

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Tereza Nováková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Úloha sestry v dermatovenerologické ambulanci

Bakalářská práce

Bc. Veronika Švábová

2009

Tereza Nováková

Abstract

The theme of my bachelor's work is a nurse's job in the dermatologic-venerologic outpatients'. Its object was to determine the nurse's duty in the dermatologic-venerologic outpatients' and the strenuousness of her work.

The chapter of the current situation includes the history and the present of dermatology-venerology and the particularity of the nurse's treatment of this specialization. It also includes anatomy and epidermis and its other organs physiology. There are analyzed nurse's individual roles and communication importance, the most frequent nursing operations at that workplace, strenuousness of the nurse's work, legal problems concerning the dermatology-venerology and prophylaxis of hospital infections.

The qualitative investigation was conducted in the form of observation and non-standard conversation that was recorded with dictaphone and than transcribed in seven summarizations. The investigation was conducted in private surgeries of dermatologic-venerologic doctors and in the surgeries with the same problems that are associated with the ward blocks.

In the summarizations there is the description of nurse's duties that can be divided into the nursing and administrative part. There are also the particularities of the nurse's work in the special surgery, nurse's cooperation with the doctor and communication with the patient.

This work can be used as a groundwork for teaching subject of nursing care in dermatology-venerology. The work could be used for the presentation at nursing courses or workshops.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Úloha sestry v dermatovenerologické ambulanci vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním mé bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 4.5. 2009

.....

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, Bc. Veronice Švábové za rady a čas, který mi po dobu vypracování práce věnovala.

OBSAH:

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	
1.1 Dermatovenerologie a dermatovenerologické ošetřovatelství	5
1.1.1 Historie dermatovenerologie a ošetřovatelství v České republice.....	5
1.2 Anatomie a fyziologie kůže a jejích orgánů	7
1.3 Role sestry	8
1.3.1 Role edukátorky.....	9
1.3.2 Role nositelky změn a poskytovatelky zdravotní péče.....	10
1.3.3 Role obhájkyně, advokátky.....	11
1.3.4 Role výzkumnice.....	12
1.3.5 Role manažerky.....	13
1.4 Komunikace	14
1.4.1 Verbální komunikace.....	15
1.4.2 Neverbální komunikace.....	16
1.4.3 Rozhovor.....	17
1.5 Nejčastější ošetřovatelské výkony v dermatovenerologické ambulanci	17
1.6 Náročnost práce sestry	18
1.6.1 Fyzická a psychická únava.....	20
1.6.2 Umění relaxovat.....	20
1.7 Nozokomiální nákazy a jejich prevence	21
1.8 Právní problematika pohlavně přenosných chorob a povinné hlášení	23
2. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	
2. 1 Cíle.....	25
2. 2 Výzkumné otázky.....	25
3. METODIKA	
3. 1 Použité metody a techniky sběru dat.....	26
3. 2 Charakteristika výzkumného souboru.....	27
4. KASUISTIKY	28
5. DISKUSE	55

6. ZÁVĚR.....	60
7. LITERATURA	
8. PŘÍLOHY	

Úvod

Téma bakalářské práce úloha sestry na dermatovenerologické ambulanci mě zaujala hned od počátku, kdy jsem pročetla uveřejněná témata na webových stránkách Zdravotně sociální fakulty.

Nejen že jsem si pod tímto názvem bakalářské práce dokázala představit její obsah, ale také jsem si vzpomněla, že bývalá spolužačka pracuje na dermatovenerologickém oddělení. Okamžitě jsem jí kontaktovala a začala vyzvídat, co si o tomto tématu myslí, zda je natolik rozsáhlé, abych ne ně dokázala napsat práci o rozsahu 50ti stran a v neposlední řadě jsem se ptala: „Co ty sestry na té ambulanci tedy dělají?“ E-mailem jsme si vyměnily několik zpráv a já jsem byla kamarádkou ujištěná, že psát je o čem. Také mě velmi lákalo poznat chod odborné ambulance, který jsem doposud znala jen jako pacient. Většina pacientů, kteří nemají bližší vztah ke zdravotnictví se domnívá, že sestra v ambulanci je zcela závislá na pokynech lékaře a je tedy jeho pomocnicí nebo sekretářkou. Tento názor samozřejmě nezastávám, jelikož se ve zdravotnickém prostředí pohybuji již několik let, ale specifika ambulantní sféry jsem doposavad téměř neodhalila.

Toto téma si mě získalo a já jsem si ho v tlačenici, která se odehrávala posledního března minulého roku, uhájila.

Na počátku mě děsila představa současného stavu, ale postupem času, který jsem nad vypracováním strávila se pomalu přesouvala k dalším částem bakalářské práce, na které jsem se právě chystala. Obavy z nedostatku literatury a její pořizování mě na štěstí opustily již záhy. Náhle jsem měla kolem sebe komínky z učebnic, časopisů a vytištěných podkladů z internetových stránek.

Cílem mé bakalářské práce je vypořádat úlohu sestry v dermatovenerologické ambulanci, najít specifika práce sestry v tomto lékařském oboru a poznat, zaznamenat a zhodnotit rozdílnost úlohy sestry v dermatovenerologické ambulanci soukromého lékaře a v dermatovenerologické ambulanci přidružené k lůžkovému oddělení.

Pokud bych mohla shrnout všechny seminární a semestrální práce a poté je měla porovnat s bakalářskou prací, určitě by měla právě ona na svědomí nepoměrně více času

a úsilí, ale na druhou stranu by také měla nepoměrně více získaných zkušeností, poznání a hlavně radosti.

Proto tedy doufám, že i Vám jako jejím čtenářům, se bude líbit. Že nebude brána pouze jako nudný odborný text, ale jako souhrn zajímavostí z oboru dermatovenerologie, z pracovního prostředí sester a díky ní budete moci nahlédnout do oné atmosféry ambulance zaměřené na léčbu a prevenci kožních, pohlavních a sexuálně přenosných onemocnění.

1. Současný stav

1.1 Dermatovenerologie a dermatovenerologické ošetřovatelství

„Dermatovenerologie je základním lékařským oborem ve všech zemích Evropské unie. Zahrnuje jak choroby kůže, jejich adnex a sliznic (dermatologie), tak choroby venerické respektive sexuálně přenosné (venerologie). Zabývá se prevencí, diagnostikou, diferenciální diagnostikou, léčením, dispenzarizací, depistáží, epidemiologickým šetřením, posudkovou činností, edukací a výzkumem nemocí kůže, kožních adnex, podkoží a přechodných orificiálních sliznic. Dále také vnitřních orgánů, pokud souvisejí jejich patologické stavy s kožními a slizničními projevy. (Klasifikace a náplň oboru; webové stránky Lékařská fakulta v Hradci Králové).“

„Dermatovenerologické ošetřovatelství je aplikovaný klinický obor ošetřovatelství, který poskytuje ošetřovatelskou péči o nemocné s kožními, pohlavními a sexuálně přenosnými chorobami ve všech věkových kategoriích. (Schmitová s. 11)“

V moderní medicíně je kůže vnímána jako orgán, který má mnoho funkcí bez kterých by lidský organismus nedokázal přežít. Pohlavněpřenosné i kožní onemocnění se projevují stejně a z historického hlediska se dermatologie i venerologie vyvíjely současně. Sestra, která pracuje v dermatovenerologické ambulanci, je první zdravotník se kterým se pacient setkává při návštěvě takto specializovaného odborného lékaře. (27, 51)

Dermatovenerologická ambulance se dělí na několik dále specializovaných ambulancí. Jsou jimi dětská dermatovenerologie, dermatovenerologická imunologie a alergologie, dermatovenerologická onkologie, korektivní dermatologie a dermatologická chirurgie, dermatologická mykologie, dermatologická angiologie, dermatologická histopatologie a imunohystologie, dermatologická fytoobiologie, ambulance kožních chorob z povolání, venerologie a andrologie. (32)

1.1.1 Historie dermatovenerologie a ošetřovatelství v České republice

Počátky historie české dermatovenerologie sahají do období Rakousko-Uherské monarchie, kdy pražští lékaři úzce spolupracovali s kolegy z významných klinik tehdejšího mocnářství. (44)

V roce 1802 pražská radnice pronajala dům, ve kterém se léčily ženy nakažené pohlavně přenosnými nemocemi. Většina z nich byly prostitutky. Postupně vznikaly pro tyto pacientky zvláštní pokoje v prostorách chorobince. (44)

V druhé polovině 19.století vznikla první klinika dermato-venerologie. Ta se 15.října 1883 rozdělila na německy a česky orientovanou. Od tohoto rozdělení započala výuka tohoto lékařského oboru na české lékařské fakultě. Postupem času česká větev této kliniky zanikla (1875). První laická ošetrovatelská škola vznikla v roce 1882 ve Vídni. Avšak vyučování v první státní ošetrovatelské škole na území dnešní České republiky započalo v roce 1916. Její zřízení provázelo mnoho nelehkých úkolů. Získání budovy odpovídající potřebám a vybavení učeben nebylo tím nejsložitějším. Největším problémem bylo sehnání vyučujících, kteří měli přednášet budoucím prvním diplomovaným sestřím. Právě pro tyto dva stěžejní problémy trvalo zřízení této instituce celé 2 roky. V roce 1918 opustilo školu prvních 10 diplomovaných sester. Během 8 let vzrostl zájem o studium více jak desetkrát. Tyto diplomované sestry začaly pracovat ve všech lékařských oborech. (18, 44)

Nezastupitelné místo v historii české dermatovenerologie má bezesporu Vítězslav Janovský. Tento lékař stál u zrodu české vědecké dermatologické literatury a bez mála čtyřicet let vedl kliniku pro nemoci kožní a příjichné. 30. prosince 1922 vznikla Československá vědecká dermatologická společnost, kterou vedl jako její první prezident, Vítězslav Janovský. Po jeho odchodu nastoupil do čela společnosti profesor František Šamberger. (44)

Profesor Šamberger se stal jedním z nejuznávanějších odborníků své doby, nejen že publikoval v mnoha jazycích jako jeho předchůdce, ale také se snažil o srovnatelnou kvalitu české dermatologické školy se světovou. (44)

Po druhé světové válce vznikla druhá dermatovenerologická klinika Fakulty všeobecného lékařství. Klinika byla vedena Karellem Hubschmannem. Tento lékař vydal několik publikací mezi nimiž byla i učebnice dermatovenerologie pro ošetrovatelky. Ve školním roce 1955/56 začíná výuka ošetrovatelství na III. interní katedře, avšak tento obor je určen pouze pro mediky. Obě kožní kliniky byly z ekonomických důvodů sloučeny v listopadu 1997. V současné době je tato klinika 1.Lékařské fakulty

University Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice vedena Prof. MUDr. Jiřím Štorkem CSc. (37, 44, 50)

1.2 Anatomie a fyziologie kůže a jejích orgánů

Hlavním úkolem kůže je ochrana těla před vnějšími nepříznivými vlivy. Pokud je celistvá a není poškozená, chrání organismus před vniknutím cizorodé látky do těla. Dále chrání tělo před nepříznivými vnějšími vlivy pomocí jednotlivých receptorů. Ty podle své funkce analyzují prostředí a zasílají informace o něm do CNS. Nonreceptory zaznamenávají bolest a mechanoreceptory změny tlaku a vibrací v okolí. Termoreceptory informují hypotalamus, který je centrem pro termoregulaci, o okolní teplotě. (9, 25)

Kůže se dělí na dvě hlavní části, na pokožku (epidermis) a na škáru (dermis). Epidermis je tvořena pěti vrstvami. Těmi jsou, stratum basale, stratum spinosum, stratum granulosum, stratum lucidum a stratum corneum. Pokožka se po celý život člověka obměňuje a to díky kmenovým buňkám, které se nacházejí ve stratum basale. Celý proces přeměny trvá 3-4 týdny. Dále obsahuje melanocyty, které procesem melanogeneze vytváří melanin. Ten ovlivňuje barvu pleti a chrání lidský organismus před nebezpečným UV zářením. Jeho množství je ovlivněno geneticky, hormonálně a částí těla, ve které se nachází. (9, 25)

Dermis je tvořena dvěma vrstvami. Stratum papillare, které navazuje na nejspodnější vrstvu epidermis a stratum reticulare. Zde se nacházejí přídatné orgány kůže. V příloze č. 1 se nachází obrázek průřezu kůže. (9, 25)

Další vrstva pod dermis je řídké podkožní vazivo, které fixuje kůži k fascii nebo k periostu. V některých partiích těla obsahuje vazivo tukové polštáře, které chrání tělo před únikem tepla. (9, 25)

Pokožka na rozdíl od škáry nemá vlastní cévní zásobení a je vyživována pomocí difúze. Škára je naopak protkána četnou sítí krevních a lymfatických cév. (9, 25)

Inervace zajišťují senzitivní a sympatická nervová vlákna. Smyslové receptory jsou rozmístěny rovnoměrně a postupně od povrchu do hloubky jich ubývá a zvětšují se. (9, 25)

Mezi kožní orgány patří chlupy, vlasy, nehty, mazové žlázy, potní žlázy a mléčné žlázy. Ochlupení se dělí do tří skupin, dle času kdy vzniká. Primární je lanugo, které se vytváří v prenatálním období. Sekundárním jsou chloupky, vlasy, řasy a obočí. Jejich vývoj začíná také prenatálně, ale na rozdíl od primárního typu, pokračuje i po porodu. Terciální ochlupení se začíná vyvíjet v období puberty a jeho vývoj je ukončen v dospělosti. (9, 25)

Nehty je zrohovatělá destička, která vyrůstá z nehtového lůžka a chrání distální článek prstu. Mazové žlázy se nejhojněji vyskytují v oblasti obličeje a vlasů, naopak zcela chybí na dlaních a ploskách nohou. Potní žlázy se vyskytují téměř po celé ploše těla a produkují pot. Mléčná žláza je největší párovou kožní žlázou. Její vývin je v prenatálním období stejný u mužského i ženského pohlaví. U mužů zůstává po celou dobu života nefunkční, zatímco u žen se v období puberty začíná dále vyvíjet a vývin končí až v těhotenství, kdy se připravuje na tvorbu mateřského mléka. (9, 25)

1.3 Role sestry

„Sestry dnes působí v novém prostředí a v organizacích, které vyžadují nové, rozšířené role. (Grohar-Murray s.151)“

„Profesní role jsou specifické sociální role vázané na profesi, odrážejí očekávání veřejnosti (laické i odborné) vztahující se k profesionálnímu konání, aktivitám, chování a vystupování příslušníků dané profese v rámci výkonu této profese. Proměňují se v čase, jsou dynamické. (Špirudová; webové stránky Zdravcentra)“

Sestra má mnoho rolí, které její práci rozdělují do několika úseků. Tyto části se stejně jako jednotlivé role ovlivňují a prolínají. Práce sestry je velmi náročná psychicky, fyzicky a emočně. Sestra musí ovládat všechny své role, pokud má své povolání plnit dobře a kvalitně. (16, 19)

Na počátku 21. století prodělalo ošetřovatelství velké změny. Role sestry získala zcela nový vzhled a pracovní náplň. Dříve platilo, že nejdůležitějším úkolem sestry je poskytovatelka zdravotní péče a pomocnice lékaře. Výjimkou také nebylo, že sestra zastávala práci uklízečky. Mnoho hodin o nočních směnách trávily sestry mytím a dezinfekcí pomůcek, které byly všechny určeny k opakovanému užívání. Dnes má

sestra rolí mnohem více a musí tyto úkoly zcela ovládat. Zároveň jí ale ulehčují práci pomůcky na jedno použití a více pomocného zdravotnického personálu. Těž přístup k pacientovi za poslední dobu prodělal mnohé změny. Původně se zdravotní personál zaměřoval na biologickou problematiku a ostatním stránkám lidského života nebyla věnována pozornost. Postupem času byl tento přístup přehodnocen a byl uznán za zcela nevhodný a nedostačující. Dnes se zdravotníci zabývají člověkem z behaviorálního hlediska. To že je nemocný postižen v biologické sféře svého života neznamena, že léčbou jen této oblasti je vyřešen zcela jeho problém. Již při vzniku problému v jedné z oblastí jsou ovlivněny i ostatní, kterými jsou pacientova psychická stránka, jeho sociální zařazení a spirituální vnímání. (2, 24, 36)

1.3.1 Role edukátorky

„Edukace je proces celkové výchovy člověka. Nezbytným předpokladem k tomu, aby sestra dobře vykonávala svoji roli edukátorky, je dostatečná odborná vybavenost, schopnost komunikace, ochota a zájem o problematiku nemocného. (Eisenkolbová, webové stránky České kardiologické společnosti)“

Učení jako takové se skládá ze čtyř základních fází. Těmito fázemi jsou posuzování, plánování, realizace a vyhodnocení. Posuzování pomáhá sestře k zjištění pacientových schopností učit se novým věcem. Při plánování sestra stanovuje strategii učení a cíle, kterých chtějí společně s nemocným dosáhnout. Již během realizace by mělo docházet k průběžnému vyhodnocování efektivity učení. Velmi důležité je zapojit do hodnocení zpětnou vazbu, pomocí které si sestra potvrzuje úspěšnost svého konání. Pokud však je zjištěna nedokonalost nebo dokonce vážná chyba v edukaci je velmi důležité navrácení se zpět do první fáze a k celkovému přehodnocení celého snažení. Mezi hlavní směry sesterské edukace patří prevence a upevňování zdraví, rozvoj soběstačnosti, předcházení komplikacím, pomoc rodinám a nemocným při vyrovnání se s jejich onemocněním. Sestry mají možnost informovat pacienty a jejich rodiny i nepřímou pomocí letáků a informačních brožur, e-mailů a odkazů na webové stránky. (8, 16, 23, 27)

V oblasti dermatovenerologie by sestra měla zvládnout edukaci v rámci prevence kožních a pohlavně přenosných onemocnění. Toto téma zasahuje do intimní sféry života postiženého. Proto by sestra měla tuto problematiku dokonale ovládat, aby ji dokázala vysvětlit a zvládla i zodpovědět jednotlivé otázky, které nemocný má. Dále informuje pacienta o postupech ošetrovatelské péče. Také by ho měla naučit jak pečovat a chránit svou pokožku. Důležité je vysvětlit pacientovi důvod této péče, vysvětlit jakou funkci kůže plní a tím ho přimět k efektivní péči o ni. Mnoho dermatovenerologických onemocnění je také léčeno koupelemi postiženého místa. Sestra musí dokázat nemocného naučit přípravu koupele a její využívání. Také dietoterapie přispívá k léčbě těchto onemocnění, sestra tedy zastává roli edukátorky zdravé výživy. Musí znát specifické požadavky určitého onemocnění a zvládnout je vysvětlit a naučit pacienty nebo jejich rodinné příslušníky. K této edukaci je vhodné využít informační letáky a další již zmíněné možnosti. (27, 32, 38, 40)

1.3.2 Role nositelky změn a poskytovatelky ošetrovatelské péče

Nositelství změn se netýká jen nových poznatků, nýbrž i změn v životě pacienta. Onemocnění je velká změna, kterou se zdravotničtí pracovníci snaží zmírnit a navrátit zdraví pacienta. V roli nositelky změn musí sestra dokonale využívat své komunikační dovednosti a umění objektivní kritiky, díky které dokáže obhájit změnu. Dále je velmi důležitá vzájemná důvěra mezi sestrou a příjemcem změny. Sestry využívají k aplikaci změny pět fází ošetrovatelského procesu. V první fázi získávají důvěru nemocného a motivují ho ke změnám. V druhé fázi se rozpoznává problém a v třetí se stanovuje strategie dosažení stanovených cílů. Následuje fáze realizace a vyhodnocení úspěšnosti procesu změny. (16)

Role poskytovatelky ošetrovatelské péče nebo také role ošetrovatelky patří k povolání sestry již od nepaměti. Sestra pacienta opečovává, pomáhá mu v činnostech, které sám nezvládne nebo ho v jejich upotřebování zcela zastoupí. K tomu, aby sestra mohla nemocnému pomoci a usnadnit mu od jeho problému, musí k němu nalézt cestu, pomocí které si získá jeho náklonnost. K tomu jí napomůže nezbytná vlastnost každé sestry, empatie. Sestra v této své úloze poskytuje pacientovi podporu, kterou ve své

situaci ztrácí. Sestra vystupuje jako nositelka dobra a snaží se nemocného ve všech jeho potřebách podporovat. Jen zcela upřímný zájem, který sestra k pacientovi chová dokáže navodit tu správnou atmosféru a vztah mezi sestrou a pacientem. Nejdůležitějším faktorem v ošetrovatelské péči je bezesporu její lidskost a přirozený zájem pomoci člověku v tísní. Veškerá mechanizace a výzkumy mnohdy zaměstnají sestry natolik, že je tato činnost mnohdy neprávem opomíjena. Proto by měla být vždy vyzdvihována jako jedna z nejdůležitějších. (16)

Role ošetrovatelky a poskytovatelky ošetrovatelské péče v dermatovenerologické ambulanci je velmi náročná. Při výkonech, které provádí sestra nebo lékař, musí sestra znát přesný postup a připravit všechny potřebné pomůcky. Dále je nutné počítat s případnými komplikacemi a dokázat na ně dostatečně rychle zareagovat. Sestra musí dokázat aplikovat léky na kůži tak, aby jejich podání mělo účinek a přitom aby ošetření vyhovovalo pacientovi. Sestra v dermatovenerologické ambulanci v těchto rolích provádí odběry biologického materiálů (odběry krve, stěry z rány, krku, nosu nebo venerologické), převazy, asistuje nebo sama aplikuje tekutý dusík a připravuje pacienty na alergologické testy, které jim poté přikládá na záda. Dále připravuje pacienty na fototerapii a v neposlední řadě pomáhá méně soběstačným pacientům při odsvlékání a jiných potřebách. (32, 33, 34, 46)

1.3.3 Role obhájkyně, advokátky

„Advokacie (obhajování) pacienta vychází z víry, že: Každý má právo vybrat si prostředky, které považuje za potřebné pro uchování života. Každý má právo uplatňovat svůj názor na nejlepší způsob dosažitelných prostředků pro uchování života. Každý má právo s těmito prostředky nakládat způsobem, který si sám vybere, bez donucení jinými. (Kozierová s.29)“

„Sesterská profesní role „advokáta pacienta“ se uplatňuje a prakticky naplňuje tam, kde pacient nezná, není schopen, neumí, nebo je pro něho obtížné projevit či účinně saturovat své potřeby, problémy a přání. Sestra se v těchto situacích stává jeho mluvčím, advokátem, obhájcem a ochráncem. Cílem je zabránit poškození pacienta, ztrátě jeho důvěry, minimalizovat rizika a ohrožení, minimalizovat situace vedoucí k

žalobám na péči. Česká ošetrovatelská legislativa v současnosti roli advokáta pacienta ještě přímo nezmiňuje, lze na ni pouze usuzovat z kompetencí, které mají sestry pracující bez odborného dohledu a sestry specialistky, ze zákonem předepsané ošetrovatelské péče poskytované metodou ošetrovatelského procesu a z koncepce ošetrovatelství v ČR. (Špirudová, webové stránky Zdravcentra)“

Sestra obhájkyně předkládá pacientovi přání, tlumočí mu jeho práva a zastupuje ho v případě nutnosti. Zajišťuje ochranu jeho práv a zastává se nemocných v případě nutnosti. Pomáhá pacientovi v rozhodování a podporuje ho v jeho rozhodnutích i v případě vlastního přesvědčení o nesprávnosti jeho jednání. V dermatovenerologické ambulanci to znamená být pacientovi oporou ve chvílích kdy se potřebuje rozhodnout, poradit nebo i utěšit. V případě, že je léčba neúčinná nebo pacientovi neprospívá, je důležité, aby sestra společně s lékařem dokázala pacienta přesvědčit o nutnosti její změny. Také pacienta podporuje v jeho rozhodnutích a snaží se zvýšit jeho sebedůvěru. K tomu, aby sestry mohly vykonávat tuto roli potřebují podporu od vedoucích pracovníků jednotlivých zdravotnických zařízení, vzájemnou kolegiální podporu a podporu ze strany profesních sesterských organizací. (14, 16, 39)

1.3.4 Role výzkumnice

„Cílem výzkumu v ošetrovatelství je zlepšit zdravotní péči se zřetelem na dosavadní poznatky získané v praxi a v dosavadním vývoji teorie ošetrovatelství. Poznatky, které výzkumem sestry získají mohou sloužit ke zkvalitnění ošetrovatelské péče v regionech, nemocnicích, léčebnách, ambulancích apod. Aby bylo možné hodnotit efektivní ošetrovatelskou péči je nutné trendy týkající se obsahu i rozsahu ošetrovatelské praxe ověřit a podrobovat výzkumem. (Bártlová s. 7, 8)“

K tomu aby se obor ošetrovatelství mohl rozvíjet potřebuje sestra teoretické i praktické vědomosti. Sestra si musí uvědomovat důležitost vědecké práce, díky které se rozvíjí ošetrovatelství jako samostatný vědecký obor. Proto je důležité neustálé vzdělávání sester i dalšího zdravotnického personálu. Na ošetrovatelském procesu se podílí nejen sestry, ale i sanitáři, ošetrovatelky, zdravotničtí asistenti a další

zdravotnický personál. Ne každá sestra se však věnuje výzkumu na svém pracovišti. Této role se nejčastěji ujímají magistersky a doktorandsky vzdělané sestry. (2, 16)

Velmi důležité je, aby sestry výzkumnice byly zastoupeny ve všech oblastech, kde sestry vykonávají své povolání, jelikož výzkum je základem pro další rozvoj ošetrovatelské péče. (2, 20)

Sestra v dermatovenerologické ambulanci by se měla zajímat o novinky v ošetrovatelské péči i v oboru dermatovenerologie. Nové poznatky a výsledky by měla uvádět do praxe. (32)

1.3.5 Role manažerky

„Začínající sestry potřebují manažerské schopnosti, aby mohly pracovat s pacienty a personálem. Role sestry manažerky bezpochyby je a bude jednou z nejobtížnějších pozic v jakémkoli odvětví. (Grohar-Murray s. 151)“

Rolí manažerky je myšlena schopnost koordinace léčebné i ošetrovatelské péče a schopnost zadávání úkolů mezi personálem. Sestra musí dokázat naplánovat denní harmonogram nemocného tak, aby nedocházelo ke zbytečným čekacím lhůtám na jednotlivé vyšetření a nebo naopak nedošlo k překrývání jednotlivých vyšetření. Dále musí dokázat rozdělit jednotlivé úkony mezi podřízené dle jejich schopností a aktuálního stavu na pracovišti. Toto plánování je velmi náročné, vzhledem ke stále se měnícím podmínkám na jednotlivých pracovištích. Manažerka zodpovídá za plnění svých úkolů i úkolů svých podřízených, proto by měla mít dostatečnou autoritu, aby byla práce odvedena kvalitně a profesionálně. (16)

„Obecné povinnosti manažerky jsou: Plnění cílů organizace nebo oddělení ošetrovatelské péče. Udržování kvality péče o pacienty v rámci finančních omezení organizace. Zvyšování motivace zaměstnanců a pacientů. Zvyšování schopností podřízených a kolegů přijímat změny. Budování týmového ducha a zvyšování morálky. Další profesní rozvoj personálu. (Grohar-Murray s.156-157)“

Role manažerky v dermatovenerologické ambulanci je velmi důležitá, sestra si musí zvládnout rozplánovat svůj vlastní čas a práci. Velký důraz v této roli je kladen na plánování objednacích dob pacientů dle lékařových požadavků a pacientových

možností. Toto plánování je plně v kompetencích sestry. Sestra se dále stará o materiální zázemí ordinace, objednává a nakupuje spotřební materiál. Také vedení celé ošetrovatelské dokumentace je v její náplni práce. Sestra zakládá, doplňuje a archivuje karty jejich pacientů. (27)

„Management zahrnuje vlastní léčbu onemocnění a snaží se zastavit jeho šíření. Léčba má být cílevědomá, komplexní, musí vycházet z důkladného rozboru anamnézy, klinického obrazu a z laboratorních výsledků. Platí zásada že neléčíme jen kůži, ale celý organismus nemocného. (Tibenská s. 40)“

1.4 Komunikace

„Komunikace představuje moc. Kdo se naučí ji efektivně využívat, může změnit svůj pohled na svět i pohled, kterým svět pohlíží na něj. (Pokorná s. 5)“

Komunikace je jednou z nejdůležitějších dovedností, kterou musí ovládat každý zdravotník, jestliže má své povolání plnit dobře. To jak na pacienta zapůsobíme v prvních chvílích ovlivní naši další spolupráci. (43)

„Kdykoli hovoříme s jinými osobami, vyskytuje se v naší vzájemné komunikaci šest poselství. Co jsme chtěli říci. Co bylo skutečně řečeno. Co druhé osoby slyšely. Co si druhé osoby myslí, že slyšely. Co druhé osoby říkají, na to co jste si mysleli, že slyšíte. Jak vy vnímáte to, co druhé osoby řekly o tom, co si myslí, že slyšely. (Pokorná s.11)“

Podle toho, který typ komunikace použijeme, šíříme zkušenosti, informace a pocity. Sociální komunikace je běžný způsob rozhovoru mezi lidmi, dozvídáme se vzájemné informace o druhém a napomáhá nám se s ním sblížit. Pomocí specifické neboli strukturované komunikace edukujeme, objasňujeme postup určitého výkonu a informujeme pacienta o určité oblasti. Terapeutickou komunikací podporujeme pacienta v nelehkých situacích. Pokud je poskytována kvalitně a v dostatečné míře, má velmi pozitivní vliv a pomáhá léčebným postupům. Sestra by měla mít při komunikaci vždy dostatek trpělivosti, ohleduplnosti a měla by dát najevo zájem o pacienta. Také by měla dokázat zapůsobit na pacienta důvěryhodně, aby k ní důvěru získal a dokázal se jí svěřit

i s intimními problémy, které často provázejí dermatovenerologická onemocnění. (7, 14, 43)

Komunikace je mocná zbraň, kterou můžeme nejen pomoci, ale také nepříjemně zranit na tom nejjemnějším místě lidského těla, na duši. Proto by jsme si vždy měli nejprve uvědomit, jak se náš pacient teď asi cítí a představit si nás samotné na jeho místě. (6)

1.4.1 Verbální komunikace

„Verbální komunikace se skládá převážně ze slovních signálů, které jsou přenášeny vzduchem a jsou přijímány sluchem. Vnímání a naslouchání jsou dva hlavní způsoby, kterými přijímáme a dešifrujeme sdělení. (DeVito s. 81, 99)“

K tomu aby komunikace v ambulanci byla efektivní je důležité vymezit si na pacienta dostatek času. Nejen že nám pacient vypoví všechny své problémy, ale zdravotníci mají dostatek času na jejich zhodnocení, mají možnost k návrhu nejvhodnějšího řešení a k jeho správné formulaci. Při komunikaci s pacientem nebo jeho rodinou velice záleží na vzdělání a sociálním postavení člověka, se kterým hovoříme. Vždy musíme dokázat upravit své vyjadřování dle schopností pacienta pochopit danou problematiku tak, aby se necítil jakkoli nepříjemně. Tomuto přizpůsobení se říká komunikační akomodace, mluvčí jím zaujme posluchače a proslov tím získává na efektivitě. Sestra v ambulanci také musí dokázat komunikovat asertivně, to znamená, že dokáže odmítnout splnit pacientovi jeho požadavek, jestliže neodpovídá její pracovní náplni. Musí však toto své rozhodnutí a jednání před pacientem obhájit. (6, 7, 13, 43)

Sestra by také měla dokázat profesionálně komunikovat s pacienty a jejich rodinami po telefonu. Nejčastěji dochází k objednávání pacientů telefonickým rozhovorem a také se využívá ke kontaktování nemocného v případě potřeby. Sestra si musí být vědoma, že telefonický rozhovor skýtá jistá nebezpečí a podle toho by měla přizpůsobit sdělování informací. V posledních letech se velice rychle rozvíjí komunikace E-mailem. Tuto možnost však využívají jen minimum pacientů, sester a lékařů. (23)

1.4.2 Neverbální komunikace

Verbální a neverbální komunikace by se měla navzájem plynule prolínat a nenásilně doplňovat. Nesmí se stát, že by se tyto dvě složky neshodovali nebo si dokonce odporovaly. Ačkoli díky verbální komunikaci nemocnému sdělíme důležité informace, stále věrohodněji a upřímněji na něho působí její neverbální část. To jak se tváříme, jak intonujeme, jaký máme postoj a dokonce to jak se na pacienta díváme ovlivňuje jeho náladu i pocity, které k nám chová. Velmi často si ani neuvědomíme, jak moc dokážeme svým pohledem říci. To jak se momentálně cítíme nebo co si o jiném člověku myslíme, dokážeme sdělit během krátkého okamžiku. Signály, které kolem sebe vysíláme můžeme rozdělit na ty, které máme vrozené a získané. (6, 26, 43)

Haptika má ve zdravotnictví nezastupitelnou roli. Je zařazována do nejjednodušší formy neverbální komunikace, avšak její využití ve správném okamžiku je umění. Napomáhá nám překonat ostych, negativní emoce a dokáže vyjádřit naši náklonnost a podporu druhému. Správně načasovaný dotyk dokáže znovu získat ztracený klid a rovnováhu. Ne všichni zdravotníci ji jsou schopni podávat. Jestliže je tento způsob dotyků zdravotníkovi nepříjemný, neměl by ho využívat, jelikož nebude vypadat věrohodně a nezapůsobí pozitivně. Použití haptiky v nevhodnou chvíli nebo nevhodně vyjadřujícím způsobem má opačný efekt. Pacient může zareagovat nepatřičně a další spolupráce je ohrožena. Proto je nezbytně důležité, aby sestry věděly jak a kdy haptiku využívat. Sestra v dermatovenerologické ambulanci často pečuje o chronicky nemocné pacienty, kteří k lékaři dochází pravidelně a dlouhodobě. S těmito pacienty má poté bližší vztah a ona sama dokáže odhadnout zda u nich může využít haptiku. V těchto situacích se často stává že i pacient se iniciativně projeví a sám dá podnět k těmto projevům náklonnosti. (6, 7, 27, 29, 42, 43)

Zvláštní význam má i paralingvistický projev. Stejně jako haptika je zařazován do neverbální komunikace, ačkoli jde o slovní projev. Nejedná se však o obsah projevu jako takový, ale o způsob kterým je řečen. I mlčení má v komunikaci své nezastupitelné místo a význam. Jeho pomocí si řečník utřídí jednotlivé myšlenky, zjedná si náležitou pozornost a v neposlední řadě jím lze vyjádřit i náš názor. (6)

1.4.3 Rozhovor

„Rozhovory jsou formou interpersonální komunikace, ve které se setkávají dva lidé a prostřednictvím otázek a odpovědí dosahují svých cílů. (DeVito s. 217)“

Na počátku rozhovoru je důležité zajistit příjemné prostředí tak, aby se pacient cítil co nejlépe a aby rozhovor s ním mohl být co možná nejhodnotnější. Nejvhodnější je, pokud má sestra k dispozici místo, kde je nebude nikdo vyrušovat. To však často není možné. Proto je alespoň vhodné informovat pacienty o době, kdy se mají telefonicky objednávat nebo informovat. Tímto opatřením zajistí minimální vyrušování telefonem. Dále je důležité zjistit jaké má nemocný komunikační dovednosti. Díky této informaci budeme vědět jakou formou nejlépe vést rozhovor, zda formou direktivní nebo nedirektivní. Také záleží na obsahu rozhovoru a na rozdělení rolí. Obsahově můžeme rozdělit rozhovor na terapeutický, diagnostický a edukativní. Role máme jen dvě a to ten kdo mluví a kdo naslouchá. (6, 7, 43)

Při terapeutickém typu rozhovoru jsou role většinou tyto: sestra je ten co trpělivě naslouchá a nemocný hovoří. Pokud je to zapotřebí, mohou se role obrátit, sestra vyjadřuje podporu pacienta, chválí ho při úspěchu a utěší v případě nezdaru. U edukativního rozhovoru jsou role jasně dány. Sestra učí nemocného jak má o sebe dbát, starat se a ošetřovat se. Vysvětluje mu základní principy a postupy. Pokud pacient nezvládne sám edukaci pochopit je důležité do edukativního rozhovoru zařadit i jeho rodinu. Dále je velmi důležité používat zpětnou vazbu k zjištění toho, zda nemocný nebo rodina pochopili náš přednes tak, jak byl myšlen. V případě informačního rozhovoru jsou možné oba typy rozdělení rolí. Pacient nás informuje o svých potížích a problémech, které ho souží a zdravotníci mu poskytují informace o jeho onemocnění, postupu léčby a jiných možných řešení problému. Nesmírně důležité je umění naslouchat, nejenže získáme důležité informace, ale i důvěru. (1, 6, 43)

1. 5 Nejčastější ošetrovatelské výkony v dermatovenerologické ambulanci

Cílem ošetrovatelské péče v dermatovenerologické ambulanci je prevence kožních, pohlavních a sexuálně přenosných onemocnění, zlepšení kvality života pacienta s tímto onemocněním a zlepšení jeho zdravotního stavu. (32)

Dermatovenerologické ambulance bývají v nemocnicích rozděleny do několika specializovaných ordinací. V každé z těchto částí ambulance je práce sestry jiná. Hlavní pracovní náplní sestry je hodnocení zdravotního stavu, vzhledu kůže, odběr anamnézy, spolupráce s lékařem při fyzikálním a diagnostickém vyšetření, aplikace léčebných či diagnostických látek na kůži a zhodnocení účinku léčby společně s lékařem. Práci sestry též ovlivňují zvyklosti daného pracoviště a požadavky lékaře. Sestra se snaží motivovat pacienta k prevenci a k sebeděči. O pacienta by měla sestra pečovat v souvislosti s ošetrovatelským procesem, měla by uspokojovat pacientovy potřeby dle jeho aktuálního stavu a využívat také nové poznatky v ošetrovatelské praxi. Velká část sesterské práce je edukace pacienta nebo jeho příbuzných. Vysvětlování a opakování informací, které jim poskytl lékař. Předkládá jim informační letáky a brožury. Snaží se pomocí zpětné vazby zjistit zda pacient informace pochopil správně a zda dokáže zvládnout sebeděči. (27, 32, 46)

Sestra vede sama ošetrovatelskou dokumentaci, vyplňuje formulář Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, vypisuje žádanky k vyšetření jiným odborným lékařem a k odběrům biologického materiálu. Sama odebírá biologický materiál dle lékařových ordinací nebo lékaři při odběru asistuje. V pacientově kartě vypisuje výsledky z laboratorních vyšetření nebo je přehledně zakládá. Zajišťuje materiální zázemí ve smyslu objednávek potřebných pomůcek, kontrole jejich expirační doby a jejich průběžnému doplňování. Dále je nutné, aby sestra v ambulanci dokázala manipulovat s přístroji a ovládala jejich údržbu. V případě nutnosti zajišťuje jejich servis. (27)

1.6 Náročnost práce sestry

„Ošetrovatelská zátěž je pracovní zátěží sestry vyjádřená souborem ošetrovatelských zákroků, které musí být provedeny u jednoho nebo u skupiny pacientů při ošetrovatelské péči během určité doby. Zátěž lze měřit objektivní metodou a kvalitativně vyjádřit buď počtem bodů nebo časem potřebným na poskytnutí těchto zákroků. (Pochylá s. 37)“

„Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů a psychosomatických onemocnění a je častým důvodem, proč lékaři i sestry opouštějí zdravotnictví. (Bartošíková s. 10)“

Aby sestra mohla vykonávat své povolání dobře a kvalitně musí být spokojená sama se sebou, být odpočatá fyzicky i psychicky a měla by umět oddělit své soukromí od práce. Dokázat oddělit soukromý život od pracovního je velmi náročné, navzájem se prolínají a i když se zdravotník snaží, ne vždy to lze zcela ovlivnit. Obzvláště pro sestru je oddělení soukromé a profesní role velmi náročné. Některé sestry mají pocit, že zanedbávají svou rodinu, jelikož jsou přetěžovány přesčasy, nedostatkem spánku a nepravidelným denním režimem. V jejich volném čase navštěvují semináře nebo studují. Jsou tedy ve „zdravotnickém“ prostředí i mimo svou pracovní dobu. Tím spíše si potom připadají vyčerpané. Dále se sestry obávají, že své blízké nakazí nozokomiálními nákazami. V roce 2002 byli chorobami z povolání nejčastěji nakaženi zdravotníci. Nejvíce nákaz bylo svrabem, dále pak hepatitidami, tuberkulózami a dermatitidami. (3, 5, 19)

Pokud je sestra spokojená sama se svým životem, vyrovnává se poté snadněji s náročnými situacemi, které její práci denně provázejí. Velmi důležité je, aby sestra dokázala bojovat se stresem, který ji v zaměstnání neustále obklopuje. Zodpovědnost, kterou její povolání přináší je velká a proto by měla umět relaxovat a dokázat odpoutat svou pozornost v době svého volna k zcela jiným aktivitám než vykonává v práci. Nejvhodnější činností k odbourávání stresu je fyzická aktivita, tu by měla následně doplňovat relaxace a pocit uvolnění, blaha a spokojenosti. Velmi příznivé jsou relaxační pobyty a wellness centra, ty jsou však pro některé sestry finančně nedostupné. Za největší odměnu ale lze považovat pocit z dobře vykonané práce a spokojenost pacienta, kterou dá sestře najevo. (3, 13, 19, 24)

„Povolání sestry je z hlediska odborné přípravy a profesionálního výkonu velmi náročné. Sestra vedle ošetrovatelských činností ovlivňuje prožívání a jednání pacientů. Očekává se, že unese fyzicky svou profesi a dokáže se vypořádat s mnoha problémy spojenými s výkonem tohoto povolání. Proto sestra musí být sociálně zralá osobnost

s určitou dávkou empatie, tolerance, schopnosti spolupráce, přizpůsobivosti a odpovědnosti. (Čechová s.114)“

1.6.1 Fyzická a psychická únava

„Pojem fyzická zátěž je v odborné literatuře charakterizován jako pracovní zátěž pohybového systému, srdečně-cévního a dýchacího systému s odrazem v metabolismu a termoregulaci. (Gučková s. 21; článek časopisu Sestra)“

Únava je definována jako subjektivně pocíťovaný projev zhoršeného vnímání, snížené pozornosti a pomalené výbavnosti. Neustálé střídání směn a nepravidelný denní režim působí velmi negativně na imunitní systém, způsobuje neplodnost a snižuje psychickou odolnost. Sestry v ambulanci jsou směnovému provozu vyvarovány, ne však jiným negativně působícím vlivům. Sestra zaměstnaná v ordinaci ambulantního specialisty je každodenně vystavována stresovým situacím. Pro sestru v ambulanci je velmi náročné komunikovat s pacienty a oproti sestřám na oddělení nemají možnost načerpat sílu ze sociální podpory, kterou si sestry na oddělení navzájem poskytují. Sestra v ambulanci nemá tu možnost vystřídat se s jinou sestrou a „ulehčit si tak“. Zdravotníci v ambulancích nedodržují pitný režim a často se stává, že jejich prvním jídlem je až oběd. Dále je velmi vysilující požadavek na neustálou pozornost a schopnost zareagovat na změnu. K tomu, aby se sestry po směně necítily tolik unavené, je důležité aby dodržovaly následující zásady. Ty jim pomohou snížit fyzické a duševní vypětí, kterému jsou denně vystavovány. Důležité je umění komunikace a schopnost asertivního chování. Také složení jídelníčku, pravidelnost stravování a pitný režim ovlivňují náš zdravotní stav a to jak se cítíme. Poslední zásadou je nepřehánět péči o druhé jak v práci tak i v osobním životě. Pokud sestra dokáže mít na mysli i své vlastní dobro a pečuje o sebe, pozná jak a o kolik se její únava zmenší. (3, 13)

1.6.2 Umění relaxovat

Obecně je známo, že s fyzickou námahou se člověk vyrovnává lépe než s psychickou. Svalová regenerace není tak náročná oproti duševnímu odpočinku. Odpočinek můžeme rozdělit na dva základní typy, na aktivní a pasivní. Každý člověk

preferuje jiný poměr mezi těmito dvěma druhy, měl by však docílit toho, aby efekt relaxace byl co největší. Dále kladně ovlivňuje stav našeho těla a psychiky spánek, stravovací a pitný režim a prostředí ve kterém se cítíme dobře a bezpečně. Odborníci také doporučují různé relaxační praktiky jako jsou plavání, saunování, koupele, perličkové masáže a další činnosti u kterých nás provází pocity libosti a blaha. Především voda u většiny lidí vyvolává příjemné pocity a tím napomáhá k celkovému očištění organismu. (13, 19, 35)

Též se nesmí zanedbávat propojenost mezi psychickou a fyzickou stránkou lidského života. Mnohdy je toto spojení opomíjeno. Řešení pomyslných spouštěčů našeho problému je pak zcela zbytečné, jelikož skutečný vyvolávač je skrytý v zcela jiném místě než si my myslíme. K tomu, abychom mohli proniknout do našeho nitra, dokázat se zcela uvolnit a zamyslet se nad vlastním bytím, nám pomáhá meditace. Jde o rozvažování o tom co bylo, je a co bychom chtěli aby bylo. Při meditaci by měl být člověk sám, uvolněný a vyrovnaný. (3, 19)

Důležité je to, aby sestra našla ve své práci pestrost, nepovažovala ji za stereotypní a dokázala se za ni odměnit. (3)

1.7 Nozokomiální nákazy a jejich prevence

„Nozokomiální (nemocniční) infekce jsou přenosná onemocnění získaná v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení. (Rozsypal; webové stránky 1. lékařské fakulty Karlovy univerzity)“

Nozokomiální nákazy se dělí do dvou základních skupin podle toho, kde se jejich původci vyskytují. Endogenní původci nákazy se běžně nachází v lidském organismu, chrání ho a jsou pro něj prospěšní. Pokud dojde ke snížení imunity, začne se mikroflóra šířit a způsobuje onemocnění. Exogenní původci jsou ti, kteří v přímém kontaktu s makroorganizmem způsobují rozvoj onemocnění. (17, 21)

U endogenního typu, nemáme my jako zdravotníci, tolik možností zamezení vzniku choroby. Naopak exogenním nákazám předcházíme cíleně a to tak, že dodržujeme bariérovou ošetrovatelskou péči. 60% exogenních nozokomiálních nákaz je přeneseno rukama zdravotníků. (21)

Nejúčinnější prevencí nozokomiálních nákaz je dodržování bariérové ošetrovatelské péče, dodržování ošetrovatelských standardů a úplné omezení přítomnosti šperků, náramkových hodinek a nestandardně upravených nehtů. (17, 21)

Nejdůležitějším prostředkem k předcházení vzniku nozokomiálních nemocí je dodržování hygieny rukou. (21, 45)

Pokud bychom chtěli mytí rukou striktně rozdělit, mohli by jsme to udělat na pět typů mytí. Na mechanické mytí rukou, hygienické mytí rukou, hygienická dezinfekce rukou, mechanické mytí rukou před chirurgickou dezinfekcí a na chirurgickou dezinfekci rukou. V praxi se toto rozdělování však nerozlišuje a před jednotlivými výkony se tato mytí prolínají jedno v druhé tak, že si to v tu chvíli zdravotník ani neuvědomuje. To ale samozřejmě neznamená, že zdravotníci nemusí znát teoretickou část správného mytí rukou před výkonem a po výkonu. V příloze č. 3 jsou obrázky s popisem postupu při hygieně rukou. (17, 21)

Při mechanickém mytí rukou jak již z názvu vypovídá se mechanicky odstraňují nečistoty a též dochází k částečnému odstranění tranzistentní mikroflory. Používá se vždy před a po jakémkoli výkonu a je vhodné ho doplnit dalšími druhy mytí rukou. Jedná se totiž o běžné mytí rukou, na které jsme zvyklí a které samotné není dostačující při prevenci nozokomiálních nákaz. Při mytí se používají běžná tekutá mýdla z dávkovače, tekoucí pitná voda a ručníky na jedno použití. Dále může být použito po sundání ochranných rukavic, pokud nebyly roztrženy. (21, 30, 48)

Při hygienické mytí rukou se používá mýdlo s přísadou dezinfekčního prostředku, díky této přísadě je účinnější než mechanické mytí rukou, ale je méně účinné než hygienická dezinfekce rukou. Hygienické mytí rukou je používáno při osobní hygieně, výdeji a přípravě pokrmů. (21, 48)

Hygienická dezinfekce rukou se používá jako bariera, která znemožní přenášení mikroorganismů. Provádí se aplikací dezinfekčního prostředku a jeho vtíráním do pokožky minimálně po dobu 30 sekund. Ruce se po té neoplachují ani neotírají. Tato péče o ruce je nejvhodnější a také nejpoužívanější v ošetrovatelském procesu. Většinou je spojena s mechanickým mytím rukou. Provádí se jako součást bariérové ošetrovatelské techniky, jako součást hygienického filtru, po náhodné kontaminaci

rukou biologickým materiálem a v případě protržení rukavic během výkonu. (21, 30, 48)

Mechanické mytí rukou před chirurgickou dezinfekcí se používá před operacemi a některými terapeutickými a diagnostickými zákroky. Je stejné jako mechanické mytí rukou, ale dále je rozšířeno o mytí předloktí. Vodovodní baterie musí být ovladatelná bezdotykovým systémem. Pokud je to zapotřebí, může se doplnit použitím sterilního kartáčku k důkladnému očištění konečků prstů. (21, 30, 48)

Chirurgická dezinfekce rukou je prováděná alkoholovým dezinfekčním prostředkem, určeným k tomuto účelu. Dezinfekce se provádí po dobu 3-5 minut a to od konečků prstů po lokty. Stejně jako u hygienické dezinfekce rukou platí, že se dále neoplachují ani nesuší. Provádí se před začátkem operačního programu, mezi jednotlivými operacemi a při výměně rukavic během operace. Je důležité aby i sestry v dermatovenerologické ambulanci znala tento způsob hygienické péče, jelikož součástí její práce je i asistence na zákrovém sálku. (21, 30, 32, 48)

1.8 Právní problematika pohlavně přenosných chorob a povinné hlášení

Sestry nebo lékaři v dermatovenerologických ambulancích mají za úkol zpracovávat statistické údaje a jsou povinni vyplňovat formuláře o pohlavně přenosné nemoci nebo formulář o hlášení novotvaru. Viz příloha č. 4 a 7. (32)

„Hlášení o pohlavní nemoci, včetně podezření na takové onemocnění [příjice (syfilis), kapavka (gonorrhoea), čtvrtá pohlavní nemoc (Lymphogranuloma venereum), měkký vřed (ulcus molle), Granuloma venereum (Donovanosis) a pohlavní nemoci, vyvolané původci virových akantomů] a o úmrtí a podezření z úmrtí na ni se podává na formuláři označeném "Hlášení pohlavní nemoci" - SEVT 0172. (Vyhláška č. 195/2005 Sb.)“

Dle zákona 258/2000 sb. ve znění pozdějších předpisů je stanoven výčet přenosných chorob, u kterých je povinné léčení. Každý člověk je v případě nákazy tímto onemocněním povinen podrobit se léčbě. Dále tento zákon obsahuje způsob léčby, která může být v domácím nebo ústavním prostředí. Při hlášení se používá třístupňová klasifikace, pomocí které se onemocnění rozlišuje na potvrzené laboratorním

průkazem. Na pravděpodobný případ, kdy jsou přítomny všechny klinické příznaky a je v souvislosti s potvrzeným případem a třetí klasifikační stupeň je možný případ, při kterém je přítomen klinický obraz, avšak nejedná se o potvrzený nebo pravděpodobný případ. (22, 47)

„V případě nebezpečí dalšího epidemického šíření infekčního onemocnění, podává hlášení osoba poskytující péči okamžitě telefonicky nebo faxem nebo elektronickou poštou příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví a následně ho potvrzuje na předepsaném formuláři. (Vyhláška č. 195/2005 Sb.)“

„Seznam infekčních onemocnění, při jejichž výskytu musí být vždy nařízena izolace a léčení na infekčním oddělení, popřípadě oddělení tuberkulózy nebo venerologickém oddělení nemocnice, a jejichž léčení jsou fyzické osoby povinny se podrobit, je uveden v příloze č. 2. (Vyhláška č. 195/2005 Sb.)“

Hlášení o incidenci a léčbě novotvaru odesílá sestra poštou do centra hlášení. Telefonické nebo e-mailové hlášení podává lékař v případě rizika epidemického šíření. Následovně sestra odesílá vyplněný formulář v tištěné podobě společně s dalšími poštovními zásilkami.(15, 27, 48)

2. Cíl práce a výzkumné otázky:

Cíl:

Zjistit úlohu sestry v dermatovenerologické ambulanci

Zjistit náročnost práce sestry v dermatovenerologické ambulanci

Výzkumné otázky:

1. Je práce sestry v dermatovenerologické ambulanci přidružené k lůžkovému oddělení náročnější než práce v soukromé v dermatovenerologické ambulanci?
2. Jaká je role sestry dermatovenerologické ambulanci?
3. Je role ošetřovatelky v dermatovenerologické ambulanci nejnáročnější?

3. Metodika

3.1. Kvalitativní výzkum

Kvalitativní šetření probíhalo formou pozorování a formou nestandardizovaného rozhovoru, v období od 29. ledna 2009 do 26. února 2009 v ordinaci soukromého lékaře v Českých Budějovicích a v Praze, v ordinaci dermatovenerologa v Nemocnici Tábor a.s., která nemá lůžkové oddělení a v ambulancích dermatovenerologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., které má lůžkové oddělení.

Ambulance soukromých dermatovenerologických lékařů byly vybírány náhodně. Kontakty na ně byly použity z internetových stránek. Z 8 oslovených lékařů pracujících v soukromé sféře bylo možno uskutečnit výzkumné šetření pouze ve 3 ambulancích tj. 37,5% z oslovených soukromých lékařů. Tři lékaři výzkumné šetření odmítli z neurčených důvodů a zbylí dva lékaři nezaměstnávají ve své ambulanci sestru. Vedení Nemocnice České Budějovice a.s. i Nemocnice Tábor a.s. výzkumné šetření uvítalo. Lékaři ze soukromé sféry i hlavní sestry v nemocnicích byli osloveni nejprve telefonicky. Lékařům byl sdělen způsob a náplň výzkumného šetření. Následně jim bylo ještě jednou telefonováno a byl s nimi domluven přesný termín provedení šetření. Hlavní sestry byly nejprve navštíveny osobně a byly s nimi projednány podrobnosti týkající se šetření. Obzvláště vrchní sestra dermatovenerologického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. byla velmi vstřícná a umožnila provést šetření v ambulanci pracovního lékařství, v ambulanci fyzikální terapie a v běžné dermatologické ambulanci. Ve venerologické ambulanci bylo umožněno provést šetření za nepřítomnosti pacienta. Toto opatření bylo odůvodněno velmi intimními problémy pacientů.

Pozorování bylo zaměřeno na pracovní náplň sestry v dermatovenerologické ambulanci, na její komunikační schopnosti, schopnosti v administrativní sféře, na spolupráci sestry a lékaře, na kompetence sestry v ambulanci a na dodržování ošetrovatelské bariérové péče. Toto pozorování bylo zaznamenáno v pozorovacích arších. (viz příloha č. 10)

Nestandardizovaný rozhovor byl zaznamenávám na diktafon a následně byl přepsán do kasuistik.

3.2 Charakteriska zkoumaného souboru

Jako zkoumaný vzorek byly zvoleny sestry pracující v dermatovenerologické ambulanci.

Bylo uskutečněno 7 rozhovorů v ambulancích, kde probíhalo výzkumné šetření. Z toho 2 ambulance byly soukromého lékaře, 1 ambulance v nemocnici bez lůžkového oddělení a 4 ambulance přidružené k lůžkovému dermatovenerologickému oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

4. Kasuistiky

Kasuistika 1

Sestra pracuje u soukromého lékaře se specializací dermatovenerologie od roku 2004. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu a specializaci na vyšší odborné škole obor JIP-ARO. Navštěvuje odborné konference a semináře, na nichž také přednášela. Před tímto zaměstnáním několik let pracovala jako sestra v ambulanci pro tři lékaře specialisty a před tím byla zaměstnána na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde pracovala jako sestra na směny.

Práce v ambulanci jí vyhovuje více než na lůžkovém oddělení a ve směnném provozu. Výhody vidí v pravidelném denním režimu a ve volných víkendech. Nejvíce jí však vyhovuje to, že má sesterskou dokumentaci na starosti sama a nemusí se spoléhat na jiné sestry, které mají jiný systém práce. Naopak za zatěžující považuje administrativu spojenou s regulačními poplatky a s vyplňováním statistiky pro pojišťovny. Dále pociťuje občasně samotu, jelikož je v „předmístnosti“ ordinace sama.

Její práce je oproti ostatním sestřím (u kterých bylo výzkumné šetření prováděno) v soukromé praxi jiná. Pracuje pro dva lékaře (lékař, lékařka). Oba mají určitá specifika ve své práci a tím je ovlivněna i práce sestry. Lékaři se v ordinaci 2x týdně střídají, dále má oddělenou místnost od ordinace, kde má své pracovní zázemí. Není tedy přítomna prohlídkám a kontrolám, které lékař u pacienta provádí. Součástí jejich ambulance je i operační zákrokový sálek.

Její pracovní doba je dle ordinačních hodin, celkem 40 hodin týdně. S lékařem je domluvena na úklidu celé ordinace a ostatních přiléhajících místnostech. Tento úklid však není součástí její pracovní náplně ve vztahu sestry v ambulanci a je vykonáván mimo její pracovní dobu.

Ráno přichází do ordinace před lékařem, zapíná počítače, doplňuje spotřební materiál na zákrokovém operačním sálku a v ordinaci. Také má některý spotřební materiál u sebe, aby v případě potřeby nevyrušovala lékaře v ordinaci. Kontrolu expirační doby provádí v průběhu jeho doplňování a jelikož zajišťuje i jeho objednávku,

ví, do kdy je její lhůta. Sterilní nástroje připravuje den předem, ráno kontroluje stav proběhlé sterilizace a uklízí sterilní balíčky.

V ordinační době je nejvíce zaměstnána administrativou, jelikož pro oba lékaře vypracovává statistiku vyžadovanou pojišťovny, vyplňuje formuláře povinného hlášení novotvarů a připravuje jim formulář s hlášením pohlavněpřenosných chorob. Uvádí, že nové formuláře pracovní neschopnosti jsou oproti starým velmi složité a jejich vyplňování jí bude v oblasti administrativy ještě více zaměstnávat. Na statistiku má zavedeny zvláštní desky, ve kterých si průběžně zakládá a zapisuje jednotlivé výskyty daných onemocnění.

Její pracovní čas je hlavně vyplněn administrativní činností. V případě potřeby si ji lékař volá do ordinace, jinak je však u svého počítače. Lékaři asistuje při stěrech a dalších výkonech, při kterých lékař asistenci vyžaduje. Počítač má propojený s lékařovým a tak vidí zápis, který lékař vypíše. Z tohoto záznamu zjišťuje, zda má na pacientovi požadovat poplatek, zda mu má vytisknout recept nebo žádanku na vyšetření. Kontakt s lékařem je tedy minimální. Hlavní nevýhodou tohoto systému udává, že oba lékaři pracují jinak. Lékařka zapisuje zprávy až po odchodu pacienta z ordinace a nekóduje výkony. Sestra vše poté musí dopisovat a hlídat regulační poplatky. Ke konci každého týdne počítá sestra pokladnu odevzdává jí lékaři. Sestra dále každou zprávu tiskne a zakládá do kartotéky, kterou má u sebe. Kartotéku jinak nevyužívá, jelikož vyhledávání v počítači je rychlejší a přehlednější. Ta tedy slouží především k zálohování dat a ke kontrole pro pojišťovnu. Dále si sestra musí hlídat u pacientů, kteří jdou na preventivní „pihovou“ prohlídku, pojišťovnu u které je pacient pojištěn, jelikož lékaři nemají s některými smlouvu na tento výkon. Pacienti na tento bezplatný zákrok mají samozřejmě ze zákona právo. Jsou tedy informováni, že u nich v ambulanci by byl proveden pouze za poplatek. V jiném případě jim sestra doporučuje navštívit dermatologa, který má s jejich pojišťovnou tento výkon smluvně ošetřen.

Z ošetrovatelské péče je nejčastěji zaměstnána odstraňováním stehů po excizi. Pokud je rána zhojena vyndává stehy sestra, pokud tomu tak není, rozhoduje o dalším ošetření lékař. Na tomto postupu jsou domluveni s oběma lékaři. Tímto rozdělením práce urychluje sestra střídání pacientů v ordinaci, jelikož zatímco ona odstraňuje stehy,

lékař ošetřuje dalšího pacienta. Pokud lékař naordinuje odběr krve, sestra vypisuje žádanku a odesílá pacienty do laboratoře. Jelikož je jejich ordinace v budově malé nemocnice, pacienti nemají problémy najít laboratoř po sestřině instrukcích.

Její komunikační dovednosti jsou velmi dobré. Zvládá komunikaci s pacienty v ordinaci i telefonicky, kdy pacienty nejčastěji objednává na kontroly. V případě potřeby jsou pacienti telefonicky zváni na kontroly nebo jsou přeoobjednáni. Pro komunikaci s laboratoří používá nejvíce E-mail. Výsledky poté ukládá do počítače a vytištěné je zakládá do kartotéky. Jelikož je jejich ordinace v centru Prahy často do ní dochází i cizinci. Sestra s nimi komunikuje anglicky. Komunikace sestry v ordinaci je zaměřena na edukaci pacienta a zjišťování anamnézy. Tu v případě ordinace lékaře zpracovává sestra. Jestliže ordinuje lékařka, zpracovává anamnézu ona. Komunikaci s pacienty považuje za velmi důležitou součást práce sestry v ambulanci, avšak s některými pacienty je velmi náročná.

Časové intervaly při objednávání pacientů stanovuje sestra dle úkonu, na který se pacient objednává. Kontroly jsou stanoveny po 10 minutách, po 30 minutách jsou zákroky na operačním sálku. Dále má vymezené dny, na které objednává nové pacienty. Ty objednává také po 30 minutách. Sestra má v tento den dostatek času pro odebrání anamnézy a lékaři na rozhovor s pacientem a k diagnostice jeho problému. Pokud přijde pacient mimo objednání je sestrou upozorněn, že bude čekat než budou ošetřeni objednaní pacienti nebo je mu nabídnut nejbližší volný termín na kontrolu, který by mu vyhovoval. Sestra si dále musí dávat pozor při objednávání pacientů na to, aby vždy objednala pacienta k jeho lékaři, tedy v ten den, ve který má ordinační hodiny. Také si musí ohlídat objednávky na excize v oblasti obličeje, jelikož tyto zákroky vykonává pouze jeden z lékařů.

Pacienti bývají často doporučeni na vyšetření k dalším odborným lékařům. Například na vyšetření zraku a očního pozadí, na imunologické nebo alergologické vyšetření a také na funkční vyšetření plic. Sestra jim, v případě že tyto lékaře zatím nenavštěvují, nabízí kontakty a informuje je o místě, kde se jejich ambulance nachází.

Pacienty s bércovými vředy a nehojícími se ránami odesílají do ambulance hojení ran, jelikož nemají rozpočet pro předepisování převazového materiálu a ani jeden

z lékařů se nezaměřuje na léčbu chronických ran. Dále neošetřují pacientky s pohlavněpřenosnými chorobami. Ty odesílají na gynekologii, jelikož pohlavněpřenosné choroby mají stejné projevy jako gynekologická onemocnění a ta jsou mnohem rozšířenější nežli venerologická. Není tedy vhodné jak pro zdravotníka tak i pro pacientky, aby byly v průběhu diagnostiky a léčby přeposílány do jiného zdravotnického zařízení. Muže s pohlavněpřenosnými chorobami léčí v jejich ambulanci. Velmi často se jedná o cizince a ne zřídka kdy jsou nakaženi i virem HIV.

Další její úlohou je příprava sterilního stolku a celého zákrového sálku k výkonu. Při zákroku lékaři asistuje, poté pomůcky uklízí a připravuje sálek k dalšímu výkonu. Při excizi névů si připravuje nádoby potřebné k jejich uchování a přepravě do laboratoře. Popisuje je jménem, rodným číslem a číslem névu. Tato data zapisuje i do průvodního listu a zakresluje místa, ze kterého byly vyříznuty. Tyto vzorky se poté jednou týdně posílají na histologické vyšetření. Nástroje, použité při výkonu, odkládá do dezinfekce a na konci pracovní doby je připravuje ke sterilizaci. Pracuje dle ošetrovatelské bariérové péče (používá rukavice, dezinfekční prostředky atd.). Pro sterilizaci si připravuje zvláštní balíčky na excize névů, ve kterých jsou nůžky, pinzeta, tampóny a čtverečky. Tyto pomůcky zatavuje do folií, které poté dává vysterylizovat. O každé sterilizaci vede podrobný záznam, ve kterém zapisuje datum proběhlé sterilizace, uvádí co se sterilizuje, jaký program je užíván (doba sterilizace a °C) a stav proběhlé sterilizace, který hodnotí na kontrolních štítcích. U sterilizátoru má knihu o záznamu proběhlé sterilizace, do které tyto údaje zaznamenává. Sestra má v ambulanci na starosti i technickou stránku přístrojů. Jedná se o sterilizátor, tiskárnu, výpočetní techniku a přístroje, které jsou využívány na zákrovém sálku. Není-li schopná závadu, která vznikla na daném přístroji, odstranit sama, objednává servisního technika.

Sestra zodpovídá za celý chod ordinace v oblasti managementu. Objednává a nakupuje spotřební materiál a kancelářské potřeby, které jsou nezbytné pro její chod. Lékaři si málokdy určují sami další kontroly pacientů. Mají v sestře dobrého organizátora svého času a jelikož již v ambulanci sestra působí delší dobu, dokáže určit časový rozsah následujících prohlídek.

Kasuistika 2

Sestra pracuje u soukromého lékaře se specializací dermatovenerologie od roku 1997. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu obor dětská sestra. Před tímto zaměstnáním mnoho let pracovala jako sestra v ambulanci pro děti a dorost a před tím na dětském lůžkovém oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích. Tento rok chce odejít do důchodu, říká že práce v jejich ambulanci sice není fyzicky náročná, ale často již pociťuje únavu.

Rozdílnost mezi prací v ambulanci a dnešním směnným provozem nedokáže posoudit, jelikož v něm pracovala pouhé 2 roky, tedy do roku 1973. Věřící, že se od té doby na lůžkových oddělení mnoho změnilo, ale práce sester je stále velmi náročná. Dnes si nedokáže představit, že by měla pracovat na jakémkoli oddělení.

Ordinační dobu mají 30 hodin týdně. Příprava ordinace, úklid a další práce, při kterých není pacient přítomen v ordinaci jí zabere 5 – 7 hodin týdně. Pracovní rytmus v ambulanci je pozvolný, sestra i lékař jsou přibližně stejně staří, jsou na sebe zvyklí a navzájem si vyhovují.

Součástí její pracovní náplně je i úklid ordinace a dalších prostor k ní příslušných. Sestra tento úklid provádí odpoledne po ordinačních hodinách. V případě, že je lékař delší dobu nepřítomen (dovolená, nemoc) provádí generální úklid ordinace a přiléhajících místností, presoterapie není přerušena a pacienti na ni dochází. Ona sama byla za celou dobu co v této ordinaci pracuje nemocná jen 3x. V tomto případě lékař ordinuje sám. Jak ale uvádí, sestra je pro něj v ordinaci nezastupitelná a bez její spolupráce s ní je jeho práce zdlouhavá.

Každý týden se s lékařem střídá v příchodech do práce (kdo přijde dříve), jelikož ordinační dobu mají od 7.30, ale na presoterapii první pacient přichází již před sedmou hodinou. Mimo ty týdny, které přichází dříve lékař, se sestra stará o presoterapie po celý den sama. Pakliže s nimi začíná lékař, sestra si je od něho při příchodu do ordinace přebírá.

V ordinační době je sestra nejvíce zaměstnána přípravou presoterapie. Ta je aplikována vždy na jednu hodinu a sestře její příprava a ukončení zabere 10-15 minut u každého pacienta. Tato léčba je založena na principu stimulace lymfatických cest

pomocí změn tlaku, působících na tyto cévy. Na počátku terapie sestra nasadí pacientovi návleky na obě dolní končetiny. Po dokončení terapie návleky sundává a pacientovi zabandážuje končetiny nejprve krátkotahným obinadlem a poté ještě dlouhotahným. Během probíhající terapie kontroluje pacienta 1x do 15 minut a po 30 minutách přenastavuje režim přístroje. Pacientům pro zkrácení chvíle pouští rádio. Pokud jim je chladno má pro ně připravenou deku na přikrytí. Někteří pacienti během této hodiny pospávají a sestra jim v tomto případě zhasíná světlo, aby je nerušilo. S pacienty, kteří dochází na presoterapii má velmi blízký vztah, jelikož dochází 10 x za sebou a po půl roce se tato léčebná kúra opakuje. Pacienti k ní mají tedy důvěru a jejich komunikace se netýká jen medicínské problematiky, ale zasahuje i do osobního života sestry a pacientů. V průběhu léčby pečuje o pacienty pouze sestra a do dokumentace jen zaznamenává splnění počtu terapií. Lékaři hlásí vždy poslední proběhlou aplikaci. On poté provádí výstupní prohlídku a zapisuje zprávu o výsledcích léčby. Ty poté pacient odnáší k lékaři, který je na tuto léčbu doporučil.

Dále její pracovní čas vyplňuje vyřizováním telefonátů a asistencí lékaři při ošetření pacienta. Nejen, že sestra vyřizuje telefonáty, které směřují do ordinace, ale také ona sama telefonuje pacientům. Nejčastěji volá pacientům, aby se s nimi domluvila na začátku nového cyklu presoterapie. Pacienti nejčastěji telefonují z důvodu objednání. Sestra má objednávání velmi dobře zorganizované a pacienti tak na objednání čekají maximálně 3 dny. Nejčastěji sestra asistuje lékaři při aplikaci tekutého dusíku. Ve chvíli kdy nemá jinou naléhavou práci připravuje spotřební materiál, namotává si štětičky, které potom používá při aplikaci dusíku. Jejich spotřeba je velmi vysoká, jelikož každý den používají dusík minimálně u 10ti pacientů.

Sestra má ulehčenou práci o to, že od roku 2001 nevedou kartotéku a veškeré pacientovy údaje jsou uloženy v počítači a dále 2x zálohovány. V kartotéce vyhledává pouze v případě, že pacient byl naposledy ošetřen před rokem 2001. Dále nemá tiskárnu připojenou k počítači, všechno tedy tiskne lékař. Sestra má na starosti pokladnu a vybírání regulačních poplatků. Od začátku jejich vybírání zaznamenali v ambulanci snížení počtu návštěv o cca 1/3. Proto jejich zavedení uvítali, jelikož jim to usnadnilo práci a tento počet pacientů jim zcela vyhovuje.

Časové intervaly při objednávání pacientů stanovuje sestra. Jsou vždy po 10 minutách a sestra si je zapisuje do počítačového programu. Tento systém je velmi pohodlný a přehledný. Sestra nemusí listovat v objednacím sešitě a dokonce i zpětně může dohledávat, kdy byl pacient na poslední kontrole nebo zda se přeobjednával. Pokud přijde pacient mimo objednání, je sestrou upozorněn, že bude čekat než budou ošetřeni objednaní pacienti. Pacienti, kteří jsou objednáni, tráví v čekárně maximálně 15 minut. Čekárna je monitorována kamerou a sestra vidí na televizní obrazovce jak pacienti přicházejí. Nemusí tedy zbytečně vycházet z ordinace a chodit do čekárny. I z bezpečnostního hlediska se jim toto opatření vyplatilo, jelikož mají nově vybavenou čekárnu.

Rizikové pacienty s bércovými vředy objednávají na kontroly 1x za půl roku, momentálně nemají žádného pacienta na léčbu tohoto onemocnění. Při této kontrole zjišťují zda pacient správně nasazuje elastické punčochy, sestra pacienty edukuje o jejich používání a v případě nutnosti názorně ukazuje jak je užívat. Dále pak nemají nemocné s touto diagnózou, jelikož lékař nepřijímá pacienty, kteří byli léčeni jiným kožním lékařem. Snaží se tak zabránit přebíhání pacientů od jednoho lékaře k druhému. Tento způsob preferování pacientů sestra dodržuje. Vždy, když se jim hlásí nový pacient, ptá se zda nenavštěvoval do této doby jiného takto specializovaného lékaře.

Pacienti s pohlavněpřenosnými chorobami jsou objednáváni na kontroly v úterý odpoledne, avšak za poslední rok ošetřovali jednoho pacienta s kapavkou a za 5 let na zpět jednoho pacienta s diagnózou syfilidy.

Komunikační dovednosti sestry jsou dobré. Dokáže s pacienty komunikovat na odborné úrovni a zvládá pacientům odbornou terminologii převést do jimi srozumitelného kontextu. Sestra edukuje pacienty o důležitosti správného používání kompresivních punčoch nebo bandáží dolních končetin. Vždy jim říká a vysvětluje průběh zákroku, který u nich bude provádět. Dále pacientům vysvětluje, kde najdou laboratoř pro odběr krve nebo pro stěry, které jim lékař odebral. Pokud neví, kde se laboratoř nachází, dává jim sestra podrobný leták s mapkou. V případě, že se jedná o staršího pacienta, odnáší sestra stěr sama po pracovní době. To je však pouze z její iniciativy.

Sterilizaci pomůcek připravuje na konci ordinační doby, pokud již nejsou objednaní pacienti nebo nějací nepřijdou. Ke sterilizaci používají starý kazetový systém, proto musí sterilizaci provádět každý den, i když pomůcky ani nepotřebovali. Jsou na tento způsob zvyklí, jelikož před tím než začali aplikovat presoterapii měli v této místnosti zákrokový operační sálek. Od tohoto ošetřování pacientů však upustili a soustředí se právě na zmíněnou presoterapii. Sestra zapíná sterilizátor před odchodem domů a ráno kontroluje stav proběhlé sterilizace. Záznam provádí do kontrolního sešitu a zakládá do něho i kontrolní štítky.

Kasuistika 3

Sestra je zaměstnána v Nemocnici Tábor a.s. od roku 1994. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu. Nyní navštěvuje semináře konané nemocnicí a sbírá body potřebné k registraci. Předtím než odešla na mateřskou dovolenou, pracovala na lůžkovém oddělení gynekologie a poté začala pracovat v dermatovenerologické ambulanci, která není spojená s dermatovenerologickým lůžkovým oddělením.

Ordinační hodiny činí 30 hodin týdně a zbytek pracovní doby tráví přípravou ambulance. V ambulanci spolupracuje s lékařkou. Její práce ji baví a je v ní spokojená, ale postrádá přístup k počítači, jelikož je v ambulanci jen jeden. Práce na směny jí nevdala, na oddělení měli výborný kolektiv a po jejích kolegyních se jí občas stýská. Jako sestra na oddělení se ale vrátit nemůže, jelikož má dvě děti (10 a 7 let) a partner pracuje na směny, neměl by je tedy kdo hlídat. Také říká, že mzda sester na ambulanci a na oddělení má stejný platový základ, sestry tedy nemají žádnou finanční motivaci pracovat na oddělení, protože příplatky ve směnném provozu nejsou tak velké. Ona sama však počítá, že až děti trochu vyrostou, vrátí se na gynekologické oddělení.

Hlavní sestřinou pracovní náplní je ošetrovatelská péče, pomáhá nemocným při vysvlékání, jelikož více jak 50% pacientů jsou lidé starší 60 let. Tito pacienti nejčastěji přichází na kontroly a převazy bércových vředů. Často to jsou klienti sociálních zařízení (např. G-centrum Tábor). Při ošetřování bércových vředů sestra používá rukavice. Před výkonem si připraví potřebné pomůcky na převazovém stolku. Pacient sedí na židli a dolní končetiny má položené na stoličce, na které má sestra jednorázovou roušku. Na použitý obvaz má připravenou emitku, do které ho odhazuje. Po ukončení převazu likviduje odpad. Stále v rukavicích odkládá emitní misku do dezinfekce, kde ji ponechává po dobu 30 minut. Poté provádí hygienické mytí rukou. Sestře tato péče o jednoho nemocného zabere minimálně 10 minut. Při ní opakuje jak má nemocný při ošetřování postupovat, názorně mu to ukazuje. Pokud se jí ošetření vředu nezdá dostatečné ptá se nemocného, kdy a jak ránu převazoval, zda mu někdo pomáhá, zda k němu dochází sestra z agentury domácí péče atd. Dále poté společně s lékařem hledají řešení sebepéče nemocného a navrhují možnosti ošetřování. V těchto případech jsou pacienti často doprovázeni do ordinace někým z rodiny. Sestra se poté snaží do edukace

zapojit i příbuzného. Ptá se ho jestli vše chápe, jestli nechce s něčím poradit. U pacientů, u kterých se jejich stav nelepší podává při návrhu lékařkou informace o brzké možnosti výměny dosavadní léčby za nové moderní „mokrý hojení ran“. Lékařka v této době dojednává s farmaceutickou firmou a vedením nemocnice podrobnosti a již nyní pomalu připravují pacienty na přechod na tento způsob léčby.

Sestra nejvíce asistuje lékařce při ošetřování tekutým dusíkem. Připravuje jí štětičky, namáčí je v tekutém dusíku a v případě potřeby dané místo přelepí polštářkovou náplastí.

Odběry krve provádí sestra od 7 do 8 hodin. Při odběrech používá jen jednu rukavici, uvědomuje si, že by měla používat obě dvě, ale je na to tak zvyklá. Přenosu nozokomiální nákazy se nebojí. Při další manipulaci s infekčním materiálem postupuje dle předpisů. Zkumavky po odběru odnáší společně se žádankami na infekční oddělení, se kterým ambulance sousedí. Odtud jsou odnášeny sanitáři. Pokud odnášku nestihne, musí vzorky odnést do centrálních laboratoří nemocnice sama. Sestra také aplikuje intra muskulárně pendepon. Ředí ho aquou pro injectionem do 5 ml stříkaček. Udává, že jakmile pendepon naředí a natáhne do stříkačky, ihned ho musí aplikovat, jelikož se rychle sráží a může tak dojít k zneprůchodnění jehly. Pokud se tak stane, musí přerušit aplikaci, vyměnit jehlu a aplikovat do jiného místa.

Jestliže je ambulantní léčba nedostačující nebo je diagnostikována syfilida, je pacientům nabídnuta hospitalizace na lůžkovém oddělení dermatovenerologie v Českých Budějovicích nebo v Praze. Momentálně do ambulance nedochází žádný pacient s pohlavně přenosnou chorobou. Naposledy tak tomu bylo před třemi měsíci. Tyto diagnózy se vyskytují nejméně ze všech.

Sestra nemá svůj počítač, proto její veškeré písemné záznamy jsou pouze objednávky. Na ty má velký záznamový blok. Pacienty objednává po 15 minutách. Avšak tento čas objednávky je pouze orientační a pacienti v čekárně stráví cca 15-20 minut. Dle těchto objednávek sestra vždy odpoledne připravuje karty pacientů objednaných na další den. Skládá je lékařce na okraj jejího stolu tak, aby šly po sobě jak jsou pacienti objednáni. Po prohlídce jí je lékařka vrací s nově vytištěnou zprávou. Pokud pacient přijme darovací smlouvu od kraje, zapisuje sestra v jeho dokumentaci

nad záznam o dnešní prohlídce číslo této smlouvy. Poté sestra tento záznam zakládá do desek a většinou celou kartu uklízí do kartotéky, která je umístěná za jejím stolem. V kartotéce se orientuje rychle a bez problémů.

Komunikační dovednosti sestry jsou dobré. Sestra zajišťuje telefonické spojení v ambulanci. Pacienti nejčastěji volají kvůli objednávkám na kontrolu nebo výsledkům vyšetření. Jsou-li výsledky v pořádku, sestra jim to po telefonu sdělí, jestliže však tomu tak není, zve pacienty na kontrolu. Další novou povinností sestry v oblasti administrativy je nabízení úhrady regulačního poplatku od kraje. Tuto možnost pacienti moc nevyužívají. Sestra musí každý týden odnést podepsané smlouvy na sousedící oddělení a s nimi samozřejmě odnáší i přepočítanou pokladnu.

Kasuistika 4

Sestra pracuje v dermatovenerologické ambulanci přidružené k lůžkovému oddělení od roku 1991. Před tímto zaměstnáním byla sestrou na dermatovenerologickém lůžkovém oddělení a do ambulance nastoupila po mateřské dovolené. Nyní navštěvuje povinné semináře konané nemocnicí a díky nim sbírá body pro registraci.

Svou nynější práci v ambulanci hodnotí jako pestřejší, zajímavější a méně fyzicky náročnou než na lůžkovém oddělení, které je stejně medicínsky zaměřené. Odůvodňuje to tím, že se sestry v ambulanci dle potřeby střídají v jednotlivých ordinacích a na recepci. Tu mají kožní, venerologická, fyzikální a další ambulance společnou. Na rozdíl od sester v ambulanci ty na lůžkovém oddělení dělají v jednotlivých směnách stále stejné úkony. Ambulance jsou zaměřeny na pacienty s různými specifickými diagnózami, využívají různé druhy léčby, různé typy zákroků, léčebných výkonů a ošetrovatelské péče (to zpestřuje uvedenou práci sester). Také jí samozřejmě více vyhovuje pravidelnost směn, volné víkendy a pravidelný denní režim, který je schopná na tomto pracovišti dodržovat. Již si nedokáže představit, že by se měla vrátit na běžné lůžkové oddělení a směnný provoz.

Její pracovní doba začíná v půl sedmé a končí o třetí hodině. První, co po příchodu do ambulance udělá, je to že dá nahřát odběrové nádoby s kultivačními půdami, na které se naočkovávají stěry. Nahřívání probíhá v termostatu, který má přímo v ambulanci. Naočkované nádoby poté opět vrací do termostatu a v 11 hodin všechny skládá do termotašky. Do ní vkládá i predehřátý gelový sáček, který zajistí, aby v ní byla dostatečná teplota během převozu. Taška je poté převezena do centrálních laboratoří. Během manipulace nesmí dojít k poklesu teploty, jinak by došlo k znehodnocení vzorků. Po tuto dobu za vzorky zodpovídá sestra. Ke všem odebraným vzorkům sestra přikládá vyplněné žádanky. Již den předem si připravuje nátěrová sklíčka, která skládá na pracovní plochu tak, aby je mohla hned natírat, ještě předtím je ale popisuje.

S pacienty je tedy v přímém kontaktu od 9 do 11 hodin, kdy jsou ordinační hodiny. Ošetřují jak ženy tak muže. Na vyšetření do této ambulance nechodí jen

pacienti s podezřením na pohlavněpřenosné choroby. Pacienti jsou k nim často posíláni z gynekologických a urologických ambulancí nebo to jsou pacienti, u kterých je zapotřebí provést celkové vyšetření. Do celkového zhodnocení stavu pacienta také spadá virologické a bakteriologické vyšetření dermatovenerologem.

Stěry jako takové vždy provádí lékař a sestra mu při nich asistuje. U mužů se provádí z ústí močové trubice a z rekta. U žen je prováděn také z ústí močové trubice, z rekta, z děložního čípku, ze sliznice poševní stěny. Ženy se zvu ještě na jeden kontrolní stěr i po předchozích negativních nálezech, jelikož v období slabé menstruace, se mohou vyplavit zbylé mikroby.

V ordinanční době sestra zajišťuje asistenci lékaři. Oba pracují v přísném bariérovém procesu, jelikož jsou v kontaktu s pacienty, kteří jsou vysoce infekční. V případě, že lékař provádí stěry a potřebuje cokoli podat, jsou jeho rukavice považovány jako kontaminované a sestra k němu tak musí přistupovat.

Administrativní část práce sestry se skládá z objednávek pacientů na vyšetření, kódování výkonů, vybírání regulačních poplatků a zařazování zápisů z kontroly do kartotéky. Pacienty objednává v intervalech po 15 minutách, ty postačí vždy na kontrolu pacienta a k provedení stěrů. Lékař zapisuje zprávu do počítače, sestra zatím kóduje výkony, které byly vykonány. Nově sestře také přibyla povinnost pacientovi nabídnout darovací smlouvu od kraje a vysvětlit mu její princip. Sestře jsou během ordinací přinášeny karty pacientů, které jsou uloženy v kartotéce na recepci. Ta je rozdělena do několika úseků, dle rozdělených ambulancí. Sestra nemusí vyplňovat formuláře povinného hlášení pohlavněpřenosných chorob, ty si vyplňuje sám lékař.

Sestra má povinnost společně s lékařem informovat pacienta, u kterého je prokázáno pohlavněpřenosné onemocnění (kapavka), o režimu jeho léčby a jeho chování. Pacient musí pochopit, že je povinen docházet do ambulance na povinné kontrolní vyšetření. Také mu je sděleno, že pokud se této léčbě nepodrobí, může být do ordinace předveden policií a v této situaci na něho může být zahájeno i trestní stíhání. Pacienti nakaženi syfilidou jsou povinni se podrobit léčbě na lůžkovém oddělení a poté docházet na doléčování pendeponem. Pacient je dále povinen nahlásit všechny své sexuální partnery, aby mohli být kontaktováni a vyšetřeni, zda nejsou nakaženi. Buď

partnery kontaktuje sám nemocný nebo předá sestře adresu či telefonní číslo. Ona je poté pozve na kontrolu, aniž by došlo k tomu, že řekne kdo kontakt na ně poskytl.

Při prokázání nákazy syfilidou nebo kapavkou se provádí dodatečné testy na HIV, které se v případě prvního negativního odběru opakují po 3 měsících z důvodu delší inkubační doby než je u předchozích jmenovaných onemocnění. Dále se také při syfilidě vyšetřuje celá rodina, jelikož zcela ojediněle může dojít k přenosu i jinou cestou nežli sexuální. Sestra i lékař musí přesvědčit pacienta, aby se testům podrobila celá rodina, se kterou sdílí domácnost.

Pacient při diagnostice kapavky nebo syfilis musí podepsat prohlášení o jeho chování. Toto prohlášení podepisuje také sestra nebo lékař a zakládá se do dokumentace jako záznam o tom, že pacient byl poučen o svém onemocnění a ví jak se má po dobu jeho léčby chovat. Pokud pacient toto prohlášení poruší a začne se chovat v jeho rozporu, může být trestně stíhán. (Prohlášení je v příloze č. 8)

Pacienty nakažené ureoplazmaty, mykoplazmaty, chlamydiovými infekcemi a dalšími podobnými chorobami je sestra povinna informovat o nutnosti přeléčení jejich sexuálního partnera. Většina pacientů, kteří se dostaví do ambulance jsou ženy, jelikož těm tyto nákazy způsobují nepříjemné výtoky a svědění. Jejich partneři mnohdy ani netuší, že jsou také nakažení, jelikož u nich nejsou přítomny žádné příznaky. V případě, že nedojde k léčbě partnera, dochází k neustálé rekolonizaci pacientek. Sestra pacientky na tuto skutečnost upozorňuje a pakliže se partner léčbě nepodrobí, je jim doporučen chráněný pohlavní styk (používání prezervativu).

Sestra zajišťuje úklid ordinace po odvozu biologického materiálu do laboratoří. Postupuje dle bariérové ošetrovatelské péče, vždy používá ochranné rukavice, gynekologická zrcadla jsou naložena v dezinfekčním roztoku již od ukončení prohlídky, stejně tak i nástroje, které se opakovaně používají. Veškeré pomůcky určené na více použití se po předepsané expoziční době dezinfekce mechanicky očišťují a připravují se ke sterilizaci. Veškerý odpad který byl ve styku s pacientem je považován za vysoce infekční. Po odstranění infekčního odpadu jsou nádoby, ve kterém byl skladován, pečlivě dezinfikovány.

Sestra skládá nástroje pro sterilizaci do kazet, které poté vkládá do sterilizátoru. Pokud má ve sterilizátoru dostatek místa, přidává do něho i nádobu (po dezinfekci a mechanickém očištění), která je umístěna pod gynekologickým křeslem na odhazování použitých rukavic a tyčinek na stěry.

Kasuistika č. 5

Sestra pracuje ve fyzikální ambulanci sama, jen jedenkrát v týdnu (úterý) ordinuje lékař. To probíhají vstupní a výstupní kontroly. Během léčebného cyklu se zpravidla provádí jen jedna kontrola. Dojde-li však během léčby k jakýmkoli komplikacím, kterým se sestře nepodaří předejít během následující návštěvy, domlouvá další kontrolu s lékařem. Objednávání je v této ambulanci jen na dané kontroly. Samotné slunění je bezobjednávkové, jelikož trvá jen chvilku. Sestra říká, že to tak pacientům vyhovuje nejvíce. Nemusí přicházet na sestrou určený čas a tím získávají pocit, že se oni samotní podílejí na organizování své léčby.

Tato ambulance má hlavní sezónní dobu. Ta je od října-listopadu do konce dubna-května. Je ovlivňována především počasím. V tomto období sestra ošetří cca 50 pacientů denně (mimo úterky), celkově za sezónu to vychází na 4 500 návštěv. Tato léčba je limitovaná hlavně v období května-září. Sestra musí informovat pacienty o tom, že ještě měsíc po ukončení fotoléčby se nesmí vystavovat slunci. Návštěvy solárií také nejsou vhodné, ale nejsou zakazovány. V letním období ošetřují jen minimum pacientů a sestra tedy provádí celkový úklid ordinace, vybírá si část dovolené a také zastupuje kolegyně v jiných ambulancích.

Do ambulance přichází pacienti z kožní ambulance tohoto pracoviště nebo z ambulaní externích dermatologických nebo dermatovenerologických lékařů. Pokud jsou z „jejich“ ambulance mohou rovnou začít se sluněním bez vstupní kontroly. Ostatní pacienti nejprve musí touto kontrolou projít. Nejčastější diagnózy pacientů, kteří do této ambulance docházejí jsou: psoriáza, plantární hyperkeratotický ekzém, alopecie, vitiliga, akné, povrchové mykózy atd. Pacienti jsou sestrou informováni o důležitosti přípravy k aplikaci této léčby. Pacientům s diagnózou lupénky sestra radí, jak se mají důkladně „odšupit“, doporučí jim použití salicylových mastí a využití okluze. Zároveň je však upozorní, že tyto masti nesmí užívat při slunění. Dále všem pacientům doporučuje připravit si „vykrývací“ oblečení, aby se zbytečně nevystavovali záření a informuje je o tom, že v celé ambulanci musí nosit pantofle.

Pacienti mají k dispozici 4 kabinky pro odložení oblečení (2 pro ženy, 2 pro muže). Z těch pacienti vstupují do předsínky, ve které jsou na vnějších stranách

umístěné sprchové kouty. Tato předsíň je předělena uprostřed stěnovou příčkou. V ambulanci tedy nedochází ke kontaktu mužů a žen. Skladba pacientů je přibližně stejná. Věkové rozmezí není limitováno. Sestra za mnohaletou dobu působení v ambulanci měla nejmladšího pacienta 4letého a nejstarší k ní nyní dochází ve věku 92 let.

Začátek pracovní doby v ambulanci je od půl sedmé a končí ve tři hodiny, přičemž slunění se provádí do půl třetí. Sestra má vymezených 30 minut na kompletní úklid a dezinfekce sprchových koutů, kabiny a panelových zářičů. Pokud jí však pacient zavolá, že je na cestě a do půl třetí to nestihne, tak na něho čeká. Mnoho pacientů totiž dojíždí z táborska, písecka nebo až od Volar. Tato ambulance je jediná v celém Jihočeském kraji. Frekvence a délka návštěv v ní je stanovena dle ordinace lékaře. Z pravidla je však ordinována na 3-4,5 měsíce. Pacienti dochází 1.- 4. (6.) týden do ambulance 3x týdně, poté se po stejně dlouhé období dochází na 2 návštěvy v týdnu a po dalších 4 – 6 týdnech se snižují návštěvy na pouhé jedno záření v týdnu. Někteří pacienti mají naordinováno ozařování denně. Těm je poté nabídnuta hospitalizace.

Sestra má v kompetencích nastavovat pacientům sílu záření, dle jejich reakcí na předchozí osvětlování. Při vstupní kontrole je sice naplánovaný postup, ale ten je jen málo kdy možné dodržet, jelikož každý pacient reaguje na osvit individuálně.

Postup každé návštěvy je pro každého pacienta stejný na počátku léčby i na konci. Jen délku a sílu záření sestra postupně zvyšuje. Pacient se v kabině vysvlékne, rychle se osprchuje a sestra pacienta postříká rozprašovačem. V něm má naředěný roztok soli z mrtvého moře (12g/ l vody). Poté pacient rovnou odchází bez osušení do kabiny. Dostává ochranné brýle a sestra ho informuje o délce trvání záření. Pokud má pacient pihy, snaží se je vykrývat oblečením nebo je setra preventivně přelepí náplastí. U pacientů, kteří mají diagnózu ekzém nebo prurigo, sestra sůl neaplikuje, jelikož by u nich měla opačný efekt, než kterého chtějí dosáhnout. Někteří pacienti potřebují ozařovat jen plochy nohou a dlaně, ti docházejí jen na lokální ozařování (plantážní hypoheratický ekzém). Postup přípravy je u nich stejný. Ozařované plochy se navlhčí, sestra aplikuje sůl a pacient pokládá chodidla a dlaně na zářiče. Pacient si před zářením nasazuje ochranné brýle. Sestra je povinna si chránit zrak tím, že používá

speciální ochranné brýle, které jí však nebrání ve vykonávání práce. Během ozařování si s pacienty povídá nebo jim pouští rádio.

Pro urychlení práce má na stole rozložené karty pacientů dle abecedy. V nich má rozepsány dny kdy pacient přišel na svícení a jaká síla a doba byla aplikována. U pacientů, kteří mají pigmentové skvrny, má poznamenanou aplikaci oxoralu. To je roztok, který způsobuje zvýšenou citlivost kůže na ozáření. Sestra ho aplikuje na tyto skvrny, které díky jemu a působení UVA a UVB záření se postupně zabarvují jako jejich okolí. Při aplikaci této látky musí dávat pozor, protože dráždí a poškozuje kůži. Proto musí být aplikován jen na toto místo.

Sestra důsledně dodržuje ošetrovatelskou bariérovou péči. Dezinfikuje sprchový kout, podlahku v kabině a plochu malých zářičů, která přichází do styku s pacientem. V rámci další prevence vyžaduje od pacientů, aby na přecházení v ambulanci nosili pantofle. V nich mohou chodit do kabiny na osvětlení nebo si je zouvají pokud potřebují osvětlit nártý.

Sestra důsledně dbá na intimitu pacientů a zajišťuje, aby se v ambulanci vůbec nepotkávali. Sestra vždy na první návštěvě pacientovi ukáže kde se co nachází a jak se bude postupovat při každé návštěvě. Vysvětluje pacientovi důležitost vykrývání částí těla, které nemusí být osvětlené. Sestra má s pacienty domluvené, že pokud jsou dveře do chodby ambulance zavřené nebo přivřené, nesmí do ní vstupovat, jelikož se v ní nachází jiný pacient.

Komunikace sestry a pacientů je zcela jiná než je v ambulancích zvykem. Jelikož pacienti dlouhodobě a opakovaně přicházejí na osvětlování. Více než o zdravotnických problémech si povídají o běžných přátelských tématech. Sestra má pro pacienty pochopení, které je u nemocných s takovými problémy nesmírně důležité. Z jejího chování vyzařuje pohoda a pozitivita, tu pacienti velmi oceňují. Sestra má možnost pozorovat postupnou proměnu, která provází každého nemocného od prvních návštěv této ambulance. Pacienti ze začátku mají problémy se svým sebevědomím, mají velké kožní defekty, často mají pruritus a necítí se celkově dobře. Nejen že tato léčba vylepšuje fyzický stav pacienta, ale světlo léčba blahodárně působí i na pacientův psychický stav.

Pokud pacientům s psoriázou fotoléčba nezabírá a splňují další podmínky k zahájení bioléčby jsou na ní doporučováni.

Výstupní prohlídka obsahuje hodnocení účinku celého léčebného procesu. Lékař zapisuje celkovou závěrečnou zprávu, kterou sestra posílá lékaři, který pacienta do jejich ambulance odeslal.

Pro sestru je největší odměnou, když vidí, že je pacient šťastný a spokojený sám se sebou. Poděkování pacienta si cení nadevše. Má svou práci ráda, jelikož většině pacientům dokážou pomoci, i když není zcela možné je vyléčit.

Při první návštěvě pacienta v této ambulanci mu sestra nejprve dává přečíst informovaný souhlas s léčbou (viz. v příloze č. 9), který si podepsaný od pacienta přebírá a zakládá ho do jeho složky. Poté ukazuje pacientovi část ordinace, vysvětluje mu postup záření a informuje ho o chodu ambulance. Ptá se, zda vše chápe a ujišťuje ho, že v případě jakýchkoli nejasností mu jeho otázky zodpoví při další návštěvě. Při první aplikaci záření sestra zůstává u kabiny. Zjišťuje, jak pacient reaguje na stísněný prostor a ozařování.

Kasuistika č. 6

Sestra pracuje v dermatologické ambulanci 4 roky a před tím byla zaměstnána na lůžkovém dermatovenerologickém oddělení stejného zdravotnického zařízení jako sestra na směny. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu a nyní navštěvuje semináře konané nemocnicí. V ambulanci je spokojená a tvrdí, že její práce je nyní lehčí, než ta na oddělení.

V ambulanci se denně střídají ordinující lékaři. Sestra proto musí být navyklá na tyto změny. Každý lékař je zvyklý pracovat jen s malými odchylkami, ale i ty dokáží ovlivnit sestřinu náplň práce.

Sestra začíná pracovat v půl sedmé. Zapíná počítače, aby v případě potřeby mohla nahlédnout do dokumentace. V tuto dobu dochází pacienti objednaní na odběry krve a na aplikaci tekutého dusíku. Sestra má ve své ambulanci malou termosku, do které si přečerpává dusík z velkého barelu, který je taktéž umístěn v této ambulanci. Chodí sem i ostatní sestry, aby i ony měly ve svých ambulancích tekutý dusík, v případě, že by ho potřebovaly. Někdy se také stane, že potřebují tekutý dusík i na lůžkovém oddělení, sestra ho poté na toto oddělení půjčuje. Nejčastěji se aplikuje na bradavice, hyperkeratózy atd. Sestra má u nádoby na dusík připravené i štětičky potřebné k jeho aplikaci. Ty si namotává vždy před jeho aplikací.

Sestra začíná objednávat pacienty na kontroly dle předpokládaného příchodu lékaře do ordinace. Tyto příchody se mění dle dnů ordinace, jelikož lékaři se účastní vizit na lůžkovém oddělení. Na 8 hodinu objednává tedy v pondělí, ve středu a v pátek. V ostatní dny o hodinu později, jelikož na oddělení probíhá velká vizita. Objednávky pacientů zapisuje do objednávkového bloku a na jednu hodinu případnou pouze dva pacienti, jelikož do jejich ambulance přichází i nemocní s akutními problémy. Ti ale musí posečkat dokud nejsou ošetřeni pacienti, kteří se objednali. Sestra má nastarosti regulační poplatky a s nimi spojenou administrativu. Dále nabízí a informuje pacienty o možnosti přijetí darovací smlouvy od kraje. Do ambulance přichází pacienti od dermatovenerologů, kteří mají soukromou praxi. Tito lékaři volí tento přechod pacientů do nemocničních ambulančí, pokud oni sami nezvládají jejich léčbu. Někdy sem přecházejí pacienti, kteří nejsou spokojeni s péčí svého dosavadního dermatovenerologa.

V nemocniční ambulanci si však tyto pacienty nenechávají v péči dlouho. Přichází sem ještě 2x – 3x na kontrolu a dále jim doporučují k dlouhodobějším návštěvám vyhledat jiné odborného lékaře se stejným zaměřením, jelikož kapacita této ambulance není dostatečná. Jako stálé pacienty si ponechávají jen ty s nepříznivými diagnózami, kteří potřebují soustavnou péči v tomto zařízení. Do této ambulance jsou doporučeni i pacienti, kterým jejich dermatolog doporučil fyzikální terapii, která je na tomto pracovišti prováděna.

Dále jsou do této ambulance směřováni i pacienti lůžkových oddělení a jiných odborných ambulancí celé nemocnice. Také sem při váží klienty sociálních zařízení (domy s pečovatelskou službou, domovy důchodců, atd.). Sestra tedy pracuje i s velmi starými pacienty, kteří bývají nesamostatní, zmatení, dezorientovaní, lítostiví, plačtiví, ale také mohou být agresivní a nespolutracující. Sestra se s takovými pacienty snaží jednat klidně a rozvážně. Vyhýbá se konfliktním situacím a snaží se pacienta vždy dostatečně uklidnit a to tak, že pacientům vysvětluje co se s ním bude dít. Jestliže pacienti i přes toto vysvětlování nedokáží pochopit co se po nich vyžaduje, sestra i lékař k nim přistupují a jednají s nimi velmi klidně. Tím se snaží co nejvíce eliminovat pacientovo rozrušení a následně možnost vzniku konfliktu.

Sestra spolupracuje s velmi širokou věkovou škálou pacientů. Do ambulance dochází maminky s kojenci, u kterých je diagnostikován těžký atopický ekzém. Na druhou stranu jsou sem přiváženi velmi staří pacienti. (viz. předchozí)

Zdravotníci v této ambulanci bývají často vystaveni kontaktu se sociálně zanedbanými pacienty a bezdomovci. Péče o takovéto pacienty není lehká, ale samozřejmě je vykonána na standardní úrovni.

Sestra má za úkol informovat pacienty o specifikách sebeděže jejich onemocnění. Např. vyvarování se ostrým a dráždivým jídlům, pitím čisté, neochucené vody nebo obyčejného černého čaje, omezení používání parfémovaných sprchových gelů, vhodné volbě spodního prádla a oblečení (bavlna) atd. Dále má sestra k dispozici velké množství reklamních a informačních letáků. Poté, co pacientovi vysvětlí výhody nebo důvod proč by měl daný přípravek či předmět využívat, jim dává příslušný leták. Jestliže má v ordinaci k dispozici pouze jeden, jde ho zkopírovat na recepci.

Sestra z této ambulance má oproti ostatním sestřám, u kterých bylo prováděno výzkumné šetření, bezesporu fyzicky a ošetrovatelsky nejnáročnější pracovní náplň. Jak již bylo řečeno, do ambulance jsou přiváženi velmi staří pacienti, nejen že jsou méně pohybliví a mají sníženou soběstačnost, ale někteří jsou zcela ležící. Je tedy pouze na sestře jak s nimi dokáže manipulovat a ošetřovat ho. V případě, že sestra není schopna zvládnout péči o takového pacienta sama, má možnost si zavolat kolegyni z jiné ambulance nebo z recepce. Tito pacienti mají nečastěji nehojící se bércové vředy a dekubity většího rozsahu a stupně. Sestra při jejich ošetřování používá ochranné rukavice a dle ordinace lékaře ošetřuje pacientovu ránu. Po zákroku uklízí použitý materiál a provádí mechanické mytí rukou. Na závěr si ruce dezinfikuje.

Sestra zapisuje do pacientovy složky v počítači kódy výkonů, které u něho byly provedeny. Zakládá do tiskárny různé formáty listů papíru dle toho, co lékař tiskne (zprávu, žádanky, recepty atd.). Karty pacientů, kteří jsou u nich vedeni dlouhodobě, jsou uloženy v kartotéce na recepci tohoto pracoviště. Sestra, která má službu na recepci, zajišťuje přípravu karet pacientů, kteří jdou do ambulance na kontrolu. Po jejím provedení si pro kartu opět přichází sestra z recepce nebo ji odnáší sestra z ambulance. U klientů, kteří do ambulance přijdou jen na několik kontrol se karta nezakládá. Sestra má v ambulanci dva boxy, do kterých třídí vytištěné zprávy dle pohlaví a abecedního pořádku příjmení pacienta. Po měsíci tyto vytištěné zprávy archivuje.

Jediné co lze sestře vytknout v její práci je to, že při odběrech krve nepoužívá rukavice. Sama mi však řekla, že si tohoto svého prohřešku je vědoma. Je na tento způsob již zvyklá. Nikdy se jí nestalo, že by se potřísnila krví, jelikož k odběrům používá vakuový systém. Ten při správné manipulaci zajišťuje zcela bezpečný výkon. Po odběru si myje ruce a používá dezinfekci.

Kasuistika č. 7

V této ambulanci má sestra také zcela jinou náplň práce nežli ostatní sestry u kterých bylo prováděno výzkumné šetření. Jelikož v pracuje v natolik specifických ambulancích, které by neměly po celý týden dostatečnou kapacitu pacientů, musí přecházet mezi několika pracovišti. Těmi jsou: ambulance pracovního lékařství, pihová a melanomová poradna, operační zákrokový sálka a běžná dermatologická ordinace.

V ambulanci pracovního lékařství pracuje vždy v pondělí, ve středu a ve čtvrtek dopoledne. V pondělí odpoledne je přítomna na zákrokovém operačním sálku. V úterý pracuje v běžné dermatologické ambulanci, přičemž v odpoledních hodinách se v ní provádí biologická léčba. Ve středu a ve čtvrtek odpoledne jsou v ordinaci, ve které se provádí bioléčba a melanomová a pihová poradna. V pátek si připravuje vzorky do pondělní ambulance pracovního lékařství a provádí se převazy bércových vředů. Dále také zastupuje sestru na recepci.

AMBULANCE PRACOVNÍHO LÉKAŘSTVÍ:

V ambulanci má počítač jen lékař, sestřiny zápisy jsou tedy pouze do záznamových bloků. Sestra má na starosti administrativu, zvedá telefony, zapisuje objednávky pacientů, vyplňuje žádanky u odběrů krve a připravuje štítky na odběrové zkumavky, zapisuje odečítání epitestů, posílá žádosti na hygienickou stanici o prověření pracovního prostředí pacienta a vybírá od pacientů regulační poplatky, pokud si nevyberou jeho uhrazení formou darovací smlouvy.

V pátek si sestra připravuje vzorky alergenů na pondělní aplikaci. Na přípravu má rozpis s dávkováním alergenu a jeho ředěním. Vzorky k jejich přípravě jí odesílá hygienická stanice. Ta je odebírá na její popud. V pondělí před ordinační dobou si sestra připravuje základní řadu testů (ty jsou připravovány ve farmaceutických firmách), která se aplikuje všem pacientům a následně k nim přidává další specifické druhy alergenů, se kterými přichází pacient do styku a které jsou považovány za potenciální činitele alergické reakce.

Sestra aplikuje epitesty každému pacientovi na záda. Nejprve je celá odmastí, aby vzorky dobře přilnuly a nedošlo k jejich odlepení. Náplasti se nalepují zleva doprava a od shora dolů. Pro kontrolu si sestra ještě každou část, kde se nachází alergen,

očísluje pomocí genciánové violeti a tenké štětičky. Poté zafixuje náplasti se vzorky alergenů napříč několika pruhy leukoporu. Nakonec přes celá záda přiloží tenkou tkaninu, kterou lehce přichytí. Tkanina slouží k absorpci potu. Při aplikaci epitestů sestra informuje pacienty o denním režimu, který musí pacient dodržovat během doby, kdy bude mít testy na zádech nalepené (do středy - 48 hodin).

Na první odečítání pacienti přichází ve středu a na druhé o den později ve čtvrtek (72 hodin). Po celou tuto dobu pacienti nesmí mít zvýšenou tělesnou zátěž, měli by být v klidu, nezpotit se, nosit bavlněné tričko a místo, kde mají náplasti s testy nesmí namočit. Také se nesmí škrábat, aby nedošlo k poškození testů a k jejich znehodnocení. Ve středu sestra odstraňuje náplasti. Lékař poté sleduje změny na kůži, které hlásí sestře a ta je zapisuje do archu „Chemotechnique patch test Kit“ (v příloze č. 6) v políčku reakce po 48 hodinách. Následně přicházejí pacienti do ambulance na další odečet – po 72 hodinách. Reakce lékař diktuje na danou látku jako na „jeden, dva nebo tři kříže“, dle alergického rozsahu. (viz příloha. č. 5)

Po zhodnocení výsledků lékař pacienta informuje jaké alergeny a v jakém stupni u něj byly odečteny. Sestra pacienta edukuje o jeho problému, dává mu informační leták o alergenu, který mu byl prokázán a informuje ho o výskytu této látky „v běžném životě“.

Do této ambulance jsou pacienti objednávaní z odborných dermatologických ambulancí soukromých lékařů nebo z ambulancí tohoto zdravotnického pracoviště.

OPERAČNÍ ZÁKROKOVÝ SÁLEK:

Sestra pracující na tomto pracovišti si před začátkem ordinační doby připravuje sálek k jeho celodennímu použití. Připravuje dezinfekci potřebnou k odkládání použitých pomůcek, vyndává vysterilizované nástroje ze sterilizátoru a připravuje si všechny pomůcky, které budou pravděpodobně potřebovat.

Sestra objednává své pacienty, kteří byli na konzultaci v pihové a melanomové poradně nebo v jejich dermatologické ambulanci a bylo u nich doporučeno odstranění névu. Sestra na sále objednává pacienty dle počtu névů, které jsou určeny k odstranění.

Před zákrokem jako takovým připravuje sestra všechny pomůcky potřebné k jeho vykonání. Nejprve připravuje pacienta na výkon, ptá se ho na případné alergie a

pro kontrolu správnosti dokumentace se informuje o rozmístění a počtu névů, které mají být odstraněny.

Sestra posílá pacienta odložit si oblečení do kabinky a ukládá jej na operační stůl. Dále připravuje sterilní stolek, na který pokládá nástroje a spotřební materiál. V případě potřeby na tento stolek přidává pomůcky, které si lékař během výkonu vyžádá. Před zákrokem samotným asistuje lékaři při dezinfekci operačního pole. Během zákroku asistuje lékaři a po dožití ranky přikládá krytí. Ihned po odstranění névu podává sestra lékaři zkumavku s formaldehydem, do které se vhadzuje odstraněná tkáň. Sestra poté zkumavku popisuje a s žádankou ji nechává odeslat do laboratoře. Jestliže se odstraňuje více ložisek, sestra připravuje pro každé zvláštní nádobu, ty musí být očíslované, aby se dalo dohledat který vzorek byl z jakého místa odebrán.

V případě potřeby pomáhá pacientovi otočit se na operačním stole. Po ukončení zákroku nechává pacienta na chvíli se posadit a poté, jestliže se cítí dobře, ho posílá do kabinky, aby se oblékl. Pacientovi vysvětluje jeho nynější omezení a dále ho objednává na kontrolu a odstranění stehů.

Poté sestra sklízí použitý sterilní stolek a připravuje ho k dalšímu zákroku. Použité nástroje buď dává do připravené dezinfekce lékař nebo sestra samotná. Na konci ordinační doby je sestra mechanicky očistí a připraví na sterilizaci. O jejím průběhu vede záznam do vyhrazeného sešitu.

DERMATOLOGICKÁ AMBULANCE:

Sestra v této ambulanci má velmi podobnou práci jako sestra v kasuistice č. 6, ale na rozdíl od ní v její ambulanci nejsou přijímáni nesoběstační pacienti, jelikož tato ambulance je natolik malá, že by se v ní s nimi nedalo manipulovat. Jinak je složení pacientů obdobné.

V pátek v této ambulanci probíhá kontrolní den pacientů s bércovými vředy. Sestra tyto pacienty objednává dle požadavků lékaře, zpravidla to bývá cca po 3-4 týdnech. Dále sestra vyřizuje telefonáty, které nejčastěji souvisí s objednávkami.

Při kontrole se pacienti posadí na lehátko a končetinu která bude převazovaná vyzuje a opře si ji o připravenou stoličku. Na tu sestra vždy před převazem pokládá jednorázovou podložku. Sestra si před převazem bere rukavice a po něm si myje ruce.

Ošetrovatelská bariérová péče je důsledně dodržována. Na začátku převazu sestra odstraňuje obvaz a lékař si prohlédne vřed a určí jakým způsobem ho má sestra ošetřit.

Mění-li se ošetřování vředu, je velmi důležité, aby sestra pacientovi vysvětlila jak bude dále pečovat o ránu. Názorně mu tuto péči ukazuje a ptá se jestli vše chápe. Při další kontrole zjišťuje společně s lékařem, zda pacient vše pochopil a ošetřoval se správně a jestli změna léčby byla zvolena správně a defekt se postupně zmenšuje.

Hlavním edukačním úkolem sestry v této ambulanci je informování a učení nemocných, jak mají o vřed pečovat a jak správně aplikovat bandáže dolních končetin. Sestra jim říká, jak a kdy je přikládat a vysvětluje jim jejich důležitost. Pacientům jsou předepisovány elastická obinadla a punčochy. Sestra dává pacientům žádanky, na které jim budou tyto pomůcky ve zdravotnických potřebách vydány. Dále v ambulanci dostávají obvazy a čtverce potřebné k jejich ošetření. Sestra jim při předávání těchto balíčků dává podepisovat potvrzení o převzetí, které je důležité pro pojišťovnu.

Práce těchto dvou sester je velmi zajímavá a různorodá. Střídání v různých ambulancích působí pozitivně proti stereotypu práce.

Souhrn kasuistik							
Sestra z kasuistiky č.	1	2	3	4	5	6	7
Organizace péče v ambulanci	+++	++	++	++	+++	++	++
Práce s PC	+++	+	-	++	+	++	+
Používání e-mailů pracovně	+++	-	-	-	-	-	-
Vyřizování telefonátů	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Administrativa spojená s vybíráním regulačních poplatků	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Komunikace sestry s pacientem	+	++	+	+++	+++	++	++
Používání haptiky	+	++	+++	+	+++	++	++
Fyzická zátěž při ošetřování pacientů	-	+	++	+	+	+++	+
Výskyt role manažerky	+++	++	++	++	+++	++	++
Výskyt role ošetřovatelky	+	++	+++	++	+	++	++
Výskyt role edukátorky	+	++	+	+++	+++	++	+++
Výskyt role výzkumnice	+	-	-	-	-	-	-
Výskyt role advokátky	+	+	+	+	+	+	+
Spolupráce s lékařem	+	+++	+++	++	+	++	++
Zápisy do pacientovy dokumentace	+++	+	-	++	+++	++	++
Dodržování ošetřovatelské bariérové péče	+++	++	+++	+++	+++	++	+++
Příprava sterilizace	+++	+++	-	+++	-	-	+
Úklid ordinace (vytírání, likvidace odpadu...)	+++	+++	-	-	-	-	-

- Není přítomné ++ Je přítomné ve větší míře
+ Je přítomné v menší míře +++ Je přítomné ve vysoké míře

5. Diskuse

Jako cíle této práce jsme stanovili zjistit úlohu sestry v dermatovenerologické ambulanci a zjistit náročnost její práce.

V první výzkumné otázce jsme se zaměřili na porovnání náročnosti práce sestry v dermatovenerologické ambulanci přidružené k lůžkovému oddělení ku práci sestry v soukromé dermatovenerologické ambulanci. Šetření probíhalo ve dvou ordinacích soukromého lékaře, ve čtyřech ordinacích, které jsou přidružené k lůžkovému dermatovenerologickému oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. a v dermatovenerologické ambulanci Nemocnice Tábor a.s., která nemá lůžkové oddělení s takovýmto zaměřením.

Náročnost práce sestry můžeme rozdělit na fyzickou a psychickou. Fyzická náročnost není ve většině ambulaní veliká. Jedinou výjimkou je sestra v kasuistice č. 6. Ta často sama pečuje o nesoběstačné pacienty, což je fyzicky náročné. Ostatní sestry občasně vypomáhají pacientům při odstrojování nebo jiných drobnostech, nejsou tedy fyzicky přetěžovány. Psychická náročnost práce sestry v dermatovenerologické ambulanci však není zanedbatelná. Každou profesi, kterou provází setkávání a komunikace dvou stran zatěžuje i jisté napětí. Proto může vznikat vzájemné nepochopení i mezi zdravotníky nebo mezi zdravotnickým personálem a pacienty. Častost těchto nedorozumění může způsobovat stres a podrážděnost na obou stranách.

Sestry u kterých bylo prováděno výzkumné šetření, jsou vystavovány náročné komunikaci a styku s pacienty, kteří ve velké většině trpí chronickými chorobami. V tomto tvrzení se shodujeme s Kořenovou v článku Stres v ambulanci na vlastní kůži. Autorka poukazuje na náročnost komunikace v ambulanci sfěře. V našem šetření bylo zjištěno, že sestry v dermatovenerologických ambulancích komunikaci a kontakt s pacienty zvládají bez problémů a naopak dokáží využít své zkušenosti ve svůj prospěch a samozřejmě i v prospěch pacienta.

Práce sester v ambulancích přidružených k lůžkovému oddělení je prokazatelně náročnější. Nejen že k nim přichází pacienti s ošetrovatelsky náročnými diagnózami, které k nim posílají samotní soukromí lékaři, ale také k nim do ambulaní přivázejí ke konzultaci a léčbě klienty ze sociálních zařízení. Ti mohou být ve zhoršeném fyzickém i

psychickém stavu. Do tohoto dermatovenerologického zařízení též přicházejí sociálně zanedbaní lidé a bezdomovci, sestra v tomto případě musí zvládnout péči i o takovéto pacienty profesionálně a na standardní ošetrovatelské úrovni.

V soukromých dermatovenerologických ambulancích si lékaři často své pacienty vybírají dle jejich diagnóz a lékařova dalšího zaměření v oboru. Do těchto zařízení dochází pacienti, kteří jsou relativně sociálně zabezpečeni. Ačkoli ani jeden z těchto lékařů výslovně neřekl, že by bezdomovce nebo podobně sociálně zanedbaného pacienta neošetřil. Takovíto pacienti však raději vyhledávají nemocniční ambulance, pokud se rozhodnou své zdravotní problémy řešit. Sestry v soukromých ambulancích tedy pečují o pacienty s určitými diagnózami.

Ve druhé výzkumné otázce jsem se zabývala rolemi sestry v dermatovenerologické ambulanci. V oblasti administrativní sféry sestra využívá především schopnost manažerky. Organizuje, plánuje a realizuje nejen svou práci, ale také práci lékaře. To ji staví do role vedoucího ambulance v oblasti celého chodu pracoviště. K tomu však potřebuje informace a důvěru lékaře, zkušenosti a znalosti ve specifických tohoto pracoviště. Druhá výzkumná otázka se shoduje s Grohar-Murraym, ten ve své knize Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče uvádí, že sestra manažerka je pro rozvoj a chod zdravotnického pracoviště nepostradatelná.

Všechny sestry, u kterých bylo prováděno výzkumné šetření, vypisují žádanky na další vyšetření u jiného odborného lékaře nebo jako průvodní list k odebranému biologickému materiálu. Dále je pro všechny sestry typické vyřizování telefonátů a objednávek pacientů. Tuto práci můžeme zařadit pod typické administrativní úkony sestry v dermatovenerologické ambulanci. Ostatní administrativa je již zcela individuální, dle zvyklostí jednotlivých pracovišť a jejich pracovní náplně. Např. vyplňování statistiky pro pojišťovny, žádosti pro hygienickou stanici o odebrání vzorku potenciálního alergenu z pacientova pracoviště atd.

Sestra samozřejmě též vykonává ošetrovatelskou práci, která je pro tento lékařský obor typická. Jsou jimi specifické převazy, aplikace léků intra muskulárně, aplikace mastí, typické odběry biologického materiálu, provádění kožních testů, aplikace tekutého dusíku atd. Tyto výkony popisují také autoři Schmidtová a Slaninová.

Sestra má často na starosti celou dokumentaci pacienta. Zajišťuje její doplňování, zálohování a archivaci. Sestra také vede velkou část komunikace s nemocným. Jako první s ním navazuje kontakt a proto musí zcela ovládat všechny složky komunikace. Tu mohu hodnotit ve všech zdravotnických zařízeních, ve kterých probíhalo výzkumné šetření, jako velmi dobrou. Obzvláště poté u sestry v kasuistice č. 1 a č. 5 mohu prohlásit komunikační schopnosti za výborné.

Odpověď na druhou výzkumnou otázku je taková, že sestra v dermatovenerologické ambulanci má pracovní dobu vyplněnou od začátku až do konce všemi rolmi, které jsou popsány v současném stavu (kapitola č. 1.3 a její podkapitoly). Jen role výzkumnice není viditelně zastoupena. V dermatovenerologických ambulancích pracují nejčastěji středoškolsky vzdělané sestry, a proto není výzkum v této oblasti tolik rozšířený jako na lůžkových odděleních obecně. Právě proto nelze tuto práci porovnávat s jinými studii, protože doposavad nebyly žádné vypracovány v takovémto rozsahu.

Sestra v dermatovenerologické ambulanci má mnoho úloh, které se jednotlivě prolínají v její práci. Ve třetí výzkumné otázce jsme předpokládali, že nejnáročnější sestřinou rolí v dermatovenerologické ambulanci je úloha ošetrovatelky.

Očekávali jsme, že ošetrování pacientů sestře vyplňuje nejvíce času v její pracovní době. K negativní odpovědi na tuto otázku jsme dospěli při závěrečném zhodnocení výzkumného šetření. Většina sester je zaměstnána ošetrovatelskými výkony stejně jako administrativními. Jediná sestra z kasuistiky č. 3 má ve své pracovní době více ošetrovatelské náplně nežli administrativní. To je způsobeno tím, že ona sama nemá přístup k počítači. Jediné její administrativní úkony jsou vyřizování telefonátů, objednávky pacientů, regulační poplatky a zakládání karet s dokumentací. Tato sestra je však jediná z výzkumného vzorku, která potvrzuje původní znění výzkumné otázky. Naopak u sestry v kasuistice č. 1 je administrativa stěžejní a vyplňuje velkou část její pracovní doby. Sestra je v kontaktu s pacienty jen krátkou dobu a spolupráce s lékařem při ošetrování pacientů je zcela ojedinělá. V závěru lze na tuto otázku odpovědět, že ošetrovatelská role sestry v dermatovenerologické ambulanci je stejně náročná jako role v administrativní sféře.

Souhrnná tabulka kasuistik poskytuje nejdůležitější údaje, které byly u sester zjišťovány a pozorovány. Sestra v první kasuistice má plně ve svých kompetencích chod ordinace. Její práce je především na podkladě administrativy, proto je nejvíce zastoupená sesterská role manažerky. Jako jediná sestra, u které bylo šetření prováděno zastává i roli výzkumnice, ačkoli v minimální míře. Styk s pacientem není velký, ale i v této krátké době zvládá komunikaci bez problémů. Ke komunikaci s pacienty je schopná využívat i e-mail. Sestra také provádí zápisy do pacientovy karty. Další údaje jsou ve výše zmíněné tabulce nebo v kasuistice č. 1.

Sestra z druhé kasuistiky má velmi dobrý vztah s lékařem. Navzájem si vycházejí vstřícně, za dobu 12 let co spolu spolupracují se znají natolik, že dokáží pracovat zcela synchronizovaně. Mnohdy lékař ani nemusí sestře říkat co bude potřebovat a ona už ví a je připravená v dané situaci zareagovat. Při tomto pozorování byla nalezena shoda s autorkou článku Sestra v ambulanci, Z. Pilkařovou. Autorka popisuje důležitost verbální a neverbální komunikace mezi zdravotníky a pacientem. Také Devito ve své knize Základy mezilidské komunikace poukazuje na důležitost souhry gest a mimiky společně s verbálním projevem.

Třetí kasuistika byla získána při pozorování a rozhovoru se sestrou, která pracuje v dermatovenerologické ambulanci v Nemocnici Tábor a.s. Tato sestra má nejméně náročnou práci ve srovnání se sestrou z kasuistiky č. 1 nebo kasuistiky č. 6. Ona sama ani nemá možnost vykonávat více práce jelikož nemá přístup k počítači. Komunikace sestry s pacientem je možná při ošetřování nemocného nebo v případě kdy lékařka píše zápis. Jinak komunikují pacienti hlavně s lékařkou, jelikož ona zapisuje veškeré pacientovy záznamy.

Čtvrtá kasuistika byla vypracována se sestrou z venerologické ambulance Nemocnice České Budějovice a.s. Ve venerologické ambulanci bylo umožněno provést šetření za nepřítomnosti pacienta. Toto opatření bylo odůvodněno velmi intimními problémy pacientů. Sestra v této ambulanci zastává všechny sesterské role až na jednu, kterou je role výzkumnice. Velmi blízce spolupracuje s lékařem asistujeme při jednotlivých vyšetřeních. V ambulanci je nezastupitelná.

Sestra z kasuistiky pět pracuje ve fyzikální ambulanci, která se nachází v českobudějovické nemocnici. Sestra má velmi dobré komunikační schopnosti a s pacienty má přátelský vztah, jelikož do její ambulance dochází velmi často a dlouhodobě. Na této sestře bylo pozorováno, že ji její práce opravdu těší a má z ní radost. Sama poté říká, že největší odměnou je pro ni spokojenost pacienta a jeho poděkování. Opět zde můžeme potvrdit shodu s autorem knihy *Základy mezilidské komunikace*, Devitem.

V šesté kasuistice bylo výzkumné šetření prováděno u sestry pracující v dermatologické ambulanci Nemocnice České Budějovice a.s.. Tato sestra je velmi pečlivá, svou práci plní svědomitě i přesto, že je prokazatelně ze všech sester nejvíce fyzicky zatížená. S pacienty komunikuje velmi dobře. Její práce je téměř bezchybná, jediné co ji lze vytknout, je to že při odběru krve nepoužívá rukavice. V této kasuistice byl zaznamenán rozpor z podkapitolou 1.6.1 současného stavu. Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že setra v ambulanci má možnost požádat o výměnu nebo pomoc při práci svou kolegyni. To se však týká jen sester na takovém pracovišti, kde spolupracuje větší zdravotnický tým.

V kasuistice sedm sestra pracuje během týdne na několika pracovištích. Její práce je velmi specifická a zcela jiná než pracovní náplň sester v ostatních kasuistikách. Ambulance ve kterých sestra pracuje jsou: běžná dermatologická ambulance, ambulance pracovního lékařství, ambulance pihové a melanomové poradny, asistuje lékaři při drobných operačních zákrocích na zákrokovém sálku a v pátek je v ambulanci, do které dochází pacienti na kontroly bércových vředů. Dále také zastupuje sestru na recepci dermatovenerologických ambulaní. Její práce je tedy velmi pestrá a různorodá.

Práce sestry v dermatovenerologické ambulanci je velmi různorodá a specifická. Většina sester je enormně zaměstnána administrativou spojenou s dokumentací a její archivací. Proto je vhodné se zamyslet nad tím, zda je stále nutné vést tuto dokumentaci i v tištěné podobě v dnešní době moderní výpočetní techniky.

6. Závěr

Za cíl mé bakalářské práce na téma úloha sestry v dermatologické ambulanci jsem si stanovila zjistit úlohu sestry v dermatovenerologické ambulanci a zjistit náročnost práce sestry na tomto pracovišti.

Ve výzkumném šetření mi pomáhaly tři výzkumné otázky, které jsem zvolila na počátku zpracovávání této práce. První výzkumná otázka směřovala mou pozornost na porovnávání náročnosti práce sestry v soukromé dermatovenerologické ambulanci a sestry dermatovenerologické ambulance přidružené k lůžkovému oddělení. Díky druhé výzkumné otázce jsem mohla zachytit jednotlivé role a úlohy sestry v dermatovenerologických ambulancích. Mezi ty bezesporu nejvíce využívané patří role manažerky, ošetřovaleky a edukátorky. Třetí výzkumná otázka mě vedla k zamyšlení zda je role ošetřovatelky v dermatovenerologické ambulanci ta nejnáročnější. V průběhu výzkumu jsem zjistila, že u šesti sester byla ošetřovatelská práce stejně náročná jako práce v administrativě. Pouze jedna sestra byla rolí ošetřovatelky zaměstnána nejčastěji.

Díky vypracování této práce jsem měla možnost nahlédnout do chodu odborné ambulance jak v soukromé sféře, tak i v ambulanci přidružené nemocnici. Základy práce sester v těchto ambulancích jsou stejné. Těmi jsou zvedání telefonů, objednávání pacientů a pokud bych to měla brát až do detailů tak také vaření kávy pro lékaře. V ostatních výkonech a povinnostech se práce sestry mnohdy liší. Práce sester je ovlivňována požadavky lékaře, se kterým v ambulanci pracuje. Sestra sice organizuje zcela svou práci a z části udává i pracovní tempo lékaři, avšak ten zajišťuje typy výkonů a tím i sestřinu pracovní náplň.

Jelikož jsem výzkumné šetření prováděla v době před výukou předmětu dermatovenerologie, neznala jsem specifika tohoto lékařského oboru. Díky němu jsem je měla možnost poznat a dozvědět se spoustu zajímavostí, které bych zřejmě neměla možnost získat během výuky. Možnost pozorovat sestry na jejich pracovišti, pro mě byla velice přínosná. Například jsem před návštěvou jednotlivých ambulančí neznala aplikaci epitestů, fyzikální terapii, presoterapii nebo biologickou léčbu. Jsem tedy velmi ráda, že jsem dostala příležitost rozšířit si vlastní vědomosti.

Také jsem ráda, že jsem si jako metodu výzkumu zvolila kvalitativní výzkum. Ten mi sice zabral mnoho času, jelikož jsem byla vždy určitou dobu v ambulanci, také cesta do ní mi zabrala nějaký čas a přepisované rozhovory jsem musela vyslechnout několikrát, abych vše dokázala zaznamenat. Na druhou stranu jsem díky němu měla možnost proniknout do ambulantní sféry a poznat ji tak z pohledu nezávislého zdravotníka. Dále jsem měla možnost poznat práci sestry v odborné ambulanci.

Tato bakalářská práce může být jistě využita v praxi soukromých dermatovenerologů nebo v ambulancích zdravotnických zařízení, která mají i lůžková oddělení se zaměřením na tento lékařský obor. Také může sloužit jako podklad pro výuku předmětu ošetrovatelská péče v dermatovenerologii. Práce by též mohla být využita i k prezentaci na sesterských seminářích nebo konferencích.

Věřím tedy, že jsem svých stanovených cílů dosáhla a dokázala nalézt plnohodnotné odpovědi na výzkumné otázky.

7. Literatura

1. BAMBUŠKOVÁ, V., MATĚJKOVÁ, J. Návuk komunikace s nemocným – moderní přístup - článek časopisu *Diagnóza v ošetrovatelství*, str. 27; 2008 č. 2. ISSN 180-1349.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ V. *Výzkum v ošetrovatelství* 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86s. ISBN 80-7013-439-9.
4. ČECHOVÁ, S. Duševní a fyzické zdraví – předpoklad úspěchu sesterské profese – článek časopisu *Diagnóza v ošetrovatelství*, str. 114; 2007 č. 3. ISSN 180-1349.
5. ČERVENKOVÁ Z. *Hranice v psychice sestry mezi profesní rolí a rolí matky a manželky* [online]. [cit.2008-12-24]. Dostupné z: http://www.instrumentarky.cz/si/detail-clanku-hranice-v-psychice-sestry-meziprofesni-rolia-rolimatkya-manzelky_420.html?PHPSESSID=3223c46e9047c0ee3bf1932484aebab5
6. DEVITO, J.A. *Základy mezilidské komunikace*. 1.vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2001. 420s. ISBN 80-7169-988-8.
7. DŽUMELOVÁ, M. Efektivní komunikácia v ambulanci – článek časopisu *Sestra SK*, str. 16-17; 2005 č. 10. ISSN 1335-9444.
8. EISENKOLBOVÁ K. *Kvalitní edukace je předpokladem aktivní spolupráce pacienta s ošetrojícím personálem* [online]. [cit.2008-12-24]. Dostupné z: http://www.cksonline.cz/14-vyrocnisjezd-cks/print.php?p=printabs_program&id=537
9. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKO, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
10. FARKAŠOVÁ, D., *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
11. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2003. 320s. ISBN 80-247-0267-3.

12. GUČKOVÁ, M. Fyzická zátěž sester – článek časopisu Sestra, str. 21; 2007. č. 6. ISSN 1335-9444.
13. CHUDOBOVÁ, N. Sestra a její životní styl – článek časopisu Sestra SK, str. 44; 2007. č. 5-6. ISSN 1335-9444.
14. KOCANOVÁ, M. Získat' důveru pacienta – článek časopisu Sestra SK, str.37; 2005 č. 6. ISSN 1335-9444.
15. KOŘENOVÁ, I. Stres v ambulanci na vlastní kůži – článek časopisu Florenc, str. 401; 2008. č. 10. ISSN 1801-464X.
16. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ R. Ošetřovatel'stvo. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 836 s. IBSN 80-217-0528-0.
17. KINDLOVÁ, M. *Bariérová ošetrovatelská péče* [online]. [cit.2008-12-6]. Dostupné z:
http://www.eamos.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=1&kod_kurzu=kos_392
18. KRAMÁŘOVÁ, A. *Výročí otevření první státní ošetrovatelské školy v roce 1916* [online]. [cit.2009-1-24]. Dostupné z: http://www.instrumentarky.cz/si/detail-clanku-vyroci-otevreni-prvni-statni-oseetrovatelske-skoly-v-roce-1916_405.html
19. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. Duševní hygiena zdravotní sestry. 1. vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
20. KUTNOHORSKÁ, J. Výzkum v ošetrovatelství. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství, *Sborník příspěvků I. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. 1.vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filosofickopřírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2006. 109 s. ISBN 80-7248-388- 9.
21. MAŘAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J. Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi. 1. vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2006. 184 s. ISBN 80-247-1673-9.
22. MACH, J. Medicína a právo. 1.vyd. Třebíč: C . H. BACK, 2006. 257s. IBSN 80-7179-810-X.
23. MAGERČIAKOVÁ, M. Využitie internetu pri edukácii – článek časopisu Sestra SK, str. 16-17; 2005 č. 7-8. ISSN 1335-9444.
24. MASTILIAKOVÁ, D. Holistické postupy v péči o zdraví. 1.vyd. 1999. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníkův zdravotnictví,164 s. ISBN 80-7013-277-9.

25. MOUREK, J. Fyziologie-učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 1. vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
26. PEASE, A. Řeč těla. 1.vyd. Praha : Portál, 2001. 144 s. ISBN 80-7178-582-2.
27. PILIAROVÁ, Z. Sestra v ambulanci – článek časopisu Sestra SK, s.9; 2006 č. 3-4. ISSN 1335-9444.
28. POCHYLÁ, K. České ošetrovatelství 1 Koncepce českého ošetrovatelství Základní terminologie Ediční řada – Praktická příručka pro sestry. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
29. POKORNÁ, A. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 1.vyd. : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.
30. POKORNÁ, R. Zásady hygieny rukou – článek časopisu Diagnóza v ošetrovatelství, str. 12 -14; 2008. č. 2. ISSN 180-1349.
31. ROZSYPAL H. *Nozokomiální infekce* [online]. [cit.2008-10-18]. Dostupné z:<http://www1.lf1.cuni.cz/~hrozs/expoz1.htm>
32. SCHMIDTOVÁ, Z. a KOLEKTIV AUTOROV. Vybrané odbory ošetrovatel'stva. 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. 113 s. IBSN 978-80-8063-295-3
33. SLANINKOVÁ, S. Využitie fototerapie v dermatológii – článek časopisu sestra SK, s.38-39; č. 6. 2005 ISSN 1335-9444.
34. SZÉP, Z., SLANINKOVÁ, S. Význam kožních biopsií v dermatológii – článek časopisu Sestra SK, str.34; 2005 č. 6. ISSN 1335-9444.
35. ŠIŠLÁKOVÁ, P. Udržování duševního zdraví sestry – článek časopisu Sestra, str. 20; 2006, č. 7- 8. ISSN 1335-9444.
36. ŠKUBA, J. Nové pojetí vzdělání mění historickou podobu profese - článek časopisu Florence, str. 60-61;2006, č. 2. ISSN 1801-464X.
37. ŠKUBOVÁ, J. Pár slov k běhu českého ošetrovatelství - článek časopisu Florence, str.195; 2007, č.5. ISSN 1801-464X.
38. ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R. Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. 257 s. IBSN 978-80-8063-287-8

39. ŠPIRUDOVÁ, L. *Sesterská profesní role sesterská profesní role „advokáta pacienta“* [online]. [cit.2008-12-26]. Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/Interni-medicina-pro-praxi-12-2006-0010-SESTERSKA-PROFESNI-ROLE-ADVOATA-PACIENTA.pdf>
40. TEREKOVÁ, V. Zdravotnovýchovné pôsobenie sestry na pacienta s atopickou dermatitidou a na jeho rodinu – článok časopisu Ošetrovatel'ský obzor, str.33-35;2005, č.1-2. ISSN 1336-5606.
41. TIBENSKÁ, A. Management atopickéj dermatitídy – článok časopisu Sestra SK, str.40; 2005 č. 6. ISSN 1335-9444.
42. VÁCLAVÍKOVÁ, M. Dotek jako forma komunikace – článok časopisu Sestra, str.37; 2006 č. 4. ISSN 1801-464X.
43. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2006. 144s ISBN 80-247-1262-8.
44. VOSMÍK F. *Historie české dermatovenerologie* [online]. [cit.2008-10-18]. Dostupné z: http://www.lfhk.cuni.cz/dermat/verze_cz/historie_cesder.htm
45. WORKMAN, B., BENNETT, C. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2006. 260s. ISBN 80-247-1714-X.
46. ZEMANOVÁ, D. Psychologický přístup k pacientom v odborném ambulanci – článok časopisu Sestra SK, str.36; 2005 č. 6. ISSN 1335-9444.
47. Věstník Ministerstva Zdravotnictví č. 13/2002 [online]. [cit.2008-11-1]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/402-vestnik-132002.html>
48. Věstník Ministerstva Zdravotnictví č. 9/2005 [online]. [cit.2008-11-1]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/362-vestnik-92005.html>
49. Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče; [online]. [cit.2008-11-17]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb05195&cd=76&typ=r>
50. *1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Dermatovenerologická klinika* [online]. [cit.2008-11-1]. Dostupné z: <http://kozni.lf1.cuni.cz/article.asp?nDepartmentID=1551&nArticleID=4430&nLanguageID=1>
51. *Klasifikace a náplň oboru* [online]. [cit.2008-12-6]. Dostupné z: http://www.lfhk.cuni.cz/dermat/verze_cz/napln_koncepce_der_b1.htm

Klíčová slova:

Ambulance

Dermatovenerologie

Komunikace

Pacient

Práce

Role

Sestra

Úloha

PŘÍLOHY:

Příloha č. 1:

Obrázek průřezu kůží

Příloha č. 2:

Seznam infekčních onemocnění, při nichž se nařizuje izolace na lůžkových odděleních nemocnic nebo léčebných ústavů a u nemocí, jejichž léčení je povinné

Příloha č. 3:

Standardní postup pro mytí a dezinfekci rukou

Příloha č. 4:

Formulář - Incidence a léčba novotvaru

Příloha č. 5:

Vzor pro odečítání epikutálních testů

Příloha č. 6:

Formulář vyplňování pozitivivity epikutálních testů

Příloha č. 7:

Hlášení pohlavní nemoci

Příloha č. 8:

Prohlášení o chování v případě diagnostikované kapavky nebo syfilidy

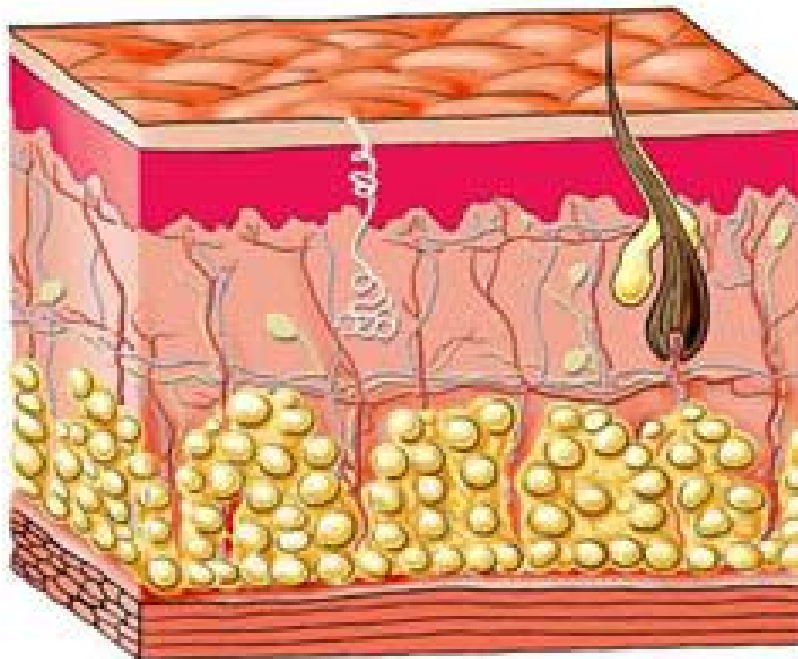
Příloha č. 9:

Informovaný souhlas k aplikaci fototerapie

Příloha č. 10:

Pozorovací arch

Příloha č. 1:
Obrázek průřezu kůže



Zdroj: Zdroj – webové stránky [online] Dostupné z: <http://www.estetika-most.cz/images/cel2.jpg>

Příloha č. 2:

Seznam infekčních onemocnění, při nichž se nařizuje izolace na lůžkových odděleních nemocnic nebo léčebných ústavů a u nemocí, jejichž léčení je povinné

1. Akutní virové záněty jater
2. Antrax
3. Dengue
4. Hemoragické horečky
5. Cholera
6. Infekce CNS mezilidsky přenosné
7. Mor
8. Paratyfus
9. Syfilis v I. a II. stadiu
10. Přenosná dětská obrna
11. Pertuse v akutním stadiu
12. Rickettsiózy
13. SARS a febrilní stavy nezjištěné etiologie s pozitivní cestovní anamnézou
14. Spalničky
15. Trachom
16. Tuberkulóza
17. Tyfus břišní
18. Úplavice amébová
19. Úplavice bacilární v akutním stadiu onemocnění*
20. Záškrt
21. Další infekce podléhající hlášení Světové zdravotnické organizaci

*** v případě bezpříznakového nosičství původce onemocnění je možné propustit pacienta do domácího prostředí pouze se souhlasem orgánu ochrany veřejného zdraví**

Zdroj – Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče; [online]. [cit.2008-11-17]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2005/sb071-05.pdf>.)