako součást operačního týmu a také, že nese jistou část odpovědnosti za své činy. Jedna participantka se svěřila s pochybnostmi nad funkčností týmu na jejím pracovišti.

<p>Týmovost a spolupráce (Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</p>
<p>P1 „...mě práce v týmu baví... někdy jsem si nejistá, záleží na tom, s kým jsem na sále.“</p>
<p>P2 „Většinou jsem všechny úkoly zvládala, a když jsem to nevěděla, tak jsem se ptala...ted' už se cítím být plnohodnotnou součástí týmu a jsem na to hrdá, ...v době ukončení AP tomu tak úplně nebylo.“</p>
<p>P3 „...někdy mám pocit, že to tam jako tým vůbec nefunguje...hlavně mezi doktory...no a my jsme tam ty poslední co se dozví podstatné informace...“</p>
<p>P4 „...líbí se mi, že fungujeme všichni dohromady jako jeden celek...snažím se dělat věci na 100 % abych nezklamala a nebyla ta, která je neschopná... mám strach, že kvůli mně budou muset čekat...že řeknu něco špatně, nebo špatně vyřídím...“</p>
<p>P5 „...mě to baví pracovat v týmu, že nejsem někde sama, když to srovnám s jinou prací, tak mi tohle vyhovuje daleko víc...“</p>
<p>P6 „...a taky ne každý den prostě máš dobrý, je dobrý že se zastoupíte, vyhovíte si...oni ví, že kdybych tam nebyly tak mají problém...“</p>
<p>P7 „Hlavně zezáčátku jsem měla strach, když jsem obíhala třeba na chirurgii, že budu muset něco udělat, zapojit hrudní sání a udělám to špatně... nebo vyřizovat po telefonu...zavolejte na áčko a řekněte jim, že...a já jsem nevěděla číslo, kde ho mám hledat? ...koho vlastně mám volat? ...no a co mám vyřídít? ...bylo to strašně stresující.“</p>
<p>P8 „Neměla jsem nikdy problém s úkoly, které mi byly dány.“ „Úplnou součástí operačního týmu jsem se začala cítit až když jsem šla do služeb.“</p>

Tabulka 6, **Týmovost a spolupráce** (Zdroj vlastní)

7.2 Kategorie: Znalosti potřebné k ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech

Druhá kategorie byla stanovena v souvislosti s druhým výzkumným cílem a na základě analýzy získaných dat. Kategorie byla nazvána: „Znalosti potřebné k ukončení adaptačního procesu na NCH sálech.“ Po důkladné systematické analýze bylo identifikováno a dále upřesněno pět subkategorií, které byly následně dále analyzovány. Subkategorie byly nazvány: Příprava a průběh výkonů, Polohování pacienta, Zdravotnické prostředky, Přístrojová technika a Orientace v prostředí.



Obrázek 3, *Grafické znázornění kategorie Znalosti potřebné k ukončení AP na NCH sálech (Zdroj vlastní)*

Subkategorie: Znalosti přípravy a průběhu operačních výkonů

Na základě analýzy získaných dat je zřejmé, že zásadním problémem oblasti znalosti potřebné k ukončení AP jsou znalosti přípravy a průběhu operačních výkonů nutných k neurochirurgické operativě a s tím související znalost všech instrumentárií. Z důvodu celé škály variabilních postupů a velkého množství nástrojů a implantátů k jednotlivým výkonům, které se často mění jsou sestry pod tlakem z vlastních obav. Nejčastěji

participantky uváděly, že mají pochyby nad svými znalostmi obzvláště u výkonů, které se neprovádí tak často, ale můžou se vyskytnout při akutní operativě. Participantky uvádějí, že největší obavy měly z akutní operace mozku, zejména pak ze svorkování aneurysmatu. Zároveň zmiňují i pochybnosti nad znalostí sestavení některých instrumentárií potřebných u speciálních spondylochirurgických výkonů. Jedna participantka uvedla, že měla pochyby nad svými znalostmi týkajícími se jiných oborů, s kterými zajišťují akutní operativu.

Dvě participantky také uvedly, že vzhledem k době jejich nástupu na konci roku 2020 kdy probíhala pandemie Covid-19, byla omezena operativa a ony po dvou měsících adaptace na NCH sálech byly přeřazeny a vypomáhaly na Covidových pracovištích. Bylo velice obtížné zažít si přípravu a průběhu operačních výkonů a instrumentárií. Po návratu na NCH sály se vše učily v podstatě od začátku.

Znalosti přípravy a průběhu operačních výkonů <i>(Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</i>
P1 „...první výkony ve službě pro mě byly hrozný strach a panika... podle sešitu jsem si to dokázala připravit... ale pak už ten postup operační, to je to, co nevím, jak jde za sebou, ...vadilo mi, že nejsem schopná jim to tam rovnou švihat, ty nástroje, že jsem jako opice který musejí říct o ten nástroj, prostě že to nedávám automaticky.“
P2 „Nejvíc jsem se bála aneurysmatu, vlastně se ho bojím dodneška...nedělá se často, takže jsem to neměla natrénované...a taky je to hodně důležitý a akutní, ten člověk může zemřít a vždycky jsem měla strach, že teď to praskne...tak jsem byla hodně nervózní i já...“
P3 „Mám velký respekt před hlavami, aneurysmaty a takovými věcmi, je to úplně něco jiného než běžné operování třeba páteře nebo nervu.“
P4 „Příprava je v pohodě, ale ten průběh...největší strach jsem měla z akutních mozkových operací, krvácení, aneurysmata ...no a potom je pro mě noční můra operace dentu, ještě jsem to nikdy neviděla.“
P5 „...tak byla jsem z toho vyklepaná, ale měla jsem hodně věcí napsaných a hodně mě uklidňovalo, že školitelka nebo staniční je na telefonu a když nebudu něco vědět, tak mi poradíte. Bála jsem se, že na mě budou chtít šroubování, nějaké instrumentarium, které jsem nikdy neměla v ruce, a bude sloužit doktor, který mi s tím nepomůže.“
P6 „V té době všechno akutní, je to všechno ve spěchu jde o život...tam je i ta příprava náročná, poloha a obíhá většinou někdo z jiného oboru... a do toho sanitáře hlídat sebe hlídat, to je strašný prostě.“
P7 „...do služeb jsem se moc těšila, zároveň jsem měla obavy, jestli to zvládnou...ve svém oboru pro mě bylo nejhorší šroubování a aneurysma...ale bála jsem se, že přivezou třeba polytrauma, nebo že budu muset jít na chirurgii na odběr orgánů pro transplantaci.“

P8 „Byl to adrenalin spojený s nadšením, ale i se strachem, jestli to zvládnou...nejhorší pro mě bylo mozkové aneuryzma a arteriovenózní malformace z důvodu závažnosti výkonu.“

Tabulka 7, **Znalosti přípravy a průběhu operačních výkonů** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Znalosti zdravotnických prostředků v době ukončení AP

Dalším uváděným problémem je subkategorie nazvaná znalost zdravotnických prostředků potřebných k neurochirurgické operativě. Participantky se svěřují, že problémem pro ně byla také dokonalá znalost jednotlivých prostředků, jejich sestavení, přesná funkce a možné použití, což vedlo k nejistotě při jejich používání.

Znalosti zdravotnických prostředků v době ukončení AP (Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)
P1 „...no v tu dobu jsem znala jen základ...a pořád jsem si to opakovala, třeba katetry, nebo čidlo, který se používá, v jakém případě a který se musí kalibrovat a tak...“
P2 „Myslím, že jsem měla docela přehled, i když je toho fakt hodně, třeba jenom hemostatika, nebo čidla...“
P3 „...to mi nedělalo problém... pořád si to opakuji...“
P4 „...měla jsem z toho strach, je toho hodně...jenom třeba šití, které je vstřebatelné a každý lékař chce něco jiného...pak katetry, které jsou s antibiotiky a taky čidla...“
P5 „Informace jsem měla, ale hrozně se mi to pletlo, jaký katetr má nemá jehlu, kdy, jaké čidlo budou chtít.“
P6 „... znala jsem to velice povrchně, jenom orientačně, nejde to vše tak rychle pojmout.“
P7 „...v tom jsem trochu tápala...ale většinou jsem se byla schopná rychle zorientovat.“
P8 „V tom jsem si nebyla 100% jistá.“

Tabulka 8, **Znalosti zdravotnických prostředků v době ukončení AP** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Polohování pacienta

Z analýzy dat dále vyplývá, že specifická polohování v neurochirurgii si uvědomují všechny oslovené participantky. Zmiňují nejen jeho náročnost, ale také obavy a respekt z nutnosti dokonalého provedení. Dvě participantky uvedly, že polohování pacienta ve službě nechávají na sanitářích a lékařích. Pochybnosti nad svými znalostmi operačních poloh potřebných k NCH operativě a samotným polohováním uvedly tři participantky. Jedna

dotazovaná uvedla, že se v průběhu AP snažila aktivně vyhledávat polohování a zaškolování v této oblasti, jelikož to vnímala jako benefit do nadcházejících služeb.

Mezi nejnáročnější polohy řadí participantky polohy na operace zadní jámy lební, na operace hlavy s tříbodovým fixátorem a operace páteře na bříše. Jedna participantka zmiňuje také polohu na boku umožňující boční přístup k obratli.

<p>Polohování pacienta (Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</p>
<p>P1 „...v době začátku služeb jsem z toho měla fakt strach, je to úplně něco jiného než třeba na chirurgii...nejnáročnější poloha na bříše a zadní jáma...“</p>
<p>P2 „Polohování je tady složité...ve službě spoléhám na sanitáře a na doktora...nejhorší je hlava na boku v tříbod'áku, nebo zadní jáma.“</p>
<p>P3 „Polohování jsem se snažila aktivně zúčastnit při zaškolování, brala jsem to jako takový benefit do služeb...když to budu dělat tak pak to budu dobře znát...Když se dělá zadní jáma tak je to složité.“</p>
<p>P4 „Po ukončení AP jsem si to úplně neuvědomovala, pak ve službě se k tomu člověk musí postavit čelem...polohy na NCH jsou těžké, kam dát jakou zarážku, přetočit, natočit ...a do toho nandat tříbod a někteří sanitáři se tváří, že jsou tam první den...“</p>
<p>P5 „Do dneška se trochu bojím polohování, ze začátku jsem hodně tápala, co si připravit...a zase díky službám jsem byla donucená si to víc nastudovat, a i se zajímat, jak kterou polohu dělají...nejhorší určitě zadní jáma...“</p>
<p>P6 „...tak to se přiznám, že jsem to nechávala na sanitáři...to jsem se moc neučila...spoléhala jsem, že teda někdo přijde a udělá to...“</p>
<p>P7 „...šílená je poloha na zadní jámu, pak concorde...no a vůbec hlavy v trojvodu, a přední přístup na páteř...“</p>
<p>P8 „Náročné a mám před ním respekt...NCH obor má specifické polohy, které vyžadují dokonalost. Nejnáročnější jsou pro mě polohy při operacích hlavy...v době ukončení AP jsem si při polohování nebyla jistá...“</p>

Tabulka 9, **Polohování pacienta** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Přístrojová technika specifická pro neurochirurgické sály

V souvislosti s druhým výzkumným cílem a na základě analýzy získaných dat byla stanovena subkategorie přístrojová technika specifická pro NCH sály. Do této oblasti spadají především znalosti obsluhy a manipulace s přístrojovou technikou potřebnou pro NCH operativu. Dle analýzy získaných dat bylo pro participantky nejčastějším problémem ovládání ultrazvukových aspirátorů, endoskopu a přístrojů, které se nepoužívají tak často, ale jsou potřebné k některým výkonům při akutní operativě.

Problémy participantky také zaznamenaly s běžně používanou technikou specifickou pro neurochirurgické sály. Uvádí především obavy z nutnosti odstranit technickou závadu přístroje během operace, tedy v krátkém časovém úseku.

Některé participantky uvedly, že nevnímaly technickou náročnost při obsluze a manipulaci s přístrojovou technikou. Jedna dotazovaná uvádí, že vnímá dobrou znalost přístrojů jako velkou výhodu při práci ve službách.

Participantky také zmiňují rozsáhlost a nepřehlednost návodů k obsluze přístrojové techniky, která může být příčinou dlouho trvajících odstraňování případných závad.

Přístrojová technika specifická pro NCH sály <i>(Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</i>
P1 „...já jsem z toho samozřejmě strach měla, ale jako není to tak strašný, když si to člověk může párkrát zkusit, tak to jde.“
P2 „Problém mi do dneška dělá CUSA, jak sestavení, tak zapojení, aby vše fungovalo ten proplach a odsávání a to všechno.“
P3 „Přístroje jsou velmi specifické, umím zatím pouze základní obsluhu. Je toho velmi mnoho...zatěžující to není, vnímám to jako výhodu, když to dobře umím a když umím dobře navést někoho kdo se snaží přístroj obsloužit.“
P4 „...mám strach, aby vše fungovalo...aby se nepřehřála vrtačka a nemusela jsem řešit, jak nejrychleji přivést a zapojit jinou, aby lékaři nemuseli čekat, než odstráním závadu...“ „Návody jsou hodně rozsáhlé, ...bylo by fajn je zjednodušit třeba jen na tři stránky...“
P5 „Mikroskopy si myslím, že ovládám, ale třeba CUSY jak jich je víc a každá se trochu jinak obsluhuje, z toho jsem byla vždycky dost nervózní...a jak toho v té době bylo hodně, tak, abych to zapojila dobře. A třeba z laseru bych byla nervózní ještě teď...“

P6 „Nejnáročnější byla CUSA, endoskop a přístroje které se tak často nepoužívají třeba laser...některé manuály jsou zbytečně větvený a stačila by zjednodušená verze a nejvíc to usnadní, když jsou tam u toho obrázky.“
P7 „...sestavení a manipulace je náročná, ale dá se to. Horší je, když to nefunguje a všichni se na mě koukají, jak to znovu dávám dohromady...to začnu panikařit...“
P8 „Náročné hlavně z důvodu mojí netrpělivosti. V případě nějaký poruchy nejsem schopná nad tím přemýšlet racionálně. Zezačátku jsem měla problém s mikroskopem...do teď mi dělá problém CUSA...někdy nejsem schopná vyřešit její nefunkčnost...“

Tabulka 10, **Přístrojová technika specifická pro NCH sály** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Orientace v prostředí

Dle analýzy získaných dat je zřejmé, že participantky v době ukončení AP měly dobrou orientaci v prostředí na svém pracovišti. Vzhledem k množství nástrojů, kontejnerů a dalších zdravotnických prostředků potřebných pro operativu však připouštějí, že i nyní musí hledat především ve velkých skladech na sterilní nástroje a kontejnery. Uvádí také, že mají problém s umístěním jednotlivých implantátů v konkrétních kontejnerech.

Z výzkumu dále vyplývá, že největší problém s orientací v prostředí participantky vnímaly na pracovištích oborů, s nimiž zajišťují akutní operativu. Dotazované uvádějí, že byly závislé na instrukcích svých kolegyní z jiného oboru.

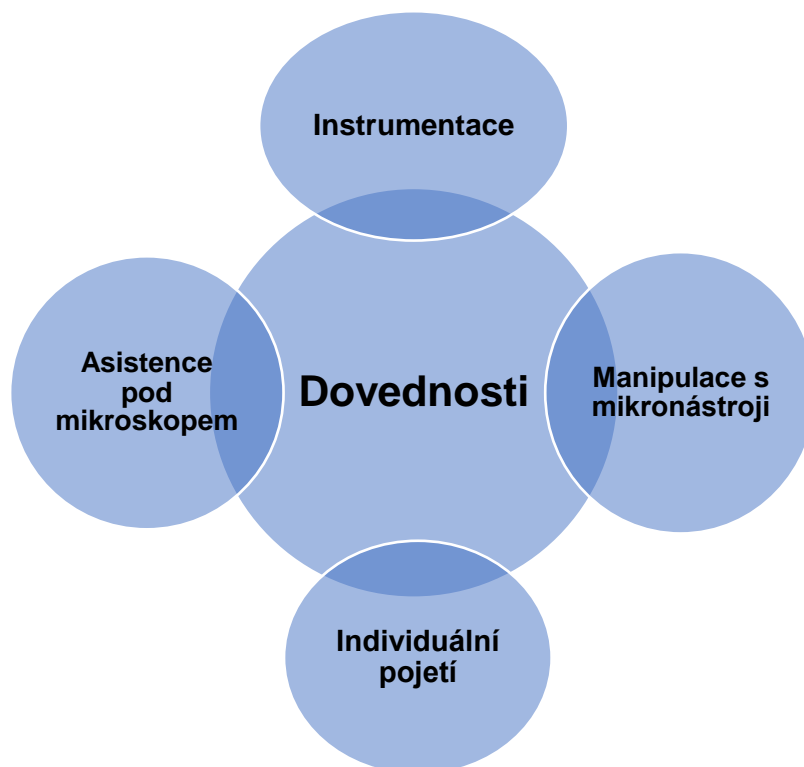
Dotazované se také svěřují s nutností se stále učit a opakovat svoje znalosti v oblasti umístění všech zdravotnických prostředků a orientace v prostorech, obzvlášť pak ve skříních a všech skladech.

<p>Orientace v prostředí (Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</p>
<p>P1 „Na NCH...určitě jsem nepobírala úplně všechno a vlastně i teďko občas tápu ...a na ortopedii i na chirurgii to fakt není stoprocentní...pořád mě musí přesně navigovat...“</p>
<p>P2 „Hned po ukončení AP jsem ve všem u nás orientovaná asi byla, ale stejně jsem pořád hledala...a ve všech oborech se kterými sloužíme...to určitě ne...to si myslím, že ne, k tomu člověk musí dospět zkušenostmi, to jsem po půl roce nezískala...“</p>
<p>P3 „Musím se stále ujišťovat, pořád koukám do skříní, do poliček ve skladu kde, co je. No abych si byla jistější, ...ale to bude ještě trvat dlouho. Hlavně abych potom mohla navigovat ty co mě přijdou obíhat z jiných oborů. Chodíme obíhat na jiné obory, to si nejsem tolik jistá, musí mě hodně navigovat, kolikrát nevím, co po mě chtějí...“</p>
<p>P4 „U nás je to dobrý...občas něco hledám, ale dokážu si to většinou logicky zdůvodnit... na ortopedii to už je horší, musí mě pořád navigovat ...a stejně najít třeba kontejner mezi 200 dalšíma ... a pak hledám podle názvu a ten se píše jinak...chce to více praxe...“</p>
<p>P5 „...kde by to mohlo být...šla jsem pro kameru do skladu, tam nebyla tak, jsem šla na předsálí do skříně, tam taky nebyla a pak jsem si vzpomněla, že je v modrém regálu...Ve velkém skladu to bylo horší, no, a hlavně největší problém mi dělaly ty šrouby, které se nepoužívají často, věděla jsem kde hledat, ale hledala jsem...někdy mi to trvalo hodně dlouho, než jsem to našla...no a u holek na ortopedii to prostě vždycky hledáš...“</p>
<p>P6 „To jsem měla brzo... mám asi tu obrazovou paměť ...akorát teda kontejnery, tak jako co, v kterém kontejneru je, tak to je náročný...a u jiných oborů, jsem vždycky k tomu někoho potřebovala, kdo tam byl, buď sanitáře nebo sestru, aby mi teda vyslala, aby mi dala instrukce, kam mám jít.“</p>
<p>P7 „Myslím si, že se orientuji dobře...hledám jen občas...hlavně ve velkém skladu s kontejnerama...“</p>
<p>P8 „Na neurochirurgii jsem problém neměla, ale na ostatních oborech mně musí říct, kde to mají uložené.“</p>

Tabulka 11, **Orientace v prostředí** (Zdroj vlastní)

7.3 Kategorie: Dovednosti potřebné při ukončení adaptačního procesu

V souvislosti s třetím výzkumným cílem a na základě analýzy získaných dat byla stanovena třetí kategorie, která byla nazvána: „Dovednosti potřebné k ukončení adaptačního procesu na NCH sálech.“ Po důkladné systematické analýze byly identifikovány a dále upřesněny čtyři subkategorie, které byly následně dále analyzovány. Subkategorie byly nazvány: Instrumentace, Manipulace s mikro nástroji, Individuální pojetí a Asistence pod mikroskopem.



Obrázek 4, **Grafické znázornění kategorie Dovednosti potřebné k ukončení AP na NCH sálech** (*Zdroj vlastní*)

Subkategorie: Instrumentace

Na základě analýzy dat je zřejmé, že participantky pro ukončení adaptačního procesu vnímají dovednosti instrumentace jako velmi zásadní. Všechny kromě jedné však uvádějí, že v době nástupu do služeb tyto dovednosti u nich nebyly zcela dostatečné.

Participantky také poukazují na specifičnost instrumentace v oboru neurochirurgie, kdy se v krátkém časovém úseku rychle střídají způsoby podávání nástrojů, druhy nástrojů a široká škála přístrojové techniky. Zmiňují, že podstatnou roli nejen při akutní operativě hraje rychlost a provedení instrumentace.

Dále dotazovaným, dle jejich názoru v době nástupu do služeb chybí potřebné množství od instrumentovaných operací, a to zejména u speciálních výkonů nutných pro akutní neurochirurgickou operativu. Dochází pak k situacím, kdy se sestra setkává poprvé s operačním výkonem až ve službě, což je pro ni velmi nepříjemné a často až stresující.

Důležitým faktorem dle participantek je i to, že sestra, která vykonává službu je na pracovišti za svůj obor sama a nemá možnost okamžité konzultace se zkušenou sestrou ze

stejného oboru. Některé participantky také uvedly, že pociťovaly zhoršení schopnosti instrumentace v přítomnosti některých lékařů a paradoxně i v přítomnosti některých starších kolegyní z jiného oboru.

Instrumentace <i>(Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</i>
P1 „...jakože to není dostatečné, že nejsem dost dobrá, takže no tak jako mohla bych být lepší...no a byla jsem tam na něj sama...“
P2 „...nebylo úplně tak jak bych si já představovala...kdybych dělala hlavu každý druhý den...pak by to šlo...“
P3 „Mám se ještě co učit... NCH je hodně specifické. Stále se to ještě učím.“
P4 „...hodně záleží kdo je tam z lékařů...někdy jsem byla hodně nervózní a pak mi to nešlo...“
P5 „...nebylo úplně tak jak bych si já představovala...“ „...začátek hlavy, když jsem absolutně nestíhala a měla jsem hrozný bordel na stolku, protože oni chtějí rychle kostní, durální, do toho si otevřít mikro jemné a křehké nástroje, povléct mikroskop a zároveň připravit CUSA tak to je honička i teď... zezáčátku to pro mě bylo absolutně nereálný stíhat.“
P6 „...ze začátku to bylo těžké, chybami se člověk učí a ze začátku se člověk ve službách hodně zapotil...“
P7 „Po adaptáku jsem moc dobře věděla, že se mám ještě co učit.“
P8 „...vlastně vše pozitivní... až na moji netrpělivost.“

Tabulka 12, **Instrumentace** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Manipulace s mikro nástroji

Manipulaci s mikro nástroji vnímaly participantky většinou pozitivně. Zmiňují se, že jsou si vědomy značného rozdílu při instrumentaci s těmito jemnými nástroji a vnímají i odlišnou péči o ně. Dvě participantky uvedly, že je pro ně manipulace s mikro nástroji obtížná, a to především z důvodu jemnosti a možnosti snadného poškození nástroje. Jedna participantka zmiňuje nutnost dovednosti manipulace s aneurysmatickými svorkovnicemi, tak aby byla zachována správná funkce tohoto nástroje.

Manipulace s mikro nástroji (Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)
P1 „...o moc jiné než s normálními nástroji...snadno se poškodí, musí se dávat pořádku pozor, aby se s nimi neřuklo.“
P2 „Věděla jsem, co a jak se má podat... jen jak to zrealizovat.“ „Některé nástroje jsou tak jemné, že je musíme čistit pod mikroskopem.“
P3 „Nástroje jsou velmi specifické...jemná práce...jemná instrumentária...není tam to plácnutí s nástrojem, na vše se musí dávat pozor...vše se podává mnohem opatrněji...“
P4 „Mám k tomu respekt nástroje jsou jemné a krásné a asi taky strašně drahé...vše se musí dělat moc moc opatrně.“
P5 „...a i ty nástroje a třeba svorkovnice manipulace s jemnými zámečky a svorkami mě baví.“
P6 „...a když je při zhasnuto tak to je úplně nejhorší...rozsvícený mikroskop, občas kouknu do rány a pak nevidím nic, natož špičku nůžek...a jestli je špinavá od krve to poznám, až když mi to řekne doktor.“
P7 „Po ukončení AP jsem z toho měla strach, teď už je to lepší, chce to praxi a nebát se to všechno zkoumat a mít to v ruce...třeba svorkovnice na aneurysmatické svorky, když je člověk nezná, neví, jak moc jemný na ně musí ...tak se mu nikdy nepodaří chytout svorku tak, aby tam dobře držela, a hlavně aby se zámek uvolnil ve chvíli kdy to lékař chce.“
P8 „...s mikro nástroji není problém.“

Tabulka 13, **Manipulace s mikronástroji** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Individuální pojetí

Dle analýzy získaných dat byla stanovena velice zajímavá a zásadní subkategorie v oblasti dovedností perioperační sestry a tou je individuální pojetí. Pro participantky bylo důležité mít svůj systém přípravy a pokládání nástrojů a zdravotnických prostředků, který si postupně samy vytvářely. Tím, že si dotazované samy pro sebe nacházely nejvhodnější umístění nástrojů a dalších zdravotnických prostředků vybudovaly i individuální pojetí, s kterým pro ně přišla i určitá jistota, sebedůvěra a samostatnost.

Individuální pojetí (Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)
P2 „...když po někom přebírám stolek, tak si musím vše přeskládat podle sebe, ...pak mi jde vše rychleji, jsem klidnější...“
P3 „Ve věcech, co jsem si 100 % jistá pokládám a podávám podle sebe, ale u věcí, kde si jistá nejsem tak to dělám přesně jak mi to učily. Co se týká předvídání nebo té jistoty a cítím se tak nějak lepší...“

<p>P4 „Pro můj klid bylo nejdůležitější mít v práci systém...na stolku, při přípravě, nebo v papírech...v sítech nehrabošit, ale mít to tam kde chci já...prostě najít vše na první dobrou...“ „...pak jsem si už mnohem víc věřila.“</p>
<p>P5 „...a udělání toho mého systému bylo asi nejtěžší. To tempo, řekla bych, že jsem všechno věděla, ale nechtěla jsem, aby čekali ...každá z holek má trochu jiný systém přípravy a umístění nástrojů...a pak jsem si udělala svůj vlastní a začala jsem aspoň stíhat...byla jsem si s víc jistější.“</p>
<p>P6 „Asi šestkrát jsem si měnila způsob rozmístění nástrojů, než jsem přišla na to, jak mi to vyhovuje. Nejdřív jsem to okoukala od kolegyní, jakým způsobem to mají, to mi moc nevyhovovalo, takže než si člověk přijde na to, kam má dávat a sahat pro nástroj tak aby to vyhovovalo jemu, ne vždy ti vyhovuje to, co má ten druhý.“</p>
<p>P8 „Mám svůj systém, ...mám to spojené spolu se schopností věřit si. Do té doby jsem se řídila hlavně podle holek...“</p>

Tabulka 14, **Individuální pojetí** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Asistence pod mikroskopem

Názory na asistenci lékaři při použití mikroskopu se liší. Z analýzy dat vyplývá, že práce pod mikroskopem většině participantek v době ukončení AP dělala problém a dodnes v nich vzbuzuje respekt. Jedna dotazovaná popisuje náročnost koordinace pohybů ve chvíli, kdy se dívá do okulárů a musí zároveň podávat nástroje.

Pouze dvě dotazované popsaly kladnou zkušenost a nadšení z této činnosti. Jedna participantka se svěřila s pocity naplnění, když může aktivně pomoci operatérovi při mikrochirurgickém výkonu.

Asistence pod mikroskopem <i>(Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</i>
P1 „Je to těžké, ještě mi to úplně nejde.“
P2 „...to se mi líbí, můžu se aktivně zapojit a pomoci při operování...neměla jsem s tím problém.“
P3 „Zatím jsem se k tomu nedostala a ani to po mě nevyžadovali, ale přijde to až budu víc sloužit. To bude zajímavé...“
P4 „...není nic moc, koordinovat pohyby a koukat při tom do okulárů...a do toho podávat nástroje...připravit deseti nulu a zase koukat do okulárů...“
P5 „Práce pod mikroskopem mi nevadila, je to jemné, hezké...“
P6 „Třeba asistence při práci s mikroskopem bylo náročnější, strnulá poloha hlavy, ...trvá to dlouho ...myslím si, že to není jednoduchá věc.“
P7 „...to nemám ráda ...doteď mi to nejde.“
P8 „...velmi obtížné...trvalo, než jsem se zorientovala a byla schopná být nápomocná.“

Tabulka 15, **Asistence pod mikroskopem** (Zdroj vlastní)

7.4 Kategorie: Organizační aspekty adaptačního procesu

V souvislosti s pátým výzkumným cílem a na základě analýzy získaných dat byla stanovena čtvrtá kategorie, která byla nazvána: „Organizační aspekty adaptačního procesu na NCH sálech.“ Po důkladné systematické analýze byly identifikovány a dále upřesněny čtyři subkategorie, které byly následně dále analyzovány. Subkategorie byly nazvány: Mentoring, Plán adaptačního procesu, Časová dotace, Zahájení adaptačního procesu, Průběh adaptačního procesu a Ukončení adaptačního procesu.



Obrázek 5, Grafické znázornění kategorie Organizační aspekty AP na NCH sálech
(Zdroj vlastní)

Subkategorie: Mentoring

S organizací, která se týká mentoringu byla dle analýzy dat většina participantek spokojena. Uvádí, že základní informace dostávaly od svých mentorek a v době jejich nepřítomnosti byly přiděleny k jiným zkušeným sestřám. Pouze dvě participantky uvedly, že nebyly spokojeny s mentoringem na jejich pracovišti. Jedna uvádí, že z důvodu častých služeb její mentorky ji zaškolovaly hlavně jiné kolegyně a pro ni to nebylo vyhovující

z důvodu rozdílných informací. Druhá participantka se svěřila s vzájemnou antipatií, která vyústila v nepředávání informací a nutnosti vyhledávat jiné sdílnější kolegyně.

<p>Mentoring (Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</p>
<p>P1 „Ze začátku jsme spolu byly pořád...a taky je mi blízká věkově takže jsme si sedli, a hlavně ona byla hrozně tolerantní vůči mně ...jinak všechno trpělivě vysvětlovala, takže to bylo fajn ...sedli jste si dobře.“</p>
<p>P2 „Vztah s mentorem byl velmi dobrý, kamarádský...první dva měsíce všechno jsme společně procházely, vypisovaly, ... pak jsme se bohužel hodně mýjely, protože měla hodně odpoledních a nočních...tak jsem byla často s jinýma holkami, ... každá dělá trochu jinak, to už se mi tolik nelíbilo.“</p>
<p>P3 „... byly jsme si blízké. Je příjemné a lepší, když se mi věnuje jeden člověk. Na předešlém pracovišti se mi věnoval každý den někdo jiný a každý den mi říkaly trochu jiné informace. Všude by měli být nějaké standardy, ne že každý to bude dělat trochu jinak.“</p>
<p>P4 „...postupné dávkování informací a pak ucelení, myslím, že super...jen je toho prostě strašně moc. ...máme dobrý vztah, když něco nevím ona je první, koho bych se ptala.“</p>
<p>P5 „... umí to vysvětlit, ví, jak podat ty informace...“</p>
<p>P6 „Super...jen co mě mrzelo, že jsem nemohla absolvovat třeba první dva měsíce služeb po jejím boku, asi by mi to pomohlo, ... byla bych si jistější.“</p>
<p>P7 „Vztah s mentorem jsem neměla úplně nejlepší ...nesedli jsme si spíše lidsky a proškolení nebylo dostatečné. Musela jsem získávat informace od jiných děvčat.“</p>
<p>P8 „Velmi přátelský a upřímný vztah na obou stranách...“</p>

Tabulka 16, **Mentoring** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Informační materiály

Dvě participantky si velmi chválily, že na jejich pracovištích existují informační materiály, které se týkají důležitých vstupních informací a požadavků, které budou po ukončení AP vyžadovány. Jsou zde informace týkající se provozu a organizace celé nemocnice, jednotlivých pracovišť, s kterými spolupracuje oddělení, na které nová sestra nastupuje a také informace týkající se samotného oddělení. Dále jsou zde informace týkající se průběhu, plánu a samotného zakončení adaptačního procesu. Tyto materiály také obsahují požadavky organizace na znalosti sester při ukončení adaptačního procesu.

Další participantky uvedly, že by uvítaly rozšíření plánu adaptačního procesu o konkrétní výkony, které musí v průběhu AP vykonat a také by uvítaly materiály které budou obsahovat důležité vstupní informace jednotlivých pracovišť a celé nemocnice.

<p>Informační materiály <i>(Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</i></p>
<p>P1 „...třeba zapojení do toho plánu nějaký konkrétní výkony... jako abychom je měly projítý už před tím, než začneme sloužit.“</p>
<p>P3 „Na začátku jsem dostala sepsané informace, které se týkaly organizace celé nemocnice, seznámení se s centrálními sály, NCH sály, a i informací co se týká ostatních pracovišť kam se chodí obíhat ve službě. Myslím si, že je to velmi dobře zpracované. Moc mi to pomohlo.“</p>
<p>P4 „...v plánu AP nemáme jednotlivé výkony, to mi tam chybělo...jako že musím absolvovat dvě fixace krční páteře...minimálně jedno aneurysma...než půjdu do služeb“</p>
<p>P5 „...určitě by bylo fajn od začátku mít v ruce sepsané materiály týkající se provozu nemocnice ...třeba i důležitá telefonní čísla na personální...“</p>
<p>P6 „Hned první den jsem dostala takový papíry, kde byly důležité informace ohledně provozu celé nemocnice a našeho pracoviště... do teď mi to pomáhá.“</p>

Tabulka 17, **Informační materiály** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Časová dotace

Z analýzy získaných dat vyplývá, že participantky pociťovaly nedostatek času, který je potřebný k adaptaci. Uvádí, že již zjištění časového harmonogramu v samotném plánu adaptačního procesu, je pro ně více než stresující. Všechny participantky se shodují na faktu, že délka adaptačního procesu nebyla dostatečná. Paradoxně se některé dotazované zároveň svěřují s tím, že pro ně včasné ukončení adapčního procesu bylo motivující a také uznávají, že nejvíc se naučily v prvních měsících služeb, tím, že byly na svém pracovišti sami za sebe a že si musely ve vypjatých situacích poradit sami.

<p>Časová dotace (Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</p>
<p>P1 „...je to krátký, pro mě teda já nevím, jak ty mladý holky ty to určitě všechno vstřebávají rychleji ale mě trvá všechno mnohem dýl a až třeba teď skoro po 2 letech po adaptáku začínám mít pocit, že se orientuji úplně.“</p>
<p>P2 „...u mě trval skoro rok, ale pět měsíců z toho jsem byla na Covidu... jen si myslím, že to bylo krátký.“</p>
<p>P3 „Já jsem ukončila AP po 10 měsících a myslím, že to bylo brzy.“</p>
<p>P4 „...je toho strašně moc a samozřejmě záleží na spoustě věcí, ale klidně by mohl být plán na rok a vůbec nic by se nestalo...bylo by vše víc v klidu.“</p>
<p>P5 „Doba asi nebyla dostatečná, bylo to krátký, ale na druhou stranu mě to že půjdu do služby motivovalo...a vlastně to i ty služby vyřešily, v hodně věcech jsem se utvrdila, vyzkoušela pár věcí, který jsem musela zvládnout sama.“</p>
<p>P6 „Záleží individuálně na každém, ... pro mě byl šok, když jsem zjistila, že plán adaptace je na půl roku a pak půjdu do služeb...už jenom to pro mě bylo dost stresující.“</p>
<p>P7 „Trochu se to přičí, půl rok je málo, ale mě se to pak stejně začalo motat, vědomostně jsem to věděla, měla napsaný, ale dokud se do té situace nedostaneš ve službě, tak si to pořádně nezapamatuješ. Je to málo času, ale já říkám že nejvíc být sama za sebe jsem se naučila na začátku směn.“</p>
<p>P8 „Z mého pohledu to bylo krátké. Neurochirurgie je velice náročný obor a ve službě je perioperační sestra pouze sama za sebe.“</p>

Tabulka 18, **Časová dotace** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Zahájení adaptačního procesu

Z analýzy získaných dat lze vyvodit, že přijímání nových zaměstnanců je dobře organizovaný proces. Vrchní sestry zastávají důležitou roli při začleňování nových sester do týmu. Všechny dotazované získaly plán adaptačního procesu a absolvovaly povinné školení včetně školení BOZP, které trvalo minimálně jeden den. Některé z dotazovaných dostaly vstupní informační materiály týkající se chodu nemocnice a oddělení operačních sálů, což jim pomohlo lépe se orientovat v novém pracovním prostředí. Velmi důležitou součástí zahájení adaptačního procesu bylo seznámení nových zaměstnanců s provozem pracoviště a s kolegy, což bylo realizováno staniční sestrou nebo samotnou mentorkou.

<p>Zahájení adaptačního procesu (Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</p>
<p>P1 „...vrchní sestra mě seznámila se staniční s mojí školitelkou...podepsala jsem nástupní papíry a pak mě staniční provedla sálama...vstupní školení BOZP, a tak bylo hned další týden, bylo to na celý den.“ „Dostala jsem plán adaptačního procesu.“</p>
<p>P2 „...oddělení jsem znala z praxe...s vrchní jsme vyřídily papíry, dala mi adaptační plán...pak už jsem šla na sál s mojí školitelkou.“ „Školení BOZP proběhlo hned následně.“</p>
<p>P3 „Na začátku jsem dostala sepsané informace, ...první tři dny bylo školení, seznámení se sálem a s pracovištěm kam se chodí obíhat.“</p>
<p>P4 „První den mi vrchní dala podepsat papíry a pak jsem se seznámila s holkami...školení bylo celý den.“</p>
<p>P5 „Hned první den mě vrchní sestra poslala na školení, probíhá jednou za měsíc pro všechny nově nastupující z celé nemocnice...“</p>
<p>P6 „Hned první den jsem dostala takový papíry, kde byly důležité informace ohledně provozu celé nemocnice a našeho pracoviště... vrchní mě provedla a další tři dny jsem měla školení“</p>
<p>P7 „Přijímala mě staniční, ...papíry jsem podepisovala až následně s vrchní...“</p>
<p>P8 „Vrchní mě seznámila s kolegyněmi a se staniční sestrou a ta mě představila mentorce... dostala jsem naplánovaný adaptační proces.“</p>

Tabulka 19, *Zahájení adaptačního procesu* (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Průběh adaptačního procesu

Z analýzy získaných dat vyplývá, že všechny dotazované perioperační sestry byly v průběhu adaptačního procesu hodnoceny ze strany svých mentorek a většina i strany staničních sester. Do průběžného hodnocení se většinou nezapojovaly vrchní sestry. Participantkám byl dáván prostor k vyjádření názoru nad svými znalostmi, dovednostmi a některé dotazované měly i možnost vyjádřit svůj názor nad průběhem adaptačního procesu. Zpětnou vazbu vnímaly velice pozitivně.

Průběh adaptačního procesu <i>(Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</i>
P1 „...školitelka se mě ptala pořád a všechno jsme spolu rozebíraly...se staniční jsme to řešily většinou ráno před programem...na co se cítím...“
P2 „Vždycky jsme si sedly nad adaptačním plánem a mluvily jsme o tom co už jsem absolvovala a co si myslím, že mi jde a nejde... a na co se zaměříme.“
P3 „To bylo fajn, myslím si, že to je takhle záměrný, každý dva měsíce, ...staniční a mentorka se ptaly co si myslím o tom, jak to probíhá a jak se cítím“
P4 „Průběžně mě hodnotila jen mentorka...“
P5 „Skoro každé ráno před programem jsme se domlouvaly se staniční, měla přehled, co už dávám a řešily jsme co už můžu dělat a co ještě ne.“
P6 „...pravidelně mě hodnotily a zjišťovaly můj názor...na všechno i na kolektiv.“
P8 „V průběhu AP jsme vyplňovaly plán a při tom jsme mluvily o mých dovednostech...“

Tabulka 20, **Průběh adaptačního procesu** (Zdroj vlastní)

Subkategorie: Ukončení adaptačního procesu

Z výzkumných dat vyplývá, že u některých participantek proběhlo ukončení adaptačního procesu pouze jako formalita, prostřednictvím pohovoru s mentorkou, staniční a vrchní sestrou. Dvě dotazované uvedly, že ukončení adaptačního procesu u nich proběhlo formou testu, ústní zkoušky a následného pohovoru s vrchní sestrou. Další uvedly, že u nich proběhlo ústní přezkoušení v rámci pohovoru. Jedna z participantek uvádí svůj negativní názor na pohovor, který se jí zdá jako neadekvátní k ukončení adaptační periody. Myslí si, že by ústní přezkoušení nebo písemný test byl motivací pro perioperační sestry a zároveň by byl ujištěním dosažených znalostí před nástupem do služeb nejen pro sestry, ale také pro zaměstnavatele.

Ukončení adaptačního procesu <i>(Obsahuje výpovědi participantek na jejichž základě byla subkategorie vytvořena)</i>
P1 „...ukončení proběhlo jako pohovor se staniční a vrchní sestrou.“
P2 „První se mě zeptala staniční, jestli už bych se cítila do služeb...a pak jsme měli pohovoru dohromady s mentorkou a vrchní.“
P3 „...nějaká skupina lidí, kteří spolu v jedné době nastupovali ukončují AP společně. Sestry z oddělení, ambulance a ze sálů...proběhne přezkoušení, komunikace a tak.... ale před tím se absolvuje písemný test, který se týká orientace a znalostí výkonů a třeba instrumentáří.“

P4 „Pohovor s vrchní sestrou, při kterém se ptala i na šití, instrumentária a výkony.“
P5 „Po konzultaci s mentorkou jsme šli za vrchní a tam jsme si jen povídaly. Ptala se, jak se cítím a co si o tom myslí staniční a mentorka.“
P6 „...písemný test a pak mě vrchní přezkoušela, to už bylo dobrý...ptala se také na moje pocity.“
P7 „Ústní přezkoušení u vrchní sestry, týkalo se to hlavně znalostí výkonů, instrumentárií...“
P8 „Zhodnocením mentora a vedením, jestli jsem způsobilá pro nástup do služeb.“ „myslím si, že je to málo, vedení by se mělo víc přesvědčit o schopnostech sestry, třeba testem, nebo přezkoušením.“

Tabulka 21, **Ukončení adaptačního procesu** (Zdroj vlastní)

8 SHRnutí VÝSLEDKŮ

Subkategorie *přístrojová technika* dává odpověď na dílčí otázku č. 1: S jakými problémy a úskalími s přístrojovou technikou specifickou pro neurochirurgické sály se perioperační sestry po ukončení adaptačního procesu potýkají? Dílčí výzkumný cíl č.1 zmapovat názory perioperačních sester po ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech na problémy a úskalí s přístrojovou technikou specifickou pro neurochirurgické sály byl splněn.

Kategorie *znalosti potřebné k ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických operačních sálech* dává odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 2: Jak perioperační sestry po ukončení adaptačního procesu hodnotí vlastní úroveň znalostí k zajištění provozu na neurochirurgických sálech bez možnosti konzultace se zkušenou sestrou? Dílčí výzkumný cíl č. 2 zmapovat názory perioperačních sester po ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech na vlastní úroveň znalostí k zajištění provozu na neurochirurgických sálech bez možnosti konzultace se zkušenou sestrou byl splněn.

Kategorie *dovednosti potřebné při ukončení adaptačního procesu* dává odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 3: Jak perioperační sestry po ukončení adaptačního procesu hodnotí vlastní úroveň dovedností k zajištění provozu na neurochirurgických sálech? Dílčí výzkumný cíl č. 3 zmapovat názory perioperačních sester po ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech na vlastní úroveň dovedností k zajištění provozu na neurochirurgických sálech byl splněn.

Kategorie *psychosociální aspekty adaptačního procesu na neurochirurgických sálech* dává odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 4: Jak perioperační sestry vnímají psychosociální aspekty adaptačního procesu na neurochirurgických sálech? Dílčí výzkumný cíl č. 4 zmapovat názory perioperačních sester po ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech na psychosociální aspekty adaptačního procesu byl splněn.

Kategorie *organizační aspekty adaptačního procesu na neurochirurgických sálech* dává odpověď na dílčí výzkumnou otázku č. 5: Jak perioperační sestry vnímají organizační aspekty adaptačního procesu na neurochirurgických sálech? Dílčí výzkumný cíl č. 5 zmapovat názory perioperačních sester po ukončení adaptačního procesu na neurochirurgických sálech na organizační aspekty adaptačního procesu byl splněn.

DISKUZE

V rámci diskuze diplomové práce jsou hodnoceny výsledky kvalitativního výzkumu, který se věnoval adaptačnímu procesu v perioperační péči na neurochirurgii. Do výzkumného šetření se zapojily sestry, které v průběhu posledních dvou let absolvovaly adaptační proces na neurochirurgických operačních sálech v České republice.

Motivace k ukončení adaptačního procesu je individuální záležitostí a závisí na mnoha faktorech. Výzkumné šetření Rambouskové (2018) prokázalo, že mzda je největším motivátorem pro všeobecné sestry. *Tato diplomová práce potvrzuje, že u sester v perioperační péči jsou finance také největším motivem k ukončení adaptačního procesu. Kromě financí se ukázalo, že faktory jako přátelský přístup kolegů, samostatné působení v týmu a získání nových kompetencí a prestiže jsou také velmi důležitými zdroji motivace.* Je důležité tyto faktory brát v úvahu a vytvářet podmínky pro motivaci sester k včasnému ukončení adaptačního procesu a tím podpořit jejich dlouhodobou spokojenost s prací v perioperační sestry. V situaci nedostatku kvalifikovaných sester a přetížení stávajících pracovníků *může být dle participantek motivující možnost poskytnout pomoc kolegyním.*

Z výzkumu dále vyplývá, že antipatie k některým členům operačního týmu může být naopak demotivujícím faktorem k ukončení adaptačního procesu. Pozitivní a podpůrná atmosféra v pracovním prostředí pomáhá pracovníkům se plně koncentrovat na svojí práci a cítit se v ní uspokojeni.

Lze konstatovat, že podpora kolektivu je významným faktorem pro profesní rozvoj sester na operačních sálech. *V průběhu a při zakončení adaptačního procesu jí cítily všechny participantky především ze strany svých mentorek, starších kolegyně a přímé nadřízené. Některé dotazované však uvádějí nedostatečnou podporu ze strany vedení operačních sálů a kolegyní z jiných oborů a lékařů.* To se shoduje s výsledky studie Parker a kol. (2014), která uvádí, že k samostatné činnosti byla v prvním roce praxe podporována pouze necelá polovina dotázaných sester. *Z analýzy dat vyplývá, že některé participantky zmiňují podporu od operačního týmu, včetně primáře a přednosta neurochirurgické kliniky, což označuje Purger (2021) za klíčové i z pohledu bezpečnosti pacienta na operačním sále.* Dle jeho názoru, každý jednotlivý člen operačního týmu by měl být podporován ze strany vedoucích týmu.

Jako zdroj podpory a motivace vnímaly dotazované i mimopracovní akce, které jsou organizovány nejen v rámci jejich oddělení, ale i samotnou neurochirurgickou klinikou. Tyto

akce jsou velmi důležité, pro budování pozitivního pracovního prostředí a budování silnějších vztahů mezi kolegy. V tomto ohledu je nutné zvýšit frekvenci mimo-pracovních aktivit a zapojit i další členy týmu, včetně vedení operačních sálů a kolegyně z jiných oborů.

Podle Tomlinsona (2021) je komunikace na operačním sále základní netechnickou dovedností pro všechny chirurgické specializace. *Dle analýzy získaných údajů je zřejmé, že problém s komunikací se vyskytuje nejen mezi sestrami a lékaři, ale také ve vzájemné komunikaci mezi samotnými sestrami.* Jaluvková (2015) ve svém výzkumném šetření poukázala na to, že komunikace s mentorem a kolegy hraje významnou roli v adaptačním procesu nově nastupujících sester. *Z analýzy dat dále vyplývá, že dotazované měly zkušenost se záměrným nepředáním informací a s obavami zeptat se lékařů a starších kolegyně na běžné informace.* Z výzkumu Hubáčkové (2020) vyplývá, že obecně více než polovina dotazovaných perioperačních sester pocítuje zátěž při komunikaci s konkrétním lékařem. Dle Purger (2021) takový způsob komunikace může vést ke zbytečným chybám a následně k velkým komplikacím.

Z analýzy dat vyplývá, že osobnost sestry je klíčovým faktorem pro úspěšnou adaptaci v pracovním prostředí operačního sálu. Je tedy podstatné zaměřit se na rozvoj a podporu osobnostních vlastností sester, jako je sebedůvěra, odvaha a schopnost komunikovat a spolupracovat s ostatními zdravotnickými pracovníky.

Neurochirurgický operační sál je prostředí, kde je žádoucí rychlý a přesný způsob práce, který vyžaduje vysokou úroveň týmové spolupráce a koordinace. Tímto způsobem je dosaženo nejlepších výsledků a jsou minimalizována možná rizika komplikací. Tomlinson (2021) a Purger (2021) se shodují, že týmová spolupráce je základním prvkem práce na operačním sále. Neurochirurgové, jako vedoucí týmu jsou zodpovědní za vytváření bezpečného prostředí a pozitivní kultury operačního sálu. *Výzkum ukázal, že participantky vnímají týmovost jako pozitivní prvek své práce. Nicméně, i přes pozitivní zkušenosti s týmovou prací měly dotazované obavy z převzetí odpovědnosti za svá rozhodnutí a z komunikace s lékaři.* Vedení pracoviště musí zajistit, aby zdravotničtí pracovníci měli dostatečnou podporu při přijímání náročných rozhodnutí a aby byla komunikace v týmu co nejefektivnější. *Jedna z participantek se svěřila s pochybnostmi nad funkčností týmu na svém pracovišti, což ukazuje, že je třeba neustále pracovat na zlepšování týmové dynamiky.* Všichni zdravotničtí pracovníci by měli mít pocit, že jsou důležitou součástí týmu a že nesou určitou odpovědnost za úspěšný průběh operace.

Na základě analýzy dat této studie lze konstatovat, že perioperační sestry v době ukončení adaptačního procesu mají velké obavy ohledně svých znalostí v oblasti přípravy a průběhu operačních výkonů v neurochirurgii. Musí mít přehled o široké škále různých postupů, nástrojů a implantátů, které se navíc často mění. Nejčastěji se participantky obávají výkonů, které se neprovádějí často, ale jsou standardní součástí akutní operativy. Dotazované uvádějí, že největší obavy mají zejména z operace mozku, svorkování aneurysmatu, a spondylochirurgických výkonů. Roli hraje nedostatečná praxe a s tím spojené nedostatečné zkušenosti. Všianská (2021) ve svém výzkumu potvrzuje, že perioperační sestry na neurochirurgických sálech hodnotí nejhůře vlastní úroveň dovedností u specifických instrumentarií potřebných k neurochirurgické operativě. Uvádí, že k získání znalostí a dovedností v těchto oblastech je podstatný adaptační proces vedený zkušeným mentorem nebo školitelkou. Je důležité, aby perioperační sestry měly dostatek času k získání znalostí, přístup k vhodným informacím a dostatečnou praxi, což jim umožní zlepšit svou sebejistotu. Je také nutné zajistit, aby měly k dispozici odpovídající informační zdroje, které jim pomohou zvládnout různé situace v průběhu operačních výkonů. V neposlední řadě je důležité, aby sestry pracovaly v týmu, který si navzájem pomáhá a podporuje se, a aby měly přístup k odbornému poradenství, pokud se vyskytnou nejasnosti nebo otázky týkající se výkonů jiných oborů.

Dle autorů Příbáně a Mračka (2022) polohování pacienta na operačním stole před neurochirurgickým operačním výkonem hraje zásadní roli a je velmi často poměrně komplikované. Z výsledků analýzy dat vyplývá, že specifická polohování v neurochirurgii je dobře známa všem participantkám. Dotazované projevují obavy a respekt z dokonalého provedení operačních poloh. Výzkum poukázal na fakt, že své znalosti participantky nevnímají jako dostatečné, z čehož vyplývá, že pro poskytování kvalitní péče je třeba zvýšit důraz na vzdělávání v této oblasti. Výzkum dále ukázal, že dotazované vnímají jako nejnáročnější polohy na zadní jámu, polohy při operaci hlavy v tříbodovém fixátoru a polohy na břicho při operaci páteře.

Fearon (2018) zdůrazňuje nutnost znalostí, preciznost a přesnost personálu operačních sálů při manipulaci se stále složitější přístrojovou technikou, která výrazně napomáhá zlepšení života neurochirurgickým pacientům. Z analýzy získaných dat vyplývá, že participantky si uvědomují složitost a specifickou přístrojovou techniku a nutnost znalosti jejího ovládnutí před nástupem do služeb. Stejně také Uhýrková (2013) ve svém výzkumu zaměřeném na adaptační proces zdravotnických záchranářů zmiňuje odpovědi sester

vyjadřující potřebu delší doby na zapracování z důvodu obtíží s přístrojovou technikou. *Ze získaných dat také vyplývá, že dotazované vnímají nejvíce problémů s ovládním ultrazvukových aspirátorů, endoskopů a přístrojů, které se nepoužívají často, ale jsou potřebné k některým výkonům při akutní operativě.* Výsledky výzkumu Všianské (2021), která zjišťovala úroveň dovedností perioperačních sester na neurochirurgických sálech, se však liší a naznačují, že pro perioperační sestry není problém ovládat rutinně používané přístroje jako ultrazvukový aspirátor. Naopak jako složité vnímají ovládní méně často používaných přístrojů, které ale mohou být potřebné k některým výkonům při akutní operativě, např. laser. Limitem srovnání s výzkumem Všianské je, že byl proveden mezi neurochirurgickými perioperačními sestrami s různě dlouhou praxí po ukončení adaptační periody. Její zjištění, že úroveň speciálních dovedností souvisí s délkou praxe sestry koresponduje s tímto faktem.

Jako problematická se pro participantky ukázala nutnost znalosti rychlého odstraňování technických závad přístrojů během operace. Návody k obsluze přístrojové techniky považovaly za rozsáhlé a nepřehledné, což mohlo být příčinou delšího času nutného k odstranění případné závady. Shodně uvádí ve svém výzkumu Kuchtová (2015), že sestry v adaptačním procesu vnímají návody k přístrojové technice jako příliš dlouhé a obsahující přebytek informací. Důraz na správné zaškolení a na průběžné periodické školení všech zdravotnických pracovníků, kteří s přístroji pracují je důležitý pro bezpečnost provozu na operačních sálech.

Podle výsledků výzkumu měly participantky dobrou orientaci v prostředí na svém pracovišti. Největší problém s orientací měly dotazované na pracovištích oborů, s nimiž zajišťují akutní operativu. V těchto případech byly závislé na instrukcích svých kolegyní z jiného oboru. Z výzkumu Pálové (2012) také vyplývá, že největší obtíže pociťovaly perioperační sestry při svém zapracování právě v orientaci v prostoru. Vzhledem k důležitosti rychlé dostupnosti zdravotnických prostředků pro akutní operace, je nutné stále opakování znalostí v oblasti orientace v prostředí a v umístění potřebných zdravotnických prostředků.

Participantky výzkumu považovaly dovednosti v oblasti neurochirurgické instrumentace za klíčové k ukončení adaptačního procesu. Shodují se na nedostatečném zvládnutí těchto dovedností v době nástupu do služby. Lze předpokládat, že se tyto

dovednosti budou v průběhu praxe zdokonalovat, což ve své práci uvádí Hrklová (2017), která potvrdila že s narůstající délkou praxe sestry získávají více dovedností a znalostí.

Dotazované také zdůrazňovaly specifičnost instrumentace v oboru neurochirurgie, kdy je třeba rychle se přizpůsobovat změnám v podávání různých druhů nástrojů, a to zejména při akutních operacích. Všianská (2021) uvádí, že v oboru neurochirurgie a ortopedie je potřeba značné technické zručnosti, i vzhledem k množství a různorodosti instrumentárií.

Za nepříjemné a stresující považovaly participantky studie nedostatečný počet instrumentovaných operací, zejména při speciálních výkonech nutných pro akutní neurochirurgické operace. S některými výkony se poprvé setkaly sestry až při samostatném výkonu práce po ukončení adaptační periody.

Manipulace s mikro nástroji nebyla participantkami vnímána jako problematická. Některými byla uvedena obtížnost manipulace spojená s jejich jemností a snadným poškozením. V oblasti asistence pod mikroskopem většině dotázaných dělá problém koordinace pohybů při pohledu do okulárů.

Participantky vnímaly jako zásadní organizaci svojí práce a již v době adaptační periody si upravovaly rozmístění nástrojů a zdravotnických prostředků. Popsaly, že až v době vytvoření si tzv. svého systému pokládání a podávání, získaly větší sebedůvěru a samostatnost. Cahová (2017) ve své diplomové práci uvádí, že nejproblémovější oblastí v adaptačním procese sester je organizace času, identifikace priorit a organizace práce.

Většina participantek byla spokojena s organizací mentoringu a získávala potřebné informace od svých mentorek, které se jim plně věnovaly a měly vzájemnou důvěru. Dle Kuchtové (2015) právě mentor a staniční sestra mají významnou roli ve vrůstání nováčků do organizace. Plhoňová (2015) ve svém výzkumu uvádí, že je zřejmá přímá závislost spokojenosti s průběhem adaptačního procesu na míře věnovaného času mentora v době adaptace. Toto zjištění bylo potvrzeno analýzou dat této studie, ze které vyplývá, že některé dotazované nebyly spokojeny s mentoringem. Hlavními důvody nespokojenosti bylo, že se jim mentorka nevěnovala a že informace, které získávaly od jiných kolegyní byly často odlišné. Je důležité věnovat pozornost nejen výběru mentora, ale také jeho motivaci, aby nově nastupující sestře věnoval dostatek času a předával empaticky získané znalosti a zkušenosti.

Za překážku v průběhu adaptačního procesu lze považovat nedostatek času potřebného k plné adaptaci na neurochirurgických sálech. *Všechny participantky se shodly, že délka jejich adaptačního procesu byla nedostatečná. Samotné zjištění harmonogramu adaptace vnímaly jako stresující. Ale pro některé dotazované bylo motivující právě včasné ukončení adaptačního procesu a nejvíce zkušeností načerpaly v prvních měsících služeb bez možnosti konzultace se zkušenější sestrou. Z toho vyplývá, že pro některé perioperační sestry může být vystavení novým situacím a tlak na rozvoj samostatnosti efektivním způsobem získávání zkušeností.*

Část participantek pozitivně hodnotila vstupní písemné materiály, poskytující ucelené informace o provozu a organizaci nemocnice a jednotlivých pracovišť, které obdržely od zaměstnavatele v prvních dnech po nástupu do zaměstnání. Naopak část uvedla, že veškeré vstupní informace byly předány pouze ústně. Ke stejnému zjištění dospěla ve své diplomové práci Nováková (2015). Participantky také uvedly že by uvítaly rozšíření plánu adaptačního procesu o specifické výkony, které by byly součástí adaptačního plánu a musely by být vykonány v průběhu procesu adaptace.

Kuchtová (2015) ve své práci uvádí, že dotazované by uvítaly sumarizované informace na jednom místě. Autorka této studie souhlasí, že vytvoření orientačního nebo také adaptačního balíčku by bylo přínosem pro nově nastupující všeobecné sestry. Vytvořený materiál by měl obsahovat komplexní informace o celé organizaci a o konkrétním oddělení. Měly by být jasně stanoveny požadavky na sestry po ukončení adaptačního procesu, na jejich znalosti a na znalosti přístrojové techniky. Do plánu adaptačního procesu by bylo vhodné uvést počty jednotlivých výkonů, které by byly podmínkou pro ukončení adaptace.

Pravidelné důkladné hodnocení během adaptačního procesu je klíčové pro ujištění, že nově příchozí sestry budou dobře připraveny na svou roli v perioperační péči. *Podle dotazovaných zahrnovalo názory a zpětnou vazbu jak ze strany mentorů, tak i staničních sester a kolegů. Zpětná vazba od ostatních kolegů byla participantkami vnímána velice pozitivně. S těmito závěry se shoduje Jaluvková (2015), která na základě výzkumného šetření konstatuje, že pro všeobecné sestry je zásadní zpětná vazba od mentora a kolegů. Možnost vyjádřit svůj názor může podpořit motivaci perioperačních sester a také jejich angažovanost v práci. Podle Krausové (2021) by zájem o svoji osobu a s tím spojené průběžné hodnocení uvítala většina participantek jejího výzkumu.*

Výsledky rozboru získaných dat naznačují, že proces ukončení adaptační periody u většiny participantek probíhal pouze jako formální záležitost prostřednictvím pohovoru s mentorkou, staniční a vrchní sestrou. Tyto výsledky korespondují s diplomovou prací Krausové (2021), ve které zjistila, že ukončení adaptačního procesu u většiny dotazovaných proběhlo pouze závěrečným pohovorem s vedoucími pracovníky. Některé dotazované uvádějí, že musely projít testem nebo ústní zkouškou svých znalostí a dovedností. Jedna participantka vyjádřila názor, že pohovor není dostatečný pro ukončení adaptačního procesu a navrhuje ústní přezkoušení nebo písemný test jako motivaci a ujištění o zvládnutí kompetencí, a to jak pro sálové sestry, tak pro zaměstnavatele.

LIMITY VÝZKUMU

Některé z participantek se mohly obávat úplné otevřenosti při rozhovorech vzhledem k tomu, že byl kontakt s nimi zprostředkovaný cestou jejich nadřízených. Obavy z reakce jejich nadřízených mohly vést k přílišné pozitivitě a zamlčování či zlehčování některých závažných nedostatků. Důvěryhodnost odpovědí nemůže být objektivizována.

Reprezentativnost výzkumu může být zkreslena nízkým počtem participantek.

Reprezentativnost výzkumu může být zkreslena zastoupením výhradně ženských participantek.

Vzhledem k nedostatku diplomových prací, které se zabývaly touto problematikou byla diplomová práce srovnávána i s jednou bakalářskou prací.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z analýzy dat vyplývá, že by měl být kladen důraz na možnosti zefektivnění adaptačního procesu, mentoringu a psychosociální podporu sester v době adaptačního procesu. V souvislosti s poslední výzkumnou otázkou: *Jaké změny byste doporučila?* a na základě získaných dat byla stanovena tato doporučení pro praxi:

Návrh na vytvoření „adaptačního balíčku,“ ve kterém by byly v tištěné formě uvedeny informace týkající se organizace a chodu celé nemocnice, operačních sálů a neurochirurgického pracoviště. Dále by obsahoval informace týkající se požadavků organizace na nově nastupující personál: znalosti v době ukončení adaptačního procesu v oblasti výkonů, operačních poloh pacientů, instrumentáří, přístrojové techniky a zdravotnických prostředků.

Návrh změny v plánu adaptačního procesu: rozšíření časové dotace na adaptační proces na jeden rok s možností jeho zkrácení dle individuálních schopností perioperačních sester. Adaptační plán by byl rozšířen o absolvování jednotlivých operačních výkonů. Po splnění požadovaných výkonů by sestra pracovala dva měsíce po boku své mentorky včetně všech služeb a pohotovostí. V rámci adaptačního procesu by sestra absolvovala po jednom týdnu na lůžkovém NCH oddělení, na NCH JIP a na centrální sterilizaci.

Návrh na změnu v ukončení adaptačního procesu: ukončení adaptačního procesu by proběhlo způsobem přezkoušení předem stanovených znalostí formou ústní nebo písemnou a následným pohovorem s vrchní sestrou.

Návrh na vytvoření manuálu k přípravě a průběhu jednotlivých operačních výkonů a zjednodušení návodů na obsluhu přístrojové techniky se zaměřením na odstranění případných závad. Vytvoření tabulky, kde by byly zapsány všechny aktuálně dostupné systémy k jednotlivým implantacím s jejich rozdělením do kategorií podle použití.

ZÁVĚR

Výsledky výzkumu ukazují, že sestry pracující v perioperační péči na neurochirurgii se během adaptačního procesu potýkají s řadou problémů a výzev v oblastech, jako jsou psychosociální aspekty adaptačního procesu, znalosti a dovednosti potřebné k samostatné činnosti na neurochirurgických sálech, znalosti přístrojové techniky a organizační aspekty adaptačního procesu.

Hlavní výzkumný cíl a dílčí výzkumné cíle byly splněny. Výsledky výzkumu byly porovnány s výsledky jiných studií, které se věnovaly problematice adaptačního procesu ve zdravotnictví a problematice operačních sálů.

Adaptace sester byla pozitivně ovlivněna podporou ze strany mentorek, přímé nadřízené a ostatních členů operačního týmu. Jako důležité motivátory k včasnému ukončení adaptačního procesu byly identifikovány finanční motivace, přístup kolegů, samostatné působení v operačním týmu a získání nových kompetencí a prestiže. Pozitivně byly hodnoceny vstupní písemné materiály a participantky také uvedly, že by uvítaly rozšíření plánu adaptačního procesu o specifické výkony.

Negativně byly vnímány nedostatečné znalosti v oblasti přípravy a průběhu výkonů při akutní operativě včetně polohování pacientů a ovládnutí některých přístrojů a s tím spojené rychlé odstranění technických závad během operace. Složitá byla pro dotazované orientace na pracovištích oborů mimo jejich primární specializaci, kde zajišťovaly akutní operativu.

Dovednosti v době nástupu do služeb vnímala většina dotazovaných jako nedostatečné a shodly se, že délka jejich adaptačního procesu byla příliš krátká.

Práce perioperační sestry na neurochirurgickém sále je velmi náročná. Vyžaduje velkou psychickou a fyzickou odolnost. Dobře vedený adaptační proces nově nastupujících sester na toto oddělení je podstatná a často podceňovaná záležitost, která může napomoci k zařazení pracovníka do kolektivu.

Z analýzy dat vyplývá, že by měl být kladen důraz na možnosti zefektivnění adaptačního procesu. Zejména prodloužení doby adaptace, podporu mentoringu a psychosociální podporu sester v době adaptačního procesu. Dále by se měly organizace zaměřit na vzdělávání sester v oblasti specializovaných výkonů a přístrojové techniky.

Vzhledem k závažnosti problematiky pro personál, chod zdravotnických zařízení a bezpečnost pacientů by mělo být toto téma podrobena dalšímu zkoumání.

SEZNAM LITERATURY

AORN. Aorns perioperative explications for the ANA code ethics for the code of ethics for nurses with interpretive statements. *AORN* [online]. 2017, 25-45 [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: doi: <https://aorn.org/docs/default-source/aorn/guidelines/ana-code-of-ethics/aorn-periop-explications-for-ana-code-of-ethics-2017>

ARMSTRONG, Michael. *Odměňování pracovníků*. Praha: Grada, 2009. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2890-2.

ASKITOPOULOU H, Vgontzas AN. The relevance of the Hippocratic oath to the ethical and moral values of contemporary medicine. *Part II: interpretation of the Hippocratic oath—today's perspective*. *Eur Spine J* [online]. 2018, **27**, 1491–1500 [cit. 2023-01-06]. Dostupné z: doi.org/10.1007/s00586-018-5615z.

BEAUCHAMP, Tom L. a James Franklin CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-533570-5.

BITTNEROVÁ, Zuzana. Proč termín perioperační péče? *Zdraví.euro.cz* [online]. Praha: Copyright © 1997–2022 Internet Info, s.r.o. Všechna práva vyhrazena., 2007 [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/proc-termin-perioperacni-pece>

BĚLOHLÁVEK, František. *15 typů lidí: jak s nimi jednat, jak je vést a motivovat*. Praha: Grada, 2010. Komunikace (Grada). ISBN 978-80-247-3001-1

CAHOVÁ, Lenka. *Problematika adaptačního procesu sester absolventek v prostředí intenzivní péče* [online]. Brno, 2017 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/hjkw6/Diplomovana_prace_LC.pdf Diplomová práce. MASARYKOVA UNIVERZITA LÉKAŘSKÁ FAKULTA Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková, Ph.D.

ČLK. *Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY*. Česká lékařská komora [online]. Olomouc: ISSA CZECH s.r.o., 2007 [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf

DOSKOČIL, Radek. *Kvantitativní metody: studijní text pro prezenční a kombinovanou formu studia*. Vydání druhé, přepracované a doplněné. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2019. ISBN 978-80-214-5716-4.

EORNA. Eorna framework for perioperative nurse competencies. *EORNA* [online]. 2019 [cit. 2023-02-11]. Dostupné z: <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/05/Competencies-brochure-final.pdf>

FADRUS, Pavel a Martin SMRČKA. *Perioperační péče o pacienta v neurochirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2020. ISBN 978-80-7013-597-6.

FORSYTH, Patrick. *Jak motivovat svůj tým*. Praha: Grada, 2009. Vedení lidí v praxi. ISBN 978-80-247-2128-6.

GAGNÉ, Jean-François, Moujahed LABIDI a André TURMEL. Internal Audit of Compliance with a Perioperative Checklist in a Tertiary Care Neurosurgical Unit. *Canadian Journal of Neurological Sciences / Journal Canadien des Sciences Neurologiques* [online]. 2016, **43**(1), 87-92 [cit. 2023-02-11]. ISSN 0317-1671. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26786640/>

GIDDENS, Anthony. *Důsledky modernity*. 3. vyd. Přeložil Karel MÜLLER. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. Post (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-035-3.

GURKOVÁ, Elena a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0583-0.

HASEGAWA, Mitsuhiro, Mohsen NOURI, Hironori FUJISAWA, Yutaka HAYASHI, Joji INAMASU, Yuichi HIROSE a Junkoh YAMASHITA. Efficacy of Monitoring Patient's Position during Neurosurgical Procedures: Introduction of Real-time Display and Record. *Neurologia medico-chirurgica* [online]. 2015, **55**(4), 305-310 [cit. 2023-02-02]. ISSN 0470-8105. Dostupné z: <https://doi:10.2176/nmc.oa.2014-0256>

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

HENDRICKS, Benjamin K. Operating Room Etiquette. *The Neurosurgical Atlas* [online]. April 19, 2021 [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0784-x>

HRKLŮVÁ, Markéta. *Péče o instrumentárium v perioperační péči* [online]. Pardubice, 2017 [cit. 2023-01-19]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/3878> Diplomová. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová, Ph. D

HUBÁČKOVÁ, Denisa. *Psychická zátěž u perioperačních sester* [online]. Pardubice, 2015 [cit. 2023-02-18]. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/10195/76098> Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Papršteinová, Ph. D

JALUVKOVÁ, Klára. *Adaptační proces v povolání všeobecné sestry* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2023-02-18]. Dostupné z: https://library.upol.cz/arl-upol/en/detail-upol_us_cat-0167856-Adaptacni-proces-v-povolani-vseobecne-sestry/ Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, Tomáš SVOBODA a Jana WICHSOVÁ. *Perioperační zásady v kostce*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1727-7.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. ISBN 978-80-7013-598-3.

KOČIANOVÁ, Renata. *Personální řízení: východiska a vývoj*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3269-5.

KOLAJOVÁ, Lenka. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada, 2006. Poradce pro praxi. ISBN 80-247-1764-6.

KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. 5., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 2015. ISBN 978-80-7261-288-8.

KRAUSOVÁ, Markéta. *Adaptační proces u vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků v operačních oborech* [online]. Olomouc, 2021 [cit. 2023-03-11]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/fsz239/> Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.

KUCHTOVÁ, Veronika. *Přístrojová technika v intenzivní péči pohledem všeobecné sestry v adaptačním procesu* [online]. Plzeň, 2015 [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: [file:///C:/Users/vlcha/Downloads/V.+Kuchtov%C3%A1,+P%C5%99%C3%ADstrojov%C3%A1+technika+v+intenzivn%C3%AD+p%C3%A9%C4%8Di+pohledem+v%C5%A1eobecn%C3%A9+sestry+v+adapta%C4%8Dn%C3%ADm+procesu%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/vlcha/Downloads/V.+Kuchtov%C3%A1,+P%C5%99%C3%ADstrojov%C3%A1+technika+v+intenzivn%C3%AD+p%C3%A9%C4%8Di+pohledem+v%C5%A1eobecn%C3%A9+sestry+v+adapta%C4%8Dn%C3%ADm+procesu%20(1).pdf) Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Petra Bejvančícká.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

LEPÄNLUOMA, Marjut, Melissa RAHI, Riikka TAKALA, Eliisa LÖYTTYNIEMI a Tuija S. IKONEN. Analysis of neurosurgical reoperations: use of a surgical checklist and reduction of infection-related and preventable complication-related reoperations. *Journal of Neurosurgery* [online]. 2015, **123**(1), 145-152 [cit. 2023-02-11]. ISSN 0022-3085. Dostupné z: doi:10.3171/2014.12.JNS141077 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30525306/>

MEIER, Rolf. *Úspěšná práce s týmem: 25 pravidel pro vedoucí týmu a členy týmu*. Praha: Grada, 2009. Vedení lidí v praxi. ISBN 978-80-247-2308-2.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Martin ŠAMAJ, Lenka MACHÁLKOVÁ a Kateřina IVANOVÁ. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. *Elsevier* [online]. 14.2.2014, **2014**(2), 130-142 [cit. 2023-02-15]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2014/02/08.pdf>

MILLER, Laurence. *Jak zvládat a řídit problémové zaměstnance*. Praha: Grada, 2009. Manažer. ISBN 978-80-247-2904-6.

MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.

MZČR. Kvalifikační standard k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní / vzdělávací program v oboru všeobecná sestra. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2021 [cit. 2023-02-11]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kvalifikacni-standard-vseobecna-sestra/>

MZČR. Novela vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2022 [cit. 2023-02-11]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/novela-vyhlasky-o-cinnostech-prinasi-sestram-vyssi-kompetence/>

MZČR. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky 2006* [online]. Praha, 2006 [cit. 2023-02-11]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/3666/9329/V%C4%9Bstn%C3%ADk%202-2006.PDF>

NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozš. vyd., v Akademii vyd. 1. (1. vyd. v nakl. Vodnář pod náz. Lexikon psychologie). Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.

NAVRÁTIL, Luděk a kol. *Neurochirurgie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2068.

NIEDERLE, Bohuslav. *Práce sestry na operačním sále*. Vydání třetí doplněné a přepracované. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1965. ISBN 08-088-65.

NOVÁKOVÁ, Lucie. *Problematika adaptačního procesu sester absolventek v prostředí intenzivní péče* [online]. Plzeň, 2015 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/17924/1/Novakova_Lucie_Problametika_adaptacniho_procesu.pdf Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

NOVÝ, Ivan a Alois SURYNEK. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. Manažer. ISBN 80-247-1705-0.

Operační polohy. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-2077-2.

PARKER V; GILES M; LANTRY G., McMILLAN M. New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Education Today* [online]. 2014, **34** (1), 150–156. [cit. 2022-12-03]. ISSN 1532-2793. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.07.003>

PAUKNEROVÁ, Daniela. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Management (Grada). ISBN 978-80-247-3809-3.

PAVLOVÁ, Petra, Jana HOLÁ a Jiří ŠILLER. Historické mezníky ošetrovatelské perioperační péče od poloviny 20. století po současnost: literární přehled. *Supplementum* [online]. 2016-6, s. 49-53.[Cit. 2018-12-30]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10195/67698>

PÁLOVÁ, Klára. *Adaptace nové sestry – instrumentářky v práci na operačním sále* [online]. Plzeň, 2012 [cit. 2023-01-19]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/3878> Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Petra Bejvančíková.

PÁRAL, Jiří. *Chirurgická propedeutika: základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1235-7.

PETRÁŠOVÁ, Marta Anna, Ilona PRAUSOVÁ a Zdeněk ŠTĚPÁNEK. *Mentorink: forma podpory nové generace*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-06-255.

PLAMÍNEK, Jiří. *Tajemství úspěchu*. Praha: Grada Publishing, 2010. 191 s. ISBN 978-80-247-3658-7.

PLAMÍNEK, Jiří. *Týmová spolupráce a hodnocení lidí*. Praha: Grada, 2009. Manažer. ISBN 978-80-247-2796-7.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.

PLHOŇOVÁ, Tereza. *Adaptační proces sester pracujících na oddělení intenzivní péče* [online]. Praha, 2015 [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/66096/DPTX_2013_1_11110_0_393_811_0_142437.pdf?sequence=1&isAllowed=y Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Eva Prošková.

PROVAZNÍK, Vladimír. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada, 2002. Manažer. ISBN 80-247-0470-6.

PŘIBÁŇ, Vladimír, Jan MRAČEK (ed). *Neurochirurgie*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2022. ISBN 987-80-246-3688-7.

PURGER, David A. Basics of Nontechnical Skills. *The Neurosurgical Atlas* [online]. March 28, 2021 [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.18791/nsatlas.v0.5.00>

RAMBOUSKOVÁ, Anna. *Motivace v profesi všeobecných sester* [online]. Plzeň, 2018 [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ki3i0f/>. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

SOMNATH, Das a Ramesh SUNIDHI. Ethics in Neurosurgery. *The Neurosurgical Atlas* [online]. 2021 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.18791/nsatlas.v0.5.10>

ST-ARNAUD, Danielle a Marie-Josée PAQUIN. Safe Positioning for Neurosurgical Patients. *AORN Journal* [online]. 2008, **2008**(Svazek87, vydání6), Strany 1156-1172 [cit. 2023-02-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2008.03.004>

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.

SZYMOCHA, Marcin, Marta RORATOVÁ, Marta PAČANOVÁ a Mateusz ANUFROWICZ. Leaving a foreign object in the body of a patient during abdominal surgery: still a current problem. *National Library of Medicine* [online]. 2019, **15**, 35-40 [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31849358/>

ŠIMONOVÁ, Hana. Adaptační proces na jednotce intenzivní péče. *Sestra* [online]. 2014, **2014** [cit. 2023-02-25]. Dostupné z: doi: <https://zdravi.euro.cz/clanky/adaptacni-proces-na-jednotce-intenzivni-pece/>

ŠÍN, Robin, Pavel BOHM a Miloš KUKAČKA. Adaptace zdravotnického záchranáře při nástupu do zaměstnání u ZZS Karlovarského kraje. In: *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči* [online]. 1. Praha, s. 6-9 [cit. 2023-02-15]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2014_01.pdf

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5711-7.

ŠVÁB, Jan. *Kapitoly z dějin chirurgie v českých zemích*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3238-4.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOMLINSON, Samuel. Teamwork & Communication. The Neurosurgical Atlas [online]. April 20, 2021 [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.18791/nsatlas.v0.5.09>

UHÝRKOVÁ, Radana. Adaptační proces zdravotnických záchranářů [online]. Olomouc, 2013. [cit. 2022-11-19]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/2ntzw6/> Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

VAVREK, Roman. *Prvý krok k vlastnímu výskumu: metodológia, graf a číslo*. [Košice]: Equilibria, 2022. ISBN 978-80-8143-313-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4740-829.

Věstník MZd ČR. Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Zn. Č.j.: 18537/2009. In: novyepis.cz [online] 6/2009 [cit. 2021-10-07]. Dostupné z: https://www.novyepis.cz/vestnik/68_927.pdf

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4747-323.

VŠIANSKÁ, Nikola. *Testování speciálních dovedností perioperačních sester dotazníky KSMOR* [online]. Pardubice, 2921 [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/78533/VsianskaN_TestovaniSpecialnich_JW_2_021.pdf?sequence=1 Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Wichsová, Ph.D.

WICHSOVÁ, Jana. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1029-2.

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

ZLÁMAL, Jaroslav, Jaroslav VOMÁČKA, Zdeňka MIKŠOVÁ, et al. *Základy managementu pro posluchače zdravotnických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, 2014. ISBN 978-80-740-2157-2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Obrázky: Operační mikroskop

Příloha č. 2 – Obrázek: Neurochirurgické mikroinstrumentárium

Příloha č. 3 – Obrázek: Tříbodový fixátor hlavy

Příloha č. 4 – Obrázek: Poloha na břiše při operaci v zadní jámě lebeční

Příloha č. 5 – Obrázek: Poloha v sedě při operaci v zadní jámě lebeční

Příloha č. 6 – Obecná data participantek

Příloha č. 7 – Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha č. 8 – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru – vzor

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Obrázky: Operační mikroskop (Zdroj vlastní)



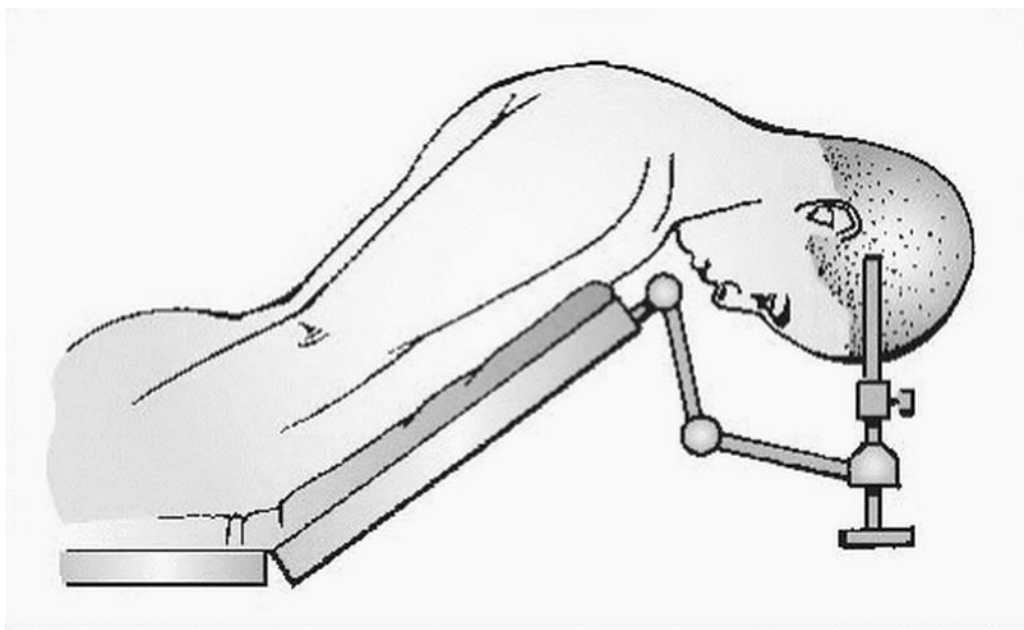
Příloha č. 2 – Obrázek: *Neurochirurgické mikroinstrumentarium* (Zdroj vlastní)



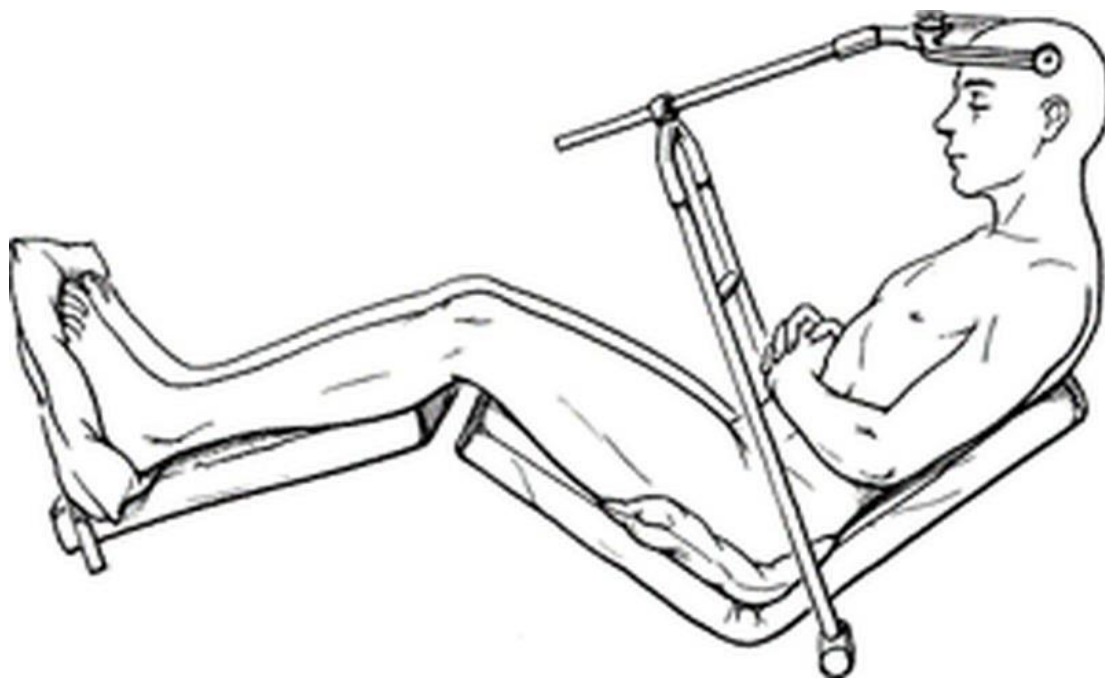
Příloha č. 3 – Obrázek: *Tříbodový fixátor hlavy* (Zdroj vlastní)



Příloha č. 4 – Obrázek: **Poloha na břiše při operaci v zadní jámě lebeční** (Zdroj vlastní)



Příloha č. 5 – Obrázek: **Poloha v sedě při operaci v zadní jámě lebeční** (Zdroj vlastní)



Příloha č. 6 – Obecná data participantek (Zdroj vlastní)

Vážená kolegyně,

Jsem studentka navazujícího magisterského programu obor Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzity v Plzni. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který se bude týkat Vašich osobních údajů a bude jako součást výzkumu v rámci mé diplomové práce na téma: „Adaptační proces v perioperační péči na neurochirurgie“.

Vámi poskytnuté informace budou zcela anonymizovány a budou použity pouze pro tvorbu mé diplomové práce.

Děkuji Vám za spolupráci, velmi si vážím Vašeho času a poskytnutých informací.

Bc. Hana Vlčková

1. **Věk:**
2. **Nejvyšší dosažené vzdělání:**
 - **Vysokoškolské (Bc.)**
Obor:
 - **Vysokoškolské (Mgr.)**
Obor:
3. **Ukončené specializační vzdělávání:**
 - **ANO**
 - **NE**
4. **Délka praxe na operačních sálech:**
5. **Délka praxe na NCH operačních sálech:**
6. **Délka Vašeho adaptačního procesu:**
7. **Aktivní mentoring**
 - **ANO**
 - **NE**

Příloha č. 7 – Informovaný souhlas s rozhovorem (Zdroj vlastní)

Vážená kolegyně,

Jsem studentka navazujícího magisterského programu obor Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzity v Plzni. Dovoluji si Vás požádat o poskytnutí rozhovoru, který bude jako součást výzkumu v rámci mé diplomové práce na téma: „Adaptační proces v perioperační péči na neurochirurgie“.

Rozhovor bude zaměřen na překážky a úskalí v adaptačním procesu na neurochirurgických sálech. Celý rozhovor bude nahráván a následně budou jeho části přepsány do DP.

Účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a kdykoliv od rozhovoru můžete odstoupit. Vámi poskytnuté informace budou zcela anonymizovány a budou použity pouze pro tvorbu mé diplomové práce.

Předem Vám děkuji za spolupráci, velmi si vážím Vašeho času a poskytnutých informací.

Bc. Hana Vlčková

Já,souhlasím s mojí účastí na výzkumné části diplomové práce s názvem: „Adaptační proces v perioperační péči na neurochirurgie“.

V.....dne.....

Podpis.....

<p>Dílčí cíl č.1: Zmapovat názory perioperačních sester po ukončení AP na NCH sálech na problémy a úskalí s přístrojovou technikou specifickou pro NCH sály.</p>
<p>Jak jste vnímala obsluhu přístrojů specifických pro NCH sály? (CUSA, endoskop, vrtačka, laser, ...)</p> <p>Jak jste vnímala manipulaci s těmito přístroji? (sterilní povlečení mikroskopu, sona...)</p> <p>Vnímáte technickou náročnost při obsluze přístrojů jako zatěžující?které přístroje Vám dělají nejčastěji problém? proč tomu tak je?myslíte si, že jsou návody dostatečné?.....srozumitelné?</p> <p>Co si myslíte, že by Vám pomohlo k snadnějšímu řešení problémů (častých závad) s přístroji?</p>
<p>Dílčí cíl č. 2: Zmapovat názory perioperačních sester po ukončení AP na NCH sálech na vlastní úroveň znalostí k zajištění provozu na NCH sálech bez možnosti konzultace se zkušenou sestrou.</p>
<p>Jak jste vnímala svoji připravenost na samostatnou činnost v době ukončení AP? Které výkony pro Vás byly nejsložitější? Proč? Myslíte si, že jste se orientovala v době ukončení AP ve všech skladech na Vašem pracovišti? Myslíte si, že jste se orientovala v době ukončení AP ve všech skladech jiných oborů, se kterými zajišťujete provoz? Jak jste vnímaly Vaše teoretické znalosti potřebné k přípravě a instrumentaci jednotlivých výkonů? ...instrumentária...implantáty...přípravu a průběh operací</p> <p>Jak vnímáte perioperační polohování na NCH sálech? Které polohy pro Vás byly v době ukončení AP nejvíce problematické? Jaké podpůrné (studijní) materiály k máte na svém pracovišti k dispozici? Vnímáte je jako dostatečné? ANO/NE v jakých aspektech jsou/nejsou dostatečné?</p>
<p>Dílčí cíl č. 3: Zmapovat názory perioperačních sester po ukončení AP na NCH sálech na vlastní úroveň dovedností k zajištění provozu na NCH sálech.</p>
<p>Jak jste vnímala Vaše praktické dovednosti po ukončení AP? ...instrumentaci? ...manipulaci s mikro nástroji? ...asistenci pod mikroskopem? Za jak dlouho po ukončení AP jste získaly pocit jistoty? Kdy v průběhu své praxe jste našla svůj systém v organizaci své práce? ...individuální pojetí?</p>
<p>Dílčí cíl č. 4: Zmapovat názory perioperačních sester po ukončení AP na NCH sálech na psychosociální aspekty AP na NCH sálech.</p>
<p>Od koho jste vnímaly největší podporu v AP? Od koho naopak podpora nepřišla? Jaký přínos pro Vás měly v rámci AP teambuildingové akce pořádané mimo pracoviště? Jak jste pocíťovali zájem nadřízených/vedení?</p>

<p>Jakým způsobem jste byla motivována ke zvládnutí AP?</p> <p>Co Vás nejvíc motivovalo k včasnému ukončení AP?</p> <p>Co pro Vás bylo největším motivačním zdrojem?</p> <p>Jak jste vnímala komunikaci na OS?</p> <p>Pozorovala jste bariery v komunikaci na Vašem pracovišti?</p> <p>Máte pocit, že úkoly, které na Vás byly delegovány byly v rozsahu Vašich schopností a zkušeností?</p> <p>Jak vnímáte sebe jako součást týmu?</p> <p>Myslíte si, že Vaše osobnost měla vliv na vaše zapracování?</p>
<p>Dílčí cíl č. 5: Zmapovat názory perioperačních sester po ukončení AP na NCH sálech na organizační aspekty AP na NCH sálech.</p>
<p>Jakou formou u Vás proběhlo zahájení AP? ...dostala jste informace v tištěné formě?</p> <p>Jakou formou u Vás proběhlo průběžné hodnocení?</p> <p>Jakou formou u Vás proběhlo ukončení AP?</p> <p>Jak hodnotíte délku AP?</p> <p>Jak jste vnímali svůj vztah s mentorem? (Buďte konkrétní.) ...mentoring byl dostatečný?</p> <p>Jak jste vnímaly vaše přijetí v kolektivu?</p>
<p>DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY</p>
<p>Co pro Vás bylo v rámci AP nejnáročnější?</p> <p>Jaké změny byste doporučila?</p>