

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. Alena Polanová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Problematika ošetrovatelské péče v traumacentrech České republiky**

Diplomová práce

Vedoucí práce:  
doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

Autor:  
Bc. Alena Polanová

2010

## Abstract

The thesis deals with the issues of nursing care in trauma centres in the Czech Republic. Injuries requiring complex and multidisciplinary treatment apart from surgery therapy are still more frequent nowadays. This is why trauma centres have been established in the Czech Republic. Their establishment increases demands for caring staff of non-physician fields. These increasing demands are of mental and physical character and of course demands for further education.

The aim of the thesis was to find what opportunities nurses of trauma centres have in the field of further education, what are their biggest problems and how they cope with mental and physical stress in their work. The following hypotheses were set upon qualitative research in the form of unstructured interviews with nurses of trauma centres. Hypothesis 1: Nurses working in trauma centres prefer specialization education to tertiary education. Hypothesis 2: Nurses working in trauma centres cooperate with nurses from other clinical branches on provision of nursing care. Hypothesis 3: Nurses working in trauma centres get education not only in traumatology, but also in further clinical fields. Hypothesis 4: Nurses working in trauma centres cope with mental stress. Hypothesis 5: Nurses working in trauma centres cope with physical stress.

Quantitative research in the form of questionnaires was applied on confirmation or refutation of the hypotheses. The research sample consisted of nurses working in trauma centres in the Czech Republic. Upon evaluation of the results hypotheses 1, 2 and 5 were confirmed and hypotheses 3 and 4 were refuted. The research results confirm that the work of nurses in trauma centres is hard in terms of mental and physical stress. There are still some reserves in further education of nurses not only on the part of the top managements but also on the part of the health care staff themselves. The thesis result may help in recruiting new staff to departments where the expected psychological and physical intensity might be an incentive to the care about an employee in the field of mental hygiene and improvement of interdisciplinary cooperation in trauma centres in the Czech Republic.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma: Problematika ošetrovatelské péče v traumacentrech České republiky jsem vypracovala samostatně pouze s použitím 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 své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 16. 8. 2010

.....  
Bc. Alena Polanová

### **Poděkování**

Chtěla bych tímto poděkovat doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi ochotně poskytla během tvorby této práce.

## Obsah

Úvod .....	3
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Historie úrazové chirurgie.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Úraz.....</b>	<b>6</b>
1.2.1 Epidemiologie a sociální důsledky úrazů.....	7
1.2.2 Koncepce úrazové chirurgie.....	8
1.2.3 Složky poskytující péči o úrazové pacienty.....	10
1.2.4 Traumatologický plán.....	11
<b>1.3 Ošetrovatelská péče v traumacentrech.....</b>	<b>13</b>
1.3.1 Ošetrovatelská péče podle některých multidisciplinárních oborů.....	14
1.3.2 Potřeby pacienta hospitalizovaného s úrazem.....	17
1.3.3 Monitoring v intenzivní péči pacientů s úrazem .....	19
1.3.4 Komunikace s pacienty se specifickými potřebami na traumatologickém oddělení.....	20
1.3.5 Ošetrovatelská péče na traumatologickém oddělení v zahraničí.....	22
<b>1.4 Vzdělávání sester pracujících v traumacentrech ČR .....</b>	<b>24</b>
1.4.1 Specializační studium – intenzivní péče.....	27
1.4.2 Certifikační kurzy.....	28
<b>1.5 Kompetence sester.....</b>	<b>29</b>
<b>1.6 Zdravotnický tým.....</b>	<b>31</b>
1.6.1 Multidisciplinární péče v traumacentrech.....	32
<b>1.7 Psychická a fyzická zátěž sester v ošetrovatelské péči pacientů v traumacentrech.....</b>	<b>33</b>
<b>1.8 Fyzická zátěž sester v ošetrovatelské péči.....</b>	<b>38</b>
1.8.1 Únava.....	39
<b>2 Cíle práce a hypotézy .....</b>	<b>41</b>
<b>2.1 Cíle práce.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2 Výzkumné otázky.....</b>	<b>41</b>
<b>2.3 Hypotézy .....</b>	<b>41</b>

<b>3 Metodika .....</b>	<b>42</b>
<b>3.1 Metodika a technika šetření.....</b>	<b>42</b>
<b>3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....</b>	<b>42</b>
<b>4 Výsledky .....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Kvalitativní šetření .....</b>	<b>43</b>
4.1.1 Výsledky kvalitativního šetření .....	57
<b>4.2 Výsledky kvantitativního šetření.....</b>	<b>62</b>
4.2.1 Grafy a tabulky.....	62
4.2.2 Výsledky psychické nezdolnosti sester – - dotazník S.O.C. A.Antonovského.....	94
<b>5 Diskuze .....</b>	<b>98</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>108</b>
<b>7 Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>110</b>
<b>8 Klíčová slova .....</b>	<b>116</b>
<b>9 Přílohy.....</b>	<b>117</b>

## Úvod

V současné době se nároky na zdravotnický personál, který pracuje v traumacentrech České republiky stále zvyšují. Je to dáno vyšším počtem úrazů a s tím souvisí i vyšší počet pacientů, kteří jsou na těchto odděleních hospitalizováni, někdy agresivitou pacientů nebo příbuzných a v neposlední řadě nárůstem pacientů cizinců, což pro ošetřující personál znamená překonávání jazykové bariéry. Práce na těchto odděleních je pro zdravotnický personál čím dál více i fyzicky, ale hlavně psychicky náročnější, což může mít za následek odchod personálu na jiná, méně náročná oddělení.

Problematiku ošetrovatelské péče v traumacentrech lze chápat různě. Někdo se zaměří na kvalitu ošetrovatelské péče v traumacentrech, jiný zase na spokojenost pacientů s touto péčí a další pod pojmem ošetrovatelská péče může vidět schopnosti, dovednosti a znalosti sester. Dá se říct, že všechny tyto oblasti spolu navzájem souvisí. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči je nutné, aby sestra, která pracuje v traumacentrech, byla vzdělaná a měla znalosti a dovednosti z jiných klinických oborů, protože právě v odvětví traumatologie více než v jiném, je velmi důležitá mezioborová spolupráce. V neposlední řadě musí být zdravotnický personál pracující v traumacentrech psychicky a fyzicky zdatný.

Práce by měla zmapovat, jak funguje mezioborová spolupráce v traumacentrech, co si sestry myslí o své práci a její náročnosti a jestli určité aspekty ovlivňují jejich práci. Měla by ukázat nejen problémy, ale i možná řešení, aby bylo dosaženo opravdu kvalitní ošetrovatelské péče v traumacentrech České republiky.



## 1 Současný stav

### 1.1 *Historie úrazové chirurgie*

Traumatologie neboli úrazová chirurgie, je speciální chirurgický obor. Zabývá se naukou o ráně, o poranění a jejich léčení (35).

Úrazovou chirurgii lze v přeneseném slova smyslu označit jako moderního pokračovatele středověkého ranhojičství. Pud sebezáchovy nutil vždy člověka, tedy i v prehistorii, aby ošetřil svá zranění, ke kterým došlo v boji nebo na lovu. Tento pud hnál člověka, aby si zakryl ránu, stavěl krvácení, zklidnil poraněnou končetinu. Zde je vidět, že ošetřování poraněných patří k nejstarší léčebné činnosti lidstva. Některé archeologické nálezy dokazují, že naše předky postihovaly nejen stejné úrazy jako dnešního člověka, ale také se tyto úrazy léčením hojily a zhojily (35).

Nejstarší učebnicí chirurgie je učebnice traumatologie, ze starého Egypta, pocházející z první poloviny let 1 700 před naším letopočtem. Jedná se o papyrus Edwina Smitha (pojmenovaný po svém nálezci) obsahující 48 kazuistik o provedených chirurgických výkonech například repozice, kastrace, incize. Avšak tento papyrus je vlastně opis mnohem staršího textu, který pochází pravděpodobně již z let kolem 2500 až 3 000 před naším letopočtem. Jedná se o starší učebnici traumatologie, tzv. „kniha o tom, jak zacházet s ranami.“ Je zde popsána diagnostika, terapie a prognóza jednotlivých poranění. Je postupováno systematicky od hlavy směrem dolů. Ovšem text učebnice končí při popisu poranění hrudní páteře – náhle uprostřed stránky, věty i slova. Babylonská a Asterská škola chirurgie byla pod vlivem astrologie. Podle pravidel této doby byl lékař zcela zodpovědný za pacienta. Jestliže byla léčba neúspěšná, mohl být lékař potrestán smrtí. Časem se chirurgie postupně rozšířila po celém světě, kdy vysoká úroveň chirurgie byla zaznamenána hlavně v Indii. Zde se, kromě léčení zlomenin a úrazů, prováděly i břišní operace, střevní anastomózy a odstraňování močových kamenů. Staroindické lékařství znalo již princip tahu a protitahu při léčení zlomenin (30,59).

Traumata vznikala samozřejmě nejvíce v bitvách. „Již Římané měli pro své legie „trauma-systém“ od triage až po specializované nemocnice pro zraněné v boji (valetudinaris).“ (6, s. 35).

Baron Larrey, který byl chirurgem Napoleona Bonaparteho, definoval složky tohoto systému. Za prvé triage – rychlý odvoz zraněného z místa úrazu „létající ambulancí“ a za druhé definitivní ošetření v „trauma centru“, které bylo zřizováno za bitevní linií (6).

První úrazové nemocnice v Evropě byly založeny v roce 1893 v Halle a v Bochumi, kde byli ošetřováni hlavně horníci. Založení těchto nemocnic vzniklo z popudu německých odborových svazů. Díky dobrým zkušenostem, navrhl Lorenz Böhler v roce 1919 Všeobecné rakouské dělnické pojišťovně ve Vídni založení vlastní úrazové nemocnice. Návrh byl přijat a nemocnice byla otevřena v roce 1925. Ta se brzy stala nejen vzorem, ale i školou pro chirurgy, kteří ošetřovali zlomeniny. Dobré léčebné výsledky přinášely jak snížené náklady na léčení, tak odškodňování poúrazových následků. První Úrazová nemocnice u nás se začala stavět v roce 1931 v Brně na Ponávce, kdy pružně na pokrok reagovala Úrazová pojišťovna dělnická pro Moravu a Slezsko. Nemocnice byla otevřena v roce 1933 a jejím ředitelem byl jmenován prof. Vladimír Novák (1891 – 1965), který položil základy úrazové nemocnici v České republice (42).

K rozvoji traumatologie v posledních desetiletích přispělo pochopení patofyziologie poúrazové odezvy organismu na trauma, pokroky v anestezii, v resuscitaci, používání antibiotik atd. Na počátku 20. století byla traumatologie součástí obecné chirurgie a až v roce 1990 byla ustanovena samostatná Česká společnost pro úrazovou chirurgii. Úrazová chirurgie byla uznána samostatným nástavbovým specializačním oborem chirurgie, tím se naše traumatologie přizpůsobila současným evropským trendům v péči o raněné. Jestliže se hovoří o traumatologii, nelze opomenout vývoj dětské traumatologie u nás. K tomuto vývoji pomohl přístup k poranění dětského skeletu. Zpočátku byla tato poranění brána pouze okrajově a byla zcela přidružena k traumatologii dospělého věku. Ovšem postupně vznikala éra úrazové dětské chirurgie, hlavně díky Tošovskému. Byly vydány práce (Typovský, 1981 a

Tošovský, 1982), které se v té době staly skoro jediným validním zdrojem informací. Postupně na tuto práci navazovali Tošovského žáci. V současné době nejvíce ovlivňuje vývoj v dětské traumatologii Havránek P. (7, 42).

Traumatologie je obor multidisciplinární, protože musí v ošetřování mnohočetných poranění spolupracovat skoro se všemi medicínskými odbornostmi. Je také oborem meziodvětvovým, jelikož spolupracuje se všemi státními resorty v rámci prevence úrazů. Důležitá je i spolupráce s výzkumem, kdy úkolem je zabránit vzniku takových technologií a výrobků, které by způsobovaly jakékoli úrazy člověka. V neposlední řadě musí spolupracovat i na vývoji nových zdravotnických prostředků (osteosyntetických materiálů, náhrad kloubů atd.) a na vývoji biotechnologií, které by umožnily odstraňovat trvalé následky způsobené úrazy, a zároveň pomohly navrátit pacienta do běžného života (39).

## ***1.2 Úraz***

Úraz bývá různě definován, uvádíme nejčastější definice. Jedna z řady definic úrazu zní: „Úraz je náhlá událost působící na organismus zvenčí a poškozující jej. Doba působení násilí bývá krátká nebo je časový úsek určitým způsobem vymezen.“ (72, s. 141).

Další definice udává, že: „Úraz je tělesné poškození, které vzniká nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil.“ (42, s. 19).

A ještě jedna definice: „ Polytrauma označuje současné poranění nejméně dvou tělesných systémů, z nichž postižení alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace ohrožují základní životní funkce.“ (50, s. 186).

Každý úraz má svou příčinu a úrazový děj. Úrazovým dějem nazýváme událost, při které dojde ke vzniku úrazu. Hlavní faktory, které se podílejí na vzniku úrazu, jsou vlivy mechanické, fyzikální, chemické, biologické a samozřejmě i jejich kombinace, ale zároveň i stav organismu v době poškození. Sem můžeme zařadit únavu, přepracování, požití alkoholu, léků či vyčerpání. Podle Nováka můžeme rozdělit úrazy na domácí,

pracovní průmyslové, pracovní zemědělské, dopravní, sportovní a tělovýchovné a kriminální (73).

*Dopravní úrazy* – jsou jedním z největších problémů traumatologie ve všech vyspělých zemích. Počet dopravních úrazů nejen že stoupá, ale zvyšuje se i jejich závažnost. Velmi často se jedná o mnohočetné úrazy, polytraumata. Charakteristické u dopravních úrazů je, že bývá postiženo i více osob.

*Pracovní úrazy* - většinou se jedná o poranění horních končetin. Je možné zde vidět řezné, bodné, sečné rány, ale i devastující poranění ruky nebo ztrátová poranění. Lze se setkat i s mnohočetnými úrazy či polytraumaty například po pádu z výšky nebo přimáčknutím břemenem, zavalením a tak podobně. Pracovní úrazy se tedy liší podle povahy pracovní činnosti.

*Zemědělské a lesnické úrazy* – zde dochází k nejtěžším mnohočetným úrazům při převrácení zemědělského stroje, v lesích zavalením padacím stromem při těžbě dřeva.

*Domácí úrazy* – do této kategorie zařazujeme pády na mokré podlaze, pády z malé výšky, ale také úrazy při práci na zahrádce.

*Sportovní úrazy* – většinou se jedná o končetinová poranění

*Kriminální úrazy* – těchto úrazů v poslední době přibývá. Spadají sem úrazy, které vznikají při násilné trestné činnosti, při rvačkách, převládají poranění střelná, dále to jsou rány sečné, bodné, ale i následky úmyslných výbuchů (42).

### *1.2.1 Epidemiologie a sociální důsledky úrazů*

Každý rok je v průměru hospitalizováno ve zdravotnických zařízeních s úrazem 1,2 % obyvatel a 6 % je ošetřeno ambulantně. Poměr mužů a žen je 1:2. Další statistické údaje uvádí, že téměř 10 % všech, kteří jsou hospitalizováni, tvoří pacienti s úrazy. Náklady na léčení jsou velmi vysoké. Do nákladů je započítáno nejen léčení, ale i společenské ztráty následkem úrazů. Například, jestliže je 25 letý pracovník v pracovní neschopnosti jeden rok, tak tento výpadek stojí společnost 2 – 3 miliony Kč. Započítány jsou náklady na léčení, sociální dávky a společenský produkt. Varující je, že mortalita u úrazů dospělých je na čtvrtém místě, a to po onemocnění srdce, nádorových

onemocnění a cerebrovaskulárních onemocnění. Ovšem v kategorii lidí do 40 let, kteří zemřeli následkem úrazu, se dostáváme na první místo. Při pohledu na celosvětový přehled o výskytu úrazů, chorob a o příčinách smrti je udáváno, že v roce 1990 zemřelo 5,1 milionů lidí, kdy úraz byl uveden jako bezprostřední příčina (6, 73).

Jak z výše uvedeného vyplývá, tak na léčení úrazů a jejich následků se vynakládají nemalé prostředky a náklady se stále zvyšují. Ale úroveň péče o zraněné nezávisí jenom na odborné kvalifikaci lékařů a zdravotnického personálu, ale zároveň i na komplexním zajištění a funkci záchranných systémů. Na péči o pacienty s úrazy a po úrazu se postupně podílejí různí odborníci, složky a instituce. V popředí je především organizační stránka. Zákonitě proto došlo k tomu, že traumatologové v řadě evropských zemí se shodli na tom, aby úrazová chirurgie byla koncentrována do velkých nemocničních středisek – traumacenter. Pod vedením specializovaného úrazového chirurga zde pracují týmy dalších odborníků (anesteziologie a resuscitace, všeobecný chirurg, cévní chirurg, hrudní chirurg, neurochirurg, urolog, kardiochirurg, ORL lékař, oftalmolog, stomatochirurg, plastický chirurg, ortoped a další). Je také nutná návaznost na komplement – radiologického oddělení, laboratorní úsek a transfuzní stanici (35).

### *1.2.2 Koncepce úrazové chirurgie*

Při charakteristice oboru úrazové chirurgie, lze říci, že zajišťuje komplexní péči o úrazy a o následky úrazů. Tato péče je poskytována buď v rámci vlastního oboru, nebo v úzké spolupráci s dalšími medicínskými obory. Je nutné, aby mezioborová spolupráce byla bez problémů a hlavně jednotná. Řízení se vždy ujímá úrazový chirurg. Největším problémem úrazové chirurgie je každoroční nárůst počtu úrazů. Jsou to úrazy z dopravních nehod, sportovní, pracovní, ale hlavně úrazy, které přímo ohrožují pacienta na životě, polytraumatu. Například na ambulanci úrazové a plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice a.s. bylo v roce 2005 ošetřeno celkem 44,4tisíce lidí, což je skoro o šest tisíc pacientů více než v roce 2004 (38, 54).

Tabulka 1 Počet ošetřených pacientů v traumacentru České Budějovice (54, 66, 67, 68).

Oddělení úrazové chirurgie České Budějovice	hosp.pacientů	amb.ošetřeno pacientů	Celkem ošetřeno
1989	1901	8289	10190
2003	4015	33668	37683
2005	4147	40274	44421
2007	4027	45774	49801
2008	4446	40127	44573

Péče o úrazové pacienty vyžaduje velmi dobře organizovanou první pomoc, kvalitní přednemocniční zdravotní péči, vysoce kvalifikované a vzdělané zdravotnické pracovníky, špičkové materiálně – technické vybavení úrazových pracovišť – traumatologických center. Tato centra by měla být rovnoměrně rozmístěna po celém území České republiky. Rozdělení a jejich počet je dán Vyhláškou ministerstva zdravotnictví č.134/1998 Sb. – 503. Traumacentra působí v rámci velkých nemocnic jak státních, tak i v nemocnicích, která patří městům. Traumacentra musí být schopna zajistit komplexní ošetření pacientů s polytraumatem v nepřetržitém provozu. to znamená, že je nutné, aby byl vždy k dispozici zkušený mezioborový tým lékařů pod vedením úrazového chirurga. Věstníkem MZ ČR č. 6/2002 bylo vydáno závazné opatření o traumatologické péči v České republice. Záměrem závazného opatření je, aby vysoce specializovaná nákladná péče byla koncentrována do odpovídajícím způsobem vybavených zdravotnických zařízení, aby bylo zdokonaleno směřování pacientů v přednemocniční fázi zdravotní péče a v neposlední řadě bylo nutné zlepšit návaznost přednemocniční péče na nemocniční zdravotní péči (5, 38, 60).

Ve Věstníku MZ ČR č.6/2002 je specifikováno, které úrazové diagnózy a stavy u dospělých vyžadují péči v Traumacentru. Jsou to například:

- polytraumata
- kranocerebrální poranění s přetrvávající poruchou vědomí
- závažná maxillofaciální poranění
- sériové zlomenina žeber s nestabilitou hrudní stěny

- závažná poranění nitrobřišních orgánů
- dislokované zlomeniny acetabula, pánevního kruhu
- rozsáhlé devastace měkkých tkání a končetinové amputace, které potřebují spolupráci traumatologa a mikrochirurga
- zlomeniny dlouhých kostí, jež jsou spojené s cévním a nervovým poraněním
- etážové a vícečetné zlomeniny dlouhých kostí a mnoho dalších (60).

Léčení těchto úrazů je třífázové:

1. fáze - první pomoc, která je poskytnuta před péčí odborné ambulance nebo nemocnice,
2. fáze - léčení v ambulancích a nemocnicích,
3. fáze - se zaměřuje na rehabilitaci a resocializaci úrazových nemocných

Je důležité si uvědomit, že náplní oboru úrazové chirurgie je nejen léčení úrazů v ambulancích nebo v nemocnicích, ale patří sem i prevence. V primární prevenci se podílí na plnění společenských programů, které jsou zaměřeny na prevenci úrazovosti, do sekundární prevence je zařazeno vypracovávání léčebných postupů, jež mají zabránit či snížit množství trvalých následků (38).

### *1.2.3 Složky poskytující péči o úrazové pacienty*

Péče, která je poskytována pacientům s úrazy, je rozložena do několika složek. Na první místo lze zařadit zdravotnickou záchrannou službu, kde v rámci integrovaného záchranného systému poskytuje zdravotnický personál prvotní péči na místě nehody a po vyhodnocení závažnosti a rizika ohrožení životních funkcí, provede transport do zdravotnického zařízení. Tuto činnost zajišťuje zdravotnický personál.

Další složkou, která poskytuje péči je ambulantní péče. Zde jsou ošetřováni pacienti s úrazy, kteří nemají ohroženy životní funkce ani životní orgány. Péči poskytují lékaři dle odborností - úrazová chirurgie, dětská chirurgie, plastická chirurgie, ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, neurochirurgie, ORL a další (38).

Pacienti, kteří vyžadují hospitalizaci, jsou léčeni v nemocnicích. Máme několik typů nemocnic, ale ne v každém typu lze zajistit kvalitní lékařskou a ošetrovatelskou

péči, proto „krajské nebo fakultní nemocnice zřizují traumatologická centra jako samostatné úrazové oddělení nebo kliniky úrazové chirurgie, které zajišťují v regionu nepřetržitou komplexní péči o nejzávažnější úrazy od diagnostiky přes léčbu a rehabilitaci až po resocializaci.“ (38, s. 4.) Vedoucím lékařem traumacentra a zároveň krajským metodikem, koordinujícím traumatologickou péči v kraji, je úrazový chirurg. Tato pracoviště přebírají všechny složité úrazy z pracovišť nižšího typu. Dále se traumacentra podílejí na vědecké a výzkumné činnosti, slouží i jako akreditovaná pracoviště pro výuku. Velmi důležitou součástí péče o pacienty s úrazy jsou pracoviště, která poskytují následnou speciální péči. Sem patří spinální centra a rehabilitační ústavy (38).

Aby bylo možné určit, zda pacienti budou léčeni v ambulantní složce nebo bude nutná hospitalizace, je důležité klinické vyšetření poraněných/pacientů. Každý pacient, který utrpěl úraz a dostavil se k ošetření, musí být důkladně vyšetřen a správně ošetřen. Před vyšetřením je důležité zklidnit nejen pacienta, ale často i doprovod zraněného, protože velmi často bývá psychický stav pacienta narušen úrazem. Vyšetření začíná odebráním úrazové anamnézy – to znamená čas, příčina, průběh. Po té následuje objektivní vyšetření. *Inspekcí* se sleduje zbarvení kůže, sliznic, otoky, rány, jizvy. Následuje *palpace*, kdy je nutné, aby vyšetření nezačínalo na místě, kde je poranění, aby nedošlo ihned na začátku vyšetření k vyvolání bolesti. Při tomto vyšetření je jemně zkoušena tahová a tlaková bolest, patologická hybnost. Při *funkčním testování* je zraněný požádán, aby sám aktivně provedl končetinami flexi, extenzi a rotaci, tedy základní pohyby končetin, dále eventuelně chůzi, stoj na jedné noze. Následuje *testování kožní citlivosti*, kontrola *prokrvení* a *rentgenové vyšetření* (73).

#### 1.2.4 Traumatologický plán

Traumatologický plán je důležitou organizační součástí léčebně preventivní péče, upravuje způsob odborného lékařského vyšetření a lékařské péče a obsahuje zásady a postupy při poskytování zdravotnické pomoci obyvatelstvu či jednotlivým osobám, které byly v souvislosti s radiční havárií ozářeny nebo postiženy kombinací



polytraumatu, a také osobám, které zajišťují úkoly vedoucí ke snížení ozáření nebo které provádějí záchranné práce a které byly v souvislosti s radiační havárií ozářeny nebo postiženy kombinací polytraumatu. Traumatologický plán obsahuje též způsob zabezpečení zdravotnické pomoci evakuovanému obyvatelstvu. Z výše uvedeného vyplývá, že traumatologický plán musí být vypracován v každé nemocnici jako organizační opatření pro jednotlivé úrovně řízení a musí být k dispozici na každém oddělení nemocnice (37, 63).

Smyslem traumatologického plánu je vytvoření uceleného systému poskytování zdravotní péče v podmínkách havarijní situace, respektování kompetencí základních složek IZS. Jedním z cílů zdravotní péče je zachování života, zachování životních funkcí a zmenšení utrpení postižených. Dalším cílem traumatologického plánu je zajištění funkční návaznosti přednemocniční neodkladné péče na následnou neodkladnou péči v nemocnici. Jde o zdravotní péči, která je přizpůsobená požadavkům v místě havárie, během transportu raněných a v nemocnici. Velmi důležitá je dobrá organizace řízení a koordinace zdravotní péče (56, 57).

Traumatologický plán musí začít fungovat ihned, jakmile nemocnice přijme oznámení o hromadném počtu postižených z operačního střediska zdravotnické záchranné služby. Součástí traumatologického plánu bývá operativní systém výjezdních skupin, které jsou složeny z profesionálních zdravotnických pracovníků – jeden lékař, jedna sestra a sanitní vozidlo s řidičem. Skupiny jsou určeny k posílení činnosti Zdravotnické záchranné služby. V organizování poskytování nemocniční péče má každý svůj úkol. Starší traumatolog a chirurg ve službě podle rozsahu hromadného neštěstí připravuje své oddělení k přijetí většího počtu raněných. Musí posoudit, kdo z nemocných, kteří jsou hospitalizováni na oddělení, může být propuštěn do domácího ošetření nebo přeložen na jiné oddělení, dále dle situace zařizuje příjmové a třídící místo s materiálním a personálním vybavením. Mezi materiální vybavení jsou zahrnuty pojízdné vozíky, zdravotnická nosítka, pokrývky, infuzní stojany atd., do personálního vybavení patří lékaři, sestry, sanitáři. Traumatolog také musí stanovit priority ošetření, kdy je nutné, aby se pomoci dostalo nejprve těm životně ohroženým pacientům, u nichž je reálná šance na přežití. Mezi další činnosti patří: zajistit příjem nemocných po stránce

materiálové, lékové, specifikovat cílové pracoviště k ošetření, dokumentaci, stanovit způsob informování příbuzných raněných, v případě potřeby rozhoduje o přivolání dalších pracovníků potřebných k likvidaci následků hromadného neštěstí, uvědomí rtg a CT pracoviště, laboratoř klinické chemie a transfuzní oddělení. K likvidaci následků hromadného neštěstí se přivolávají pracovníci z oddělení ARO, chirurgie, úrazové a plastické chirurgie, urologie, neurochirurgie, ženského a stomatochirurgického. Ukládá 1. sálové sestře ve službě organizovat přípravu operačních sálů a dle potřeby i sálů ostatních oddělení – a to do příchodu staniční sestry. Za tyto úkoly v pracovní době zodpovídá primář odd. Úrazové chirurgie, v mimopracovní době starší traumatolog ve službě (56).

Úkoly sestry ve službě na úrazové ambulanci jsou následující. Ihned po přijetí oznámení o hromadném neštěstí vyrozumí v pracovní době primáře úrazového oddělení, primáře chirurgického a anesteziologického oddělení. V mimopracovní době staršího traumatologa, chirurga a lékaře ARO ve službě. Podle pokynů lékaře pomáhá při přípravě zřízení příjmového a třídícího místa a zajišťuje materiální zabezpečení. Plní i další povinnosti, které jsou spojené s likvidací zdravotních následků hromadného neštěstí (56).

### ***1.3 Ošetřovatelská péče v traumacentrech***

„Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“ (55, s. 14).

Při poskytování ošetřovatelské péče je důležité použít všechny terapeutické a podpůrné prostředky, které jsou zaměřené na potřeby pacienta, uspokojování potřeb musí být uvážené a organizované. I přesto, že je ošetřovatelská péče založena na standardech, tak by měla být pro každého pacienta individualizována. Ošetřovatelská péče zahrnuje tři velmi důležité složky v péči o pacienta. Je to zajištění bezpečného prostředí, udržování vztahů mezi pacientem a rodinou a nesmí se zapomínat na podporu pro rodinu

S ošetrovatelskou péčí o pacienty s úrazem, polytraumatem, následným rehabilitačním ošetrovatelstvím jsou spojeny pojmy multidisciplinární ošetrování, spolupráce, vzdělávání, komunikace, empatie, edukace, znalosti v ošetrování pacientů jiných klinických oborů, které souvisí s úrazem. Ještě by bylo vhodné zdůraznit důležitost multikulturního ošetrovatelství, kdy pochopení a respektování pacientových odlišných kulturních zvyklostí je důležitou součástí kvalitní ošetrovatelské péče. Toto vše obsahuje ošetrovatelská péče v traumacentrech. Jednou ze zásad péče o traumatologického pacienta je individuální přístup s důrazem na celostní vnímání, protože úraz není jen tělesné postižení, ale jsou zde problémy zdravotní, psychické a sociální a to vše dohromady ovlivňuje léčbu (21, 46, 55).

Jak bylo zmíněno v kapitole 1.2.4, k hromadnému neštěstí jsou svoláváni pracovníci z oddělení ARO, chirurgie, úrazové a plastické chirurgie, urologie, neurochirurgie, ženského a stomatochirurgického. To ale znamená, že sestra pracující v traumacentru se musí umět o tyto pacienty kvalifikovaně postarat, takže musí mít odpovídající znalosti. Kvalifikovaná sestra nemůže v akutní medicíně čekat jen na pokyny, ale je od ní vyžadováno, aby posuzovala, předvíдалa a hodnotila stav pacienta a rychle na něj reagovala tak, aby péče byla co nejvíce účinná a koordinovaná. Jakékoliv pochybení nebo prodlení může mít fatální následky (1,56).

### *1.3.1 Ošetrovatelská péče podle některých multidisciplinárních oborů*

Sestry, které pracují s pacienty vyžadujícími urgentní péči, spolupracují s multidisciplinárním týmem zdravotnických pracovníků. Spolupráce napomáhá sestram a členům týmu vyrovnat se s rozdílnými potřebami jednotlivých pacientů. Cílem této spolupráce je efektivní a holistická péče, která se vztahuje k biologické, psychologické, sociální a duševní oblasti osobnosti (21).

*Neurochirurgie* – sem jsou řazeny hlavně kraniocerbrální poranění a poranění páteře. Při kraniocerberbrálním poranění je velmi důležité, aby sestra uměla vyhodnotit stav a změny vědomí pacienta. K objektivnímu zhodnocení nejen stavu vědomí, ale i zornic a motoriky slouží Glasgowské skóre, které je snadno proveditelné a to nejen

v nemocniční péči, ale i v přednemocniční fázi. Vyšetření se pravidelně opakuje a jakákoliv změna svědčí o prognóze poranění, ale i k posouzení, zda jsou léčebné postupy efektivní. Nejvyšší hodnota, kterou lze naměřit je 15 a nejnižší 3. K posouzení vědomí je nutné vyvolat reakci pacienta na nějaký určitý podnět. Může například pokládat jednoduché otázky, kdy podle odpovědí rozezná eventuelní zmatenost, dezorientaci. Pokud pacient nereaguje, sestra buď zvýší hlas, nebo vydá nějaký zvukový efekt (tlesknutí rukou). Další postup při neúspěchu je dotek s oslovením, zatřesení ramenem, zatlačení tvrdým předmětem do nehtového lůžka. Pokud ani v tomto případě nedojde k nějaké odezvě, používá se silný stimul, jako je například štípnutí do trapézového svalu (42,50).

Pro sestru je velmi důležité, aby byla schopna při ošetrovatelské péči u pacienta s poraněním mozku včas rozeznat příznaky krvácení a to jak epidurálního, tak i subdurálního. Na oddělení traumatologie bývají velmi často přijímáni pacienti pod vlivem alkoholu. Sestra nesmí podlehnout dojmu, že určité příznaky poruchy vědomí lze přičíst opilosti. Musí být pro ni alarmujícím znakem změna vědomí, zvyšování krevního tlaku, zpomalování pulsu, rozšíření zornice nebo porucha hybnosti končetin. Vždy se může jednat o závažnou komplikaci, proto každou změnu musí ihned hlásit lékaři (42).

Součástí péče o pacienty s kraniocerbrálním poraněním, dlouhodobým bezvědomím je také prevence dekubitů a svalových kontraktur. Bezprostřední komplikace u těchto pacientů souvisí s úrovní ošetrovatelské péče. Nejčastější komplikace jsou bronchopneumonie, cystitidy a katérové infekty (42).

Poranění páteře – poranění páteře jsou většinou následkem sportovních nebo dopravních úrazů. Poranění míchy může mít trvalé, někdy velmi závažné tělesné postižení. U těchto pacientů je velmi důležitá základní ošetrovatelská péče – hygiena, prevence dekubitů, výživa, vyprazdňování moči a stolice, pravidelná fyzioterapie. U těchto pacientů může vzniknout deprese, kterou je nutné včas rozeznat a léčit. Zde nastupuje opět sestra, která je schopná vhodným způsobem komunikace zachytit první příznaky deprese a upozornit na ně (42, 50).

*Stomatochirurgie* – poranění obličejového skeletu. Zde sestra musí věnovat velkou péči dýchacím cestám, kdy pravidelně odsává dutinu ústní, nosní, nosní dutinu prokapává Sanorinem. Velmi důležitá ošetrovatelská péče je u pacientů, kteří mají velmi často mezičelistní fixaci a sestra musí vědět a umět při komplikacích (zvracení) rozvolnit fixaci přerušením gumových nebo drátěných tahů. Z těchto důvodů musí být u lůžka pacienta na nočním stolku vždy po celou dobu hospitalizace nůžky nebo kleště a povinností ošetřujícího personálu je znát a zvládat jejich použití, a proto je nově nastupující personál názorně instruován. Jestliže je u pacienta již zmíněna mezičelistní fixace, je ztížen příjem potravy. Pokud je to možné, je podávána mixovaná strava, která se kvůli své hustotě ředí vývarem nebo mlékem a sestra ji podává pacientovi trubičkou na pití. I u pacientů s poraněním obličejového skeletu je důležité dbát na dostatečný příjem tekutin. Jestliže došlo zároveň k poruše vědomí, podává sestra tekutiny a stravu nazogastrickou sondou. Pro nekomplikované hojení intraorálních ran je důležitá hygiena dutiny ústní. Sestra ji musí pravidelně vytírat dezinfekčními prostředky – Stopanginem, borglycerinem atd. Tato činnost je komplikovaná vyčnívajícími dráty mezičelistní fixace, a proto je důležitá opatrnost a trpělivost, aby nedošlo k dalšímu poranění pacienta. Zuby lze čistit opatrně měkkými kartáčky. Samozřejmě pokud je pacient schopný spolupráce, je vhodné jej naučit péči o dutinu ústní a pravidelně kontrolovat, zda tuto péči zvládá (42).

*Hrudní chirurgie* – zde se jedná například o zlomeninu žeber, sériovou zlomeninu žeber, vlající hrudník, zlomeninu sternu atd. U zlomeniny žeber bývá přítomen pneumotorax, tenzní pneumotorax, hemotorax. S tím souvisí zavedené hrudní drenáže, která slouží k rozvinuté plíce nebo k odsátí vzduchu či výpotku. Péče o pacienta s hrudní drenáží je velmi důležitá a vyžaduje opět velké znalosti, dovednosti a pečlivost sester. Je nutné znát rozdíl v ošetřování pacienta s aktivním hrudním sáním a pasivním hrudním sáním. Určité zásady jsou ale stejné. Správné fixování hrudního drénu, sterilní převazy, pravidelná kontrola drenážního systému, který musí dokonale těsnit, Sestra musí upravovat polohu pacienta, aby nedošlo ke stlačení drénu jeho tělem, musí kontrolovat průchodnost drénu atd. Jakékoliv zanedbání může mít fatální následky pro pacienta (17).

Do hrudní chirurgie se řadí též poranění myokardu jak tupé, tak penetrující, poranění aorty, takže jsou nutné i znalosti z ošetrovatelské péče v kardiochirurgii, a to hlavně u sester v příjmové ambulanci (6).

### *1.3.2 Potřeby pacienta hospitalizovaného s úrazem*

„Potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“ (49, s. 53). Lidé si po celý život snaží zabezpečit svoje potřeby na všech úrovních. Jakmile si člověk potřebu splní, již si ji dále ani neuvědomuje. Potřeby se mohou splnit úplně, částečně, ale také nemusí být uspokojeny vůbec. Při ošetřování pacientů s úrazem je snaha uspokojit potřeby, které jsou tímto úrazem limitovány, jako je například změna životního stylu, sociální problémy, ekonomické problémy a tak dále. Potřeby se během hospitalizace a rekonvalescence samozřejmě mění. Některé zanikají, jiné se naopak objevují. Při uspokojování potřeb je zdůrazněno jaké znalosti musí mít sestra pracující v traumacentru z jiných oborů či jaká mezioborová spolupráce je nutná při ošetrovatelské péči (23, 49).

*Potřeba dýchání* – je to základní biologická potřeba a je základním předpokladem pro přežití. Jestliže je člověk zdravý, tak si neuvědomuje proces uspokojování potřeby kyslíku. Uspokojování potřeby dýchání je nedílnou součástí a samozřejmostí v intenzivní péči, ale jistě nejen zde. Patří sem podávání kyslíku, zajištění průchodnosti dýchacích cest. Sestra musí být seznámena a ovládat postup a komplikace při tracheální intubaci, péči o tracheostomii, proto je nezbytná spolupráce a znalosti z oboru ARO, ORL (17).

*Potřeba výživy* – základní biologická potřeba, která je důležitá k udržování homeostázy v organismu, k udržení života. Výživa neuspokojuje jenom žaludek, trávicí ústrojí atd., ale i psycho – sociální potřeby. V tomto případě je důležitá spolupráce a znalosti z oboru stomatochirurgie a nutričního terapeuta (17).

*Potřeba vyprazdňování* – je fyziologická funkce, ale i základní biologická potřeba každého člověka. Jaké zde musí mít sestra znalosti? Například z oblasti

z psychologie a to především ty, které se týkají komunikace. Téma vyprazdňování je velmi intimní a pacienti neradi mluví o svých problémech spojených s vyprazdňováním, a proto je na sestře, aby zvolila k pacientovi diskrétní, citlivý a ohleduplný přístup. Informace sestra získává pomocí ošetřovatelské anamnézy. Sestra zvládá péči o pacienty s průjmem, zácpou, ví, co je paradoxní průjem, jak se projevuje. Dle pověření lékařem, zvládá manuální vybavení stolice, péči o pacienty se stomií, péči o pacienta s permanentním močovým katétrem a s perkutánní epicystostomií. Proto je v této problematice nutná spolupráce a znalosti z oboru chirurgie (stoma sestra), urologie (17).

*Potřeba soběstačnosti* – tuto potřebu lze charakterizovat jako míru samostatnosti člověka při výkonu denních aktivit jako je hygiena, výživa, vyprazdňování a oblékání. Dospělý zdravý člověk je v této činnosti samostatný, ale jinak je tomu u nemocného. Zde by měla sestra pomáhat pouze tam, kde pacient není schopen samostatné aktivity. Nadměrná péče, kdy sestra udělá všechny úkony za pacienta sama, protože je to rychlejší, nemá na něj příznivý dopad. Lze říci, že někdy méně znamená více, hlavně pro psychiku pacienta. K hygienické péči je nutné samozřejmě zařadit péči o tracheostomickou a endotracheální kanylu, o všechny vstupy do těla pacienta, polohování, masáže. Proto je zde velmi důležitá spolupráce s fyzioterapeuty, ošetřovatelkami, sanitárkami a sanitáři (17).

*Potřeba psychické vyrovnanosti* – hospitalizace je pro pacienta většinou zážitek, který do té doby neznal. Mnohé se mění v jeho těle, ale i v psychice a i v duchovním životě. Pacient ztrácí prestiž, práci (po dobu nemoci), volnost pohybu, blízkost rodinných příslušníků. Obává se nejen o své zdraví, ale má také strach z operace, slabosti, bolesti, musí se podrobit různým omezením, které intenzivní péče a úraz vyžaduje. Na všechny tyto situace má pacient právo reagovat a také reaguje a to různým způsobem – agresí, depresí, zmateností, úzkostí. Aby pacient udržel nebo se dostal do pocitu pohody, je důležité udržet nebo zlepšit jeho soběstačnost, minimalizovat až úplně odstranit bolest, komunikovat, zajistit dostatečný odpočinek a spánek vytvořit pocit jistoty a bezpečí. V této oblasti potřeb je důležitá spolupráce a znalosti z oboru psychologie, psychiatrie, sociální oblasti (17, 25).

### 1.3.3 *Monitoring v intenzivní péči u pacientů s úrazem*

„Monitoringem (monitorováním) rozumíme opakované nebo trvalé sledování fyziologických funkcí pacienta a činnosti přístrojů. Slouží k podpoře fyziologických funkcí s cílem včasné detekce abnormalit těchto funkcí.“ (17, s. 33).

Data, která se monitoringem získají, slouží k posouzení aktuálního stavu pacienta, k pozdějšímu zpětnému hodnocení zdravotního stavu pacienta a k dokumentaci. Spolu s čím dál rozšířenějším využíváním agresivních a invazivních postupů, také stoupá význam monitorování. Samozřejmě, že monitorování má i svoje negativní stránky jako je nepřesné měření, chyby při sledování měřených hodnot, určité komplikace, bolest a mnoho dalších. V popředí, v souvislosti s monitorováním, stojí problém, který se nazývá data overloading, kdy v záplavě obrovského množství dat se ztrácí nejen pacient, ale i ošetřující personál. Dalším rizikem je zhoršená orientace při hodnocení stavu pacienta, možnost přehlédnutí důležitých údajů atd. Proto se v posledních letech zavádí tzv. individuální monitorování, což znamená, že sestra monitoruje u pacienta jen to, co má vliv pro diagnostický a léčebný postup. Důležité je, že sestra musí znát princip daného monitorovacího zařízení, pravidla pro aplikaci monitorace a možné technické nebo biologické příčiny nesprávné funkce zařízení. V této kapitole jsou vyjmenovány pouze nejzákladnější metody monitorování pacientů s úrazy (10).

*Monitorování nitrolebního tlaku* – používá se u pacientů se závažným kraniocerebrálním poraněním. Čidlo ICP se zavádí na straně poškození nebo (dle nutnosti) na straně nedominantní hemisféry.

*Pulzní oxymetrie SpO<sub>2</sub>* – jedná se o neinvazivní metodu měření saturace hemoglobinu kyslíkem. Normální hodnota je 95% - 98% (17).

*Snímání křivky EKG* – toto monitorování slouží ke sledování srdečního rytmu a srdeční frekvence, využívá se tří nebo pětibodové EKG oproti pacientům s kardiologickým onemocněním, kdy se natáčí dvanáctibodové EKG.

*Neinvazivní měření krevního tlaku* – v intenzivní péči se používá moderní přístroj, který měří krevní tlak v nastavených intervalech. Velmi důležité je, aby sestra



přiložila pacientovi manžetu na paži správně a zároveň použila i správnou šířku. Vhodná šířka manžety je 20 – 30 % obvodu končetiny (17).

*Invazivní monitorování systémového arteriálního tlaku* – používá se u pacientů, kteří vyžadují nepřetržité sledování systémového krevního tlaku. Podstatou je zavedení katétru do arterie (nejčastěji a.radialis), zde je tlak převodníkem změněn na elektrický signál. Ten je převeden na monitor do grafické a číselné podoby. Sestra musí katétr pravidelně asepticky ošetřovat, převazovat, kontrolovat místo vpichu, provádět stěry z okolí zavedení katétru, kontrolovat pevnost spojů jednorázových systémů s kontinuálním proplachem (17).

*Centrální žilní tlak (CVP)* – monitoruje se u pacientů v kritickém stavu, kdy je hodnocena funkce pravé komory a náplň intravaskulárního řečiště. Jestliže je použit tlakový převodník, je snímač trvale napojen na jeden vstup centrálního žilního katétru. V tomto případě je normální hodnota je 0 – 8 mmHg. Při intermitentním měření pomocí vodního sloupce je „nula“ umístěna do úrovně pravé srdeční komory - střední axilární čára ve 4. mezižebří. Po vyplnění měřicího systému i měřidla FR1/1 sestra pootočením trojcestného infuzního nechá hladinu v měřící soupravě klesat až do vyrovnání s žilním tlakem. Na centimetrovém měřítku sestra odečte výšku vodního sloupce – zde je normální hodnota 3 – 10 cm H<sub>2</sub>O.

Mezi další monitorovací techniky patří například monitorování tělesné teploty, hemostázy, gastrointestinálního traktu, tlaku v dutině břišní (17).

#### *1.3.4 Komunikace s pacienty se specifickými potřebami na traumatologickém oddělení*

Komunikace je proces, kdy si mez dvěma nebo i více komunikujícími subjekty předávají informace (41).

„Komunikovat ve zdravotnictví neznámá pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí naše zdraví a mnohdy i život. A snad právě proto bychom měli vždy vědět, CO chceme říct, a měli bychom se vždy umět rozhodnout, KDY, KDE a JAK informaci nejlépe podat“ (13, s. 11).

V traumacentrech je nutné, aby sestry zvládaly komunikaci i s pacienty, kteří mají různé specifika potřeby. Nelze vyjmenovat všechny skupiny pacientů se specifickými potřebami v komunikaci, není to ani tématem této práce, proto je zde uvedeno pouze několik skupin pacientů a nejdůležitější z pravidel, která musí sestra znát a ovládat při ošetrovatelské péči (41).

*Psychicky labilní pacienti:* „Psychické onemocnění je stále ještě vnímáno jako něco, co člověku ubírá na jeho lidské důstojnosti. Pacientovi nelze zastírat stav jeho duševního zdraví, ale má právo na šetrnou a ohleduplnou komunikaci“ (29, s. 65). Sestra musí poslouchat, co pacienti říkají, dále je nutné, aby se snažila jim rozumět, ale zároveň si ověřila to, co říkají (29).

*Agresivní pacienti:* stále častěji je možné slyšet nebo číst, že pacient napadl zdravotnický personál. „Agrese je u civilizovaného člověka považována za přirozené chování, úzce spjaté se základním pudem sebezáchovy. Neseme si ji v sobě jako pozůstatek z historické doby, kdy by naši prapředkové bez ní nepřežili, když bojovali o potravu, o přežití, o teritorium, o hierarchii ve své tlupě atd. Historická proměna podmínek, stále pohodlnější život, a to vše provázející kultura, projevy agrese sice tlumí, ale neodstraní“ (29, s. 65).

Agresivita může značit například nízkou toleranci k psychické zátěži, špatné zvládnání bolesti, ale agresivní může být i pacient, nezvládá oznámení nepříznivé diagnózy, sdělení špatné zprávy. V komunikaci s agresivním pacientem lze doporučit čtyři zásady chování ze strany zdravotnického personálu. První zásada je zachovat klid, na případný agresivní slovní útok nesmí zdravotnický personál reagovat stejně. Pacient je zbytečně vyprovokován k další reakci. Za druhé se doporučuje pozorně vyslechnout agresivního pacienta a akceptovat ho. Tedy i jeho právo být rozčilen. Třetí zásada je během rozhovoru reflektovat a shrnovat to, co bylo řečeno. Tím je umožněno pacientovi získat odstup od toho, co již řekl, hledá se porozumění jeho stavu. Poslední zásadou je, pokud to jde, snažit se pacientovi vyhovět. Ovšem není-li to možné, je nutné se snažit pacientovi klidně stanovisko zdravotníka vysvětlit (29, 64).

*Sociálně znevýhodnění pacienti:* do této kategorie patří například bezdomovci, alkoholici, narkomani, ale i osoby týrané jinou osobou. Velmi často se objevují bez

dokladů, zdravotního pojištění. Je nutné vhodnou komunikací zjistit sociální situaci, zeptat se na rodinu, zajímat se o to, zda nemají doma někoho, kdo potřebuje zajistit péči. V každém případě je nutné kontaktovat sociální pracovníky (29).

*Sluchově postižení pacienti:* při komunikaci se sluchově postiženými musí sestra najít vhodný způsob komunikace (psaný text, prstová abeceda, piktogramy atd.), neměla by se ostýchat používat mimiku a gesta, nekřičet, hovořit jasně a pevně, obličej stále osvětlený, najít vhodné prostředí pro komunikaci. Důležité je ověřit si, zda pacient rozuměl sdělení.

*Zrakově postižení pacienti:* naše zdravotnická zařízení (nejen nemocnice) nejsou většinou zařízena vhodným vybavením pro zrakově postižené pacienty. Nejsou například reliéfní znaky v interiérech pro určení směru, v dlažbě chybí hmatné pásy, které označují zónu bezpečného pohybu atd. Je tedy důležité, aby alespoň při komunikaci znal zdravotnický personál ty nezákladnější zásady komunikace se zrakově postiženým. Velmi důležité je mluvit a projednávat věci s pacientem a ne s doprovodem, sestra zdraví pacienta jako první a vždy přidá i jeho jméno, vysvětluje zvuky a hluk, kterým pacient nerozumí, hovoří o všem, co na pokoji nebo při ošetřování dělá (29, 41).

Další skupiny pacientů jsou např. tělesně znevýhodnění, mentálně znevýhodnění, senioři, umírající. Vždy je důležitý správný přístup, empatie, vstřícnost, trpělivost.

### *1.3.5 Ošetřovatelská péče na traumatologickém oddělení v zahraničí*

Na principy vedení traumatologických případů (dále jen TCM) byl v USA vytvořen model, kde péče o pacienta je kontrolována a koordinována kvalifikovanou sestrou, která má zkušenosti v oboru traumatologie. Moderní traumatologická péče je zajišťována propojením péče specialistů z různých lékařských oborů, laboratorním a diagnostickým komplementem a dalších zdravotnických služeb. Je to multidisciplinární péče. TCM zajišťuje, aby nebyly zanedbány sebemenší detaily ošetřovatelské péče o pacienty, čímž se předchází komplikacím a samozřejmě se snižuje i úmrtnost pacientů. Dále zabraňuje tomu, aby nedocházelo k duplicitě např. vyšetření, což by potenciálně

vedlo k vyšším výdajům na zdravotní péči. Tento model byl v USA praktikován již na počátku 90. let minulého století a byl také přijat ve Velké Británii a v Austrálii. Většina zdrojů a literatury o TCM vychází v USA, kde je již více jak 10 let realizován. Modely TCM a definice jejich funkce se velmi liší, ale vždy zdůrazňují nutnost role koordinátora, prostředníka a pedagoga. Jak již bylo výše uvedeno, tak model TCM byl zaveden i v Austrálii. Australská retrospektivní kohortová studie v jednom rušném městském traumacentru došla k závěru, že díky TCM byly například sníženy komplikace u pacientů, zlepšila se spokojenost personálu, snížil se čas ošetřování a i délka hospitalizace (18).

Formálně lze činnosti TCM rozdělit do sedmi skupin. Je to přímá péče o pacienty, zvýšení efektivity práce, komunikace, iniciování činností a konzultací, audity, vzdělávání a výzkum. V neformálním znění lze tyto činnosti popsat takto:

- každodenní vizita na odděleních a kontrola záznamů pacienta zjišťuje a určuje jakýkoliv rozpor v lékařských dokumentech nebo nedostacích v plánu TCM,
- spolupráce mezi ošetřujícím personálem, důležitá je fungující komunikace mezi týmy lékařů a zdravotnickým personálem,
- zjišťování a odstraňování problémů,
- zajištění laboratorních a diagnostických vyšetření,
- dokumentace,
- informace lékařů, zdravotnického personálu, i pacienta o event. novém vývoji,
- pravidelná komunikace s pacienty a rodinnými příslušníky,
- organizování vzdělávání personálu,
- sběr dat pro trauma databázi a další výzkumné projekty (18).

Také vzdělávání v TCM hraje velmi důležitou roli v udržování kvality péče o úrazové pacienty. Na oddělení probíhá vždy jednou týdně nejméně dvě hodiny oficiální výuka, která se týká traumatologie. Této výuky se zúčastňují nejen ošetřující zdravotnický personál, ale i zdravotnický a lékařský personál příbuzných oborů (18).

Jaké je vzdělávání sester pracujících v traumacentrech v USA? V USA je několik typů kvalifikačního studia k přípravě zdravotnických pracovníků. Prvním stupněm je Nurse Technician, u nás bychom řekli ošetřovatelka. Doba studia je 3-6

měsíců a je zakončeno zkouškou a certifikátem. Practical Nurse – sestra u lůžka studuje 12 – 18 měsíců, ukončuje studium maturitní zkouškou a diplomem, musí absolvovat NCLEX – PN test a musí získat státní licenci (70).

Vyšším stupněm je Associate Nurse, kdy výuka trvá 2 – 3 roky a je opět zakončena maturitní zkouškou a diplomem, ale musí absolvovat NCLEX – RN test, aby získala licenci registrované sestry. Tyto sestry již pracují běžně na oddělení akutní medicíny a v domácí péči. Jsou zodpovědné nejen za svou práci, ale i za práci všech podřízených pracovníků, jak jsou sekretářky, Pratical Nurses a Nurse Technicians. Jejich pracovní náplní je například podávání léků, převazování ran, asistence lékařům u různých výkonů, plánování aktivity a péči o pacienta, předávání informací mezi členy týmu, výuka pacienta a jeho rodiny. Sledují stav nemocného a jsou zodpovědné za informování lékaře o změně stavu. Zapisují do chorobopisu, spolupracují s lékařem, zajišťují předepsaná vyšetření (70).

Poslední typ sestry v USA je Graduate Nurse. Studium trvá 4 roky a je to forma bakalářského studia a lze pokračovat v magisterském studiu. Je zakončeno absolutoriem, získáním diplomu a titulu. Dále musí sestry absolvovat NCLEX-RN a získat státní licenci registrované sestry - Registered Nurse. Tyto sestry mohou pracovat ve stejné pozici jako Associate Nurse, nebo se mohou věnovat administrativní činnosti nebo pracují na specializovaných pracovištích. Minimální předpoklad pro vrchní sestru je mít bakalářský titul, a většina zaměstnavatelů již trvá na ukončeném magisterském studiu. Všichni absolventi dvouletých až čtyřletých zdravotních škol jsou povinni podstoupit písemnou zkoušku NCLEX-RN nebo NCLEX-PN, pokud chtějí toto povolání vykonávat (70).

#### ***1.4. Vzdělávání sester pracujících v traumacentrech České republiky***

Ve zdravotnickém týmu traumacenter pracují sestry, které mají vzdělání středoškolské, vyšší, vysokoškolské a sestry, které se vzdělávají ve specializačních programech. V traumacentrech je vzdělání a celoživotní vzdělávání nejen velmi důležité, ale i nutností, protože práce na těchto odděleních je náročná a vyžaduje vysoké

znalosti zdravotnického personálu. V naší společnosti máme nejen právo na vzdělání, ale zároveň musíme hovořit i o zodpovědnosti ve zdravotnickém vzdělávání. To znamená, že máme kromě práva vzdělávat se, i právo předávat své zkušenosti mladším. S tímto právem vzniká i zodpovědnost na obou stranách – předávajícího a přijímacího vědomosti a zkušenosti (51).

V minulých letech bylo vzdělávání po absolvování zdravotnické školy v oboru převážně soukromou záležitostí, bylo málo dostupné a nesnadné. Sestry byly závislé na lékařích, na jejich porozumění a ochotě, zda je vezmou na konferenci nebo semináře. To se po roce 1989 změnilo (53).

„Vzdělávací programy pro všechny poskytovatele péče o nemocné se mají částečně překrývat, aby jedna profese byla schopna ocenit a respektovat profesi druhou.“ (49, s. 28). Medici se na lékařské fakultě seznamují se základy ošetrovatelské péče, aby mohli poznat problematiku ošetrovatelské péče o nemocné. A naopak sestry se seznamují se základy farmakoterapie, příčinami onemocnění, vyšetřovacími metodami (49).

**Celoživotní vzdělávání.** I po získání odborné způsobilosti má zdravotnický pracovník povinnost se vzdělávat. Aby bylo možné prokázat plnění této povinnosti, byl zaveden kreditní systém. Kredity jsou určeny vyhláškou č.423/2004 Sb. a slouží pro zápočet k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (19).

Celoživotní vzdělávání je dlouhodobý nikdy nekončící proces. Začíná přípravou na povolání, což je vstupem na střední školu, vysokou školu, pokračuje specializačním vzděláváním a dále přechází v kontinuálním vzdělávání, tzn. neustálým prohlubováním, obnovováním svých vědomostí, dovedností a způsobilostí. Každý začínající, ale i dlouholetý pracovník by měl mít pro sebe takový plán svého osobního rozvoje. Tento plán by se neměl týkat pouze odborných znalostí, ale i jiných znalostí a dovedností – velmi důležité je zdokonalování jazykové, znalosti týkající se zvládání klíčových situací v životě a mnoho dalších. Mezi důležité dovednosti patří také schopnost umět rozeznat a včas naplánovat změny ve svém vzdělání a pracovním zařazení (31).

Ne náhodou je taková pozornost věnována tématu dalšího vzdělávání. Zdravotnictví je totiž odvětví, kde dochází k rychlému rozvoji technologií, farmacie a zdravotních postupů. Z tohoto důvodu je zdravotnictví velmi náročný obor a bez celoživotního vzdělávání se neobejde. Celoživotní vzdělávání není možné vnímat jako nějakou újmu nebo povinnost, ale je nutné jej brát jako příležitost dobrého uplatnění po celou dobu profesionálního života (31).

Do celoživotního vzdělávání náleží:

- specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka,
- certifikované kurzy a inovační kurzy,
- odborné stáže v akreditovaných zařízeních,
- účast na školicích akcích, konferencích, kongresech či sympoziích,
- publikační, pedagogické a vědecko-výzkumné činnosti,
- samostatné studium odborné literatury (19).

*Vysokoškolské studium.* Vysokoškolské vzdělání se získává studiem akreditovaného studijního programu dle studijního plánu, který je stanoven formou studia. Studijní plán určuje časovou a obsahovou posloupnost studijních předmětů, dále formu studia, která je buď prezenční, distanční nebo kombinace obou (72).

*Specializační vzdělání.* Je to jedna z forem celoživotního vzdělávání, které navazuje na již získanou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Cílem je získání specializované způsobilosti k výkonu specializované činnosti daného zdravotnického povolání (48).

„Rámcové vzdělávací programy byly vypracovány v souladu s výše uvedenou legislativou v Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně v těsné spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví. Východiskem byly mimo jiné vzdělávací programy zpracované Světovou zdravotnickou organizací (WHO), oblastní úřadovnou pro Evropu – pro země procházející transformací. Byly rovněž konzultovány se zahraničními partnery, kteří již obdobným způsobem postgraduální vzdělávání realizují (Holandsko, Anglie, Polsko, Maďarsko)“ (43, s. 1).

Rámcově vzdělávací program je vlastně otevřený dokument, který musí reagovat na změny v lékařské vědě, společenské potřeba a změny. Otevřený dokument znamená, že musí sledovat změny, které se týkají celoživotního vzdělávání jak doma tak i v Evropě. Počítá se s inovací, která obsahuje všechny uvedené změny. Podle zákona 96/2004 Sb. jsou tyto programy jediným státem schváleným dokumentem. Za tvorbu specializačních vzdělávacích programů a jejich realizaci je plně odpovědné akreditované pracoviště, jednotliví lektoři (43).

#### *1.4.1 Specializační studium – intenzivní péče*

Cílem tohoto vzdělávacího programu je připravit sestry k tomu, aby byly schopné vykonávat specializovanou ošetrovatelskou péči o pacienty, kterým je více než deset let, dochází u nich k selhávání základních životních funkcí anebo jim hrozí jejich selhání „v rozsahu vědomostí a dovedností odpovídajících požadavkům specializované způsobilosti podle § 48 a § 49 vyhlášky 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.“ (61, s. 2).

Jako vstupní podmínka je úspěšné ukončení kvalifikačního studia, které opravňuje k odborné způsobilosti všeobecná sestra.

Ukončení specializačního studia je podmíněno splněním všech předpokladů, které jsou stanoveny v průběžných podmínkách. Je to povinné absolvování základního modulu, odborného modulu a vybraných 3 volitelných modulů, zápočet za předepsanou praxi a závěrečná specializační zkouška, teoretická a praktická (61).

Absolvent/ka specializačního programu intenzivní péče kromě jiného:

- je schopen/na provádět komplexní vysoce specializovanou péči zaměřenou na péči o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami, na prevenci imobilizačního syndromu
- je schopen/na provést tracheální intubaci
- zvládá monitorování a sledování základních životně důležitých funkcí, vyhodnocuje závažnost stavu pacienta a při selhávání nebo selhání životních funkcí je schopen/na



zahájit a provádět kardiopulmonální resuscitaci včetně zajištění dýchacích cest a defibrilace srdce elektrickým výbojem

- sleduje funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťuje stálou připravenost této techniky

Absolvent/ka provádí specializované činnosti dle pracovního zaměření a specializace podle modulů, které jsou (v současné době ještě v platnosti):

- *základní modul*: role sestry specialistky
- *odborný modul*: role sestry pro intenzivní péči
- *speciální moduly – zde jsou vyjmenované pouze ty, které se bezprostředně týkají úrazové problematiky*: role sestry pro intenzivní péči se zaměřením na neodkladnou péči
- role sestry pro intenzivní péči se zaměřením na anesteziologii
- role sestry pro intenzivní péči se zaměřením na dlouhodobou umělou plicní ventilaci
- role sestry pro intenzivní péči se zaměřením na algeziologii (léčbu bolesti)
- role sestry pro intenzivní péči se zaměřením na operační středisko (61).

18. 2. 2010 nabylo platnost Nařízení vlády č.31/2010Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Tímto se zároveň ruší Nařízení vlády č.463/2004 Sb. Dle tohoto nařízení vlády z 18. 2. 2010 došlo k redukci, ke sloučení a ke vzniku nových oborů specializačního vzdělávání. Dále došlo ke změně některých označení odborností nelékařských zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, například v oboru původně Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (ARIP), nyní je název oboru intenzivní péče a označení odbornosti specialistů – sestra pro intenzivní péči. Zároveň dochází i ke změně všech specializačních programů, kdy se snižuje hodinová dotace (44,47).

#### *1.4.2 Certifikační kurzy*

Certifikované kurzy navazují na dosavadní dlouhodobé přípravy, které jsou realizované NCO NZO a na různé kurzy pořádané zdravotnickými zařízeními pro

jednotlivé úzce vymezené činnosti (např. endoskopické metody). Zdravotnická, ale i jiná zařízení si mohou tyto kurzy akreditovat. Akreditaci uděluje Ministerstvo zdravotnictví jak na teoretickou tak i praktickou část. Certifikovaný kurz může probíhat na více akreditovaných pracovištích, což závisí na dohodě mezi těmito pracovišti. Absolvováním certifikovaného kurzu se získává zvláštní odborná způsobilost pro úzce vymezené činnosti. Při přípravě vzdělávacího programu jsou tyto činnosti rozhodující, a to pro název programu, jeho rozsah i obsah. Jako certifikovaný kurz se může akreditovat i modul, který je ve specializačním vzdělávání. V případě absolvování takového certifikovaného kurzu bude později účastníkovi specializačního vzdělávání, certifikovaný kurz započítán na základě jeho žádosti. Od specializačních oborů se liší certifikované kurzy tím, že MZ nestanovuje názvy ani obsah oborů, jejich počet je tedy otevřený a může reagovat na měnící se potřeby praxe. Jejich akreditace bude záviset zejména na individuálním posouzení akreditační komisí a rozhodnutí (71, 33).

#### ***1.4 Kompetence sester***

Vyhláška č. 424 ze dne 30. 6. 2004 stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (62).

V novele zákona 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče bylo doplněno ustanovení, kde se říká, že odborný dohled může vykonávat také lékař, zubní lékař nebo farmaceut v rozsahu své způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Rozsah těchto činností stanoví prováděcí předpis. Tímto předpisem je vyhláška č.424/2004 Sb., kde jsou stanoveny činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Ustanovení ale neznamená, že by lékaři vykonávali odborný dohled nad činnostmi všeobecných sester. Odborný dohled mohou vykonávat pouze nad těmi činnostmi, ke kterým mají odbornou způsobilost podle zákona 96/2004 Sb. Sestry provádějí mnoho činností a mohou je vykonávat buď bez odborného dohledu a bez indikace, nebo bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo pod odborným dohledem lékaře. Ale mohou být i takové

činnosti, které vykonávají pod odborným dohledem všeobecné sestry, se specializovanou způsobilostí (32).

V okamžiku, kdy sestra získá specializovanou způsobilost, získává i širší rozměr svých činností. Je samozřejmé, že je rozděleno, zda bude vykonávat činnosti bez odborného dohledu a bez indikace, nebo ty, které indikuje lékař. U některých klinických oborů jsou uvedeny činnosti, které může vykonávat sestra specialista pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením lékařem (32).

Z toho, co bylo uvedeno, vyplývá, že zaměstnavatel, který poskytuje zdravotní péči v určitém rozsahu, by měl určit činnosti na ty, které jsou v kompetenci lékaře a na ty, které spadají do kompetence všeobecných sester a sester se specializovanou způsobilostí. A samozřejmě tyto aktivity by měl ještě rozdělit na ty, které budou vykonávány sestrami samostatně, pod odborným či přímým vedením (32).

V traumacentrech jsou dány kompetence pro všeobecné sestry a sestry se specializační způsobilostí pro intenzivní péči. Nelze vyjmenovat všechny kompetence, které má všeobecná sestra, takže pouze ty, které jsou důležité pro její práci v traumacentrech.

1. Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem. Poskytuje nebo zajišťuje nejen základní, ale i specializovanou ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu.
2. Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s lékařskou diagnózou, na vykonávání vysoce specializované ošetrovatelské péče.
3. Všeobecná sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře poskytuje preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, neodkladnou a dispenzární péči. Dále připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, které na základě indikace lékaře buď provádí, nebo při nich asistuje.
4. Dále sestra může pod odborným dohledem lékaře například aplikovat krevní deriváty, spolupracuje při zahájení transfúze atd.

Sestra se specializační způsobilostí pro intenzivní péči bez odborného dohledu a bez indikace provádí např. defibrilaci srdce elektrickým výbojem. Bez odborného

dohledu, ale na základě indikace lékařem provádí katetrizaci močového měchýře u mužů, zavádí nazogastrické a jejunální sondy u pacientů v bezvědomí, kteří jsou starší 10 let. Pod odborným dohledem může zajišťovat dýchací cesty dostupnými pomůckami, provádět endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo tracheostomií. Pod přímým dohledem lékaře je v kompetenci sester provádět punkci arteria radialis a arteria femoralis, nebo extubace tracheální rourky (62).

Ovšem s rozšiřováním kompetencí sester dochází k názorovým střetům přímo mezi sestrami. Část sester stojí o rozšiřování svých kompetencí, ale druhá část se tohoto trendu bojí. Sestry mnohdy neznají své kompetence, proto mají často pocit, že je překročily, i když je vlastně vše v pořádku (36).

### ***1.5 Zdravotnický tým***

Slovo TEAM lze vnímat jako zkratku čtyř slov. Jsou to slova TOGETHER, EVERYBODY, ACHIEVES a MORE. Volně přeloženo to znamená, společně dosáhneme více, tedy týmová spolupráce (20).

Péče o nemocného je týmová a celostní, to znamená, že se jedná o péči holistickou, kdy je nemocný chápán ve všech složkách jeho osobnosti. Jednou ze základních podmínek efektivní ošetrovatelské péče na odděleních je právě týmová atmosféra a týmový přístup k práci. K tomu, aby zdravotní péče mohla být kvalitně realizována, je nutné mít kvalitní zdravotnický tým. Každý člen v týmu má svoji nezastupitelnou roli. Úlohy všech v týmu se navzájem prolínají, jeden bez druhého nemůže splnit své poslání. Zvláště v traumacentrech je týmová práce hlavním předpokladem vysoce odborné a účinné ošetrovatelské péče. V traumacentrech velmi záleží na tom, jaký zde pracuje zdravotnický tým, protože sestry, které pracují v dobrém týmu, jsou stejně vyčerpané po své směně jako ty, které v dobrém týmu nejsou. Ale je tu přeci jenom rozdíl. Sestry, které pracují v kvalitním týmu, se navzájem podporují, eneegizují, práce je pro ně výzvou, zážitkem a radostí (45,49,52).

Tým, v našem případě zdravotnický tým, je skupina pracovníků, kteří mají rozdílnou specializaci či víceúrovňovou kvalifikaci. Jak již bylo řečeno, každý člen

týmu má svoji roli, ale ústředním motivem týmu je: všichni musí mít společný cíl a vysoký pracovní výkon. K dosažení společného cíle musí být podřízeny veškeré dílčí motivace jednotlivců. Zde musí jít stranou veškeré sympatie i antipatie. Aby zdravotnický tým mohl dobře a kvalitně fungovat, je nutné správné zapojení členů do týmu respektive do skupiny. Toto zapojení je zdrojem uspokojování sociálních a psychologických potřeb. Nedílnou součástí dobře fungujícího týmu je rozvoj správné komunikace zdravotnických pracovníků nejen uvnitř týmu, ale i komunikace s pacienty (4,8,9).

„Skupinový výkon se stává v dobrém slova smyslu společnou drogou, vzájemná spolupráce pocitem závislosti jednoho na druhém To je např. typické v oblasti neodkladné péče.“ (4, str. 35,36).

Ve zdravotnickém týmu v traumacentrech jsou zastoupeny tyto profese:

- lékaři
- sestry magistry a bakalářky
- sestry specializačních vzdělávacích programů
- diplomované sestry – absolventky vyšší zdravotnické školy
- sestry se základní kvalifikací, kterou získaly vystudováním střední zdravotnické školy
- asistentky – absolventky střední zdravotnické školy
- nižší zdravotničtí pracovníci – ošetřovatelky, sanitáři, sanitárky
- a další členové – psychologové, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, ergoterapeuti, duchovní atd. (49).

### *1.6.1 Multidisciplinární péče v traumacentrech*

Jedním z cílů traumacenter je organizování multidisciplinární spolupráce u nemocných, kteří utrpěli úraz na úrovni nemocnice, regionu, státu od momentu úrazu až po resocializaci (38).

Výraz multidisciplinární znamená přístup, který je charakterizovaný spoluprací více vědních oborů při realizaci odborné a vědecko výzkumné činnosti (40).

Právě v traumacentrech více než v jiných oborech je zdravotnická péče multidisciplinární. Aby byl lépe pochopen princip multidisciplinární péče, je vhodné vysvětlit některé výrazy. Multidisciplinární pracoviště je takové místo, kde se soustřeďují odborníci z různých profesí, jako jsou lékaři, sestry, fyzioterapeuti, sociální pracovníci a ti všichni dohromady tvoří multidisciplinární tým, který je složen ze skupiny odborníků sice z různých vědních oborů, ale všichni pracují společně na stejném problému a snaží se dosáhnout co nejlepšího léčebného postupu a výsledku u nemocného. Všichni dohromady poskytují multidisciplinární péči. To znamená, že pokrývají potřeby nemocného z více hledisek. Cílem multidisciplinární péče je efektivní spolupráce a koordinace činnosti týmu. Aby byla možná kvalitní spolupráce všech členů týmu, jsou důležitá mezioborová setkání, kterých se účastní všichni členové týmu. Na těchto seminářích se probírá léčebný postup u nemocných, hledají se optimální řešení atd. (3).

Být součástí multidisciplinárního týmu a poskytovat multidisciplinární péči v traumacentrech, klade vysoké nároky na všechny členy týmu tedy i sestry. Díky způsobu práce v týmu je každá neznalost či odborné pochybení viditelné, a proto pro jeho správné fungování je důležité neustále se vzdělávat a to buď přímo na pracovišti nebo absolvováním speciálních odborných kurzů či specializační vzdělávání. Aby tým fungoval co nejlépe, jsou důležité komunikační dovednosti, umění předat si a přijímat názory mezi jednotlivými členy týmu, předávat si zkušenosti a znalosti (3)

### ***1.6 Psychická zátěž sester v ošetrovatelské péči v traumacentrech***

V posledních letech se velmi významně zvýšil počet pacientů, kteří byli ošetřeni v traumacentrech České republiky. To znamená, že počet úrazů sice stoupá, ale dle výročních zpráv z traumacenter nijak nepřibývá počet sester a lékařů v těchto zařízeních. V následující tabulce je vidět vývoj v traumacentrech v posledních letech. Z tabulky vyplývá, že ošetrovatelská péče v traumacentrech znamená pro sestry kromě jiného velkou psychickou a fyzickou zátěž (66,67,68,69).

Tabulka 2 Počet úrazů a pracovníků v traumacentrech ČR v letech 2000 – 2008  
(66,67,68,69)

Ústí	sestry	lékaři	hosp.	operace	amb.	lůžka st.	JIP	ARO
2000	56	13	2013	1394	26783	60	10	9
2003	54	13,4	2221	991	25922	60	10	9
2006	32	13	2277		24632	59	27	9
2007	32	14	2286	1852	24585	59	27	9
2008	32	14	2332	1880	25344	59	27	9
Č.B.	sestry	lékaři	hosp.	operace	amb.	lůžka st.	JIP	ARO
2000	54+ sál	16	3383	2424	34181	72	5	14
2003	78	18	4015	2846	33668	72	8	9
2006	76	20	4346		41863	74	8	sam.
2007	76	20	4027	3612	38793	74	8	14
2008	76	21	4446	3966	40127	74	8	14
Olomouc	sestry	lékaři	hosp.	operace	amb.	lůžka st.	JIP	ARO
2000	27	9	1048	903	26536	18	4	0
2003	31	12	1317	1295	29920	29	4	5
2006	30	12	1448		28933	29	4	0
2007	31	13	1785	1834	34173	29	5	0
2008	31	13	1985	2106	34512	28	4	10
Pardubice	sestry	lékaři	hosp.	operace	amb.	lůžka st.	JIP	ARO
2000	21	7	2022	1850	29011	47	5	3
2003	11	7	1700	1434	31509	34	21	8
2006	12	7	1737		33883	34	4	8
2007	14	7	2888	1305	28885	34	4	8
2008	10	7	1401	1579	26116	34	4	7
Praha Mot.	sestry	lékaři	hosp.	operace	amb.	lůžka st.	JIP	ARO
2000	56,7	13,7	2431	1813	26115	60	6	12
2003	56,7	13,7	ned.	ned.	ned.	60	6	12
2006	ned.	ned.	ned.	ned.	ned.	ned.	ned.	ned.
2007	35	14	2200	2055	31000	30	8	5
2008	35	14	2200	2055	31000	30	8	5
Ostrava	sestry	lékaři	hosp.	operace	amb.	lůžka st.	JIP	ARO
2000	28	12	1526	1568	34349	30	6	0
2003	36	12	2375	2211	40965	60	6	11
2006	40	13	2436		45484	60	6	11
2007	40	14	2846	2253	45484	60	6	6
2008	40	15	2421	2396	34457	60	6	17

Ošetrovatelská péče je práce pro člověka a s člověkem, který bývá zpravidla nemocný. Sestra musí každý den řešit problémy nemocných, které jsou spojené s bolestí, utrpením, umíráním. Nejen v traumacentrech, ale i na jiných odděleních je

pociťován nedostatek ošetrujícího personálu, ovšem ne jenom sester, ale i nižšího zdravotnického personálu, a to znamená pracovní přetížení sester, přesčas, nejednoznačnost role prováděných úkolů, které je odvádějí od přímé péče o pacienta. To vše má velký vliv na psychiku sestry, dochází ke stresu, po určité době i ke vzniku syndromu vyhoření, konfliktům a frustraci. Tím vším může být ovlivněna pracovní výkonnost, kvalita odvedené práce a loajalita ke zdravotnickému zařízení. Jestliže je sestra nespokojená s pracovním prostředím, nebude motivována k tomu, aby prováděla kvalitní ošetrovatelskou péči. Dle zjištění Německé zaměstnanecké pojišťovny DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse), mají určité profesní skupiny vyšší riziko psychických onemocnění. Mezi tyto skupiny patří i profese sestry. Dle DAK se za prvé musí zvýšit prestiž těchto povolání, ale hlavně se musí věnovat pozornost k prevenci psychických chorob (2,12,22).

„Psychickou zátěž je možné definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí.“ (58, str. 210).

Rozlišujeme tři formy psychické zátěže. Senzorická zátěž, která vyplývá z požadavků práce na činnost smyslových orgánů. Dále mentální zátěž, vyplývající z požadavků na zpracování informací kladoucí nároky na psychické procesy a to hlavně na pozornost, paměť, myšlení, rozhodování a představivost. Poslední třetí forma je emoční zátěž, která vyplývá z požadavků a situací vyvolávajících afektivní odezvu (58).

Negativní vliv psychické zátěže se projevuje například neurotickými příznaky, dále psychosomatickým onemocněním v důsledku psychické pracovní zátěže. Sem bychom mohli zařadit monotonii, vnucené pracovní tempo, nevhodnou rotaci směn nebo zvýšení nároků na mentální procesy (odpovědnost, spolehlivost). Tyto faktory mohou ovlivnit výkonnost pracovníka, kvalitu práce a pracovní úrazovost. Důsledkem psychické zátěže bývá únava nejen psychická, ale i tělesná či mentální. Mentální únava se projevuje zhoršením psychické a funkční výkonnosti. Dalším důsledkem psychické zátěže může být rozlada, diskomfort, emoční a náladové stavy. Trvalejším stavem může být pracovní nespokojenost nebo vyhasnutí (58).

„Jak uvádějí Höschl a Šimek (1993), o psychické zátěži lze souhrnně hovořit jako o náročných životních situacích, se kterými se člověk vyrovnává technikami



odvozenými buď od agrese, nebo od úniku a které mohou mít na jeho zdraví různý dopad.“ (15, str. 38). Zátěžové situace tvoří sice přirozenou součást života, ale pokud se stanou neúměrně silnými nebo se kumulují v omezeném časovém úseku, nemá jedinec sílu se na ně přiměřeně adaptovat (15).

Pojem stres (zátěž) použil H. Selye původně k označení reakce organismu při mimořádných poruchách. Jedná se například o popáleninový šok, tepelný šok, chladový šok. V roce 1870 anglický lékař George Beard poprvé označil některé neurotické poruchy za následek postupující komplexnosti civilizace. Ale v současnosti se velmi často používá pojem stres ve spojení s psychickou zátěží. K formulování psychologických koncepcí stresu přispělo to, že se ukázalo, že velmi významným činitelem je způsob, jak my sami interpretujeme význam nějakého podnětu, který vyvolává stres a také to, že stresový stav lze navodit nejen přímým podnětem, ale i v důsledku očekávání, předjímání či vybavením nějaké vzpomínky. „Psychický stres je tedy významně vázán na hodnocení situace, která může být na jedné straně pro člověka skutečně ohrožující, ale na straně druhé stačí, abychom ji jako ohrožující pouze subjektivně vnímali. Negativní emoce jako hněv, strach, úzkost nebo zármutek a lítost, které psychický stres doprovázejí, neprobíhají přitom stereotypně, naopak zahrnují širokou škálu adaptačních procesů.“ (15, str. 39, 16, 34)

A. Antonovský vydal práci, která se zabývá vztahem mezi zdravím, stresem a zvládnutím obtíží. Pro své studium vedl rozhovory s lidmi, kteří zvládli dobře nebo špatně fašistické koncentrační tábory. Při těchto rozhovorech se zajímal o to, proč někteří Židé, kteří byli umístěni do koncentračních táborů, přežili a někteří ne. Dále zkoumal v Izraeli skupiny lidí, kteří se vrátili po druhé světové válce z koncentračních táborů. Někteří zvládli návrat dobře, zařadili se do běžného života, ale jiní nebyli schopni zvládat problémy. Hledal charakteristické znaky, podle kterých rozdělil tyto lidi do dvou skupin. Rozdíly viděl v integritě osobnosti, to bylo u osob, které situaci zvládli a v dezintegraci osobnosti u osob, které situaci nezvládli. Po té Antonovský studoval další skupiny lidí – sportovců, těžce nemocných lidí, vojáků atd. Výsledkem jeho práce bylo vypracování charakteristik lidí silných a nezdolných ve stresových situacích a lidí, kteří snadno podlehnou těžkým životním situacím. Antonovský určil tři

dimenze, které se podílejí na tom, zda jedinec zvládne stresovou situaci nebo ne. První dimenze je smysluplnost situace v protikladu k odcizení, druhá dimenze se nazývá srozumitelnost oproti chaotičnosti a třetí zvládnutelnost, kdy protikladem je nezvládnutelnost situace. Takže tam, kde člověk vidí situaci smysluplnou, srozumitelnou a zvládnutelnou, tam je naděje v boji s těžkostmi. A. Antonovský se stal autorem testovací metody, kdy se používá dotazník S.O.C. – Sense of Coherence (smyslu pro koherenci, integritu osobnosti). Jestliže má jedinec smysl pro koherenci, znamená to, že je schopen zmírňovat nebo tlumit negativní vlivy, které nepříznivě působí v některých životních situacích (24, 25, 26).

Je rozlišováno pět základních typů psychické zátěže, které se dělí podle rozporu mezi požadavky, které klade nějaká situace na chování jedince a mezi možnosti člověka tyto situace plnit.

1. Nepřiměřené úkoly a požadavky - kdy je člověk přetěžován množstvím požadavků, které přesahují možnosti konkrétního jedince.

2. Problémové situace – člověk se musí orientovat v neobvyklých, doposud pro něj neznámých situacích nebo je nucen provádět neznámé činnosti. Tyto situace si mohou vynutit změnu navyklého způsobu života a chování.

3. Překážky – zabraňují dosažení žádoucího cíle nebo omezují možnosti jedince v tomto směru.

4. Konfliktová situace – souvisí s rozhodováním se. Rozeznáváme vnější konflikty a vnitřní konflikty. Vnější konflikt může nastat mezi vnějšími požadavky a vnitřními tendencemi jedince, vnitřní konflikt je stav, kdy dojde ke střetu protichůdných zájmů nebo motivů člověka, které se navzájem odporují.

5. Stresové situace – vznikají, jestliže působí určité rušivé okolnosti v průběhu nějaké činnosti a znemožní zdárný průběh této činnosti. Může se například jednat o působení časového stresoru při resuscitaci (15).

Aby byla sestra odolná vůči zátěži, musí se naučit pečovat nejen o pacienty, ale i sama o sebe. Pečovat o pacienty se učí na zdravotní nebo vysoké škole a v praxi, ale péče sama o sebe je soukromá iniciativa každé sestry. Tato péče má řadu oblastí jako je péče o vlastní vzhled, o tělesné zdraví, stravování a měla by sem spadat i péče o tělesný

a duševní život, což je nutné se naučit. Již naši prarodiče dodržovali velmi důležitý způsob péče o duši tím, že sedmý den v týdnu nepracovali. To znamená, že oddělili jeden sváteční den od všedních, protože cítili, že naše duše potřebuje odpočinek po dnech naplněných intenzivní prací. V současné době je mnoho lidí, kteří si myslí, že odpočinek nepotřebují, žijí v neustálém stresu a tím přibývají počty nemocí ze stresu, množství léčených i neléčených neuróz (27).

Ve třísměnném nebo nepřetržitém provozu se zdá, že pravidelného odpočinku ani nelze dosáhnout. Mnohdy ale za výraz „nejde to“ se schovává spíše nechut' pokusit se o to. „ V pozadí nechuti je nedostatečné přesvědčení o tom, že by to tak mělo být, a změnit přesvědčení není lehké. Někdy je zapotřebí radikálního „zahřmění“, aby k tomu došlo.“ Ale co to je odpočinek? Například pokud potřebujeme splatit spánkový dluh, znamená to lehnout si a spát. Ale také se můžeme věnovat dětem a jít na procházku nebo navštívit známe, číst si, jít do kina atd. Těch možností je mnoho, hlavně je důležité strávit volný čas tak, abychom nemysleli na to, co se děje v práci (27, 27, s. 19).

### ***1.7 Fyzická zátěž sester v ošetrovatelské péči v traumacentrech České republiky***

Pracovní zátěž sester je určována mírou vyváženosti mezi výkonovou kapacitou sestry a mezi požadavky a podmínkami za kterých se pracovní výkon uskutečňuje. Jestliže obě tyto složky v rovnováze, je pracovní zátěž v normě, ale jestliže dojde k nerovnováze, potom se jedná o nepřiměřenou zátěž označovanou jako zátěž nadlimitní (22).

Negativní vliv působení fyzické zátěže na člověka se projevuje onemocněním svalově kosterního aparátu zejména páteře. U sester v nemocnici je to způsobeno především každodenní a opakovanou manipulací s imobilními pacienty a s pacienty, kteří mají omezenou pohyblivost. Dalším negativním projevem působení zvýšené fyzické zátěže je zvýšený počet úrazů, onemocnění svalů šlach a kloubů, které je způsobené jednostranným nadměrným zatěžováním. Jsou též zjištěny souvislosti potíží kosterně-svalového aparátu, dýchání a krevní oběh s pracovní polohou. V neposlední řadě nepřiměřená fyzická zátěž ovlivňuje výkonnost a kvalitu práce sester (22, 58).

„Fyzická pracovní zátěž je pracovní zátěž pohybového, srdečně cévního a dýchacího systému s odrazem v látkové přeměně a termoregulaci. Nerovnováha konstituce a celkové svalové kapacity jedince a nárokům fyzickou zdatnost, která plyne z pracovních úkolů, může být zdrojem nadměrného přetěžování jeho pohybového aparátu se všemi důsledky pro zdraví.“ (58, s. 187).

Z fyziologického hlediska existují dva druhy svalové práce. Za prvé to je práce dynamická, kdy jsou střídavě zapojovány svalové skupiny a střídá se napětí a uvolnění svalstva. Je to taková činnost, kdy svalová síla spojená se změnou délky svalu je kratší než tři sekundy. Za druhé svalová práce statická. V tomto případě dochází k izometrické kontrakci svalu, ve kterém je zvýšené napětí. Izometrický stah trvá déle jak tři sekundy. Dynamická a statická svalová práce se od sebe liší v dynamice prokrvení svalu. Práce dynamická je nejen efektivnější, ale také pomaleji nastupuje únava a je méně zatěžující než práce statická. V praxi bývá kombinace obou typů práce, bývá určováno, jestli se jedná spíše o práci dynamickou nebo spíše o práci statickou. Při posuzování fyzické zátěže u dynamické práce je nutné rozlišovat, zda je práce vykonávaná velkými (více než 50 % svalové hmoty) nebo malými svalovými skupinami. Při posuzování fyzické zátěže se zaměřujeme nejen na celkovou fyzickou zátěž, ale i na lokální svalovou zátěž. To znamená dlouhodobé jednostranné nadměrné zatěžování stejných svalových skupin, což vede k onemocnění šlach, kloubů, nervů atd. Důležitou roli zde hraje expozice vibrací, nepříznivé mikroklimatické podmínky, nevhodné osobní pracovní návyky atd. Výkonnost pracovníka je samozřejmě ovlivněna i vlivy zevního prostředí. Jsou to vlivy tepelné, tlakové, vlhkostní, povětrnostní, záření, akustické, světelné, narušené životní prostředí. Tyto situace ztěžují výkonnost jedince a mohou jej i ohrožovat (11, 58).

### *1.8.1 Únava*

Jestliže fyzická a psychická zátěž působí delší dobu a dosáhne určité intenzity, objeví se u člověka únava. Již Galenos v prvním století našeho letopočtu říká, že únava je nedílnou součástí denního režimu. Únavu můžeme definovat jako „celkový stav organismu následkem tělesného nebo psychického zatížení.“ (14, s. 231).

Únava je dělena na fyziologickou a patologickou.

*Fyziologická únava* je způsobena změnami vnitřního prostředí tj. hromadění metabolitů svalové práce, vyčerpání makroergních fosfátů a mediátorů na nervových synapsích. Mezi příznaky fyziologické únavy patří hyperemie pokožky, pocení, tachykardie. Při vyšším stupni únavy se objevuje například bolesti hlavy, poruchy prostorového vnímání, bolesti ve svalech a pocit únavy celkové i místní. Objektivně se prokážou chemické změny ve svalů, změny cévního zásobení svalů. Únava tělesná je vždy spojena s únavou psychickou (14).

*Akutní patologickou únavu* dělíme na přetížení projevující se např. pocitem slabosti, bolestí hlavy, vertigem, nauzeou, nitkovitým tepem, stridorem a na schvácení, což je druhý stupeň patologické únavy, která se vyznačuje zsinalostí obličeje, dušností se stridorem, poklesem krevního tlaku, poruchou termoregulace až známkami šoku (14).

*Chronická patologická únava* je dlouhodobý nepoměr mezi prováděnou činností a pracovní kapacitou organismu. Mezi příznaky patří zvýšená předrážděnost, apatie, nechut' k jídlu, klidové, hlavně noční, pocení, permanentní pocit únavy a zvýšená náchylnost k onemocnění (14).

U sester pracujících v traumacentrech se často setkáváme s psychofyzickou zátěží a únavou, a proto empirická část je zaměřena i na tyto oblasti.

## **2 Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit jaké možnosti mají sestry v traumacentrech v oblasti dalšího vzdělávání.

Cíl 2: Zjistit v jakých oblastech ošetrovatelské péče mají sestry pracující v traumacentrech největší problémy.

Cíl 3: Zjistit jak zvládají psychickou zátěž sestry pracující v traumacentrech.

Cíl 4: Zjistit jak zvládají fyzickou zátěž sestry pracující v traumacentrech.

### **2.2. Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka 1: Jaký typ dalšího vzdělávání si vybírají sestry v traumacentrech?

Výzkumná otázka 2: Spolupracují sestry pracující v traumacentrech se sestrami ostatních klinických oborů při zajišťování ošetrovatelské péče?

Výzkumná otázka 3: Zvládají sestry pracující v traumacentrech psychickou a fyzickou zátěž?

### **2.3 Hypotézy**

Hypotéza 1: Sestry pracující v traumacentrech se raději vzdělávají ve specializačním vzdělávání než v rámci vysokoškolského vzdělání.

Hypotéza 2: Sestry pracující v traumacentrech spolupracují se sestrami ostatních klinických oborů při zajišťování ošetrovatelské péče.

Hypotéza 3: Sestry pracující v traumacentrech se vzdělávají nejen v traumatologii, ale i v dalších klinických oborech.

Hypotéza 4: Sestry pracující v traumacentrech zvládají psychickou zátěž.

Hypotéza 5: Sestry pracující v traumacentrech zvládají fyzickou zátěž.

### **3 Metodika**

#### **3.1 Metodika a technika šetření**

K získání potřebných údajů bylo použito kvalitativní šetření formou hloubkového rozhovoru. Rozhovory byly nahrány na diktafon a přepisovány. Doplnily nebo upřesňovaly údaje z anonymního dotazníku. Osloveno bylo celkem 10 sester, 8 sester souhlasilo s rozhovorem. (příloha č. 3)

Dále bylo použito kvantitativního šetření, sběr dat formou dotazníků. Dotazníky byly určeny pro sestry pracující v traumacentrech České republiky. První dotazník (příloha č. 1) obsahoval 37 otázek z toho 5 polozevřených a jedna otevřená. Bylo rozdáno celkem 180 dotazníků, navraceno 146, což znamená, že návratnost dotazníků činila 81,1 %. Pro neúplné vyplnění bylo vyřazeno ještě 17 dotazníků. Ke zpracování bylo použito 129 dotazníků (100 %).

Druhý dotazník (příloha č. 2) byl standardizovaný S. O. C. A. Antonovského a sloužil ke zjištění psychické nezdolnosti sester pracujících v traumacentrech České republiky. Bylo celkem rozdáno 180 dotazníků, vráceno jich bylo 119 (61,1 %). Pro nesprávné vyplnění muselo být 20 dotazníků vyřazeno. Ke zpracování dat bylo použito 89 (100 %) dotazníků. Dotazník S.O.C. Sense of Coherence (soudržnost nebo integrovanou osobnosti) obsahuje 29 položek, které jsou rozděleny do tří skupin – smysluplnost (8 položek), porozumění situaci (11 položek) a ovladatelnost dění (10 položek). Odpovědi lze vybrat ze sedmi bodové škály, zaškrtnutím hodnoty 1 nebo 7 vyjadřuje respondent krajní meze. Minimální počet bodů, který lze získat je 29, maximální počet je 203 bodů. Sestry, které získají vysoké hodnoty S:O:C. mají mimořádnou psychickou odolnost, nepodléhají snadno stresům (26, 28).

Šetření probíhalo od 3. 1. - 19. 5. 2010.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl tvořen sestrami pracujícími v traumacentrech České republiky a to v Českých Budějovicích 49 sester, v Plzni 11 sester, v Liberci 15 sester, v Hradci Králové 29 sester a v Brně 25 sester. Rozhovory byly vedeny se sestrami různého věku, vzdělání a délkou praxe.

## **4 Výsledky**

### **4.1 Kvalitativní šetření**

#### ***1. rozhovor***

*sestra: 51 let*

*v traumacentru pracuje: 23 let*

*nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání: vysokoškolské Bc.*

V době, kdy se rozhodovala o svém povolání, se přihlásila ke studiu SZŠ v oboru dětská sestra, ale pro velký počet zájemců nebyla přijata. V těchto letech existoval v Českých Budějovicích dvouletý učební obor ošetřovatelka, přihlásila se a byla přijata. V 15 ti letech neměla vůbec představu, co tento učební obor obnáší. Na oddělení úrazové chirurgie nastoupila tedy v 17 letech jako ošetřovatelka. Tady pracovala až do mateřské dovolené. Když se chtěla vrátit po mateřské dovolené, místo pro ošetřovatelku bylo obsazené, a tak nastoupila na interní oddělení. Zde si dodělala dálkově střední zdravotnickou školu a začala pracovat na JIP interního oddělení. V tomto období se rozvedla a potřebovala místo na denní směnu z důvodu péče o dítě. V této době však v nemocnici nebylo žádné místo volné a tak nastoupila na Jihočeskou akademii věd. Práce se jí zde líbila, ale pořád toužila po práci v nemocnici. Když se po druhé vdala, nebylo již nutné pracovat na jednu směnu. Hned toho využila a navštívila vrchní sestru traumatologie, která ji znala z dob, kdy spolu pracovaly (ona jako ošetřovatelka a současná vrchní sestra jako sestra ve směnném provozu) a projevila přání vrátit se zpět na traumatologii. Vzhledem k tomu, že na traumatologii bylo vždy nedostatek sester, tak nebyl problém získat žádané místo. To bylo v roce 1988. Začala pracovat na standardním oddělení, ale protože na JIP byly samé mladé sestry a byly tu dost velké personální problémy, tak byla požádána, jestli by nepřešla na JIP. Po odchodu staniční sestry na mateřskou dovolenou nastoupila na její místo. Na JIP vystudovala specializaci v oboru ARIP již jako staniční sestra, které ukončila v roce 1994. To bylo požadované vzdělání nejen pro práci na JIP, ale i pro funkci staniční sestry.



Když si tak vzpomíná na své začátky, kdy ještě nebylo v nemocnici lůžkové ARO, tak bylo sice hodně práce, protože sestra sloužila noční službu pouze jedna, ale byla větší spolupráce mezi odděleními na baráku. Když si sestra z chirurgie nebo ortopedie všimla, že na traumatologii svítí dlouho zvonek, tak přiběhla zkontrolovat, jestli se něco neděje a zda není nutná pomoc. To se nyní již neděje. Ale spolupráce s jinými obory existuje. Hlavně s očním oddělením, stomatochirurgií, ORL, ARO – to hlavně po odborné stránce. Pokud se stane, že potřebuje na svém oddělení radu, nikdy se jí nestalo, že by z jiného oddělení odmítli pomoci. Je pravda, že zase z traumatologie chodí sestry zhotovovat extenze na ARO, na dětském oddělení učily sestry zdejší personál dětské extenze. Takže spolupráce je oboustranná. Ale je nutné říci, že v současnosti si vědomosti v ošetřování například stomatochirurgických poranění předávají sestry mezi sebou. Na intenzivní péči to je ještě dobré, protože je tam více starších sester a ty mohou mladším pomoci. Horší je to již na standardním oddělení, kde jsou již převážně sestry mladé, které zkušenosti nemají.

Když přišla otázka na vzdělávání, tak překvapivě a zajímavě svoje vzdělávání shrnula. ARIP jí dalo hodně hlavně po odborné stránce. Hodně jí pomáhalo při její práci hlavně na JIP. Ovšem vysokoškolské bakalářské vzdělání pro ni znamenalo to, že začala svoji práci chápat úplně jinak. Moc jí pomohlo v komunikaci, v empatii. I když začala studovat ve 45 letech, tak pro ni hodně znamenalo. Nyní studuje magisterské navazující dálkově v oboru ošetřovatelství. Je pro ni hodně těžké, ale hlavně z důvodu, že má již vyšší věk pro studium. Dle jejího mínění a vlastní zkušenosti by si sestry měly postupně doplnit vzdělání ARIP i vysokoškolské. Nyní na traumatologii v Českých Budějovicích studuje 7 sester na vysoké škole (z toho dvě mimo obor), jedna sestra studuje specializační vzdělávání a dvě si zažádaly o zařazení do specializace. Ovšem kromě uspokojení ze svého dalšího vzdělávání by měly mít i perspektivu, že zaměstnavatel jejich studium a vzdělání ohodnotí a ocení. Musí mít před sebou vidinu, že si zaměstnavatel váží jejich vzdělání a finančně je ohodnotí. Na druhou stranu je třeba říci, že sestry, které nepotřebují kredity kvůli registraci, přestávají chodit na konference z jiných oborů. Navštěvují semináře, které se týkají např. periferních kanyl, ale jsou to sestry, které kredity potřebují.

Práci na oddělení, nyní s přibývajícím věkem, po stránce psychické zvládá hůř, hlavně u těžkých úrazů a úplně konkrétně poranění páteře (transverzální léze míšní). Psychicky ji ničí personální problémy – nedostatek personálu, někdy nekvalitní práce personálu. Při své náročné práci má velkou oporu v rodině. Má výborné rodinné zázemí. Vždycky se těší z práce domů, kde se nabíjí. I když, jak s úsměvem ironicky podotýká, nabíjela, protože doma vidí ty haldy papírů na učení. Ale jinak jejím koníčkem je chalupa, takže o víkendu jezdí na chalupu, procházky v přírodě, zahrádka, houby a rodina. Fyzické problémy nemá nyní, měla dříve se zády, dokonce byla hospitalizovaná. Je to již několik let, ale nyní je bez problémů. Myslí si, že zaměstnavatel by měl pro své zaměstnance zařídit fyzioterapeuta, pravidelné masáže nebo něco podobného. Přivítala by i pomoc psychologa pro sestry, které mají období, kdy psychicky nezvládají svou práci. Myslí si, že by to pomohlo personálu i v případě, kdy mají soukromé problémy, které samozřejmě mohou ovlivnit práci na oddělení.

Problém, který musí stále řešit, není nyní nedostatek personálu, ale nedostatek lůžek. Úrazů přibývá, spádová oblast je veliká (jediné traumacentrum na jihu), tak jsou sestry vyčerpané hodně tím, že pořád řeší, kam pacienty uložit. Jinak ale práce na traumatologii je pěkná. Lidé se tu uzdravují, je vidět výsledek práce a občas se stane, že i někdo poděkuje.

## **2. rozhovor**

*sestra: 30 let*

*v traumacentru pracuje: 6 let*

*nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání: SZŠ-všeobecná sestra*

Na úrazové oddělení přišla z Vinohrad – dětská plastická JIP. Při změně zaměstnavatele (odchod za přítelem) si moc vybírat oddělení nemohla. Vrchní sestrou jí bylo oznámeno, že volné místo je na traumatologii, a proto tam nastoupí. Vůbec neměla představu, co takové oddělení obnáší a do čeho jde.

Při svých začátcích na oddělení měla problémy s ošetřováním pacientů kvůli nedostatkům svých znalostí. Třeba u pacientů se zlomenou čelistí, kdy byla nasazena mezičelistní fixace, tak tam ji starší kolegyně dost rychle zasvětily do péče o pacienty,

naučily jí pomůcky a první pomoc při komplikacích (zvracení). Asi největší problém u těchto pacientů měla s ústní hygienou. Mnohem větší strach měla a možná ještě má u pacientů s hrudní drenáží. Ošetrovatelskou péči znala pouze teoreticky, ale prakticky se s těmito pacienty nikdy nesetkala. Hledala pomoc u svých kolegyně na standardním oddělení, ale i na JIP. Teď nedávno volala na neurologické oddělení, kdy potřebovala poradit při přípravě k operaci u pacienta s Parkinsonovou chorobou. Potřebovala vědět, jak léky vysadit a jelikož konsiliární lékařka naordinovala infuzní terapii, která má tyto léky nahradit, tak rychlost aplikované infuze. Sestra z neurologického oddělení byla ochotná, ale je pravda, že nikdy neměla problém, když potřebovala poradit, že by se setkala s neochotou.

Vystudovala střední zdravotnickou školu. Původně chtěla dělat specializaci ARIP, ale vzhledem ke změně zaměstnání se to nerealizovalo. Je možné, že by ještě na Vinohradech specializační vzdělávání začala studovat, ale musela by se upsat na 5 let, což věděla, že nemůže splnit. Po příchodu na traumatologii jí byla nabídnuta možnost studovat nějaká specializace pro traumatologii. Přesně neví, co to mělo být. Stejně se to zrušilo, protože udělali přímo traumatologickou sekci, kde ještě nebylo přesně ujasněno, co se bude studovat, a kdy to hlavně začne fungovat, tak to vzdala. Nyní studuje na vysoké škole obor Ošetrovatelství – bakalářské studium. Kdyby si mohla vybrat, jaké studium je lepší pro práci na traumatologii, tak nejdřív řekla bez rozmýšlení specializaci, v případě, že by chtěla zůstat pouze na traumatologii. Ale po chvíli přemýšlení uznala, že to není tak úplně jednoznačné, protože vysoká škola toho obsáhne hodně a traumatologie toho hodně pojme, takže je potřeba od všeho trochu. Ona sama, kdyby se na to cítila, by si ráda ještě vystudovala magisterské navazující v oboru Ošetrovatelství hlavně kvůli tomu zaměření na pohybové ústrojí – traumatologie a ortopedie. Při svém studiu nemá od zaměstnavatele žádné výhody. Myslí si, že ani zaměstnavatel netuší, že studuje. Hodně jí ale vychází vstříc staniční sestra při psaní rozvrhu a děvčata, která za ní občas odslouží nějakou směnu. Na konference se sama moc nehlásí, protože ta témata, která se nabízejí na konferencích, probírá při svém studiu. Ale děvčata z oddělení se hodně hlásí, hlavně na konference s psychiatrickou problematikou. Myslí si, že konferencí je dost, v tom problém nevidí. Ale problém je

spíše v tom, že si kolegyně musí brát volno, zaplatit cestu a poplatky. Což není také moc levná záležitost, takže nemohou navštěvovat všechny akce, které by chtěly.

Po psychické stránce je to jak kdy. Někdy je to hodně špatné a někdy to jde. Někdy se opravdu práce nedaří, komplikuje se, je toho hodně, něco zapomene, ostatní čekají, že něco udělá, a když to dlouho trvá, tak jsou nervózní a nervozitu přenášejí také na ni. V těchto případech bývá protivná na pacienty, něco v péči odbude, protože nemá čas. Ne, že by na ně byla zlá, ale nemá čas. Myslí si, že to pacientům vesměs nevádí, že to chápou. Když je takto psychicky špatná, tak řeší situace různě. Když je hezké počasí, sedne na kolo, sluchátka do uší, pěkná hudba, a to ji uklidní. Jindy přijde domů, nají se a jde spát. Někdy se psychická zátěž a stres odrazí i v partnerském vztahu. Měla své koníčky, ale pro pracovní vytížení na nic nemá čas. Zbyla jí pouze jízda na kole, a to jenom díky tomu, že na něm jezdí do práce. Jinak ráda malovala a pomáhala se zvířaty v útulku. Myslí si, že kdyby situace psychického přetížení přetrvávalo a nebyla by schopná to sama zkompenzovat, tak by ráda využila spolupráci s psychologem. Tím by se zamezilo odchodu sester na jiné pracoviště nebo úplně ze zdravotnictví. Zrovna letos odešla sestra, která na oddělení pracovala 30 let a již nebyla schopna stresové situace zvládat. Zaměstnavatel by se měl zamyslet, proč sestry odcházejí a něco pro zaměstnance udělat. To se absolutně neděje, jako by to bylo jedno.

Po fyzické stránce to zase není tak strašné. Záda bolí, ale dá se to zvládnout. I když někdy je cítit taková únava, že má pocit, že se ani nezvedne, ale nestává se to často. I přesto by využila, kdyby jí zaměstnavatel nabídl masáže jednou za půl roku. Ale ihned dodává: „Když však zaměstnavatele nezajímá, proč sestry odchází, tak proč by nabízel masáže.“

Domnívá se, že by na úrazovém oddělení zůstala s nadsázkou až do důchodu. Nemá zatím žádné tendence odcházet. Práce ji i přes všechna negativa baví, líbí se jí. A jeden z velkých důvodů, proč chce zůstat, je výborný kolektiv.

### **3. rozhovor**

*sestra: 23 let*

*v traumacentru pracuje 3 roky*

*nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání: SZŠ všeobecná sestra*

Na oddělení nastoupila hned po škole. Vybírat si nemohla, pouze žádala, že chce na nějaké oddělení chirurgického zaměření. Zpočátku to nebylo moc dobré, protože jí kolektiv nepřijal nejlépe. Měla pocit, že to je kvůli tomu, že nestíhá práci. Snažila se pracovat samostatně, na nic se neptat a všechno udělat co nejlépe. Byla uzavřena do sebe. Dlouho ani nevěděla, která ze spolupracovnic je vdaná, má děti, někdy měla problém i se jménem kolegyň. Nyní je to lepší, více komunikuje s ostatními a cítí se lépe.

Nemá pocit, že by někdy potřebovala pomoc někoho z jiných oddělení. Co potřebuje, to si zjistí u sester na svém oddělení.

Studuje bakalářský obor na pedagogické fakultě. Se zdravotnictvím to nemá nic společného. Až skončí, tak může dělat třeba vychovatelku, cvičitelku či něco podobného. Úlevy od zaměstnavatele žádné nemá, ale staniční sestra a ostatní na stanici jí vycházejí vstříc. Někjaké konference navštěvuje, spíše ty, které jsou v místě bydliště a zaměřené na chirurgickou problematiku nebo ARO. Kdyby si měla vybrat, tak pro práci na traumatologii by se hodila spíše specializace ARIP, protože je přímo zaměřená na intenzivní péči, což je v traumatologii důležité. Vysokoškolské studium není, dle jejího názoru, pro toto oddělení důležité.

Po psychické stránce to již zvládá dobře. Je pravda, že když je někdy hodně práce, tak bývá k pacientům odměřená, ale ne zlá. Koníčky nemá, stejně by na ně neměla čas, protože všechnen čas jí zabere práce a škola. Při své práci by nikdy psychologa nevyhledala, nemá k tomu žádný důvod, všechno je schopna si vyřešit sama. Fyzicky se jí práce nezdá náročná, problémy nemá.

Na traumatologii zůstat nechce, až dostuduje, tak by šla pracovat mimo zdravotnictví.

#### **4. rozhovor**

*zdravotní asistentka: 20 let*

*pracuje na traumatologii 1 rok*

*nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání: SZŠ - zdravotní asistentka*

Hned po škole nastoupila do práce. Při žádosti o zaměstnání chtěla hlavně chirurgický obor, tak když jí hlavní sestra nabídla místo na traumatologii, neměla s tím žádný problém. Určitou představu o práci na tomto oddělení měla, protože sem chodila na praxi, když studovala zdravotní školu. Jediné, co se jí nelíbilo při nástupu do zaměstnání, bylo umístění na jinou stanici, než si přála. Ale nijak to neřešila. Po nástupu na oddělení si zvykala na kolektiv, postupně poznávala „kdo je kdo“. Jelikož je první zdravotní asistentka na traumatologii, nevěděly sestry, co mají „s ní dělat“. Zpočátku pracovala pouze jako ošetřovatelka, sloužila služby ošetřovatelek, zaučovala jí ošetřovatelka, ale najednou přišel zlom a začala dělat práci pouze sesterskou. Ale i tady narazila na problém. Jsou výkony, které dělat nemůže, protože nejsou v její kompetenci a některé kolegyně to nejsou ochotné akceptovat. Nutí jí do této zakázané práce se slovy: „Stejně se to jednou musíš naučit.“ Při odmítnutí ji považují za línou a neochotnou, byl již kvůli tomu i konflikt na oddělení, který musela řešit vrchní sestra. Tyto dohady narušují vztahy a spolupráci na stanici, což se projevuje například při žádosti o radu. Má již vytipované kolegyně, kterých se zeptá a kterých radši ne. To si zavolá raději na jiné oddělení nebo doběhne na vedlejší stanici.

Sama uznává, že při práci na oddělení má problémy po odborné stránce. Když se nad tím zamyslela, tak řekla: „Je znát, že nás odborné předměty neučili lékaři, ale učitelky, které probíraly internu, chirurgii a jiné odborné předměty jen tak povrchně. Chyběla tomu zkušenost a názorné příklady.“ Při ošetřování má velký strach například u pacientů s tracheostomií, poraněním hrudníku, interním onemocněním. Obává se, že nemá dostatek vědomostí a zkušeností, že něco zanedbá nebo, když bude komplikace, tak nebude vědět, jak se zachovat. Toto všechno ji donutilo, že se přihlásila ke studiu na vysoké škole, protože zjistila, že současné znalosti jí pro práci na úrazovém oddělení vůbec nestačí. Po bakalářském studiu by chtěla pokračovat v magisterském studiu – chirurgický modul, specializace pohybové ústrojí. Myslí si, že to je nejideálnější typ

vzdělání pro traumatologii, protože ARIP je moc úzce zaměřen na jednotky intenzivní péče. Ono jí původně studium na zdravotní škole vůbec nebavilo, možná proto, že neměla v úmyslu ve zdravotnictví pracovat, ale když začala pracovat na úrazovém oddělení, tak zjistila, že ji práce baví, ale má velké nedostatky ve vědomostech. Pro další studium se rozhodla mimo jiné i proto, že ji vrchní sestra nabádá k dalšímu vzdělávání. Ví, že si volno na studium bude muset napracovat nebo si vzít dovolenou, ale stojí to za to. Kdyby se nyní nedostala na studium, tak by to určitě zkoušela znovu.

Při své práci se setkala i s pacienty cizí národnosti. Umí celkem dobře německy, tak se domluvila. Ale znalost němčiny se jí zdá málo, proto se učí ještě španělštinu a plánuje intenzivní kurs angličtiny.

I když na oddělení pracuje poměrně krátkou dobu, již nyní je pro ni práce psychicky náročná. Někdy má pocit, že je vše chaotické, neumí si práci uspořádat, jindy je to klidnější, ale pořád je ve střehu, kdy se něco stane. Bývá potom předrážděná, bolí ji hlava, není schopná se pořádně soustředit a i na pacienty někdy reaguje podrážděně. Hodně ji pomůže při relaxaci ve volném čase běh se psem, pěkná knížka nebo i domácí práce, hlavně žehlení. Ale když je moc psychicky unavená, tak jde prostě spát. Po chvíli ještě dodává: „Také, když jsem hodně podrážděná, psychicky unavená, tak se uchyluji k jídlu. Je to jako na houpačce. Někdy se přejídám a někdy nemůže nic sníst, protože mi je po jídle špatně. Maminka se zlobí, ale já si nemůžu pomoci.“

Fyzická zátěž je, dle jejího mínění, také velká. Hlavně když je na oddělení hodně imobilních pacientů, kteří se musí pravidelně polohovat, tak ji potom hodně bolí záda. Kdyby měla srovnat, jestli převažuje psychická nebo fyzická zátěž, tak neví. Někdy, když slouží se sestrou, s kterou si nerozumí, je hodně pacientů na oddělení, jsou zde zranění, u kterých si není jistá, že by vše zvládla, tak je to psychicky náročné, jindy je to zase náročnější fyzicky.

Již nyní by si ráda někdy popovídala s psychologem. Myslí si, že by získala radu, co dělá špatně, proč vznikají nějaké konflikty anebo by si jenom popovídala. A masáže nebo nějaká rehabilitace, to by byla přímo senzace. Byla by to motivace pro sestry, které by si řekly, že zaměstnavateli na nich záleží.

Jak dlouho zůstane na traumatologii? Jednu dobu chtěla odejít kvůli vztahům na pracovišti. Ale práce se jí tu velmi líbí, hlavně ta různorodost, kdy je tu více oborů, lidé se tu uzdravují a odchází domů. Takže o odchodu zatím neuvažuje.

## **5. rozhovor**

*sestra: 38 let*

*v traumacentru pracuje: 6 let*

*nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání: SZŠ – všeobecná sestra*

V roce 1989 až 1993 na traumatologii již pracovala a zpátky se vrátila v roce 2004. Když po letech nastoupila na oddělení, tak první dny pro ni byly stresující a depresivní. Problém nebyl pouze v práci ale i ten, že nastoupila v zimě (v únoru) a musela do práce jezdit autem. Říká: „Bylo to pro mě strašně stresující, moc jsem do této doby autem, jako řidička nenajezdila, vůbec jsem si nebyla jistá. Do práce jsem přijížděla úplně vynervovaná a před koncem pracovní doby jsem byla znova ve stresu. Samozřejmě, že se to musela někde odrazit. Někdy v práci, někdy doma. Teď už je to lepší, věřím si. Ale jednu havárii jsem měla, bylo tam i zranění jiné osoby. Strašně těžké období.“. Po nástupu měla pocit, že vůbec nic neumí, že všechno zapoměla, ale dost jí pomohly kolegyně. Přiznává, že se ptala hodně i na věci, které by měla umět. Často volala i na jiná oddělení o radu. Volá i teď a někdy poradí i lékaři.

Má zdravotní školu. Někdy před léty uvažovala o specializaci – urgentní medicíně. Potom ze studia toho sešlo. Na traumatologii si myslela, že by si možná udělala specializaci ARIP, ale pak se jí nechtělo. Myslí si, že pro traumatologii stačí pouze SZŠ, a potom spíše semináře a kurzy, více je zbytečné. Sama jezdí na semináře. Ze seminářů si něco pamatuje v ten moment, kdy se jich zúčastní, ale později zapomene, o čem byly. Vybírá si semináře zaměřené na traumatologii a psychiatrii, ale sama cítí, že má nedostatky vědomostí a dovedností ve více oborech.

Velké problémy jí dělá ošetřovat konfliktní pacienty a nenaplňuje ji práce se starými lidmi.



Práce na traumatologii je pro ni chaotická, ale když se zklidní, tak to jde. V současné době má pocit, že je na oddělení dlouho a vadí jí, že má jít do práce, vadí jí někteří lidé, sestry, lékaři, i když se ještě někdy stane, že se do práce těší. V této těžké životní situaci je pro ni velká výhoda, že má velmi dobré rodinné zázemí. Má úžasného syna, vynikající rodiče a přátele. Ale práci si bere domů a syn jí říká, že je v poslední době pořád mrzutá. I matka si všimla, že bývá nějaká divná a syn řekl, že už je to normální stav. Často mívá bolesti hlavy, nemůže spát, má nechut' k jídlu. Již zažádala u hlavní sestry o změnu oddělení. Je zoufalá, protože žádost má podanou celý rok, ale zatím se nic neděje. Ráda by šla na oddělení spíše chirurgického zaměření. Určitě ne oddělení následné péče. Kdyby byla možnost, tak by ráda pohovořila s psychologem. Má s tím již své zkušenosti, k psychologovi chodila, když se rozváděla a moc jí to pomohlo. Již pro ni bývá těžké se nějak odreagovat, nemívá na nic náladu. Bývá hodně plačtivá, rozhodí ji úplná maličkost. Zrovna minulý týden ji rozplakalo, když ji staniční sestra vytkla, že má nevhodnou obuv a náhrdelník, který se do práce nehodí. Při tom ona si s tím náhrdelníkem chtěla udělat pěkný den, nepřipadalo jí, že je nevhodný k uniformě. Cítila se ukřivděně. Když si promítne všechny příznaky, tak je přesvědčená, že je „vyhořelá.“

Fyzická zátěž se jí nezdá tak velká. Občas jí bolí záda, ale není to tak hrozné. Ovšem fyzioterapeuta by určitě neodmítla.

## **6. rozhovor**

*Sestra 53 let*

*pracovala v traumacentru 33 let*

*nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání: vysokoškolské Bc*

Na úrazovém oddělení pracovala od ukončení SZŠ. Sama říká, že na toto oddělení vůbec nastoupit nechtěla. Pamatovala si, jak to zde vypadalo, když jako studentka zdravotní školy zde absolvovala měsíční souvislou praxi ve 3. ročníku a byl tu strašný kolektiv. Měla žádost na chirurgii, ale hlavní sestra řekla, že si ji vybrali na traumatologii. Ještě dnes, když si na svoji reakci vzpomene, tak se usmívá: „Jela jsem domů vlakem, protože jsem nebyla z Českých Budějovic. Od zastávky jsem šla pěšky 4

km a celou cestu jsem strašně brečela, protože jsem na traumatologii opravdu nechtěla. Když jsem dorazila domů celá ubrečená, tak se mamka lekla, že se mi něco stalo.“

Na oddělení tedy nastoupila, ale začátky nebyly žádná sláva. Kolektiv byl stejný, jaký si pamatovala ze studií, moc mezi ostatní nezapadala. Byla pro toto oddělení pomalá, takže zůstávala v práci vždy po pracovní době, aby stihla všechnu práci. Ale postupem času se vše začalo měnit. Dvě zkušené kolegyně si ji vybíraly k sobě do služeb, víc se s ní bavily, radily jí. O této etapě říká: „Byl to zlomový moment. Už jsem chtěla žádat o místo na jiném oddělení. Měla jsem pocit, že jsem naprosto neschopná a tedy k ničemu. To, co nás učili na zdravotní škole, vůbec nestačilo pro práci na traumatologii. Vše bylo hrozně rychlé, těžké úrazy, a protože nebylo lůžkové ARO, tak pacienti leželi u nás. Bála jsem se chodit do práce a hlavně na noční, protože to jsme sloužili v jedné sestře. A najednou se objeví dvě holky, které řeknou, že se mnou budou sloužit, protože ve mně něco je. Hlavně se prý musím zbavit strachu a zrychlit pohyby. Nemyslete si, že mi něco darovaly. Každou chybičku mi vytkly a to někdy dost drsně. Ale vždy to zůstalo jenom mezi námi a hlavně mi vysvětlily, kde jsem udělala chybu a jak to udělat správně.“ Chvilí se zamyslela a dodává: „Během své práce jsem si na ty moje učitelky často vzpomněla a vždycky se snažila prosazovat, aby sestry vždycky, když vidí, že jiná sestra něco dělá špatně, to řekly přímo jí a vysvětlily jí, kde udělala chybu. A ne aby ji pomlouvaly za zády. O tom je práce ve zdravotnictví a v týmu.“

Za čtyři roky šla na mateřskou dovolenou. Narodili se jí brzo za sebou dva chlapi. Vrátila se po 3,5 letech. Návrat to byl do úplně jiného kolektivu, protože se dost obměnil a to k lepšímu. Hned se jí chodilo lépe do práce. Byla velmi dobrá spolupráce nejen v kolektivu na oddělení, ale i z jiných oddělení. Na toto téma říká: „Je fakt, že mladé sestry nemají rády, když se vzpomíná, co bylo. Ale opravdu jsme na celém chirurgickém baráku byla taková dobrá spolupracující parta. Jelikož zvonky ze všech pater byly propojeny na chodbu každého patra, tak snadno viděla třeba sestra z ortopedie, která byla tenkrát v přízemí, že mi na traumatologii svítí nějak moc dlouho zvonek. A ona přiběhla a zeptala se, jestli se něco děje, jestli nepotřebuju pomoci. Dneska se na baráku už vůbec neznáme a nedovedu si představit, že by mi někdo jen tak bez říkání přišel pomoci.“ Ale dodává, že dost často potřebovali na oddělení nejen

v minulosti, ale i v současnosti poradit a nikdy se jí nestalo, že by jí někdo radu odmítl, ale s tou pomocí, to je již horší. „Ovšem, když je hromadné neštěstí, jako u Nažidel, tak se svolávají odborníci z jiných klinických oborů a přicházejí pomoci i sestry.“

Po mateřské dovolené si udělala specializaci ARIP. Moc jí to bavilo, ale studium bylo celkem náročné, dobré pro traumatologii, ale spíše pro jednotku intenzivní péče. Když studovala specializaci, tak měla od zaměstnavatele různé úlevy. Volno na stáže, volno na praxi, studijní volno na zkoušky. Po ukončení specializace se změnil i plat – zvýšil.

Ovšem u bakalářského studia žádné úlevy nebyly, vše si musela nadělávat nebo si brát dovolenou. Ukončení bakalářského studia se na platě nijak neprojevovalo. Jenom primář jí chtěl dát odměnu a byl celý smutný, že z vedení byla odměna zamítnuta. Je pravda, že celé studium měla primářovo plnou podporu. Ovšem nikdy toho nezneužívala a vše poctivě napracovávala.

Neví, proč není možné nějak platově zařadit sestry, které mají vysokoškolské vzdělání. Na oddělení se setkávala s lékaři, kteří oceňovali, že zvládla studium, ale také s lékaři (těch bylo víc), kteří nechápali a ani nechtěli pochopit, proč studovala. Vždyť sestra přeci nepotřebuje vysokou školu. Magisterské studium už nechápu vůbec.

„Zrovna magisterské studium je pro sestry velmi vhodné,“ říká: „moduly a specializace v nich, vždyť, co si přát víc, pro vzdělání sester. Jsem sice už ta starší generace, ale vzdělávání sester plně podporuji. Jenom nesmí přijít sestra, která má vysokou školu a myslí si, že všechno už ví. Musí být trochu pokorná, uvědomit si, že ani vysoká škola jí všechno nenaučí a musí se učit od těch starších taková ta specifika práce na oddělení, to jí naučí až praxe.“ Ovšem neví, kdo nové sestry bude učit a radit jim, protože starší sestry odcházejí a ty, co zůstávají, ještě nemají dostatek zkušeností.

Práce na traumatologii je hodně fyzicky a psychicky náročná. Myslí si, že více psychicky. V její práci nastalo období, kdy se opět bála chodit do práce jako na začátku, bála se, že něco zkazí, zapomene. Nemohla spát, když usnula, tak se jí zdály strašné sny, takže chodila do práce unavená. Sama na to vzpomíná: „Bylo to hrozné období. Nespala jsem, stres jsem řešila jídlem, ale potom mi zase bylo špatně, tak jsem zvracela. Nechtěla jsem, aby na mně někdo něco poznal, tak jsem pořád žertovala a usmívala se.“

Někdy jsem měla pocit, že ten úsměv z tváře snad nikdy nesundám. Já totiž vždycky, když nemůžu, tak vtipkuju a usmívám se. Kladené nároky byly čím dál větší. Víte, nejhorší je, že když uděláte něco špatně, tak dostanete hned vynadáno, ale za dobrou práci pochvalu nebo poděkování nedostanete. Strašně jsem si přála s někým o mých problémech mluvit. Ale nebylo s kým. Tak jsem se užírala a trápila.“ To byl také jeden z důvodů, proč po tolika letech opustila práci, kterou měla vždycky ráda. Možná, kdyby si mohla s někým promluvit, někdo by jí dal radu, tak by vše bylo jinak. Když dala výpověď, tak se z vedení, kromě primáře oddělení, nikdo nezajímal, proč po tolika letech odchází. Nyní je spokojená, klidná, ale na práci na traumatologii pořád vzpomíná. Někdy s nostalgií, ale spíše na ty pěkné věci, které zde prožila. Na špatné raději nevzpomíná.

## **7. rozhovor**

*sestra: 28 let*

*v traumacentru pracuje: 9 let*

*nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání: Diplomovaná specialistka – intenzivní péče*

Na oddělení nastoupila hned po škole. Myslí si, že byla dostatečně připravená na práci, protože při svém studiu diplomovaná specialistka v oblasti intenzivní péče, měly vždy měsíc praxe na jednotkách intenzivní péče. Takto poznala problematiku traumatologie, kardiologie, stomatochirurgie atd. Při nástupu na oddělení jí spolupracovníci přijali dobře. Myslí si, že to bylo dáno i tím, že zde měla již zmiňovanou měsíční souvislou praxi a byla dohodnutá na nástupu po skončení studia. Myslí si, že tato specializace nebo ARIP je vyhovující pro práci v traumacentru, i když ona sama nyní studuje vysokou školu – bakalářské studium. Přestože byla přesvědčená, že je dostatečně připravená na svoje povolání, objeví se situace, kdy musí spolupracovat s jinými obory, zavolat o radu, protože si někdy neví rady. Vždy se setkala s ochotou. Často jí poradí i lékaři, kteří provádějí konzilium na jejich oddělení. Samozřejmě navštěvuje i semináře, ale během studia méně často.

Péče o pacienty v traumacentru je velmi psychicky i fyzicky náročná. Naštěstí mají dostatek pomocného personálu, takže například při polohování pacientů jim vždy

pomůže sanitář. Jestliže je na oddělení psychicky vypjatá situace, odrazí se to někdy i jejím podrážděným chováním k pacientům. Má své koníčky, jako je vyšívání, počítač atd., ale nyní má na ně velmi málo času. Tak chodí po práci alespoň se psem na procházky. V současné době má těžké období, což se odráží i v pracovním nasazení, ale velkou výhodou je, že na oddělení mají klinického psychologa, který funguje nejen pro pacienty, ale i pro personál. Již této možnosti využila a moc to pomohlo. O změně oddělení v žádném případě neuvažuje.

## **8. rozhovor**

*sestra: 24 let*

*v traumacentru pracuje: 1,5 roku*

*nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání: VOŠ*

Na současné oddělení nastoupila hned po škole. Bylo to pro ni náročné, protože o traumatologii toho moc nevěděla. Hodně jí pomohly kolegyně, kterých se mohla kdykoliv zeptat na věci, které neznala. Ve svých začátcích, ale i nyní, několikrát využila možnost zavolat na jiná klinická pracoviště, když si nebyla jistá ve své práci. Největší nedostatky ve vědomostech si myslí, že má v interní problematice. Snaží se něco doma dostudovat z knih anebo se prostě zeptá. Na semináře chodí, vybírá si podle témat, která ji zajímají – ARO, traumatologie. Na semináře s jinou tematikou nechodí, ani neví, jestli je nemocnice pořádá.

Na dotaz, zda uvažuje o dalším studiu, odpovídá negativně. Říká: „Je to brzy po škole. Myslím, že studium zatím nepotřebuji. Když se později rozhodnu, tak jediné nějakou specializaci, to je pro naše oddělení nejlepší.“

„Psychická a fyzická zátěž? Je to jako na houpačce. Někdy se cítím strašně unavená a psychicky úplně vyždímaná, že nevím, jak to zvládnu do konce směny. Přijdu domu a jdu spát. Nebo se jdu projít. Jindy je směna úplně v pohodě. No jak říkám, jako na houpačce. Ale nestalo se mi, že bych byla na pacienty zlá nebo něco podobného.“ Psychologa by určitě nevyhledala, ale fyzioterapeuta ano. Na oddělení chce určitě zůstat i v budoucnosti. Je to zajímavá práce, dobrý kolektiv a hlavně pacienti většinou odcházejí domu uzdraveni.

#### 4.1.1 Výsledky kvalitativního šetření

Tabulka 1 Rozhovory - vzdělání

Respondenti	Vzdělání			
	SZŠ	VOŠ	Bc.	Mgr.
1. sestra	x		x	
2. sestra	x			
3. sestra	x			
4. sestra	x			
5. sestra	x asist.			
6. sestra	x		x	
7. sestra	x	x		
8. sestra	x	x		
počet odpovědí	8	2	2	0

Z osmi sester, které poskytly rozhovor, mají dvě vysokoškolské bakalářské vzdělání, tři sestry mají SZŠ všeobecná sestra, jedna je zdravotní asistentka a dvě VOŠ.

Tabulka 2 Rozhovory - další studium

Respondenti	Současné studium			
	VOŠ	Bc.	Mgr.	jiné
1. sestra			x	
2. sestra		x		
3. sestra				X pedagog.fakulta
4. sestra				
5. sestra				
6. sestra			x	
7. sestra		x		
8. sestra				
počet odpovědí	0	2	2	1

Z osmi sester, které poskytly rozhovor, dvě ukončují magisterské vysokoškolské vzdělání, dvě vysokoškolské bakalářské, jedna studuje na pedagogické fakultě obor, který nesouvisí se zdravotnictvím, a tři nestudují.

Tabulka 3 Rozhovory – specializační vzdělání

Respondentky	Specializační vzdělání	
	ano	ne
1. sestra	X ARIP	
2. sestra		x
3. sestra		x
4. sestra		x
5. sestra		x
6. sestra	X ARIP	
7. sestra	X VOŠ zaměřené na JIP	
8. sestra		x
počet odpovědí	3	5

Z osmi sester, u kterých probíhal rozhovor, mají dvě specializaci ARIP, jedna specializaci na JIP, kterou získala studiem na VOŠ, pět sester specializaci nemá.

Tabulka 4 Rozhovory - vhodné vzdělání pro traumacentra

Respondentky	Vhodné vzdělání pro traumacentra		
	SZŠ	VŠ	special.
1. sestra	x	x	x
2. sestra	x	x	x
3. sestra	x		x
4. sestra	x	X Mgr.	
5. sestra	x		
6. sestra	x	x	x
7. sestra	x		x
8. sestra	x		x
počet odpovědí	8	4	6

Z osmi sester, u kterých byl proveden rozhovor, si tři sestry myslí, že pro práci v traumacentru je zapotřebí jak středně zdravotnického vzdělání, tak vysokoškolského, ale i specializace. Jedna sestra si myslí, že je hlavně důležité magisterské vysokoškolské vzdělání, tři sestry se domnívají, že je vyhovující pouze specializace a jedna sestra zastává názor, že středoškolské zdravotnické vzdělání je dostačující

Tabulka 5 Rozhovory - spolupráce s jinými klinickými obory a neznalost některých klinických oborů

	spolupráce				neznalost		
	ano	někdy	ne		an o	někdy	ne
1. sestra	x			1. sestra		x	
2. sestra	x			2. sestra		x	
3. sestra	x			3. sestra			x
4. sestra	x			4. sestra	x		
5. sestra	x			5. sestra	x		
6. sestra	x			6. sestra		x	
7. sestra	x			7. sestra		x	
8. sestra	x			8. sestra		x	
počet odpovědí	8	0	0	počet odpovědí	2	5	1

Všech osm sester, které poskytly rozhovor, uvedlo, že spolupracují s jinými klinickými obory a na dotaz, jestli mají nějaké neznalosti či nedostatky vědomostí v ošetrovatelské péči z jiných klinických oborů dvě sestry uvedly ano, pět sester někdy a jedna sestra si myslí, že problémy nemá.

Tabulka 6 Rozhovory - relaxace po práci

Respondentky	Způsob relaxace					
	spánek	četba	hudba	rodina	procházky	koníčky
1. sestra				x	x	x
2. sestra	x		x			
3. sestra	0	0	0	0	0	0
4. sestra	x	x		x		
5. sestra				x		
6. sestra		x	x	x		
7. sestra			x		x	x
8. sestra	x				x	
počet odpovědí	3	2	3	4	3	2

Ze sedmnácti odpovědí, které sestry uváděly jako relaxaci po práci, uvedly 3x spánek, 2x četbu, 3x poslech hudby, 4x rodinu, 3x procházku a 2x koníčky. Pouze jedna sestra udala, že nijak nerelaxuje.



Tabulka 7 Rozhovory - pomoc psychologa a fyzioterapeuta

Respondenti	psycholog		fyzioterapeut		
	ano	ne	Respondenti	ano	ne
1. sestra	x		1. sestra	x	
2. sestra	x		2. sestra	x	
3. sestra		x	3. sestra		x
4. sestra	x		4. sestra	x	
5. sestra	x		5. sestra	x	
6. sestra	x		6. sestra	x	
7. sestra	X funguje na odd.		7. sestra	x	
8. sestra		x	8. sestra	x	
počet odpovědí	6	2	počet odpovědí	8	1

Z osmi dotázaných sester by pět uvítalo psychologa, jedna uvedla, že u nich neoddělení psycholog funguje a pohovor by přivítala (již ho využila), dvě by psychologa nechtěly, 7 sester by si přálo péči fyzioterapeuta, jedna sestra ne.

Tabulka 8 Rozhovory - podrážděné chování k pacientům během směny

Respondenti	Podrážděnost	
	ano	ne
1. sestra		x
2. sestra	x	
3. sestra	x	
4. sestra	x	
5. sestra	x	
6. sestra		x
7. sestra	x	
8. sestra		x
počet odpovědí	5	3

Podrážděnost během své směny někdy připouští pět sester z osmi a tři sestry si myslí, že se podrážděně k pacientům nechovají.

Tabulka 9 Rozhovory - návštěva seminářů

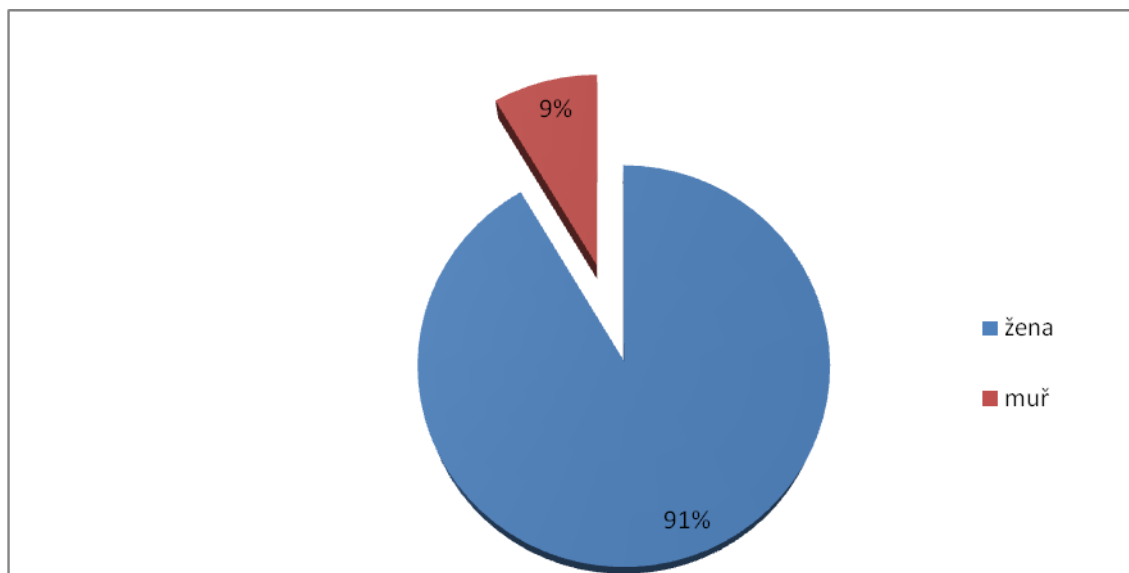
Respondenti	Návštěva seminářů	
	ano	ne
1. sestra	x	
2. sestra		x
3. sestra	x	
4. sestra		x
5. sestra	x	
6. sestra	x	
7. sestra	x	
8. sestra	x	
počet odpovědí	<b>6</b>	<b>2</b>

6 sester z osmi dotázaných, semináře navštěvují a dvě sestry uvedly, že semináře nenavštěvují.

## 4.2 Výsledky kvantitativního šetření

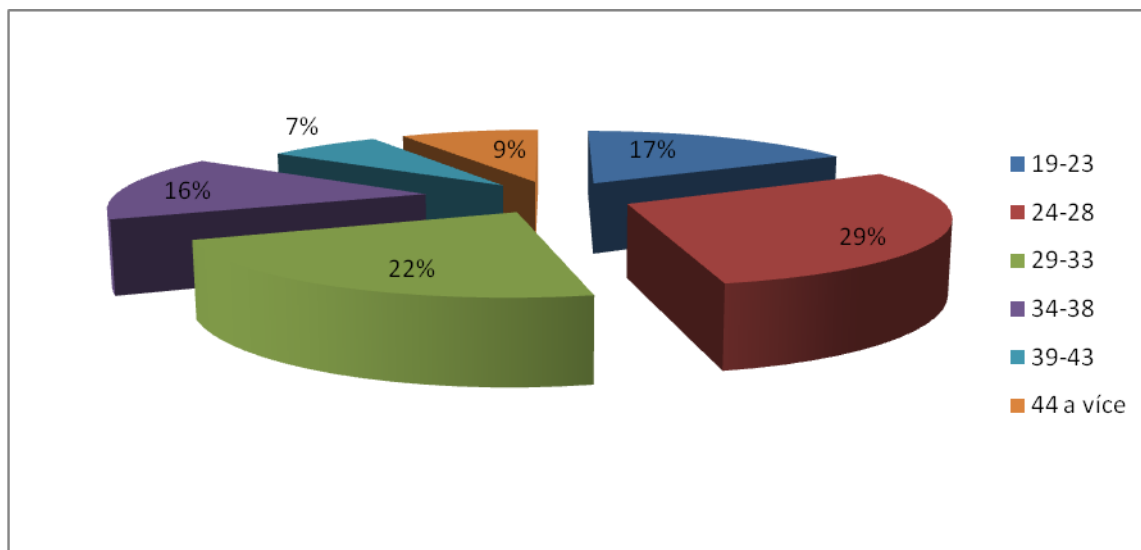
### 4.2.1 Grafy a tabulky

**Graf 1 Pohlaví**



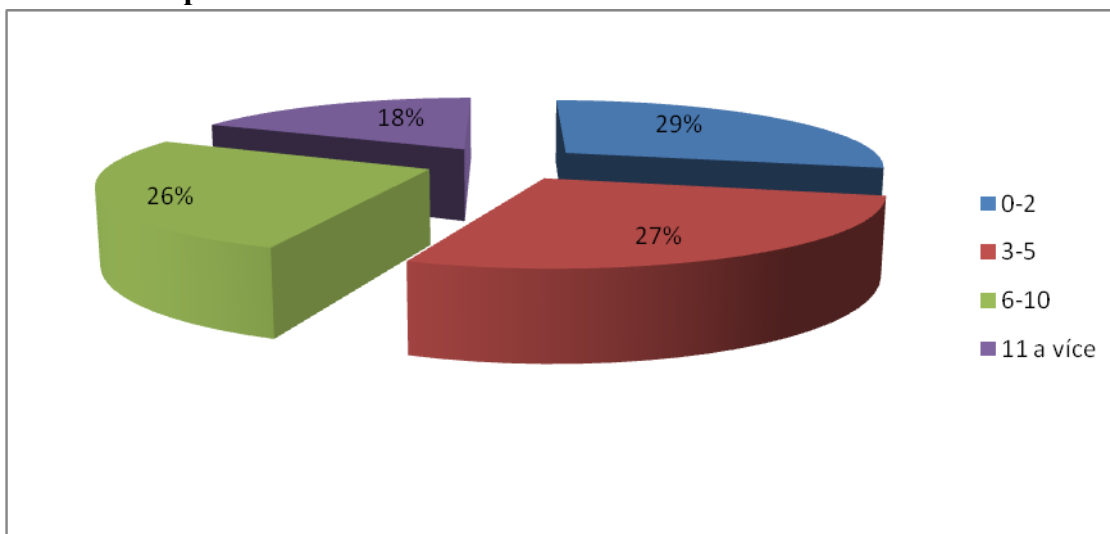
Ze 129 (100 %) respondentů bylo 118 (91 %) žen a 11 (9 %) mužů.

**Graf 2 Věk**



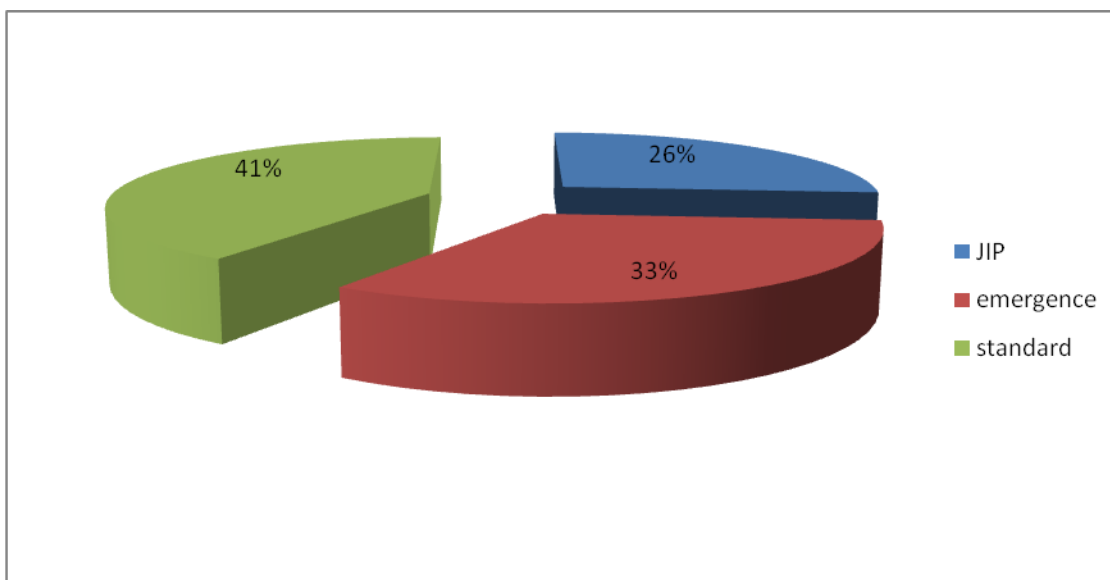
Ze 129 (100 %) dotazovaných sester bylo 22 (17 %) ve věku 19 – 23 let, 38 (29 %) sester udalo 24 – 28 let, 29 – 33 let zaškrtnulo 29 (22 %) sester, 20 (16 %) sester bylo ve skupině 34 – 38 let, 9 (7 %) 39 – 43 let a 11 (9 %) sester udává 44 a více let.

**Graf 3 Doba praxe na oddělení**



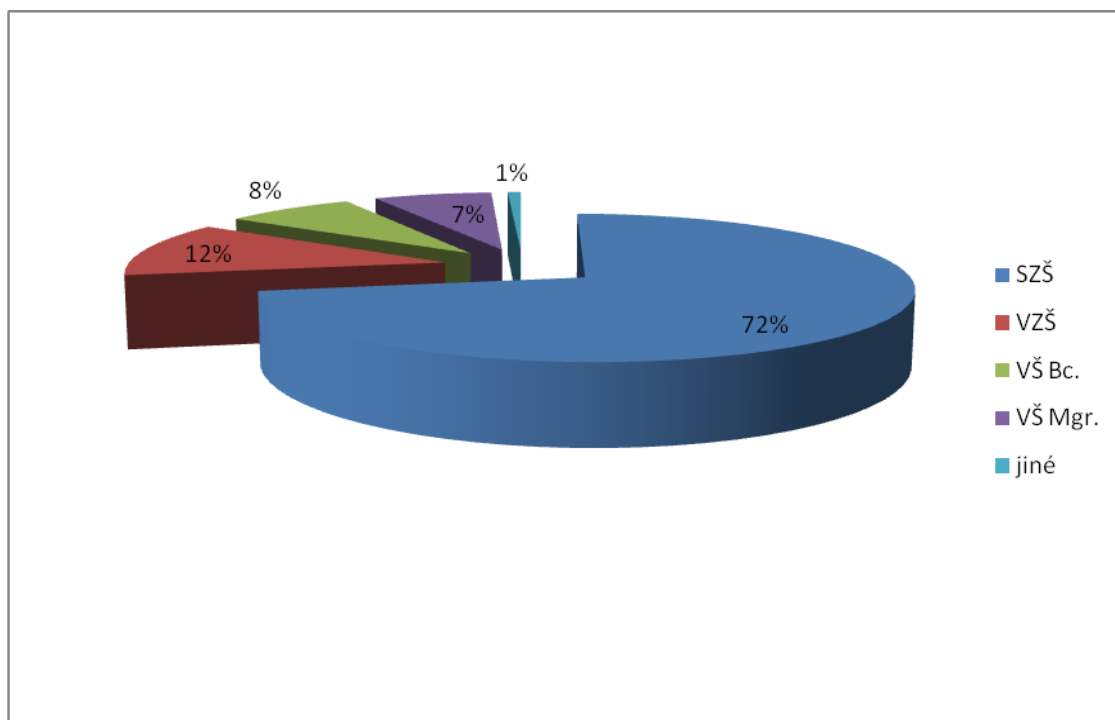
Z celkového počtu 129 (100 %) dotázaných sester jich pracuje v traumacentru 37 (29 %) 0 – 2 roky, 35 (27 %) 3 – 5 let, 6 – 10 let uvedlo 34 (26 %) sester a 23 (18 %) sester označilo odpověď 11 a více let.

**Graf 4 Oddělení**



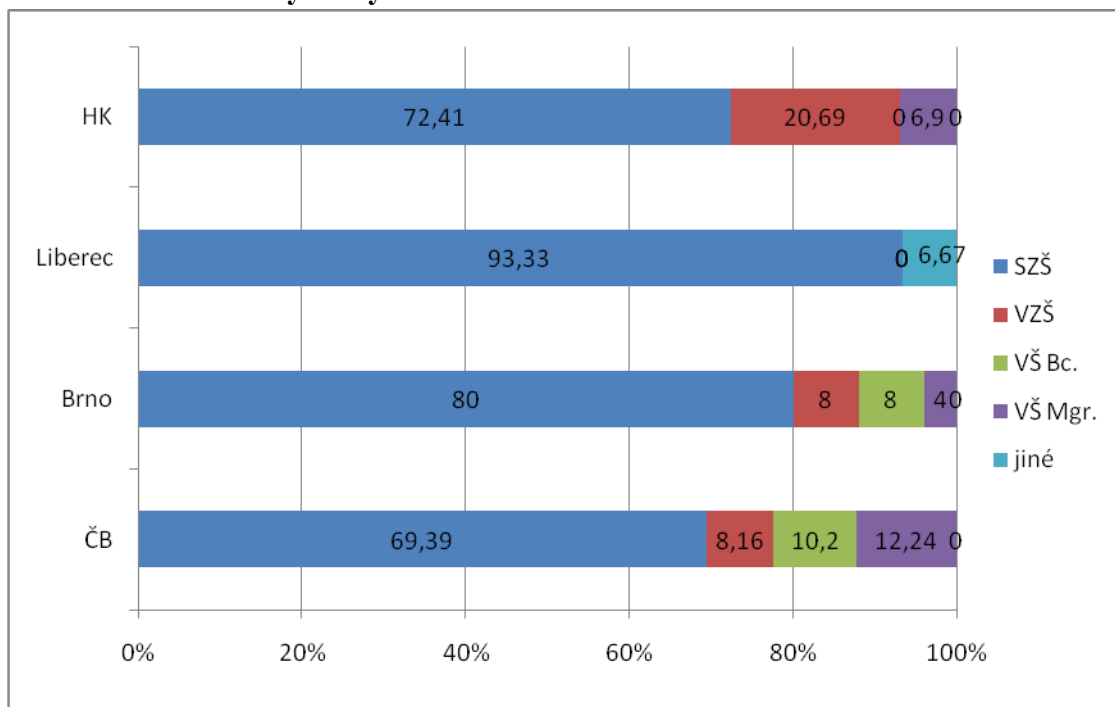
Z počtu 129 (100 %) dotazovaných sester jich pracuje na JIP 34 (26 %), 42 (33 %) na emergency a 53 (41 %) sester pracuje na standardním oddělení.

**Graf 5 Vzdělání**



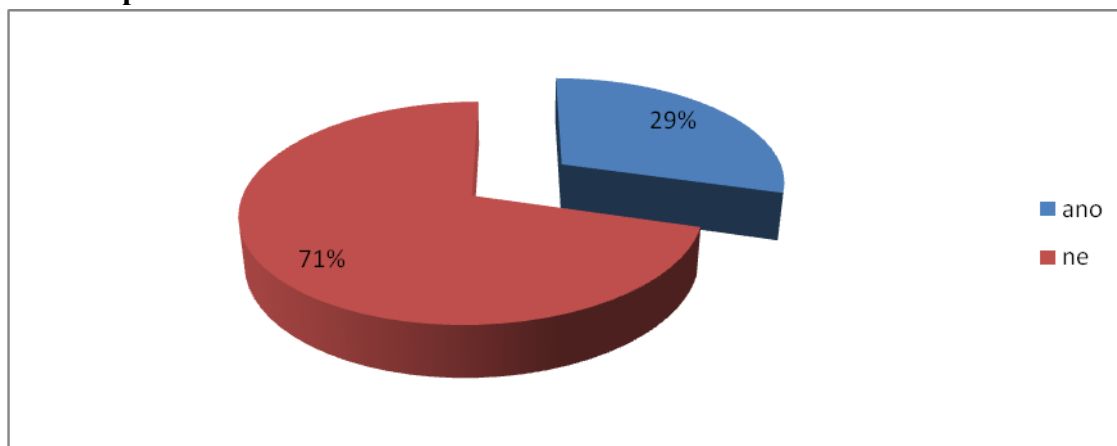
Ze 129 (100 %) dotázaných sester má 93 (72 %) střední zdravotnické vzdělání, vyšší zdravotnické vzdělání uvedlo 16 (12 %) sester, vysokoškolské vzdělání bakalářské zaznamenalo 10 (8 %) sester a 9 (7%) sester označilo vysokoškolské magisterské vzdělání. 1 (1 %) sestra uvedla vzdělání jiné.

**Graf 6 Vzdělání ve vybraných traumacentrech**



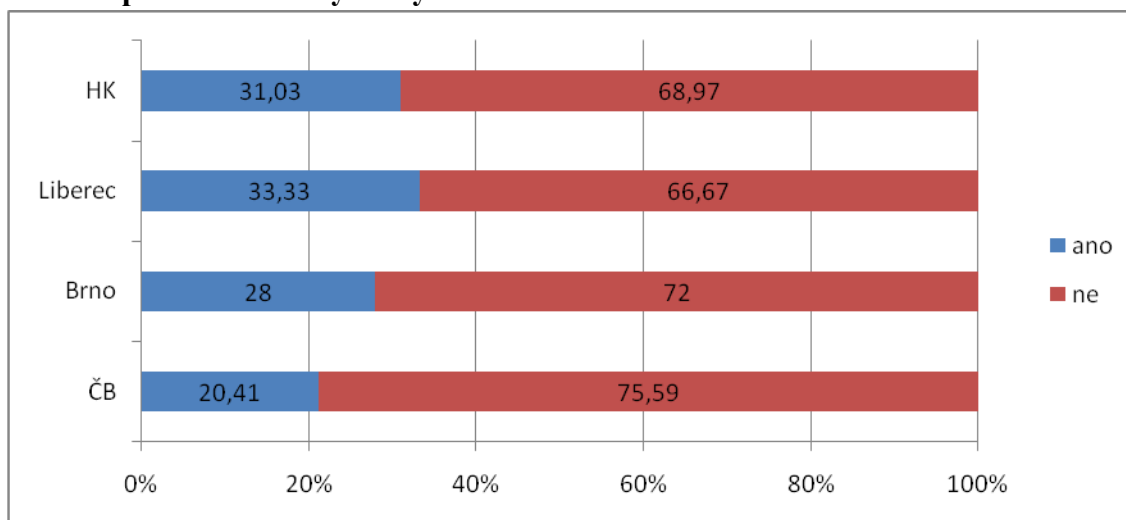
V Českých Budějovicích z 49 (100 %) sester má středoškolské vzdělání 34 (69,39 %) dotázaných, 4 (8,16 %) vyšší zdravotnické vzdělání, bakalářské vzdělání uvedlo 5 (10,21 %) sester a 6 (12,24 %) sester magisterské vzdělání. Jiné vzdělání neuvedla žádná sestra. V Brně z 25 (100 %) sester má 20 (80 %) sester středoškolské vzdělání, 2 (8 %) sestry vyšší vzdělání, 2 (8 %) bakalářské a 1 (4 %) magisterské vysokoškolské vzdělání. V traumacentru v Liberci uvedlo z celkového počtu 15 (100 %) středoškolské vzdělání 14 (93,33 %) sester a 1 (6,67 %) sestra jiné vzdělání. V Hradci Králové byl celková počet dotázaných 29 (100 %) sester. Zde má 21 (72,41 %) sester středoškolské vzdělání, 6 (20,69 %) vyšší zdravotnické vzdělání a 2 (6,9 %) sestry mají vysokoškolské magisterské vzdělání.

**Graf 7 Specializační vzdělání**



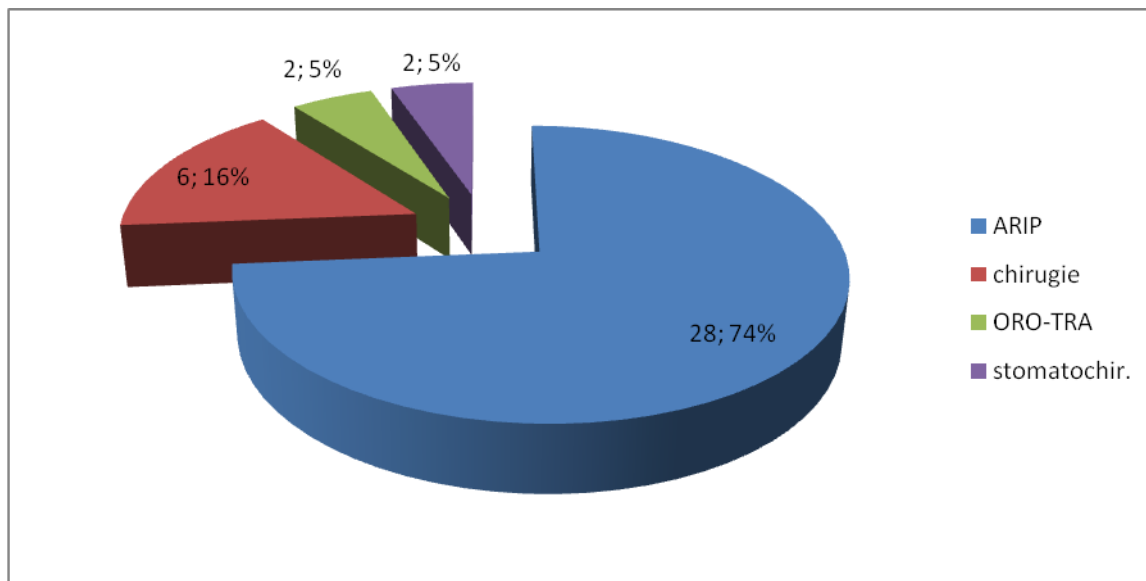
Ze 129 (100 %) sester uvedlo, že má specializaci 38 (29 %) sester. 91 (71 %) sester specializaci nemá.

**Graf 8 Specializace ve vybraných traumacentrech**



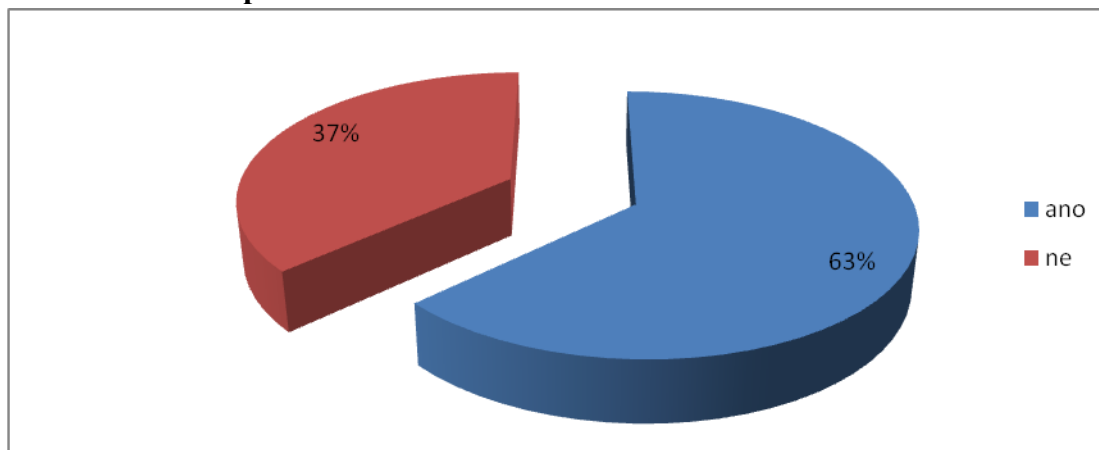
V Českých Budějovicích z celkového počtu 49 (100 %) sester má specializaci 10 (20,41 %) dotázaných a 39 (75,59 %) ji nemá. V Brně z celkového počtu 25 (100 %) sester uvedlo specializaci 7 (28 %), 18 (72 %) sester specializaci nemá. V nemocnici Liberec z celkového počtu 15 (100 %) má specializaci 5 (33,33 %) sester a 10 (66,67 %) sester specializaci neuvádí. V traumacentru v Hradci Králové z 29 (100 %) dotázaných označilo specializaci 9 (31,3 %) sester, naproti tomu 20 (68,97 %) sester specializaci nemá.

**Graf 9 Druhy specializačního vzdělání**



Z 38 (100 %) sester, které uvedly specializační vzdělání, má specializační vzdělání v oboru ARIP 28 (74 %) sester, specializační vzdělání v chirurgickém oboru udává 6 (16%) sester, 2 (5 %) sestry mají specializační vzdělání v oboru traumatologie-ortopedie a 2 (8 %) sestry v oboru stomatochirurgie.

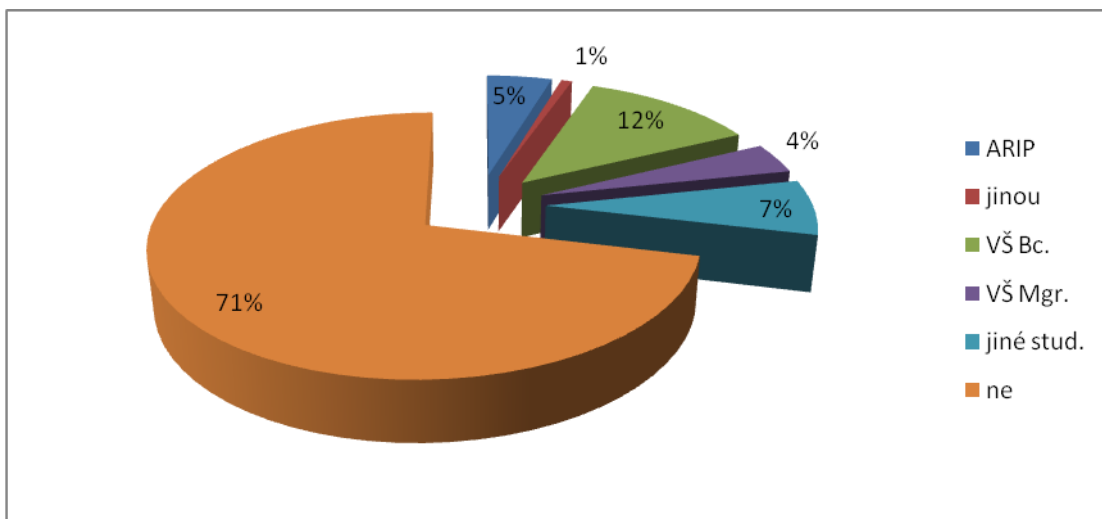
**Graf 10 Získání specializačního vzdělání**



Z celkového počtu 38 (100 %) sester získalo specializační vzdělání na svém současném oddělení 24 (63 %) sester a na jiném pracovišti 14 (37 %) sester.

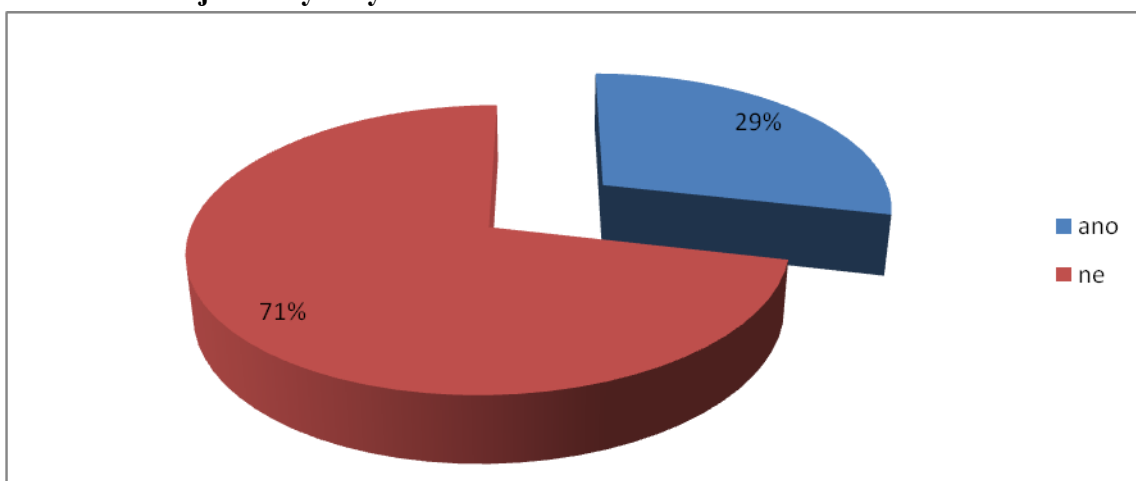


**Graf 11 Studium v současné době**



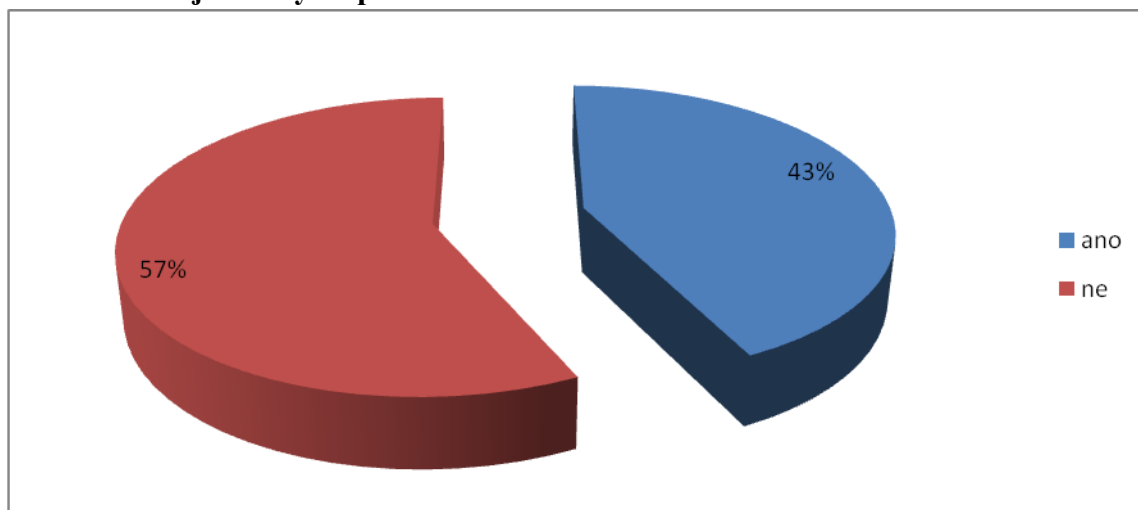
Na dotaz, zda nyní některá z dotazovaných sester studuje, odpovědělo ze 129 (100 %) respondentů, že 6 (5 %) jich studuje specializační vzdělání v oboru ARIP, 1 (1 %) sestra studuje jiné specializační vzdělání než v oboru ARIP, 16 (12 %) sester navštěvuje vysokou školu v bakalářském studiu, 5 (4 %) v magisterském studiu, 9 (7 %) sester studuje školy, které nesouvisí se zdravotnictvím a 92 (71 %) sester nestuduje.

**Graf 12 Studijní úlevy u vysokoškolského studia**



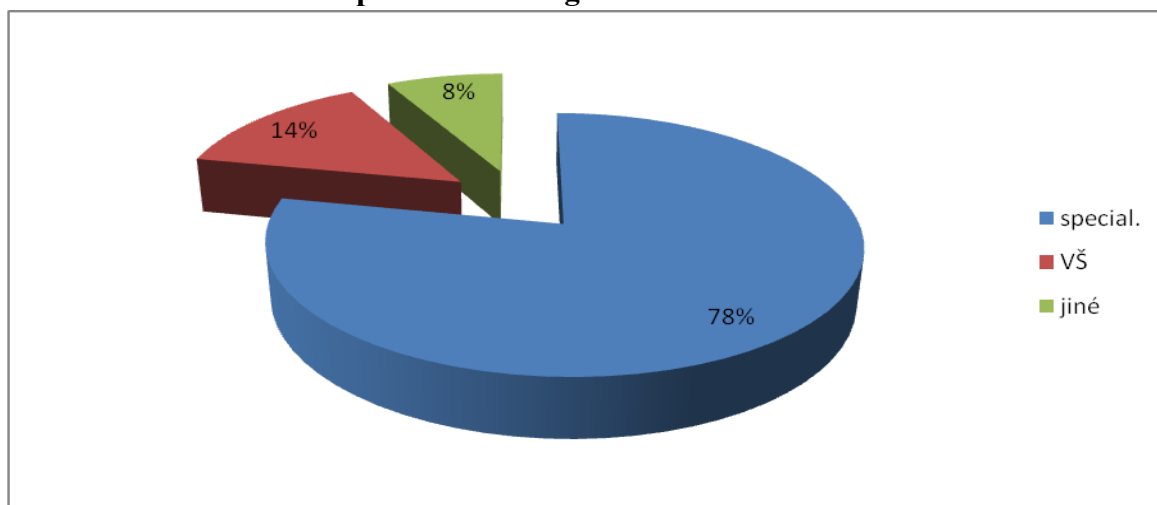
Z celkového počtu 21 (100 %) sester udává úlevy při vysokoškolském studiu od zaměstnavatele 6 (29 %) sester, žádné úlevy 15 (71 %) sester.

**Graf 13 Studijní úlevy u specializačního studia**



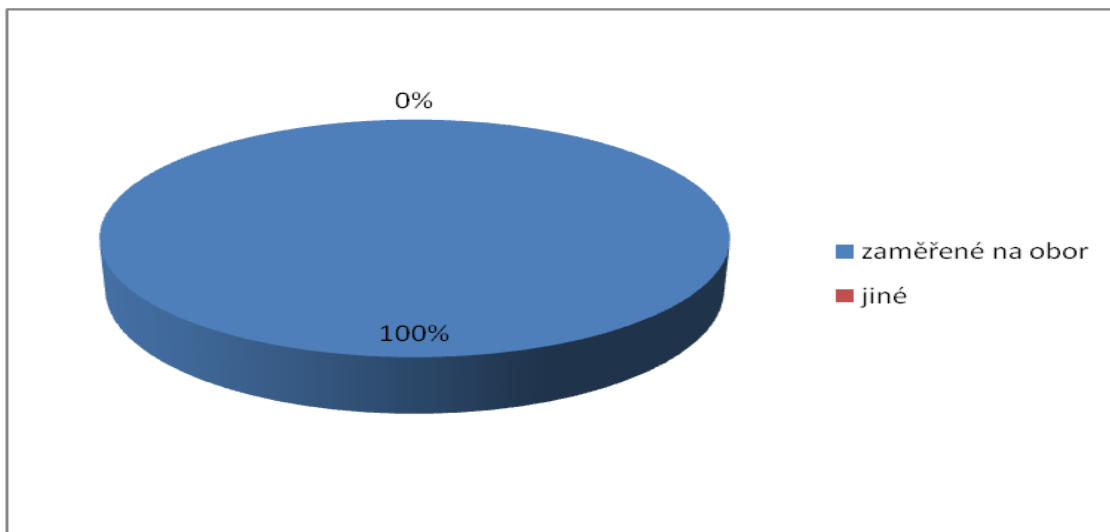
Z celkového počtu 7 (100 %) sester má studijní úlevy od zaměstnavatele 3 (43 %) sestry, žádné úlevy uvádí 4 (57 %) sestry.

**Graf 14 Vhodné vzdělání pro traumatologii**



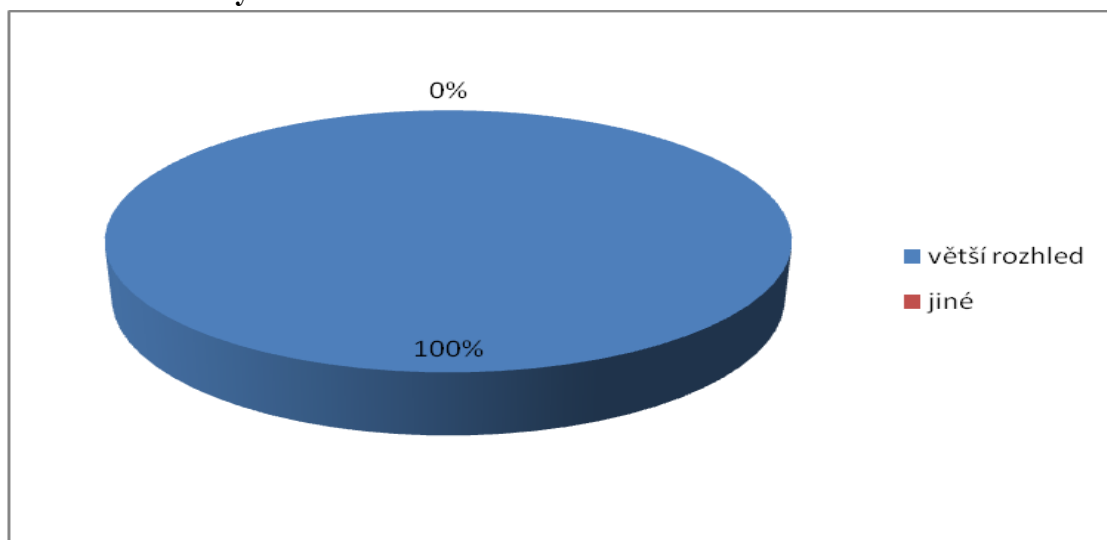
Na dotaz, jaké je nejvhodnější vzdělání sester pro traumatologii, odpovědělo z celkového počtu 129 (100 %) sester, že nejvhodnější je specializační vzdělání a to v počtu 101 (78 %) sester, 18 (14 %) sester se domnívá, že vhodné by bylo vysokoškolské vzdělání a 10 (8 %) sester si vybralo možnost jiné, kde bylo hlavně uvedeno, že není třeba další vzdělání.

**Graf 15 Důvod specializačního studia**



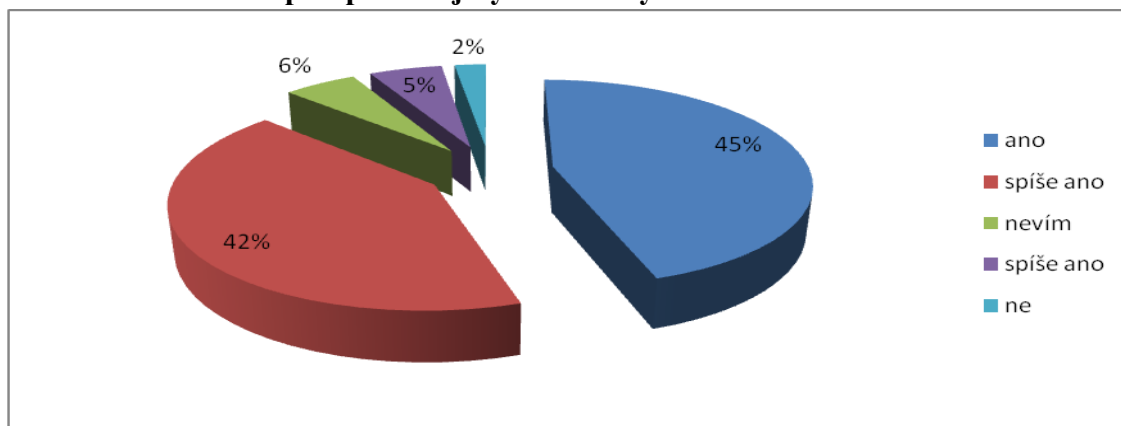
Na doplňující otázku – důvod vhodnosti specializačního studia – odpovědělo 78 (100 %) sester. Ty se domnívají, že specializační vzdělání je zaměřena přímo na obor traumatologie.

**Graf 16 Důvod vysokoškolského studia**



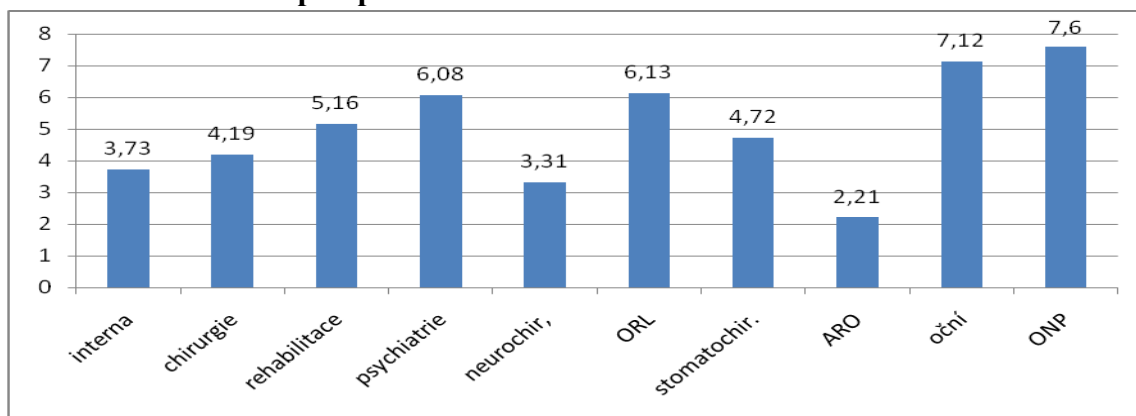
Na doplňující otázku – důvod vhodnosti vysokoškolského studia – odpovědělo 18 (100 %) sester. Ty se domnívají, vysokoškolské studium dá sestrám větší rozhled.

**Graf 17 Důležitost spolupráce z jiných klinických oborů**



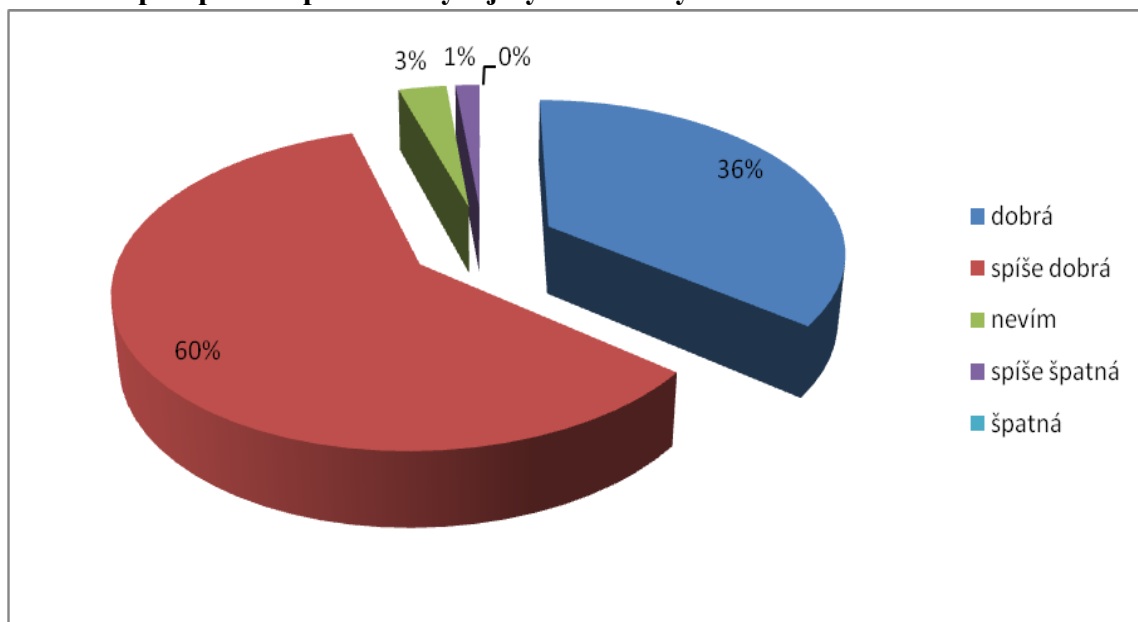
Ze 129 (100 %) sester se jich 58 (45%) domnívá, že spolupráce se sestrami z jiných klinických oborů je pro jejich práci důležitá a odpověly ano, spíše ano odpovědělo 54 (42 %) sester, možnost nevím si vybralo 7 (6 %) sester, také odpověď spíše ne si vybralo 7 (5 %) sester a ne odpověděly 3 (2 %) dotázané sestry.

**Graf 18 Oddělení a spolupráce**



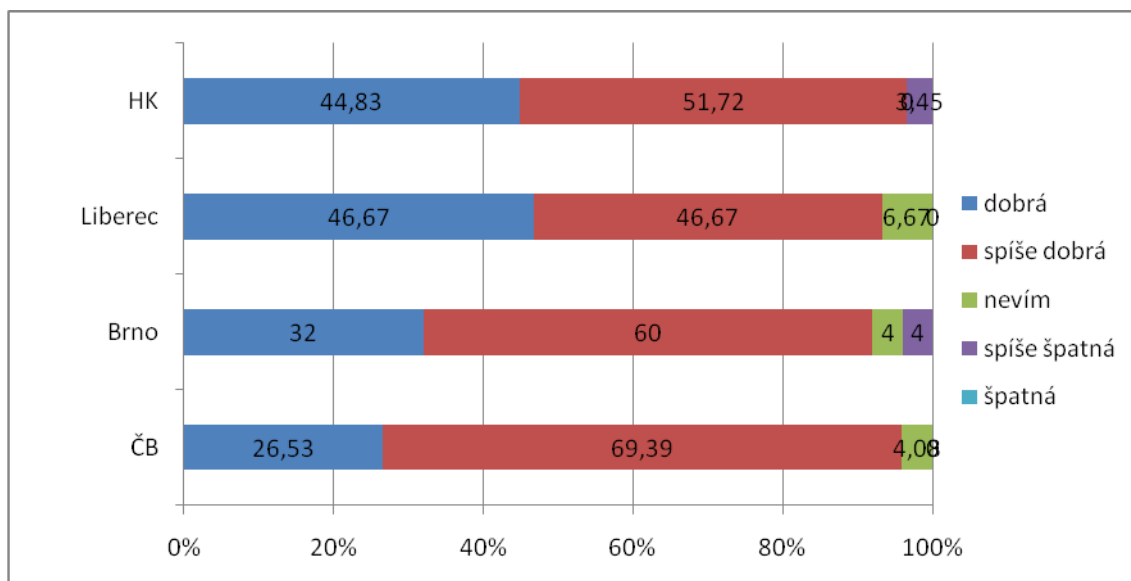
Zde si sestry vybíraly a známkovaly na stupnici 1 – 10, podle oddělení a důležitosti pro jejich práci, se kterým nejvíce spolupracují. Známkou 1 je nejvíce důležité, 10 nejméně důležité. Ze 129 (100 %) dotázaných sester oznámkovalo oddělení takto. Interní oddělení získalo známku 3,73, chirurgické oddělení 4,19, rehabilitační oddělení bylo označeno známkou 5,16, neurochirurgie 3,31, ORL bylo oznámkováno 6,13, stomatochirurgické oddělení získalo známku 4,72, ARO 2,21, oční oddělení 7,12 a ONP 7,6.

**Graf 19 Spolupráce s pracovníky z jiných klinických oborů**



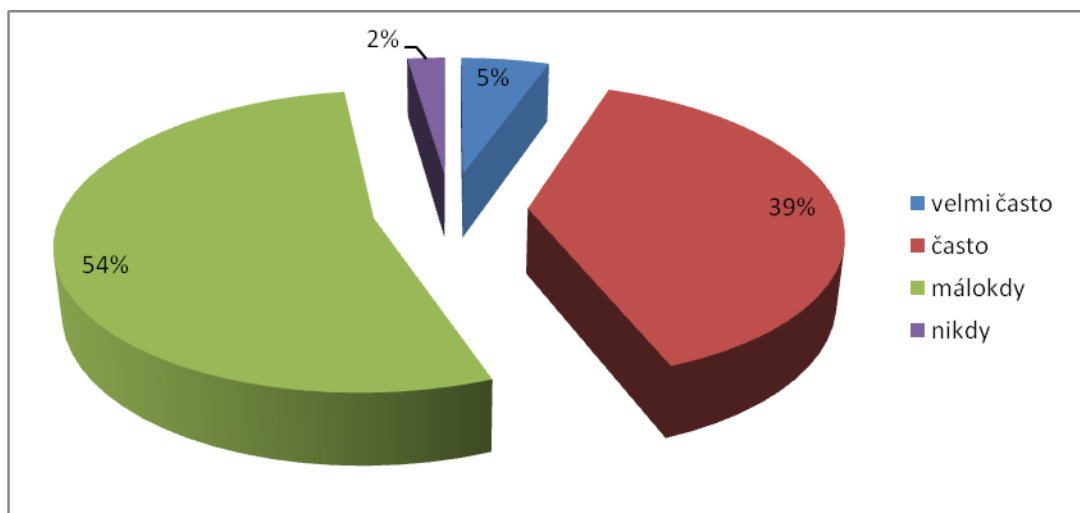
129 (100 %) sester odpovídalo na otázku, jaká je spolupráce se zdravotnickými pracovníky z jiných klinických oborů. Z celkového počtu 129 (100 %) sester si 46 (36 %) myslí, že spolupráce je dobrá, spíše dobrá se domnívá 77 (60 %) procent sester, možnost nevím označily 4 (3 %) sestry, odpověď spíše špatná si vybraly 2 (1 %) sestry. Možnost špatná nezaškrtl nikdo.

**Graf 20 Spolupráce s pracovníky z jiných klinických oborů ve vybraných traumacentrech**



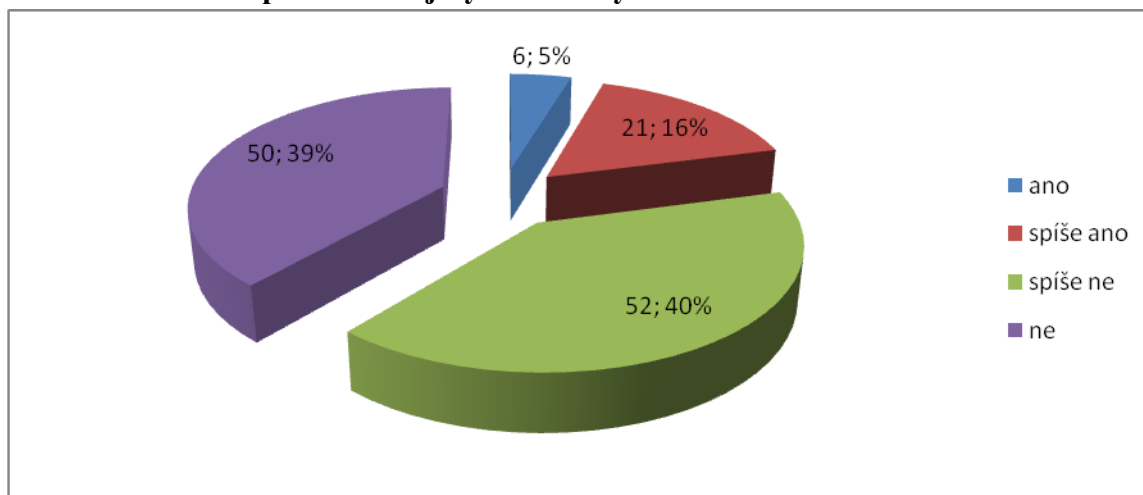
Na dotaz spolupráce s pracovníky z jiných klinických oborů odpovědělo v traumacentru České Budějovice z celkového počtu 49 (100 %) jako dobrá spolupráce 13 (26,53 %) sester, spíše dobrá 34 (69,39 %) sester, na odpověď nevím reagovaly 2 (4,08 %) sestry, odpověď spíše špatná nebo špatná nebyla vybrána ani jednou. V Brně z celkového počtu 25 (100 %) sester odpovědělo jako dobrá spolupráce 8 (32 %) sester, spíše dobrá 15 (60 %) sester nevím 1 (4 %) a ten samý počet tedy 1 (4 %) sestra označila možnost spíše špatná. V traumacentru Liberec z celkového počtu 15 (100 %) sester si vybralo odpověď dobrá a spíše dobrá vždy 7 (46,67 %) sester, odpověď nevím označila 1 (6,67 %) sestra. V Hradci Králové z celkového počtu 29 (100 %) sester označilo možnost dobrá spolupráce 13 (44,83 %) sester, spíše dobrá 15 (51,72 %) sester a spíše špatná 1 (3,45 %) sestra.

**Graf 21 Potřeba pomoci nebo rady od pracovníků jiných klinických oborů**



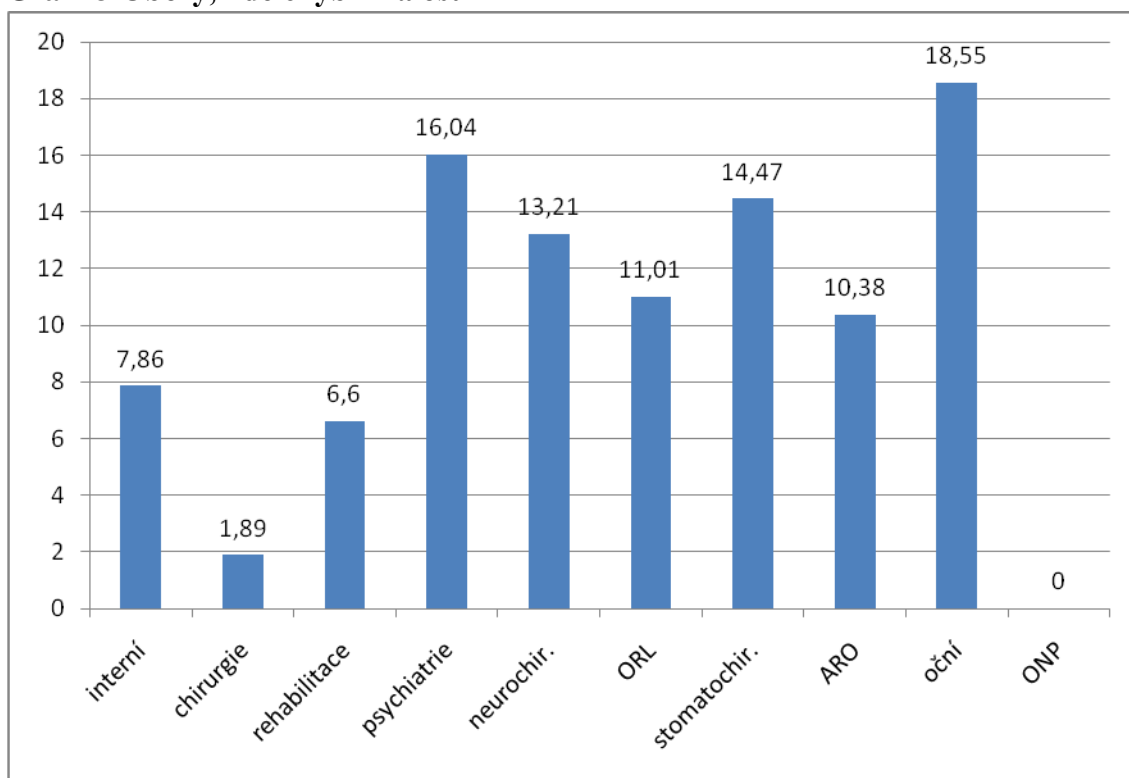
Na dotaz, zda někdy sestry potřebují pomoc nebo radu od pracovníků jiných klinických oborů, odpovědělo z celkového počtu 129 (100 %) velmi často 7 (5 %) sester, často 50 (39 %) sester, málokdy 69 (54 %) sester a nikdy 3 (2 %) sestry.

**Graf 22 Pomoc od pracovníků jiných klinických oborů**



V otázce, zda někdy pomáhají na oddělení sestry z jiných klinických oborů, odpovědělo z celkového počtu 129 (100 %) sester ano 6 (5 %) sester, spíše ano 21 (16 %) sester, odpověď spíše ne si vybralo 52 (40 %) sester a ne označilo 50 (39 %) sester.

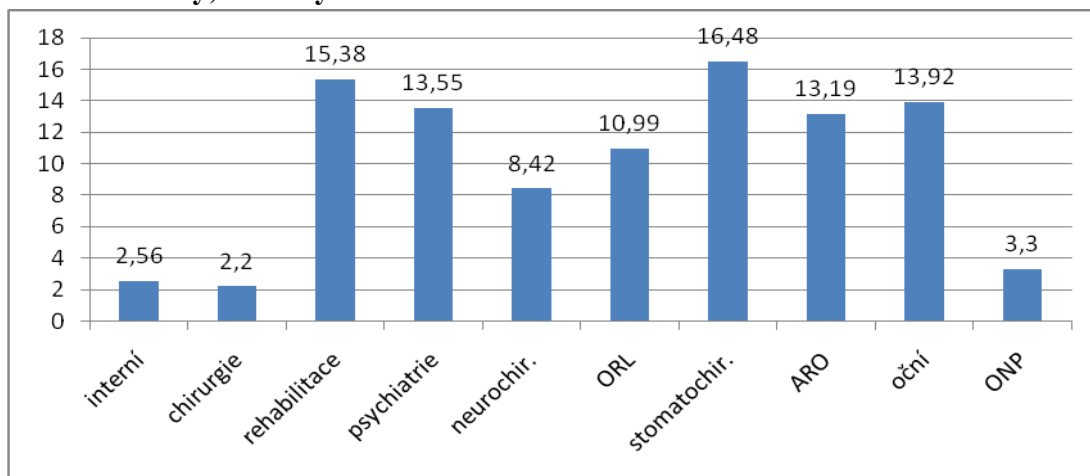
**Graf 23 Obory, kde chybí znalosti**



V této otázce si sestry vybíraly obory, kde jim chybí potřebné znalosti. Z celkového počtu odpovědí 318 (100 %) byl označen interní obor 25 krát (7,86 %), chirurgický obor 6 krát (1,89 %), rehabilitace 21 krát (6,6 %), psychiatrická specializace 51 krát (16,04 %), neurochirurgie 42 krát (13,21 %), ORL 35 krát (11,01 %), stomatochirurgie 46 krát (14,47 %), ARO 33 krát (10,38 %), oční obor 59 krát (18,55 %) a ONP nebylo označeno ani jednou.

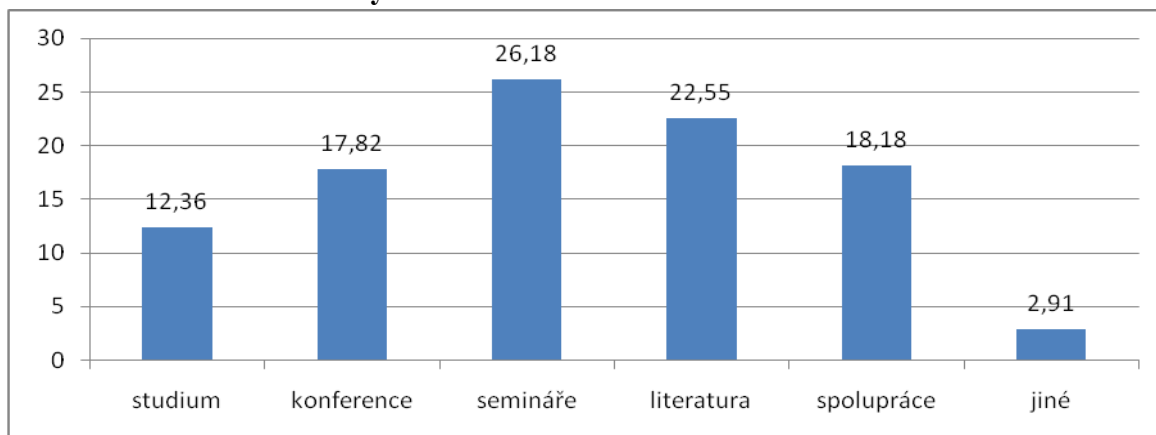


**Graf 24** Obory, kde chybí dovednosti



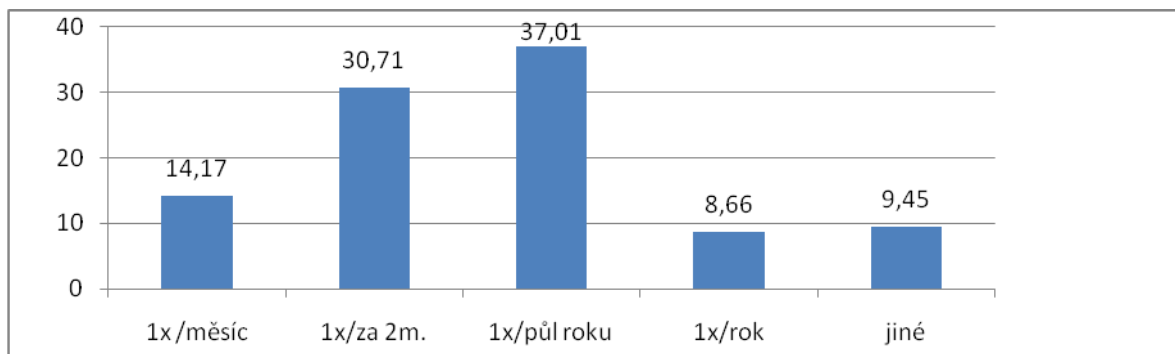
Na dotaz, v jakém oboru chybí sestřám dovednosti, z celkového počtu odpovědí 273 (100 %) byl vybrán interní obor 7 krát (2,56 %), chirurgický obor 6 krát (2,2 %), rehabilitace 42 krát (15,38 %), psychiatrický obor 37 krát (13,55 %), neurochirurgie 23 krát (8,42 %), ORL 30 krát (10,99 %), stomatochirurgický obor 45 krát (16,48 %), ARO 36 krát (13,19 %), oční obor 38 krát (13,92 %), ONP 9 krát (3,3 %).

**Graf 25** Získávání odborných znalostí



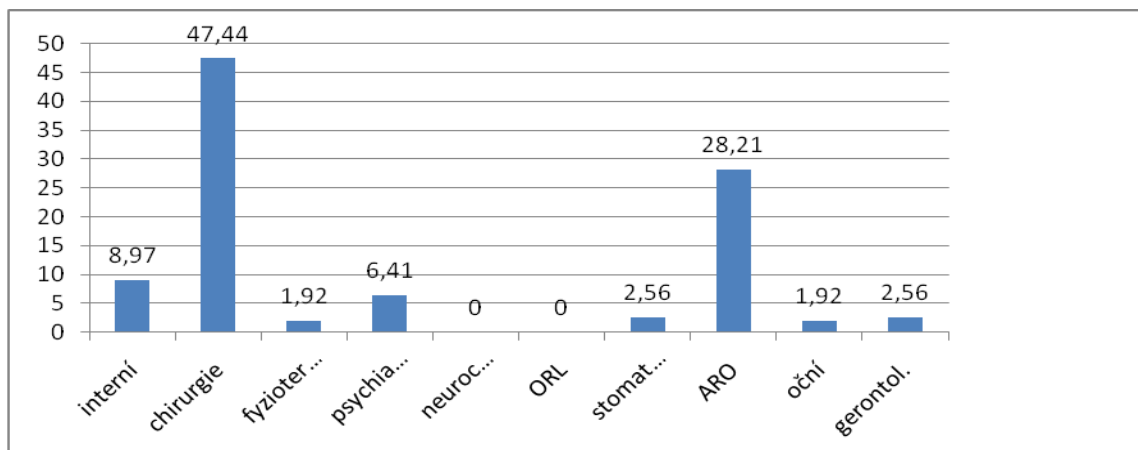
Z celkového počtu 275 (100 %) odpovědí vyplývá, že ve 34 (12,56 %) případech získávají dotazované sestry chybějící znalosti studiem, ve 49 (17,82 %) případech na konferencích, pomocí seminářů bylo označeno 72 krát (26,18 %), čtením literatury 62 krát (22,55 %), spolupráce s jiným klinickým oddělením jako možnost získávání odborných znalostí byla označena 50 krát (18,18 %) a jiné v počtu 8 (2,91 %).

**Graf 26 Účast na vzdělávacích akcích**



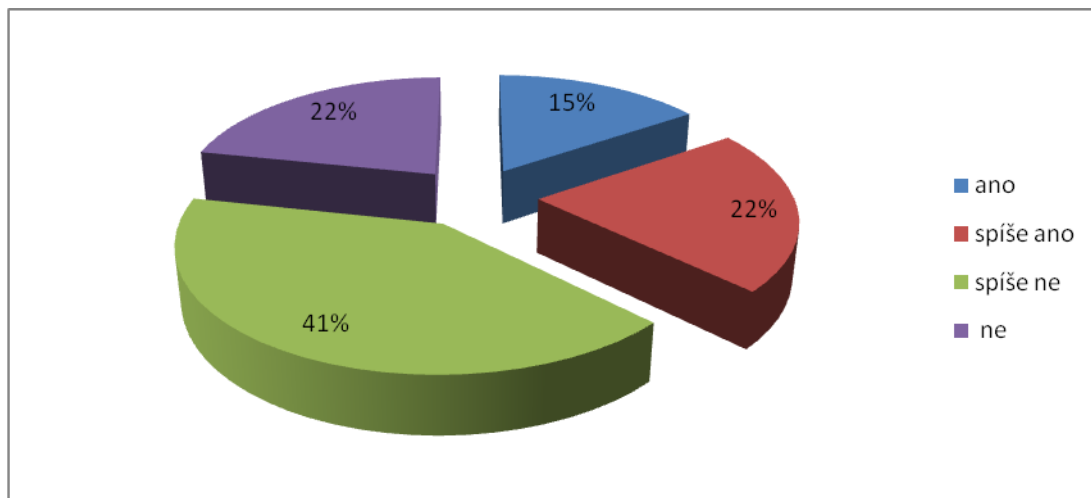
Z celkového počtu 129 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 18 (14,17 %) sester, že mají možnost se účastnit na vzdělávacích akcích 1x za měsíc, jedenkrát za dva měsíce uvedlo tuto možnost 39 (30,71 %) respondentů, jedenkrát za půl roku 47 (37,01 %) dotazovaných a možnost jedenkrát za rok si vybralo 11 (8,66 %) sester. 14 (9,45 %) dotazovaných sester si vybralo jinou možnost a uváděly, že vybírají dle zajímavosti vzdělávacích akcí a dle nabídky od jejich lékařů.

**Graf 27 Návštěva konference**



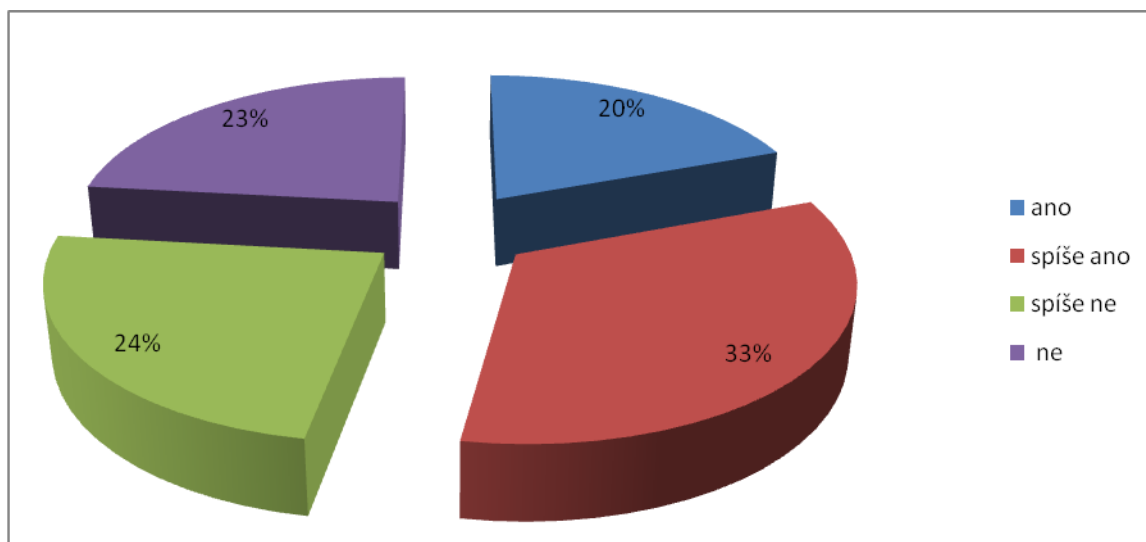
Na dotaz, kterých akcí týkajících se problematiky oboru se sestry v poslední době zúčastnily, byly označeny z celkového počtu odpovědí 156 (100 %) tyto akce a obory. 14 krát (8,97 %) byla vybrána akce z interního oboru, 74 krát (47,44 %) z chirurgie, 3 krát (1,92 %) z fyzioterapie, 10 krát (6,41 %) z psychiatrie, akci ze stomatochirurgie navštívily sestry 4 krát (2,56 %), ARO 44 krát (28,21 %), oční problematika byla vybrána 3 krát (1,92 %) a gerontologie 4 krát (2,56 %).

**Graf 28 Dostatek sester specialistek na oddělení**



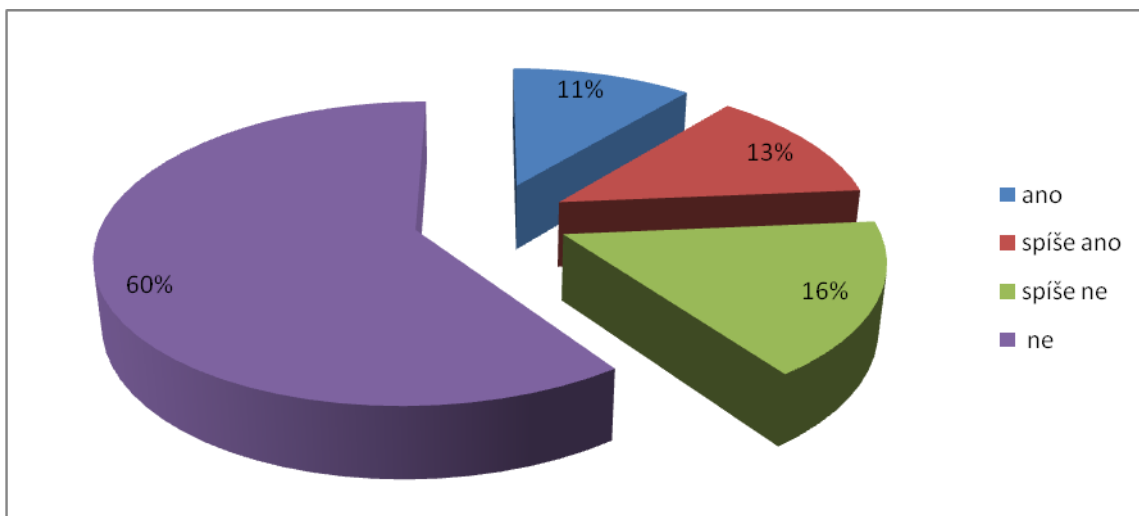
Při zjišťování dostatku sester specialistek na oddělení z celkového počtu 129 (100 %) odpovědělo ano 20 (15 %) sester, spíše ano 28 (22 %) sester, spíše ne 53 (41 %) sester a možnost ne si vybralo 28 (22 %) sester.

**Graf 29 Dostatek sester VŠ na oddělení**



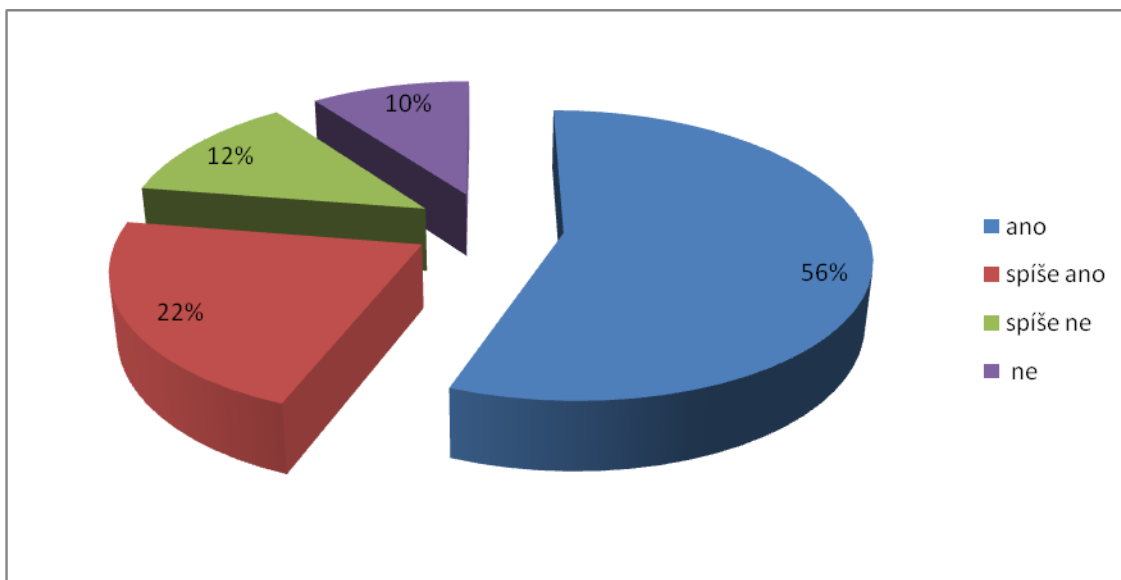
Při zjišťování dostatku sester vysokoškolsky vzdělaných na oddělení z celkového počtu 129 (100 %) odpovědělo ano 25 (20 %) sester, spíše ano 43 (33 %) sester, spíše ne 31 (24 %) sester a možnost ne si vybralo 30 (23 %) sester.

**Graf 30 Dostatek sester – zdravotních asistentek**



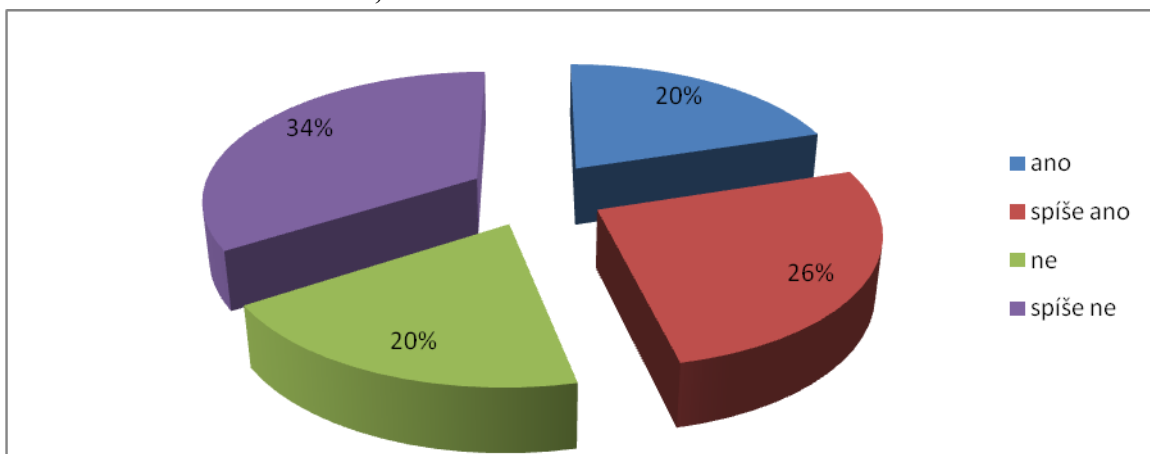
Při zjišťování dostatku sester - asistentek na oddělení z celkového počtu 129 (100 %) odpovědělo ano 14 (11%) sester, spíše ano 16 (13 %) sester, spíše ne 21 (16 %) sester a možnost ne označilo 76 (76 %) sester.

**Graf 31 Dostatek sester – SZŠ**



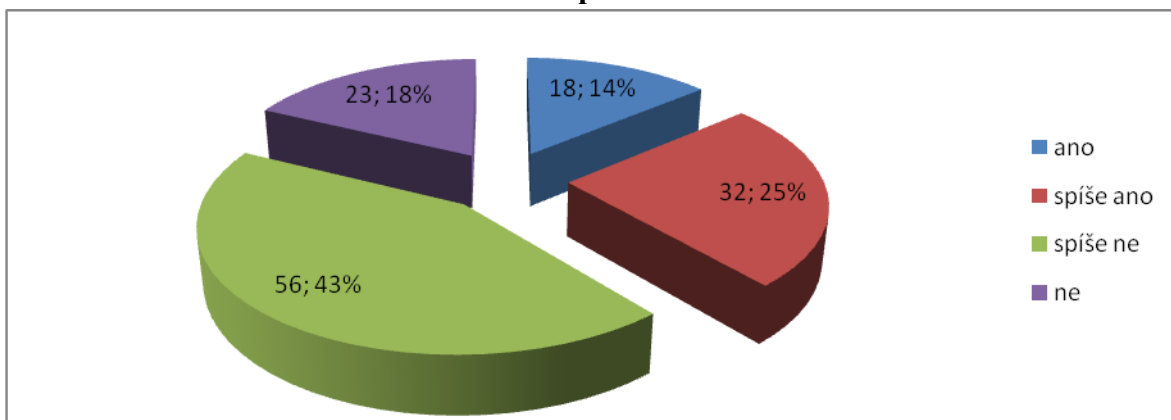
Při zjišťování, zda je dostatek sester - SZŠ na oddělení z celkového počtu 129 (100 %) odpovědělo ano 72 (56%) sester, spíše ano 28 (22 %) sester, spíše ne 16 (12 %) sester a možnost ne označilo 13 (10 %) sester.

**Graf 32 Dostatek sanitárek, sanitářů**



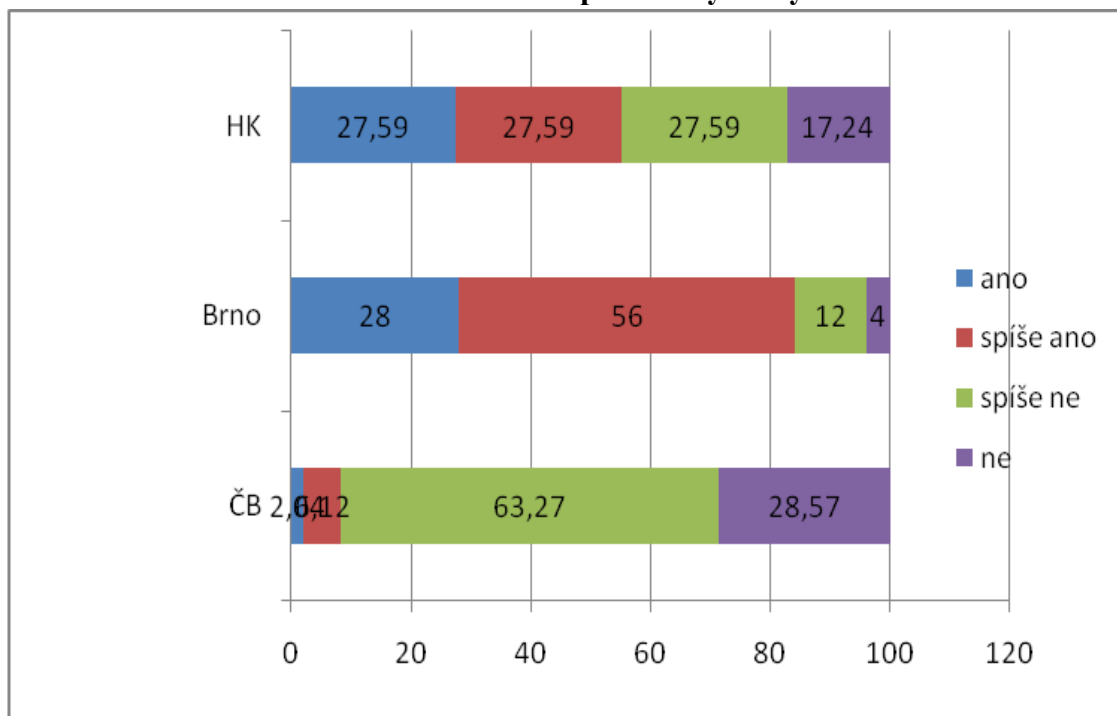
Při zjišťování dostatku sanitárek a sanitářů na oddělení z celkového počtu 129 (100 %) odpovědělo ano 26 (20%) sester, spíše ano 34 (26 %) sester, spíše ne 25 (20 %) sester a možnost ne označilo 44 (34 %) sester.

**Graf 33 Dostatek času na ošetrovatelskou péči**



Na dotaz, zda se mohou sestry dostatečně věnovat ošetrovatelské péči u svých pacientů, odpovědělo za 129 (100 %) sester ano 18 (14 %), spíše ano 32 (25 %), spíše ne 56 (43 %) sester a ne si vybralo 23 (18 %) sester.

**Graf 34 Dostatek času na ošetrovatelskou péči dle vybraných traumacenter**



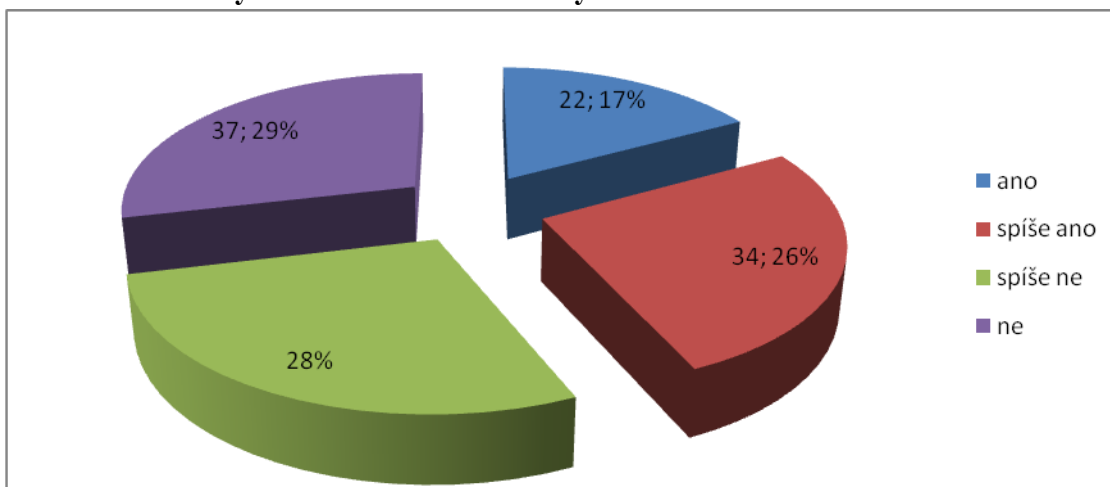
Na dotaz, zda se mohou sestry dostatečně věnovat ošetrovatelské péči u svých pacientů odpověděly sestry takto:

V Českých Budějovicích z celkového počtu 49 (100 %) respondentů: ano 1 (2,04 %) sestra, spíše ano 3 (6,12 %) sestry, spíše ne 31 (63,27 %) sester a ne odpovědělo celkem 14 (28,57 %) sester.

V Brně z celkového počtu 25 (100 %) sester: ano 7 (28 %) sester, spíše ano 14 (56 %) sester, spíše ne 3 (12 %) sestry a ne odpověděla pouz 1 (4 %) sestra.

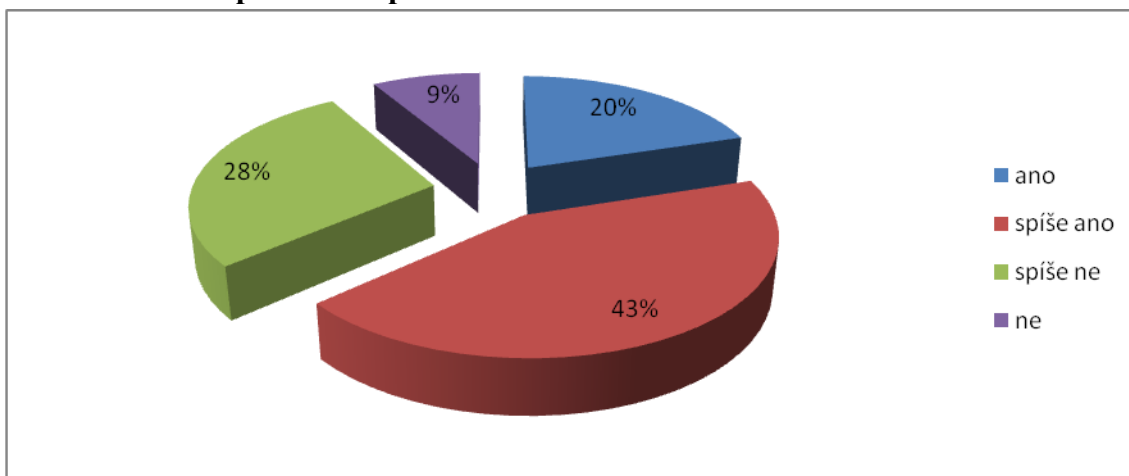
V Hradci Králové z celkového počtu 29 (100 %) sester: ano 8 (27,59 %) sester, spíše ano 8 (27,59 %) sester, spíše ne 8 (27,59 %) sester a ne odpovědělo celkem 5 (17,24 %) sester.

**Graf 35 Problémy se zrakem během směny**



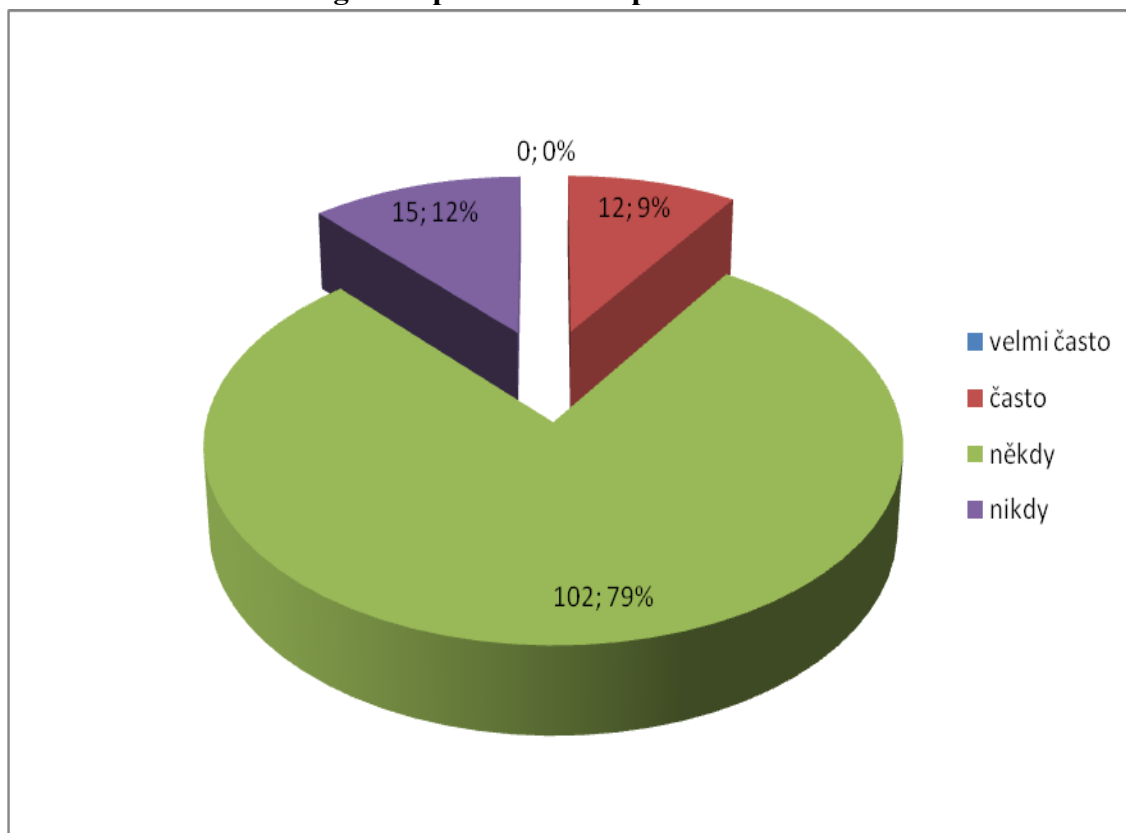
V této otázce bylo zjišťováno, zda mají sestry během pracovní směny potíže se zrakem. Z celkového počtu 129 (100 %) sester odpovědělo ano 22 (17 %) respondentů, spíše ano 34 (26 %) sester. Na možnost spíše ne odpovědělo 36 (28 %) sester a možnost ne si vybralo 37 (29 %) sester.

**Graf 36 Udržení pozornosti po celou směnu**



Na otázku, zda udrží sestry stejnou pozornost při ošetřování pacientů po celou směnu, odpovědělo z celkového počtu 129 (100 %) ano 26 (20 %) sester, spíše ano 56 (43 %) sester. Naproti tomu spíše ne si vybralo 36 (28 %) sester a ne 11 (9 %) sester.

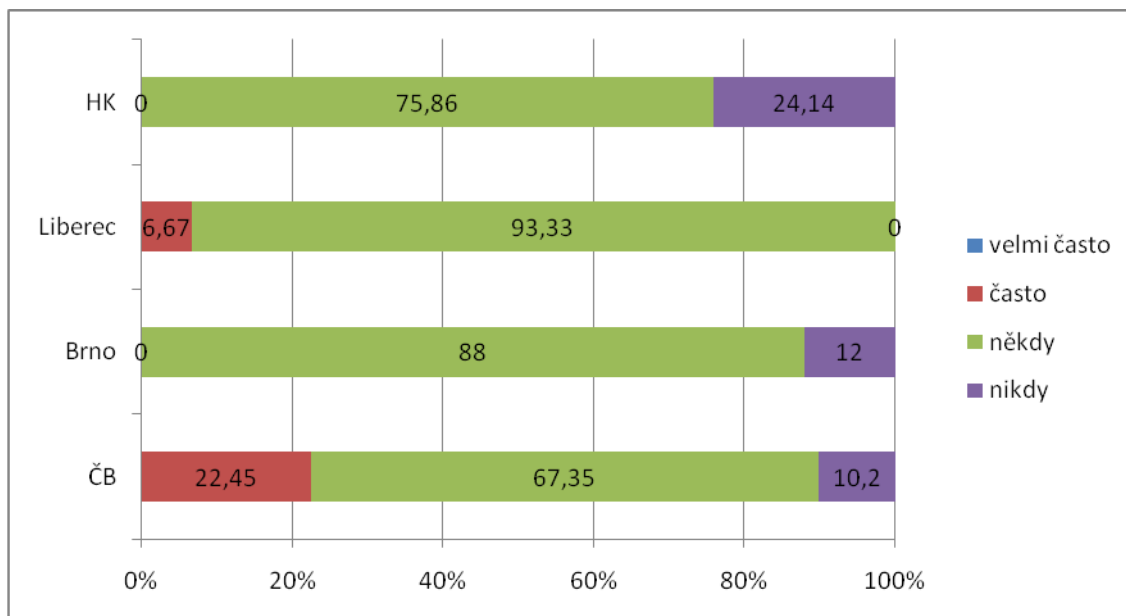
**Graf 37 Podrážděné reagování při ošetřování pacienta**



V této otázce bylo zjišťováno, zda sestry během směny reagují podrážděně při ošetřování pacienta. Z celkového počtu 129 (100 %) sester, velmi často nazaškrtila žádná sestra, možnost často si zvolilo 12 (9 %), 102 (79 %) sester odpovědělo někdy a 15 (12 %) sester odpovědělo ne.

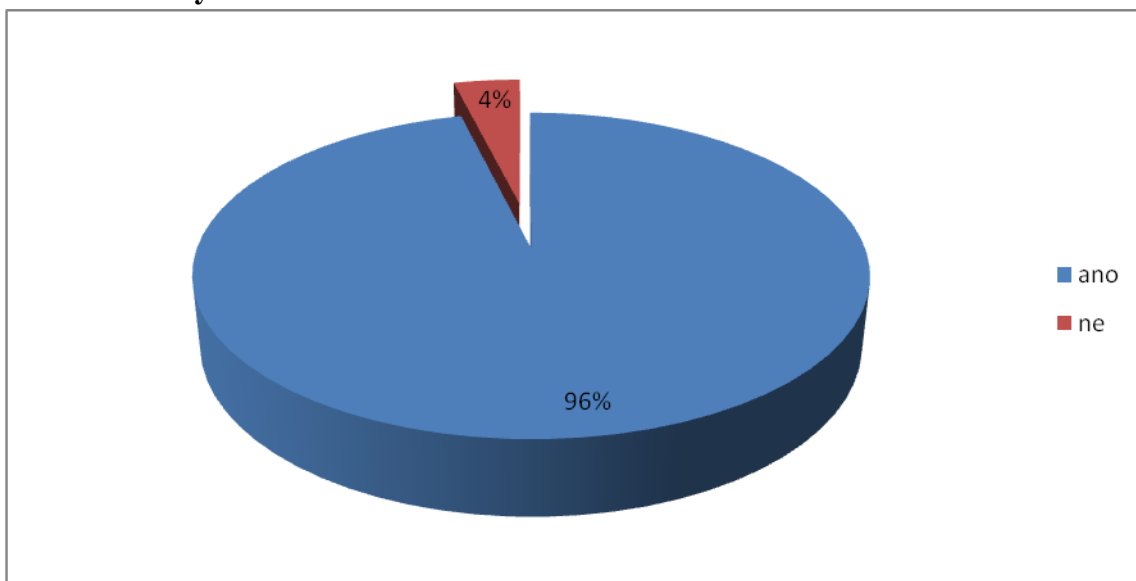


**Graf 38 Podrážděné reagování při ošetřování pacienta podle vybraných traumacenter**



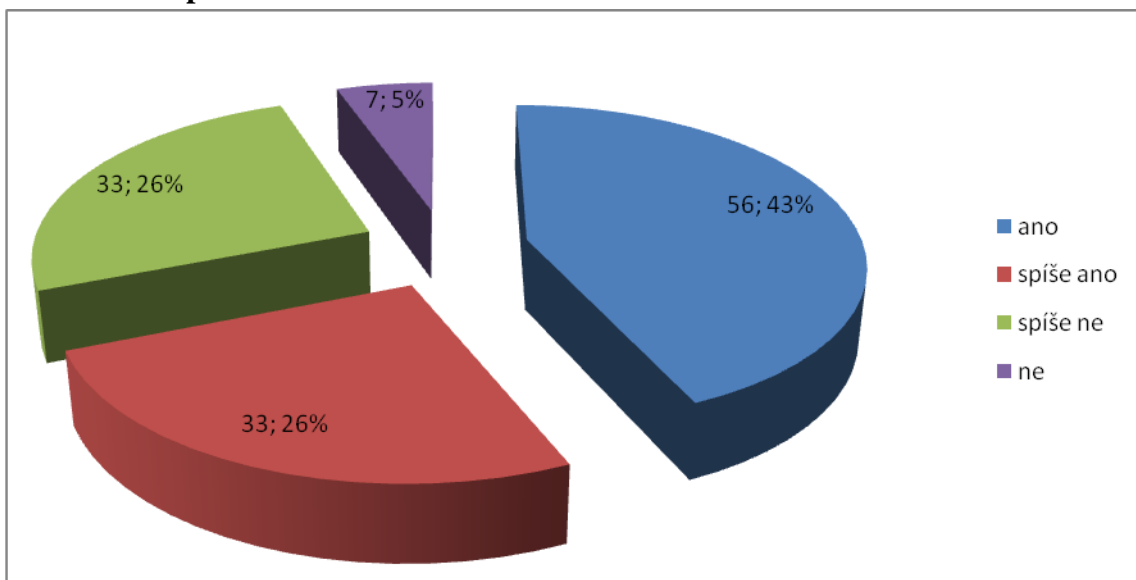
V této otázce bylo zjišťováno, zda sestry během směny reagují podrážděně při ošetřování pacienta podle vybraných traumacenter. V Českých Budějovicích z celkového počtu 49 (100 %) na možnost velmi často neodpověděl nikdo. Na variantu často odpovědělo 11 (22,45 %) sester, někdy 33 (67,35 %) a nikdy 5 (10,2 %) sester. V nemocnici v Brně z celkového počtu 25 (100 %) sester na možnost velmi často a často neodpověděl nikdo, někdy odpovědělo 22 (88 %) sester a nikdy odpovědělo 3 (12 %) sester. V traumacentru Liberec z celkového počtu 15 (100 %) sester velmi často neodpověděl nikdo, možnost často si zvolilo 1 (6,67 %) sester a někdy 14 (93,33 %) sester, na možnost nikdy neodpověděla žádná sestra. V Hradci Králové z celkového počtu 29 (75,86 %) sester si možnost velmi často a často nezvolila žádná sestra, někdy uvedlo 22 (75,86 %) sester a nikdy si zvolilo 7 (24,14 %) sester.

**Graf 39 Hobby**



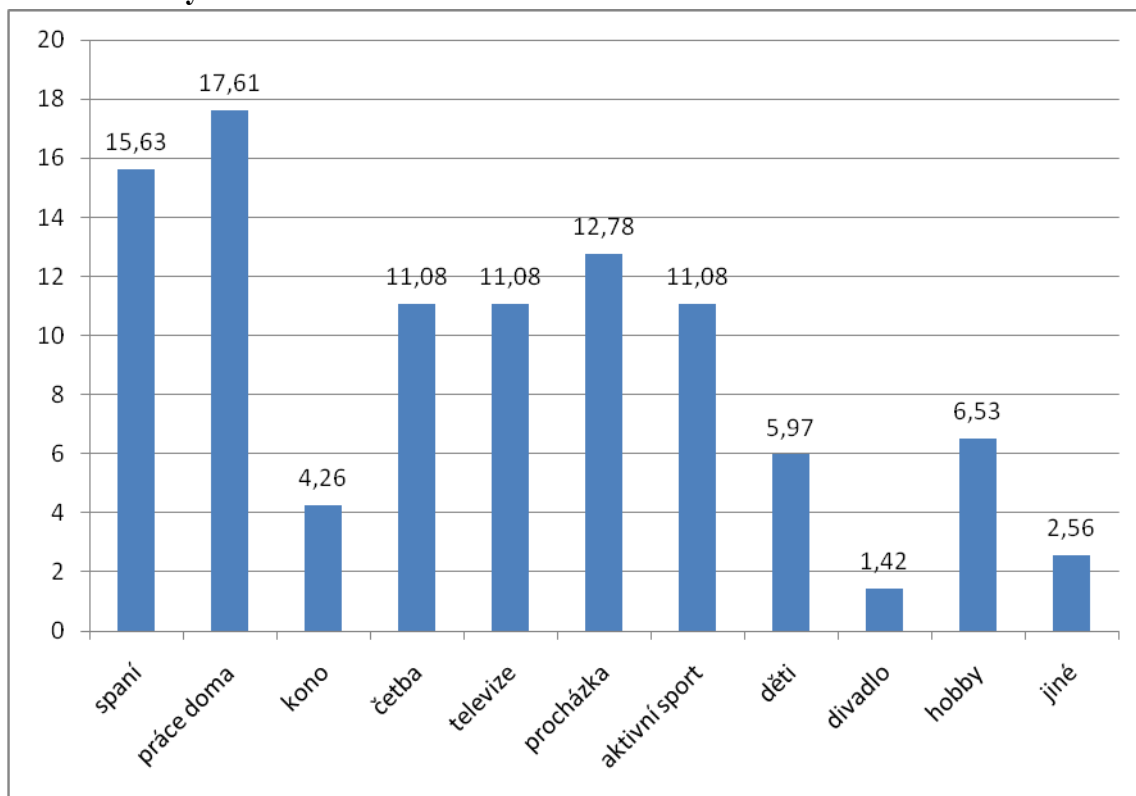
Na otázku, zda sestry mají nějaké koníčky, odpovědělo z celkového počtu 129 (100 %) sester na možnost ano 124 (96 %) a ne 5 (4 %) sester.

**Graf 40 Čas pro sebe**



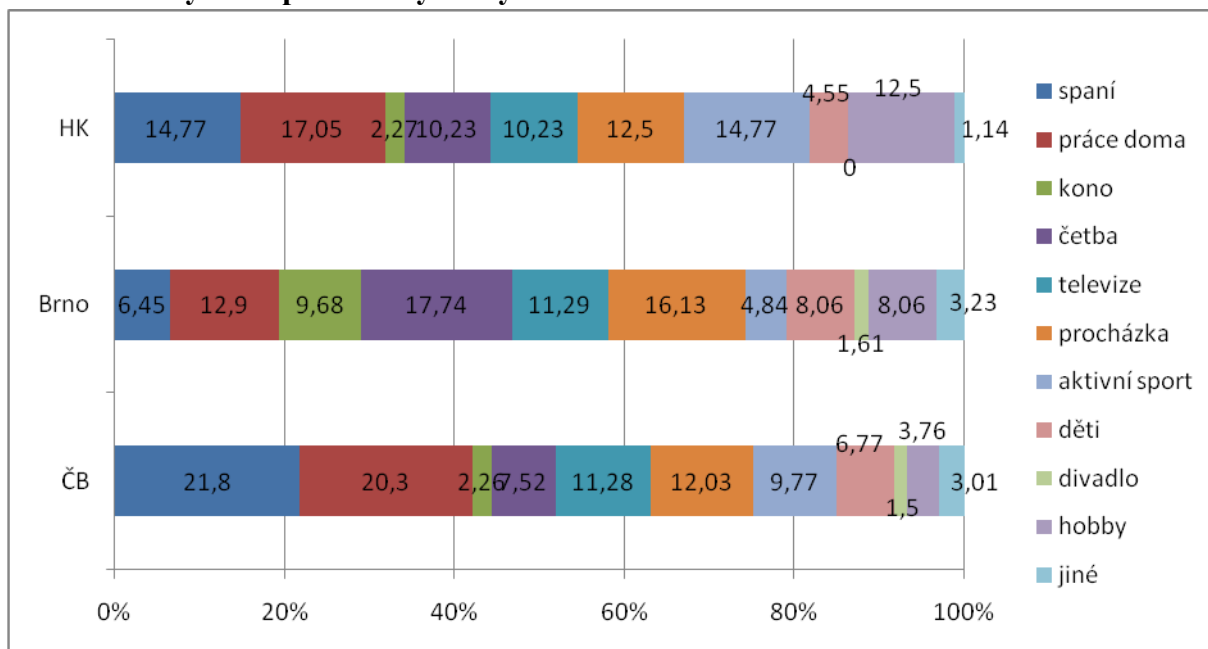
Z celkového počtu 129 (100 %) sester na otázku, zda mají čas pro sebe, odpovědělo ano 56 (43 %) sester, spíše ano 33 (26 %) sester, spíše ne 33 (26 %) sester a na možnost ne odpovědělo 7 (5 %) sester.

**Graf 41 Volný čas**



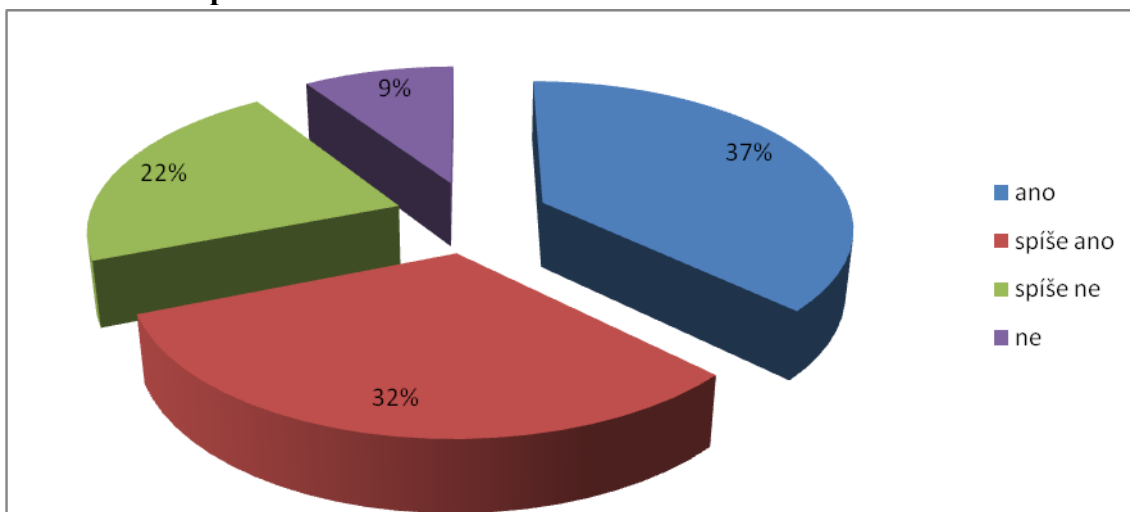
V této otázce bylo zjišťováno, jak sestry tráví svůj volný čas. Z celkového počtu odpovědí 352 (100 %) si vybraly sestry spánek 55x (15,63 %), práci v domácnosti 62x (17,61 %), možnost kino byla označena 15x (4,26 %). Četbu a sledování televize si sestry vybraly shodně 39x (11,08 %). Procházka byla označena 45x (12,78 %), aktivní sportování 39x (11,08 %), hra s dětmi byla označena 21x (5,97 %) případech, návštěva divadla 5x (1,42 %), hobby 23x (6,53 %) a jiné 9x (2,56 %).

**Graf 42 Volný čas z pohledu vybraných traumacenter**



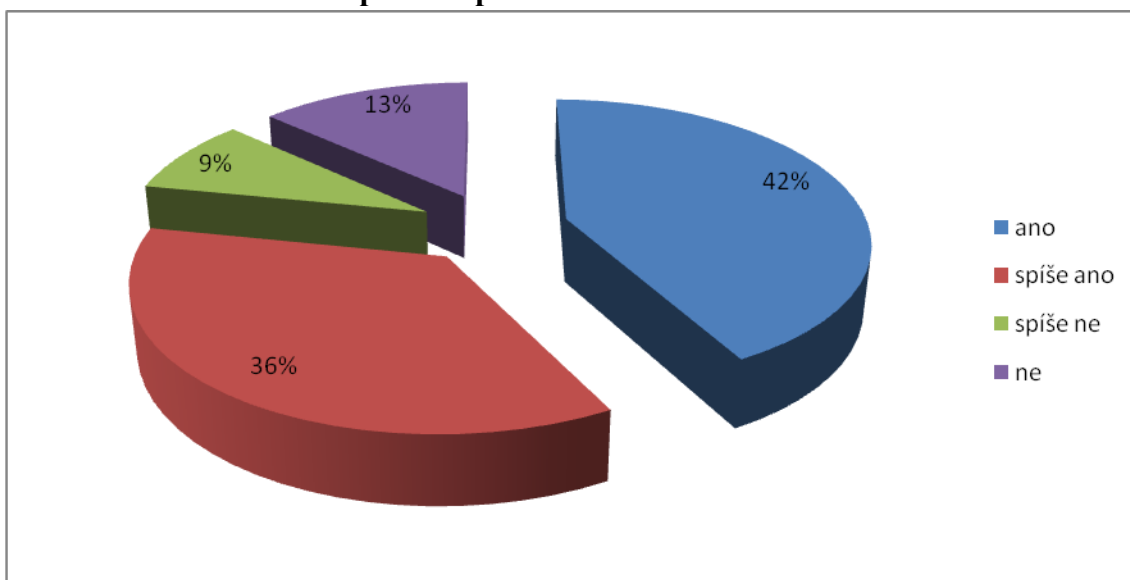
V této otázce bylo zjišťováno, jak sestry tráví svůj volný čas a je zde porovnáno několik traumacenter. V Českých Budějovicích z celkového počtu odpovědí 133 (100 %) si vybraly sestry spánek 29x (21,8 %), práci v domácnosti 27x (20,3 %), možnost kino byla označena 3x (2,26 %). Četbu si sestry vybraly 10x (7,52 %) a sledování televize 15x (11,28 %). Procházka byla označena 16x (12,03 %), aktivní sportování 13x (9,77 %), hra s dětmi byla označena 9x (6,77 %), návštěva divadla 2x (1,5 %), hobby 5x (3,76 %) a jiné 4x (3,01 %). V nemocnici v Brně z celkového počtu odpovědí 62 (100 %) si vybraly sestry spánek 4x (6,45 %), práci v domácnosti 8x (12,9 %), možnost kino byla označena 6x (9,68 %). Četbu si sestry vybraly 11x (17,74 %), sledování televize 7x (11,29 %). Procházka byla označena 10x (16,13 %), aktivní sportování 3x (4,84 %), hra s dětmi byla označena 5x (8,06 %), návštěva divadla 1x (1,61 %), hobby 5x (8,06 %) a jiné 2x (3,23 %). Z celkového počtu odpovědí v traumacentru Hradec Králové 88 (100 %) si vybraly sestry spánek 13x (14,77 %), práci v domácnosti 15x (17,05 %), možnost kino byla označena 2x (2,27 %). Četbu a sledování televize si sestry vybraly shodně 9x (10,23 %). Procházka byla označena 11x (12,50 %), aktivní sportování 13x (14,77 %), hra s dětmi byla označena 4x (4,55 %), návštěva divadla nebyla označena ani jednou, hobby 11x (12,50 %) a jiné 1x (1,14 %).

**Graf 43 Bolest páteře**



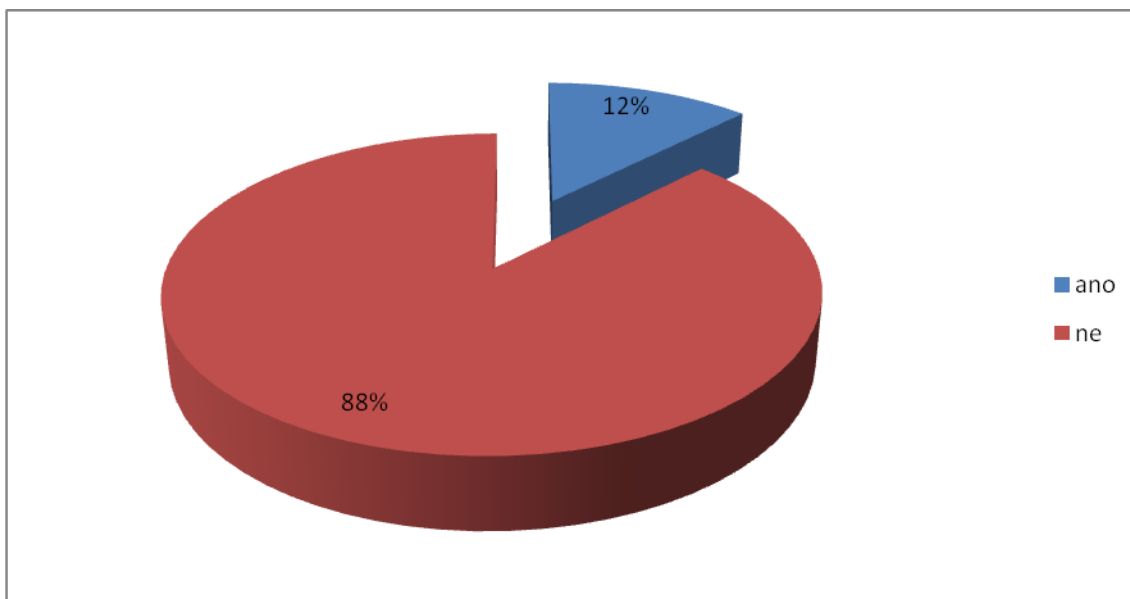
Na dotaz, zda sestry trpí bolestí páteře, z celkového počtu 129 (100 %) sester odpovědělo 48 (37 %) sester ano, spíše ano odpovědělo 41 (32 %) sester, spíše ne zaškrtnulo 28 (22 %) a ne 12 (9 %) sester.

**Graf 44 Souvislost bolesti páteře s prací**



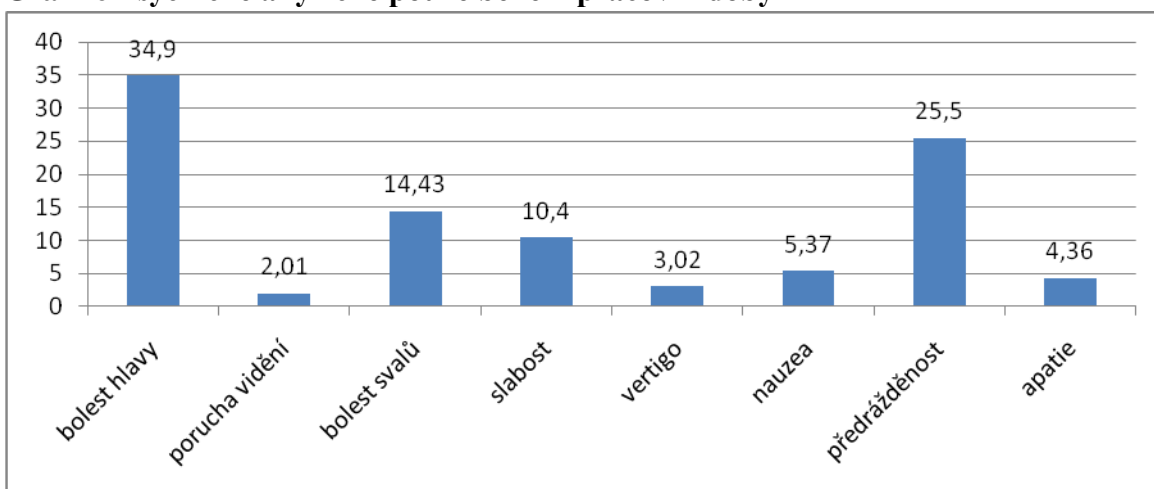
Z celkového počtu 129 (100 %) sester si 54 (42 %) sester myslí, že bolesti páteře souvisí s jejich prací, spíše ano uvedlo 46 (36 %) sester spíše ne 11 (9 %) a ne 17 (13 %) sester.

**Graf 45 Pracovní úraz**



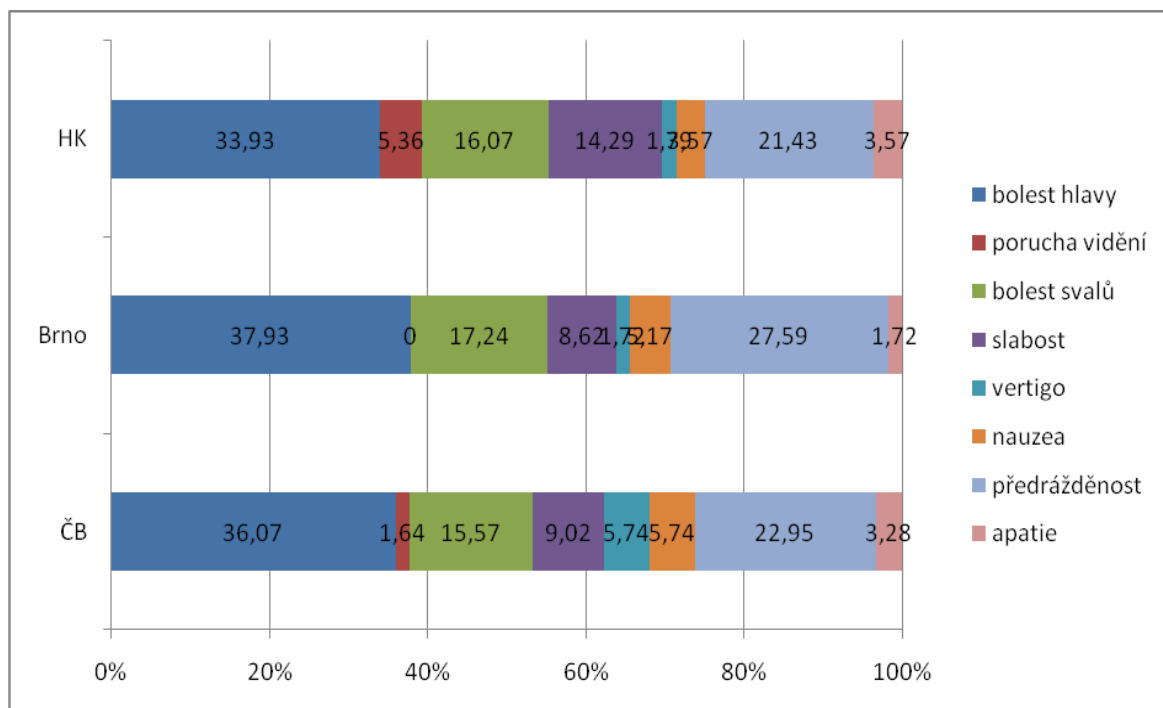
Ze 129 (100 %) dotázaných sester mělo pracovní úraz 16 (12 %) sester, 122 (88 %) sester úraz neuvádí.

**Graf 46 Psychické a fyzické potíže během pracovní doby**



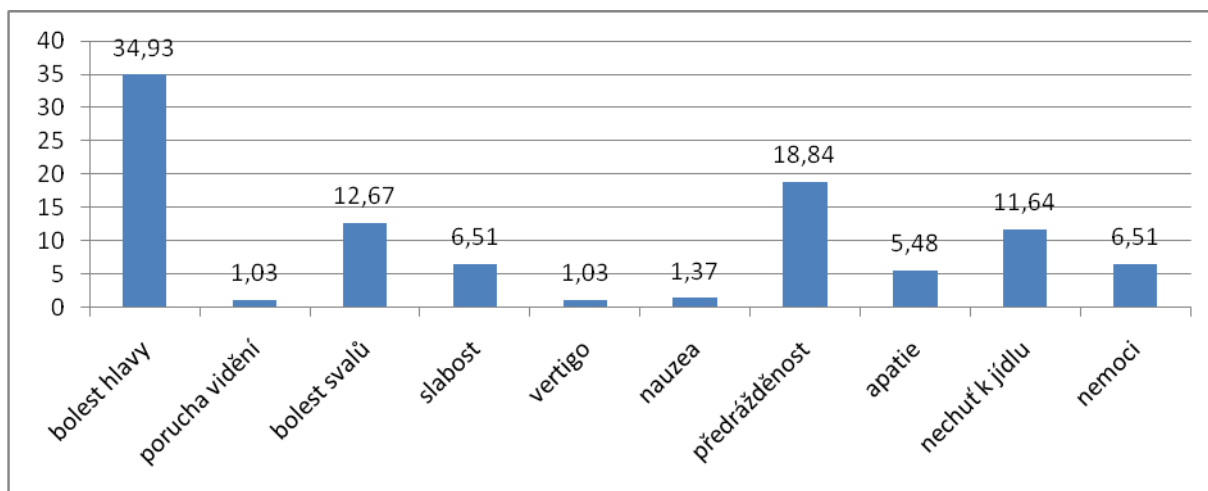
Bylo zjišťováno, zda sestry pociťují během pracovní doby některé z následujících příznaků. Z celkového počtu 298 (100 %) odpovědí byla 104x (34,9 %) označena bolest hlavy, 6x (2,01 %) porucha vidění, bolest svalů byla označena 43x (14,43 %), slabost 31x (10,4 %), vertigo 9x (3,02 %), nauzea 16x (5,37 %), předrážděnost 76x (25,5 %) a apatie 13x (4,36 %).

**Graf 47 Psychické a fyzické potíže během pracovní doby ve vybraných traumacentrech**



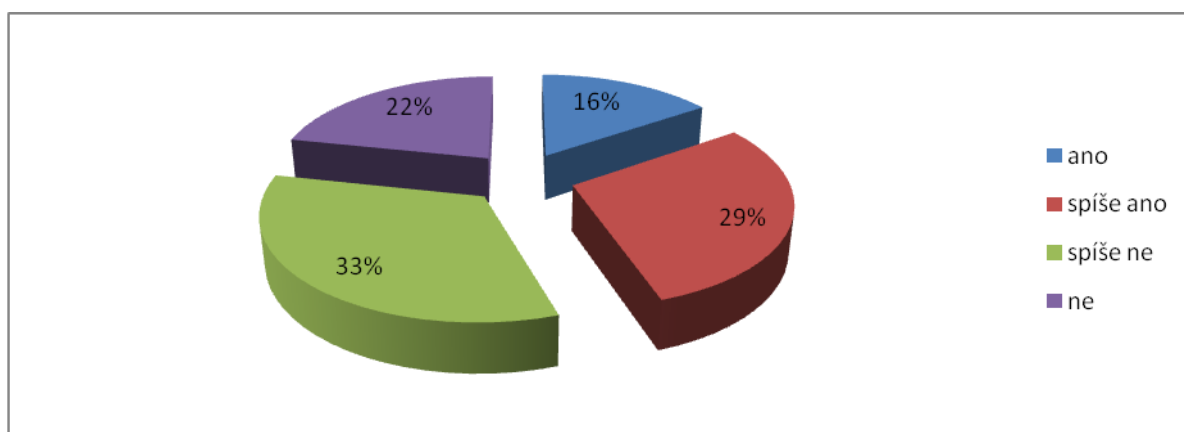
Problémy, které pociťují sestry během pracovní doby hodnoceny podle vybraných traumacenter. V Českých Budějovicích z celkového počtu odpovědí 122 (100 %) uvádí bolest hlavy celkem 44x (36,07 %), poruchu vidění 2x (1,64 %), bolest svalů 19x (15,57 %), slabost 11x (9,02 %), vertigo a nauzeu shodně 7x (5,74 %), předrážděnost 28x (22,95 %) a apatii 4x (3,28 %). V traumacentru Brno z celkového počtu odpovědí 53 (100 %) uvedly sestry bolest hlavy 22x (37,93 %), bolest svalů 10x (17,24 %), slabost 5x (8,62 %), vertigo 1x (1,75 %), nauzeu 3x (2,17 %), předrážděnost 16x (27,59 %) a apatii 1x (1,72 %). V nemocnici Hradec Králové z celkového počtu odpovědí 56 (100 %) uvádí bolest hlavy celkem 19x (33,93 %), poruchu vidění 3x (5,36 %), bolest svalů 9x (16,07 %), slabost 8x (14,29 %), vertigo 1x (1,79 %), nauzeu 2x (3,57 %), předrážděnost 12x (21,43 %) a apatii 2x (3,57 %).

**Graf 48 Psychické a fyzické potíže po pracovní době**



Při zjišťování potíží psychických a fyzických po pracovní době z celkového počtu odpovědí 292 (100 %) byla možnost bolesti hlavy označena 102x (34,93 %), porucha vidění 3x (1,03 %), bolest svalů 37x (12,67 %), slabost 19x (6,51 %), vertigo 3x (1,03 %), nauzea 4x (1,37 %), předrážděnost 55x (18,54 %), apatie 16x (5,48 %), nechutenství 34x (11,64 %) a větší náchylnost k nemoci 19x (6,51 %).

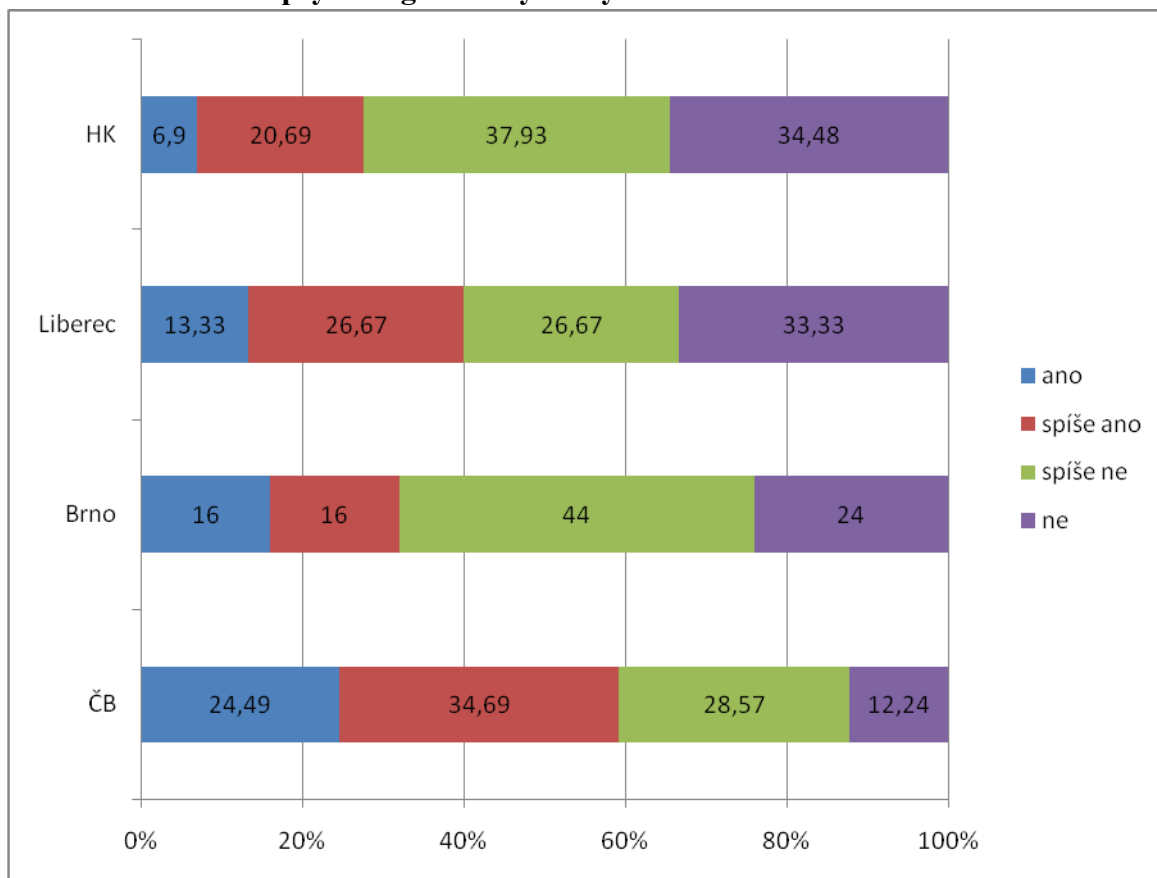
**Graf 49 Rozhovor s psychologem**



Na dotaz, zda by sestry uvítaly někdy rozhovor s psychologem, odpovědělo z celkového počtu 129 (100 %) sester ano 20 (16 %), spíše ano 38 (29 %) sester, spíše ne 43 (33 %) sester a ne odpovědělo celkem 28 (22 %) sester.

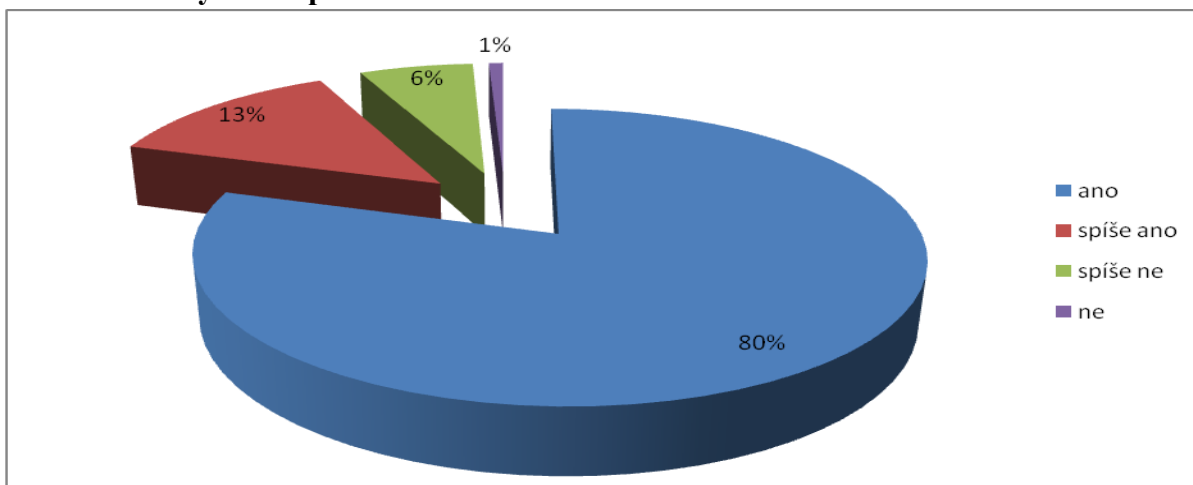


**Graf 50 Rozhovor s psychologem ve vybraných traumacentrech**



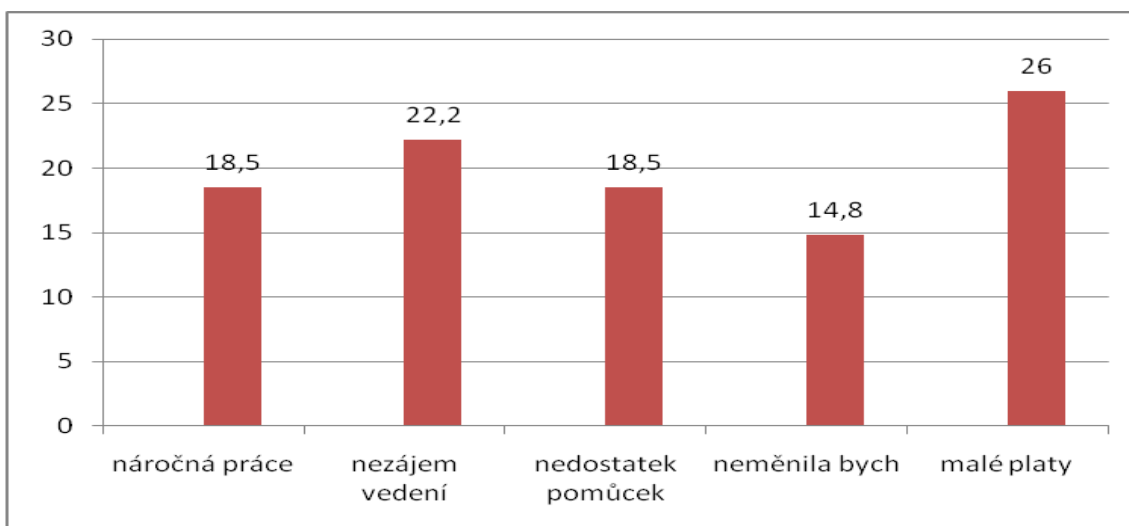
Rozhovor s psychologem by si v Českých Budějovicích z celkového počtu 49 (100 %) přálo 12 (24,29 %) respondentů, spíše ano odpovědělo 17 (34,69 %) sester, spíše ne 14 (28,57 %) sester a ne odpovědělo 6 (12,24 %) sester. V Brně, z celkového počtu 25 (100 %) sester, odpověděly ano 4 (16 %) sestry, spíše ano 4 (16 %) sestry, možnost spíše ne zvolilo 11 (44 %) sester a ne 6 (24 %) sester. Liberec z celkového počtu 15 (100 %) uvedly možnost ano 2 (13,33 %) sestry, spíše ano 4 (26,67 %) sestry, stejný počet sester uvedlo možnost spíše ne a variantu ne napsalo 5 (33,33 %) sester. Sestry v Hradci Králové z celkového počtu 29 (100 %) sester uvedly spíše ano 2 (6,9 %) sestry, spíše ano 6 (20,69 %) sester, spíše ne 11 (37,93 %) sester a ne uvedlo 10 (34,48 %) sester.

**Graf 51 Péče fyzioterapeuta**



Z celkového počtu 129 (100 %) sester by si 103 (80 %) sester přálo péči fyzioterapeuta, spíše ano odpovědělo 17 (13 %) sester, spíše ne 8 (6 %) sester, ne odpověděla 1 (1 %) sestra.

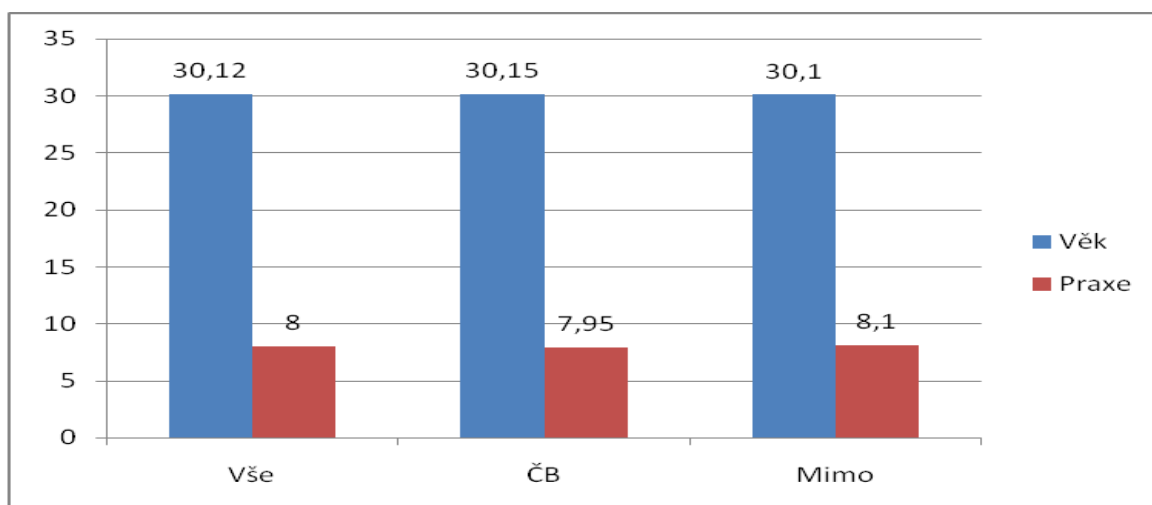
**Graf 52 Připomínky**



Celkem sestry v poslední otevřené otázce napsaly 27 (100 %) připomínek. 5x (18,5 %) byla práce v traumacentru označena jako těžká, 6x (22,2%) byl napsán nezáměr vedení o problémy, 5x (18,5 %) nedostatek pomůcek, 4x (14,8 %) by neměnily svoji práci a 7x (26 %) si postěžovalo na malé platy.

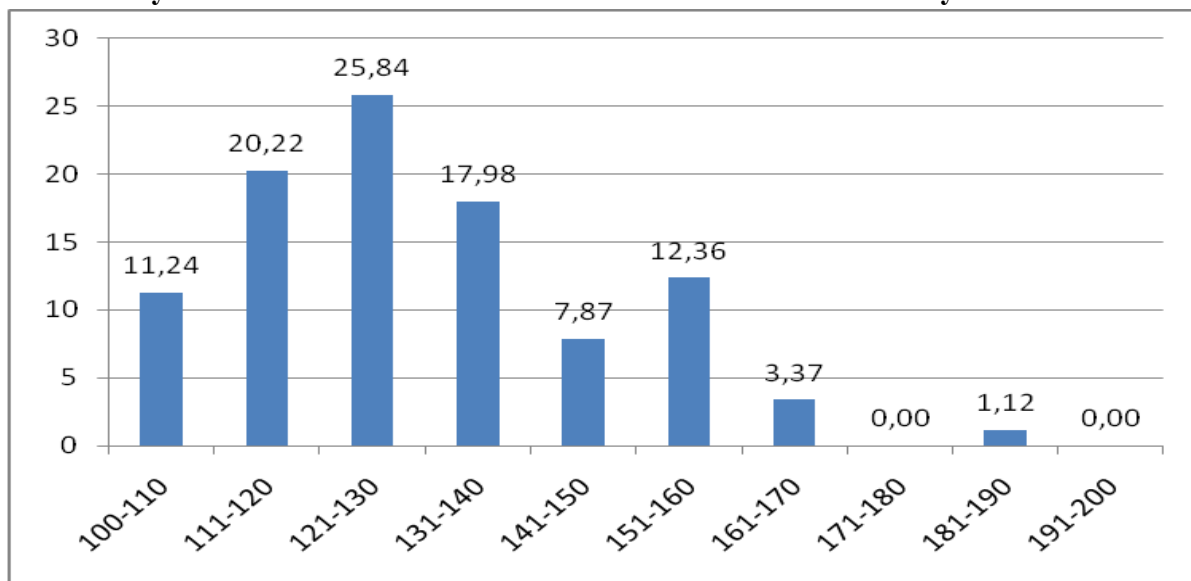
#### 4.2.2 Výsledky psychické nezdolnosti sester- dotazník S.O.C. A. Antonovský

**Graf 53 Průměrný věk a praxe – dotazník S.O.C. A. Antonovský**



Při posuzování standardizovaného dotazníku S.O.C. A. Antonovského byl vyhodnocen průměrný věk a praxe v traumacentrech. Celkově byl průměrný věk z 89 (100 %) sester 30,12 let a praxe 8 roků. V Českých Budějovicích z celkového počtu 41 (100 %) sester byl průměrný věk 30,15 let a praxe 7,95 roků a v ostatních sledovaných traumacentrech byl z celkového počtu 48 (100 %) sester průměrný věk 30,1 let a praxe 8,1 roků.

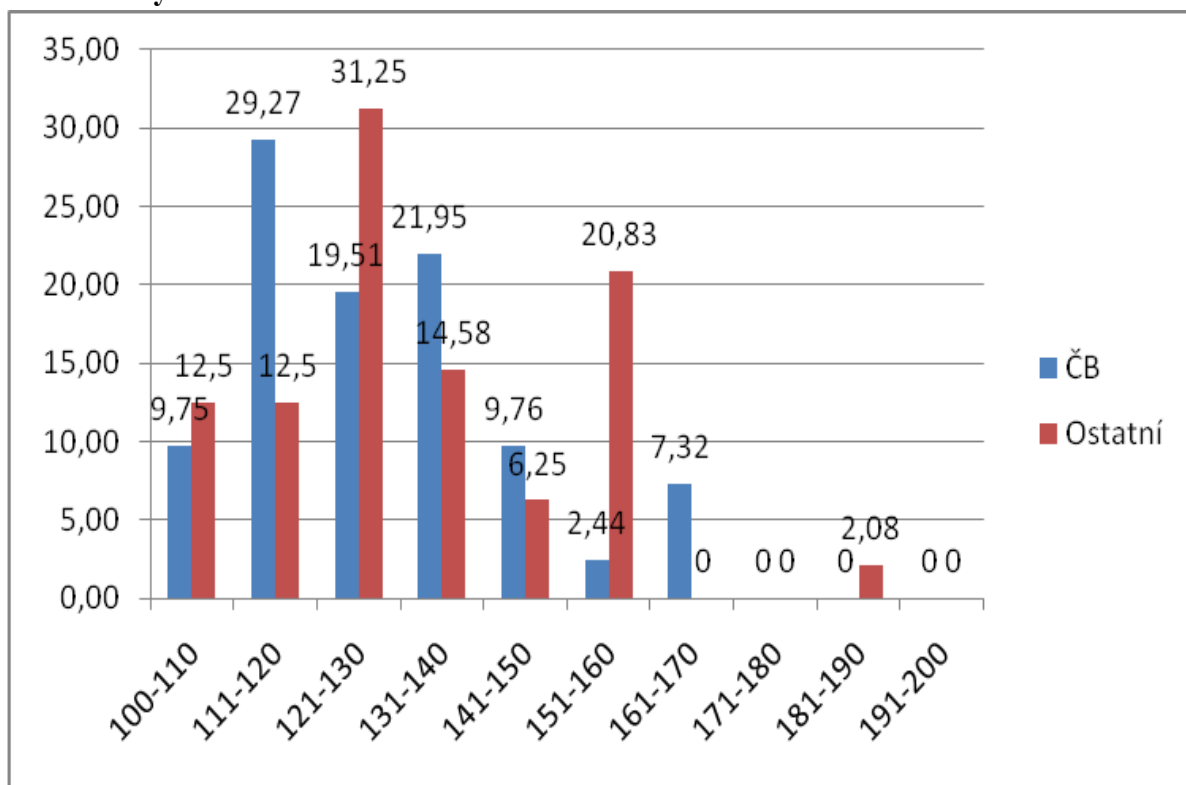
**Graf 54 Psychická nezdolnost sester – dotazník S.O.C. A. Antonovský**



skóre	Všechna sledovaná traumacentra	
100-110	11,24	10 sester
111-120	20,22	28 sester
121-130	25,84	23 sester
131-140	17,98	16 sester
141-150	7,87	7 sester
151-160	12,36	11 sester
161-170	3,37	3 sestry
171-180	0	
181-190	1,12	1 sestra
191-200	0	
	100,00	89 sester

Vyhodnocení psychické nezdolnosti sester ve všech sledovaných traumacentrech. Celkový počet sester 89 (100 %). Antonovský uvádí střední hodnotu – medián- 145.

**Graf 55 Psychická nezdolnost sester – srovnání traumacenter dotazník S.O.C. A. Antonovský**



skóre	ČB		Ostatní	
100-110	9,75	4 sestry	12,5	6 sester
111-120	29,27	12 sester	12,5	6 sester
121-130	19,51	8 sester	31,25	15 sester
131-140	21,95	9 sester	14,58	7 sester
141-150	9,76	4 sestry	6,25	3 sestry
151-160	2,44	1 sestra	20,83	10 sester
161-170	7,32	3 sestry	0	
171-180	0		0	
181-190	0		2,09	1 sestra
191-200	0		0	
	100,00	41 sester	100,00	48 sester

Psychická nezdolnost sester. Je srovnáváno traumacentrum České Budějovice 41 (100 %) sester a ostatní traumacentra Liberec, Hradec Králové a Brno 48 (100 %) sester. Antonovský uvádí střední hodnotu – medián- 145.

**Tabulka 10 Vyhodnocení - dotazník S. O. C. A. Antonovský**

	Počet	Minimum	25%	50%	75%	Maximum	Medián
Všichni	89	100	118	128	141	190	128
Mimo ČB	48	100	119,75	128,5	148,5	190	128,5
ČB	41	102	117	127	138	168	127

Po vypočtení hrubého skóre, kdy minimum vypočtené ze všech odpovídajících 89 (100 %) bylo 100 a maximum 190, u odpovídajících, kteří tvořili skupinu mimo České Budějovice (Hradec Králové, Liberec a Brno) byl celkový počet 48 (100 %) bylo minimum 100 a maximum 190 a u skupiny České Budějovice bylo minimum hrubého skóre 102 a maximum 168 při celkovém počtu 41 (100 %) dotázaných, byl určen medián u skupiny všichni 128, u skupiny mimo České Budějovice 128,5 a u skupiny České Budějovice 127. Antonovský uvádí střední hodnotu – medián- 145.

## 5 Diskuse

Téma práce je „Problematika ošetrovatelské péče v traumacentrech České republiky.“ Jak bylo zmíněno již v úvodu, problematiku ošetrovatelské péče lze chápat různě. Někdo se zaměří na kvalitu ošetrovatelské péče v traumacentrech, někdo zase na spokojenost pacientů s touto péčí a jiný zase v názvu může vidět schopnosti, dovednosti a znalosti sester. Všechny tyto oblasti souvisí s cíli i hypotézami našeho šetření. Vždyť jestli bude sestra vzdělaná, bude dobře fungovat mezioborová spolupráce, sestra bude mít znalosti a dovednosti z jiných klinických oborů a v neposlední řadě bude zdravotnický personál pracující v traumacentrech psychicky a fyzicky zdatný a tak bude nejen kvalitní ošetrovatelská péče, ale i spokojenost pacientů v traumacentrech.

Naše šetření probíhalo v několika traumacentrech České republiky a to v Českých Budějovicích, Plzni, Liberci, Hradci Králové a v Brně. Ze 129 sester, které byly ochotny odpovědět na anonymní dotazník, mělo celkem 36 jiné vzdělání než středoškolské, tedy vyšší a vysokoškolské (graf 5), specializaci z toho samého počtu sester má 38. Většinou se jedná o specializaci v oboru ARIP. Kdybychom se na toto téma podívali procentuelně v jednotlivých traumacentrech, tak nejmenší počet sester se specializací je v Českých Budějovicích a to 20,41% (graf 8). Stojí za zamyšlení, z jakého důvodu je poměrně malý počet sester se specializací a i s jiným vyšším vzděláním, než jen se středoškolským - SZŠ. Jedním z důvodů se nabízí malá podpora zaměstnavatele, jako je například neumožnění studijního volna, další důvodem může být žádná finanční motivace při dokončení studia. Na dotaz, zda zaměstnavatel poskytuje při studiu nějaké úlevy, odpovědělo šest sester u vysokoškolského studia ano a 15 ne, při specializačním studiu tři sestry odpověděly kladně a čtyři sestry odpověděly záporně (grafy 12,13). Údaje o poskytování úlev při studiu jsou mírně zkreslené, protože sestry, které studují na vysoké škole a odpověděly ano, považovaly za studijní úlevy ochotu staniční sestry napsat rozvrh služeb tak, aby si nemusely vybírat dovolenou, ochotu spolupracovnic zastoupit atd., což nelze považovat za studijní úlevy zaměstnavatele, ale spíše za dobrou vůli oddělení, kde pracují. I přes problémy, které může studium pro dotazované sestry znamenat, tak ze 129 respondentů jich v současné době studuje 37, z toho 7 sester specializační studium a 9 sester školu vysokou školu,

kteřá nesouvisí se zdravotnictvím (graf 11). Lze říci, že sestry se nejen chtějí, ale i musí dále vzdělávat. Jak je uvedeno v článku I. Merhautové „Celoživotní vzdělávání není pouze o kreditních bodech“ (31), zdravotnictví je odvětví, kde dochází k rychlému rozvoji technologií, farmacie a zdravotních postupů, a proto se bez celoživotního vzdělávání neobejde. V tomto kontextu je zarážející názor jedné sestry v rozhovoru (rozhovor 5), kdy uvádí, že pro práci sestry v traumacentrech stačí pouze středoškolské vzdělání a ona sama neplánuje se dále vzdělávat. Domnívá se, že jí postačí občas účast na nějaké konferenci. Naproti tomu zajímavá myšlenka zazněla v jiném rozhovoru (rozhovor 1), kdy dotázaná uvedla, že by si představovala, aby sestry pracující v traumacentrech absolvovaly, jak specializační vzdělání, tak vysokoškolské vzdělání. Uvedla, že specializační vzdělávání v oboru ARIP jí dala dovednosti v akutní medicíně a domnívala se, že jí to bude stačit. Když začala studovat vysokou školu - bakalářské studium, začala vidět svoji práci úplně jinak. Od výkonů „přešla k lidem“, dávala si věci do souvislostí, zlepšila komunikaci atd. Nyní pokračuje v magisterském programu, kde ve specializaci je zaměřena na problematiku pohybového ústrojí. K tomuto studiu říká: „To je pro práci v traumacentrech ideální vzdělání, ale je pravda, že jsem vůbec nevěděla, že je možné v rámci magisterského studia si udělat takovou specializaci.“ Ještě dodává, že když nebudou sestry dostatečně motivovány, tak bude studium pro sestry velkým problémem.

Na dotaz, jaké další vzdělání by sestry upřednostňovaly pro práci v traumacentrech, si naprostá většina vybrala specializační vzdělávání (graf 14). Jak již bylo zmíněno, nejvíce je upřednostňována specializace Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (ARIP). Dle Věstníku 2/2006 (61) je cílem tohoto vzdělávacího programu připravit sestry k tomu, aby byly schopné vykonávat vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči o pacienty, kteří jsou starší deseti let, dochází u nich k selhávání základních životních funkcí nebo jim hrozí selhání těchto funkcí. Z toho vyplývá, že zmíněná specializace je nejvhodnější pro jednotky intenzivní péče, ale ne všechny pracují na těchto jednotkách. Jenom ve zkoumaném souboru bylo 53 sester, které pracují na standardním oddělení. Sestry převážně při zdůvodňování specializace odpovídaly, že je zaměřená na problematiku traumatologie a



vysokoškolské vzdělání je moc všeobecné. Ovšem při rozhovorech vyšlo najevo, že někdy sestry nemají představu, jaká je náplň vysokoškolského studia, hlavně magisterského navazujícího v oboru Ošetrovatelství. Velmi je překvapilo, že studium je modulové a například v chirurgickém modulu si mohou vybrat specializaci – zde vycházíme ze studia na JU ZSF České Budějovice. Po této debatě a vysvětlení, v čem tkví vysokoškolské studium pro sestry, se dotázané přikláněly k možnosti, že vhodná je kombinace specializace a vysokoškolského vzdělání (rozhovory 1,3,4 a 6, tabulka 4). Na základě sdělených výsledků lze konstatovat, že *hypotéza 1: Sestry pracující v traumacentrech se raději vzdělávají ve specializačním vzdělávání, než v rámci vysokoškolského vzdělání se potvrdila.*

Péče o nemocného je péče týmová a multioborová. Kolajová ve své knize Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků (20) udává, že slovo TEAM lze vnímat jako zkratku čtyř slov, která znamenají, společně dosáhneme více, týmová spolupráce (together, everybody, achieves a more). Dle slovníku cizích slov (40) multidisciplinární znamená přístup, který je charakterizovaný spoluprací více vědních oborů. Co se týče traumacenter, tak Pleva (38) uvádí, že jedním z cílů traumacenter je organizování multidisciplinární spolupráce u pacientů, kteří utrpěli úraz na úrovni nemocnice, regionu, státu od úrazu až po resocializaci. To si uvědomují i sestry, které odpovídaly na otázku, zda je pro ně důležitá spolupráce s jinými klinickými obory. Možnost ano a spíše ano uvedlo celkem 112 (87 %) dotázaných (graf 17). Také měly možnost určit, dle svého mínění, klinické obory podle důležitosti spolupráce. Nejdůležitější se sestrám jeví spolupráce s anesteziologicko - resuscitačním oddělením a neurochirurgií, na posledních místech skončila psychiatrie, oční a oddělení následné péče (graf 18). Spolupráce s pracovníky jiných klinických oborů je podle názoru dotázaných v naprosté většině dobrá. Ale dalo by se polemizovat s odpověďmi na další otázky, které trochu vyvrací názor, že spolupráce s ostatními klinickými obory je dobrá. 57 (44 %) sester totiž uvedlo, že potřebují velmi často nebo často pomoc či radu, ale pouze 27 (21 %) sester napsalo, že jim pomoc z jiných klinických pracovišť byla poskytnuta (graf 21 a 22). Toto tvrzení se nám zdálo trochu nepravděpodobné, protože například k likvidaci hromadného neštěstí se dle traumatologického plánu nemocnice Č.

Budějovice a.s. (56) přivolávají pracovníci z oddělení ARO, chirurgie, plastické chirurgie, urologie, neurochirurgie, stomatochirurgie a další dle rozhodnutí primáře traumatologického oddělení nebo staršího traumatologa ve službě. Ovšem je pravda, že svolávání pracovníků při hromadném neštěstí je mimořádná událost, ale sestry někdy potřebují pomoc i v situacích, kdy je na oddělení „klid“. I při rozhovorech jsme se dostali k tématu pomoci z jiných klinických oborů. Zde se všechny sestry shodly na tom, že využívají hlavně telefonickou komunikaci a radu a tento způsob pomoci bývá postačující. Ony samy byly též několikrát požádány o pomoc z jiných oddělení a ochotně vypomohly. V dotazníku mohla být možná ještě doplňující otázka, která by specifikovala představu sester, jaký typ pomoci by si představovaly. *Hypotéza 2: Sestry pracující v traumacentrech, spolupracují se sestrami ostatních klinických oborů při zajišťování ošetrovatelské péče, se potvrdila.*

Z druhé hypotézy vyznělo, že sestry pracující v traumacentrech, spolupracují se sestrami ostatních klinických oborů. Aby mohly nejen spolupracovat, ale hlavně ošetřovat pacienty, musí mít z jiných oborů znalosti a dovednosti. Jestliže jim nějaké znalosti či dovednosti chybí, je nutné si je doplňovat v rámci celoživotního vzdělávání. V dotazníku jsme mapovali oblasti, kde mají sestry pocit, že jim nejvíce chybí znalosti. Nejčastěji byla označena oční problematika, psychiatrie, stomatochirurgie a z dovedností opět stomatochirurgie, oční a psychiatrie. Ovšem v dovednostech hned jako druhá problematická oblast bylo za stomatochirurgii jmenováno rehabilitační ošetrovatelství (grafy 23, 24). To je celkem pochopitelné, protože špatně prováděné rehabilitační ošetrovatelství může pacienta i nezvratně poškodit. Až 1/3 dotazovaných sester označila některý obor, kde mají pocit, že mají nedostatečné vědomosti a dovednosti. Při rozhovorech, které doplňovaly zjištěné skutečnosti, se sestry zmiňovaly, že hodně dovedností se učily u starších kolegyně. Ale tady začíná problém, protože, jak odpověděla sestra v prvním rozhovoru (rozhovor 1) starší sestry z oddělení odcházejí, takže pomalu mladší sestry nemá kdo učit. Při zpracovávání standardizovaného dotazníku S. O. C. A. Antonovského vyznělo, že průměrný věk těch, kteří dotazník vyplnili je 30 let a průměrná doba práce v traumacentru je 6 let (Graf 53). Nejsme schopni posoudit, zda věk 30 let znamená, že sestra je příliš mladá, ale 6 let praxe na

tomto oddělení není velmi mnoho, protože problematika ošetrovatelské péče v traumacentrech je tak obsáhlá, že v období šesti let nemůže sestra všechny znalosti a dovednosti obsáhnout. I z tohoto důvodu je uzákoněno celoživotní vzdělávání. Chybějící znalosti si sestry nejvíce doplňují na seminářích a konferencích, dále studiem literatury (graf 25). Tyto všechny možnosti jsou dle zákona 96/2004Sb. součástí celoživotního vzdělávání. Potěšující byla odpověď, kdy sestry 50x (18,18 %) označily, že odborné znalosti získávají spoluprací s jiným klinickým oddělením, což opět ukazuje na to, že ošetrovatelská péče v traumacentrech je mezioborová, ale zároveň se znovu objevuje rozpor s tvrzením, že pomoc z jiných klinických oborů byla pouze ve 27 (21 %) případech.

Sestry se nejvíce účastní vzdělávacích akcí jednou za půl roku (graf 26). V rozhovorech uváděly, že si vybírají semináře a konference nejen podle oboru a tématu, ale i podle toho, jak daleko se koná konference od místa bydliště a jaká je cenová relace nabízené akce. Některé uvedly, že na vzdělávací akce nejezdí, protože studují a všechny potřebné informace získávají při studiu. Tento názor zazněl i ve druhém rozhovoru. A je zde opět rozpor v tvrzení, kdy sestry jedním dechem říkají, že vysokoškolské studium je moc všeobecné, ale zároveň na konference nemusí jezdit, protože studují a vše potřebné se dozvědí při studiu.

Když jsme vyhodnocovali otázky, kde mají sestry největší nedostatek vědomostí a dovedností, tak jsme předpokládali, že se tento fakt objeví v návštěvě konferencí a seminářů. Ale předpoklad se nepotvrdil. Sestry uváděly například, že nějakou odbornou akci, která se týká oční problematiky, navštívily 3x (1,92 %), fyzioterapie 3x (1,92 %), psychiatrie 10x (6,41 %) a stomatochirurgie 4x (2,56 %). Nejvíce se účastnily akcí, které se zabývaly chirurgickou problematikou 74x (47,44 %), ale je nutné podotknout, že zrovna chirurgie byla zmiňována nejméně v nedostatku znalostí a dovedností (graf 27). Možná by bylo vhodné toto téma více prozkoumat, zjistit, kde je chyba, jestli je nedostatečná nabídka akcí, špatná informovanost anebo zde hraje roli právě vzdálenost konané akce od místa bydliště nebo cena akce. Ovšem z vlastní zkušenosti víme, že například v nemocnici České Budějovice a.s. se konají celoročně konference a semináře, které pořádají skoro všechny obory, které jsou v nemocnici zastoupeny, takže

je zde veliká škála možností pro pracovníky nemocnice a okolí odborné akce navštívit. (příloha 7). *Hypotéza 3: Sestry pracující v traumacentrech se vzdělávají nejen v traumatologii, ale i v dalších klinických oborech se nepotvrdila.*

Do týmové spolupráce nepatří pouze mezioborová spolupráce, ale i spolupráce na oddělení, kdy součástí zdravotnického týmu v traumacentrech, stejně jako na jiných odděleních, jsou sestry magistry a bakalářky, specialistky, diplomové sestry, všeobecné sestry, asistentky, ale i sanitáři a sanitárky (49). Jestliže chybí nebo je nedostatek jenom v jedné součásti zdravotnického týmu, nemůže být ošetrovatelská péče úplně kvalitní. Souhrnně lze říci, že se dotázaným sestrám zdá počet specialistek na oddělení spíše nedostačující, vysokoškolsky vzdělaných sester dostačující, zdravotních asistentek je dle jejich mínění naprostý nedostatek, naopak sester se středním zdravotnickým vzděláním je dostatek a u sanitářů a sanitárek mírně převládá pocit nedostatku (grafy 28 – 32). Další kritérium, které může ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče je nárůst ošetřovaných pacientů při stále stejném počtu personálu. V tabulce počtu úrazů a počtu pracovníků v traumacentrech v letech 2000 – 2008, která byla vytvořena na základě výročních zpráv (65, 66, 67, 68, 69) je vidět nárůst ambulantně ošetřených, hospitalizovaných a operovaných pacientů, většinou při stejném počtu ošetrojícího personálu. K této výroční zprávě je zapotřebí dodat, že během psaní diplomové práce se změnil počet traumacenter v České republice, takže zde ještě figuruje například traumacentrum Pardubice, které bylo v průběhu roku 2009 zrušeno, a péče byla soustředěna do Hradce Králové. Další důležité upozornění u nemocnice Praha Motol nedošlo k chybnému zaznamenání statistiky z roku 2007 a 2008 v této diplomové práci, ale údaje jsou opět získány z výročních zpráv.

Dle Pracovního lékařství pro praxi (58) můžeme dělit psychickou zátěž na senzoryckou, mentální a emoční. Je zde též uvedeno, že psychická senzorycká zátěž se projevuje například rozostřením viděním, pálením očí a slzením. Proto jsme se zeptali sester, zda během pracovní doby mají problémy se zrakem. Negativní odpověď uvedlo 73 (57 %) sester (graf 35), a ani s uchováním pozornosti po celou pracovní dobu neměly sestry problémy. 82 (63 %) sester odpovědělo, že pozornost jsou schopné udržet (graf 36). Horší výsledek byl při zjišťování, zda sestry reagují někdy podrážděně při

ošetřování pacientů. Zde se 114 (88 %) dotázaných přiklonilo k možnostem často a někdy, pouze 15 sester odpovědělo, že nikdy (graf 37). Podrážděnost může souviset se skutečností, že sestry mají pocit nedostatku času na ošetrovatelskou péči u pacientů, což označilo celkem 79 (61 %) sester a tato skutečnost může vést i k ne vždy vhodnému chování sester. Tento názor se potvrdil i v rozhovorech, kde sestry též otevřeně hovořily o pocitu nedostatku času a z toho vyplývající předrážděnosti. Alarmující je, že z nemocnice České Budějovice a.s. takto odpovědělo 45 (91,84 %) sester z celkového počtu 49, naproti tomu sestry z Brna odpověděly, že mají dostatek času ve 21 (84 %) případech z 25 což znamená, že pouze 16 % sester z traumacentra v Brně nemá dostatek času na ošetrovatelskou péči a z Hradce Králové si 16 (55,18 %) sester z 29 myslí, že má dostatek času na ošetrovatelskou péči u pacientů (grafy 33 a 34). Ovšem i v otázkách, kdy nás zajímaly různé psychické a fyzické projevy během pracovní doby a po pracovní době, se objevuje podrážděnost velmi často a to během pracovní doby celkem 76x a přetrvávající podrážděnost i po pracovní době 55x.

V knize Křivohlavého Jak zvládat stres (24), jsou popsány jako příznaky stresu kromě jiného bolesti hlavy, zvýšená podrážděnost, apatie, nechutenství, nadměrný pocit únavy. O nadměrném pocitu únavy se dá usuzovat z grafu 41, kdy si sestry 55x (15,63 %) vybraly, že svůj volný čas tráví spánkem. Opět bychom se chtěli zmínit, že sestry v nemocnici České Budějovice a.s. uvedly spánek jako způsob trávení svého volného času 29x (21,8 %), v Brně 4x (6,45 %) a v Hradci Králové 13x (14,72 %). I v rozhovorech, které doplňovaly dotazník, se sestry zmiňovaly o předrážděnosti, a to nejen v práci. V rozhovoru 5 sestra konstatovala, že si problémy z práce nosí domu a všichni poznají, že se něco děje. Je předrážděná, trpí tím hlavně syn, i když si myslí, že si již zvykl. Za zmínku stojí i bolesti hlavy, kdy byla během pracovní doby zmíněna 104x (34,9 %) a přetrvávající i po pracovní době 102x (34,93 %) a nechutenství, které bylo uvedeno 34x (11,64 %).

Dle Křivohlavého (27) je velmi důležité, aby si sestry našly chvíli jenom pro sebe, pro odpočinek. Zeptali jsme se sester, zda mají čas pouze pro sebe a jak tráví volný čas. 99 sester uvedlo, že si čas pro sebe najde a kromě již zmíněného spánku, tráví nejvíce svého volného času prací v domácnosti, která byla označena 62x, procházkou 45x a

četbou nebo sledováním televize 39x. Při tvorbě dotazníku jsme se zamýšleli, jestli máme položit otázku, zda by si sestry někdy přály navštívit psychologa. Mysleli jsme, že nebudou chtít odpovědět, nebo budou vybírat odpověď spíše negativní, tedy možnost ne. Ale odpověď byla překvapivá, dokonce 58 sester ze 129 si rozhovor s psychologem přálo (graf 49) Graf 50 ukázal, že 29 (24,49 %) sester z Českých Budějovic a.s. by uvítalo rozhovor s psychologem, v Brně 8 (16 %) sester a v Hradci Králové též 8 (6,9 %) sester. I v rozhovorech, kdy byl přímý osobní kontakt se sestrami, by pět sester přivítalo, kdyby si mohly s psychologem pohovořit a jedna sestra již této možnosti využila, když se její osobní problémy promítaly do pracovního procesu, protože na pracovišti mají klinického psychologa, který pracuje s pacienty, ale podle potřeby i s personálem (rozhovor 7). Překvapující bylo, že sestra, která pracuje v traumacentru pouhý rok, by tuto možnost využila rovněž (rozhovor 4). Během psaní diplomové práce jsem pracovala na oddělení úrazové chirurgie, a jelikož mám i zkušenosti s prací na tomto oddělení před třemi léty, mohla jsem subjektivně posoudit psychickou zátěž sester. Sestry byly často předrážděné, někdy i plačtivé, ale hlavně si stěžovaly, že nestíhají péči o pacienty, ale ne tu základní a odbornou, tu s vypětím stihnou a dle mého mínění, i zvládnou. Chybí jim spíše větší kontakt s pacientem, probrat jeho případné problémy, odpovědět na otázky. Z toho všeho pramení vnitřní nespokojenost sester.

Ve druhém rozhovoru se sestra zamýšlela nad tím, proč odcházejí sestry, které byly na oddělení dlouho, měly tu práci rády a přeci jenom šly pryč. Myslí si, že to bylo tím, že již náročnou práci psychicky nezvládaly, ale podle ní, nikdo z vedení nezjišťuje důvody odchodu starších sester. Z rozhovoru 6 vyznělo, že dotázaná z těchto důvodů (psychická zátěž) odešla po více než 33 letech práce na jednom oddělení. Též uvedla, že se nikdo nad odchodem nepozastavil a ani se nezeptal na důvody odchodu. Po konzultaci s vedením nemocnice bylo sděleno, že s pracovníky bývá prováděn pohovor.

Při vyhodnocení hypotézy 4 je nutné ještě přihlídnout k výsledkům standardizovaného dotazníku S. O. C A. Antonovského, který je zaměřen na psychickou nezdolnost sester. V knize Psychologie smysluplnosti existence (26) se uvádí, že ti, kteří dosáhli vysokého výsledku v dotazníku S. O. C. jsou mimořádně odolní k tlakům z vnějšku, mají své plány, snadno se nevzdávají a nepodléhají stresům. Dle

A. Antonovského je střední hodnota – medián – 145, výsledky u našeho zkoumaného vzorku ukázaly, že střední hodnota – medián – je 128. Střední hodnota medián u 41 dotazovaných sester v České Budějovici a.s., je 127, u 48 dotazovaných sester z ostatních traumacenter je medián 128,5 (graf 54,55). Výsledky ukázaly, že se větší část sester vůbec nepřiblížila k střední hodnotě 145, která je dána A. Antonovským.

*Hypotéza 4: Sestry pracující v traumacentrech, zvládají psychickou zátěž, se nepotvrdila.*

Při rozhovorech se sestry shodly, že práce v traumacentrech je fyzicky a psychicky náročná, ale dávaly důraz spíše na psychickou náročnost než na fyzickou. Ovšem možná si neuvědomují, že jestliže bude vysoká fyzická zátěž, může se to projevit právě i na zátěži psychické. Nelze jednoznačně určit podíl té či oné zátěže, jelikož se navzájem ovlivňují. Projevem fyzické zátěže jsou též bolesti hlavy, svalů, nechutenství. Zde vidíme, že fyzická zátěž dle Pracovního lékařství pro praxi (58) úzce souvisí s psychickou a senzorickou zátěží. O bolestech hlavy a nechutenství již byla zmínka, bolest svalů byla jmenovaná 43x.

Většina sester trpí bolestí páteře a i při vyhodnocování otázky, která se týkala tohoto tématu, byly jasné odpovědi. Bolesti páteře přiznává celkem 89 sester a spojitost s vykonávanou prací na oddělení vidí 100 sester. Z tohoto výsledku vidíme, že spojitost s vykonávanou prací hodnotily i ty sestry, které bolest páteře neudávají, ale je možné, že si podvědomě uvědomují, že bolest páteře u nich někdy nastane. Bylo by možné namítnout, že sestry mohly mít problémy s páteří již v minulosti, ovšem při přísných vstupních zdravotních prohlídkách by takový pracovník neměl být přijat na takto náročné oddělení. Z vlastní zkušenosti vím, že právě na problémy s páteří se závodní lékař u nových pracovníků zaměřuje. V Pracovním lékařství pro praxi (58) se uvádí, že jeden z příznaků nadměrné fyzické zátěže je právě bolest páteře. Dále jsme zjišťovali, ve spojitosti s bolestí páteře, zda by si sestry přály péči fyzioterapeuta. Tuto péči by vyžadovalo dokonce 120 sester ze 129 (graf 51). Na zvládnutí fyzické zátěže má samozřejmě i vliv dostatek pomocného ošetrovatelského personálu, který pomáhá při polohování pacientů, přenášení atd. Již v předešlé hypotéze jsme se zmiňovali, že sestry označily za problém nedostačující počet sanitářů a sanitárek, i když rozdíl nebyl tak

velký, jak jsme původně předpokládali. Výsledek může být ovlivněn i tím, že odpovídali i pracovníci z emergence, kde většinou konstatovali, že sanitářů a sanitárek mají dostatek. Lůžková oddělení mají pocit opačný. V knize Pracovní lékařství pro praxi (58) se dále uvádí, že projevem nadměrné fyzické zátěže je i zvýšená úrazovost. Pracovní úraz udává celkem 16 sester (graf 45), což je 12 % všech dotázaných, nelze tedy říci, že by byla úrazovost v traumacentrech nadměrně vysoká. Jako úraz bylo nejvíce zaznamenáno píchnutí se použitou jehlou. Jistě by bylo vhodné prozkoumat, zda byl úraz na začátku pracovní doby nebo ke konci a zda k němu došlo vlivem nepozornosti nebo opravdu z únavy. Jestliže fyzická zátěž působí delší dobu, dosáhne určité intenzity, objeví se únava (14). Únava se projevuje slabostí, nauzeou, vertigem atd. (14), dle našich výsledků (graf 46 a 48) nejsou tyto příznaky v odpovědích respondentů nijak dominantní. Jestliže vezmeme v úvahu všechny výsledky, které hodnotí fyzickou zátěž a rozhovory se sestrami, které se přikláněly spíše k tomu, že fyzická zátěž se dá dobře zvládnout, lze konstatovat, že hypotéza 5: *Sestry pracující v traumacentrech, zvládají fyzickou zátěž, se potvrdila*. V žádném případě by se ale nemělo opomenout, že sestry mají problémy s bolestí zad a žádají si péči fyzioterapeuta.



## 6 Závěr

Práce byla zaměřena na problematiku ošetrovatelské péče v traumacentrech ČR. Aby byla ošetrovatelská péče o pacienty s úrazem co nejkvalitnější, musí být ošetřující zdravotnický personál dostatečně vzdělaný a chtít se dále vzdělávat, musí zvládat dovednosti z jiných klinických oborů a v neposlední řadě je nutné, aby byl personál psychicky a fyzicky zdatný. Proto cíle práce a hypotézy byly zaměřeny na všechny oblasti, které jsou zde nastíněny.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké možnosti mají sestry v traumacentrech v oblasti dalšího vzdělávání a tomuto cíli se vztahovala hypotéza 1 „Sestry pracující v traumacentrech se raději vzdělávají ve specializaci než v rámci vysokoškolského vzdělání“, která se potvrdila. Z dotazníků vyplynulo, že sestry preferují spíše specializační vzdělávání. Přednost specializačního vzdělávání před vysokoškolským zdůvodňují větší zaměřeností na práci v traumatologii. Při hloubkových rozhovorech bylo zjištěno, že nejsou dostatečně informované například o navazujícím magisterském studiu.

Druhým cílem bylo zjistit, v jakých oblastech ošetrovatelské péče mají sestry pracující v traumacentrech největší problémy. Zde jsme si vytvořili následující hypotézy. Hypotéza 2: Sestry pracující v traumacentrech spolupracují se sestrami ostatních klinických oborů při zajišťování ošetrovatelské péče. Tato hypotéza se potvrdila, neboť dotazované sestry uváděly, že spolupracují s ošetřujícím zdravotnickým personálem jiných klinických oborů, ať je to přímá pomoc nebo rada po telefonu. Ovšem hypotéza 3, „Sestry pracující v traumacentrech se vzdělávají nejen v traumatologii, ale i v dalších klinických oborech,“ potvrzena nebyla. Sestry označily sice obory, kde jim chybí nejen znalosti ale i dovednosti, ale navštěvují převážně konference a semináře, které se týkají problematiky anesteziologicko resuscitační a chirurgie.

U třetího a čtvrtého cíle jsme si dali za úkol zjistit, jak sestry, které pracují v traumacentrech, zvládají psychickou a fyzickou zátěž. Hypotéza 4: „Sestry pracující v traumacentrech zvládají psychickou zátěž“ ani hypotéza 5: „Sestry pracující v traumacentrech zvládají fyzickou zátěž“, byla potvrzena. Pro sestry je psychická i

fyzická zátěž velká i vyjádření, že by chtěly pohovor s psychologem, péči fyzioterapeuta tomu nasvědčuje. Použili jsme zde standardizovaný dotazník S. O. C: A. Antonovského, kde výsledky ukázaly, že sestry ve většině případů nedosáhly průměrných hodnot a tedy nejsou psychicky zdatné. Což by mohlo znamenat, že sestry snadněji podlehnou vnějším tlakům, jsou náchylnější ke stresům, snadněji se vzdávají ve složitých situacích.

Tato práce je nástinem problémů, které mají sestry pracující v traumacentrech při ošetrovatelské péči o pacienty s úrazy. Stálo by za zvážení, poslat sestry na stáž především na ta oddělení, kde uváděly, že pociťují nejistotu při ošetrování pacientů (např. oční oddělení, stomatochirurgické oddělení atd.) Rozhodnutí o návštěvě konferencí nebo seminářů jiných klinických oborů by mohla být v kompetenci staničních sester, protože ne vždy je pravda, že semináře se konají daleko od místa bydliště a jsou drahé. Jak bylo v diskuzi již zmíněno, např. nemocnice České Budějovice a.s. koná celoročně semináře různých klinických oborů pro sestry nejen své nemocnice. Zajistit pro zdravotnický personál fyzioterapeuta, by možná nemusel být velký problém. Ovšem alarmující jsou projevy, týkající se psychické zátěže sester. Zde by byly vhodné semináře, vícedenní setkání mimo pracoviště, které by se týkaly problematiky duševní hygieny sester. Možná, že někdy stačí návod, jak se o sebe starat.

Diplomová práce bude poskytnuta vedení nemocnice. Některé problémy již byly konzultovány během psaní této práce. Ovšem pouze konzultace nestačí. Je nutné se zaměstnanci pracovat již při nástupu na takto náročná oddělení. V příloze diplomové práce (příloha 5) je mimo jiné návrh přijímání sester do traumacenter v České republice. Ovšem nástupem sester na oddělení by neměl končit zájem top a středního managementu o pracovníka. Toto vše je znázorněno v myšlenkové mapě již zmíněné přílohy. Jsou zde vypracovány všechny problémy, které diplomová práce ukázala. V další příloze (příloha 6) je uvedena přednáška, která se týká duševní hygieny sester. Vrchní sestry nemocnice České Budějovice a.s. o ni již projevily zájem a bude prezentována na Traumatologicko – ortopedické konferenci v říjnu tohoto roku.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ADAMS, B. M, HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-893-8.
2. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*. 2009, roč, XI, č. 1, str. 252 – 256. ISSN1212-4117.
3. BITZANOVÁ, P. Zdravotník jako člen multidisciplinárního týmu. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2007, roč.III, č.9, str.348. ISSN 1801-1349.
4. BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. *Sestra a pacient (komunikace v praxi)*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2003. ISBN 80-7013-388-0.
5. *Co poskytuje úrazová nemocnice v Brně.pdf*. [online].[cit.2009-12-20] Dostupné z WWW:< <http://lokscl.cz/.../14>>.
6. DRÁBKOVÁ, J. *Polytrauma v intenzivní medicíně*. 1. vyd. Praha. Grada, 2002. ISBN 80-247-0419-6.
7. GÁL, P. *Miniinvazivní osteosyntéza zlomenin horní končetiny u dětí – sborník prací Lékařské fakulty Masarykovy university č.119* . 1.vyd. Brno: Masarykova universita, 2001. ISBN 80-210-2548-4
8. GLADKIJ, I., a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-968-8
9. GROHAR-MURRAY, M. E., DiCROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.
10. HANDL, Z. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči – vybrané kapitoly*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. ISBN 57-854-03.
11. HAVLÍČKOVÁ, L., a kol. *Fyziologie tělesné zátěže I. obecná část*. 2.vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-875-1.
12. HORA, J. Hranice zátěže jsou často překračovány. *Sestra*. 2003, roč. 13 č. 10, str. 16. ISSN 1210-0404.
13. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
14. JIRÁK, Z., a kol. *Fyziologie pro bakalářské studium na ZSF OU*. 2.vyd. Ostrava: OU ZSF, 2007. ISBN 978-80-7368.

15. JOBÁNKOVÁ, M., a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. ISBN 80-7013-390-2.
16. KALLWAS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
17. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
18. Kate Curtis, K. *Trauma Nurse Case Management, The principles of trauma case mangement*. [online]. [cit. 2009 -12-20]. Dostupné z WWW:<<http://www.trauma.org/index.php/main/article/532>>
19. KLÁSKOVÁ, L. *Zákon 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče*. [online]. [cit. 2009-12-20]. Dostupné z WWW:<[http://www.mnof.cz/usekosetrotelstvi/zakon\\_96.doc](http://www.mnof.cz/usekosetrotelstvi/zakon_96.doc)>.
20. KOLAJOVÁ, L. *Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1764-6.
21. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2548.
22. KOMAČEKOVÁ, D. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 2009, roč. 19, č.7-8, str. 26 – 28. ISSN 1210-0404.
23. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo*.1. vyd. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1.vyd. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd.Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence, otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
27. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.

28. KUPKA, M. *Nezdolnost v pojetí SOC (sense of coherence) a životní spokojenost u zaměstnanců hospiců a léčeben dlouhodobě nemocných*. [online]. [cit.2010-04-15]  
Dostupné z www:<[http://www.phil.muni.cz/wups/home/konferencespo/pdf/SPO\\_2008\\_abstrakty.pdf](http://www.phil.muni.cz/wups/home/konferencespo/pdf/SPO_2008_abstrakty.pdf)>.
29. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
30. MAREČEK, V. *Traumatologická centra. Zdravotnictví v České republice č.3/1998* [online]. [cit. 2009-12-08].  
Dostupné z www:<<http://zcr.cz/Archiv/1998/3/12.pdf>>.
31. MERHAUTOVÁ, I. Celoživotní vzdělávání není pouze o kreditních bodech. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 10, str. 10. ISSN 1210-0404.
32. MERHAUTOVÁ, I. Znají sestry rozsah činností, které mohou vykonávat? *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 11, str. 12. ISSN 1210-0404.
33. *Metodický pokyn* [online]. [cit. 2010-02-15].  
Dostupné z www: <<http://www.mzcr.cz>>.
34. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-200-0592-2.
35. *Oddělení úrazové chirurgie* [online]. [cit.2009-12-29]  
Dostupné z WWW: <<http://www.nemcb.cz/cz/department/49/>>.
36. ONDŘICHOVÁ, L. *Chceme větší kompetence, otázka je jaké. Medical Tribune 5/2008*. [online]. [cit. 2010-02-15].  
Dostupné z www: <<http://www.tribune.cz/clanek/11549>>.
37. PACHL, J., ROUBÍK, K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých a dětí*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0479-5
38. PLEVA, L. *Aktualizace koncepce oboru úrazové chirurgie*. [online]. [cit. 2009-12-08]. Dostupné z www: < <http://www.csuch.cz/dokumenty/ruzne/koncepce.pdf>>.
39. PLEVA, P. *Nové trendy v úrazové chirurgii Medical Tribune 35/2008*. [online]. [cit. 2009-12-08]. Dostupné z www:<<http://www.tribune.cz/clanek/13122>>.
40. *Pojem multidisciplinární* [online]. [cit. 2010-02-15] Dostupné z www: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/multidisciplinari>>.

41. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-440-2.
42. POKORNÝ, V., a kol. *Traumatologie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-277-8.
43. *Příloha 02 - Metodický pokyn k přípravě specializačního vzdělávacího programu*. [online].[cit. 2010-02-15].  
Dostupné z www:<[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacnivzdelavani\\_1765\\_935\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacnivzdelavani_1765_935_3.html)>.
44. *Příloha 04 - Tabulka - přehled změn v NV č.463\_2004 Sb. a 31\_2010 Sb.* [online]. [cit. 2010-04-15].  
Dostupné z www:<[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacnivzdelavani\\_1765\\_935\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacnivzdelavani_1765_935_3.html)>.
45. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0932-5.
46. SLÁMOVÁ, P., SOUČKOVÁ, M., KOCHANNYJOVÁ-GORALČUKOVÁ, I. péče o traumatologicky nemocné na standardním oddělení. *Sestra*. 2002, roč.XII, č.10, str.16 – 18. ISSN 1210-0404.
47. *Specializační vzdělávání* [online]. [cit.2009-04-08]. Dostupné z www:<[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacnivzdelavani\\_1765\\_935\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacnivzdelavani_1765_935_3.html)>.
48. *Specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických oborů dle zákona č. 96/2004 Sb.* [online]. [cit. 2010-06-22]. Dostupné z www: <<http://www.nconzo>>.
49. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
50. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J., et al. *Intenzivní medicína*. 2.vyd. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-203-X.

51. ŠIMEK, J. Odpovědnost v ošetrovatelském vzdělávání. In: *Sborník konferenčních příspěvků a workshopů z konference NEDECZ – Matra Nursing Education Development in Czech Republic. Dne 8. – 9. března 2007 v Českých Budějovicích.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2007. ISBN 978-80-7040-974-9.
52. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management.* 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
53. ŠKUBA, J. Nové pojetí vzdělávání mění historickou podobu profese. *Florence.* 2006, roč.II, č. 2, str. 60 – 61. ISSN 1801-464X.
54. *Tisková zpráva Českobudějovičtí traumatologové loni ošetřili téměř tisíc lidí.* [online]. [cit.2010-01-08].  
Dostupné z www: <<http://www.nemcb.cz/cz/page/84/>>.
55. TÓTHOVÁ, V., a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace.* 1.vyd. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1
56. *Traumatologický plán Nemocnice České Budějovice, a.s.* NCB\_SME\_008
57. *Traumatologický plán Ústeckého kraje.* [online]. [cit. 2009-12-20]. Dostupné z www: <[http://www.kr-ustecky.cz/vismo/zobraz\\_dok.asp?id](http://www.kr-ustecky.cz/vismo/zobraz_dok.asp?id)>.
58. TUČEK, M., CIKRT, M., PELCLOVÁ, D. *Pracovní lékařství pro praxi – příručka s doporučenými standardy.* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0927-9.
59. TYPOVSKÝ, K., a kol. *Traumatologie pohybového ústrojí.* 2.vyd.Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-048-81.
60. *Věstník – 6/2002. html* [online].[cit. 2010-01-15].  
Dostupné z www:<<http://legislativa.mzcr.cz/Pages/77->>
61. *Věstník 2-2006. [1.] PDF- Adobe Reader* [online].[cit. 2010-01-15].  
Dostupné z www:<<http://www.mzd.cz/Odbornik/Pages/340-vestnik-22006.html>>
62. *Vyhláška 424/2004 Sb. ze dne 30. 6. 2004, kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.* [online]. [cit. 2010-01-18]. Dostupné z www: <<http://www.helcom.cz/download/integrace/037zdrav.pdf> ->.

63. *Vyhláška Ministerstva vnitra ze dne 5. září 2001 o některých podrobnostech zabezpečení integrovaného záchranného systému* [online]. [cit. 2010-01-08] Dostupné z [www: <http://www.policie.cz/soubor/vy328-2001-pdf.aspx>](http://www.policie.cz/soubor/vy328-2001-pdf.aspx).
64. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
65. Výroční zpráva TC – 2006
66. Výroční zpráva Traumacenter za rok 2003
67. Výroční zpráva Traumacenter za rok 2007
68. Výroční zpráva Traumacenter za rok 2008
69. Výroční zprávy Traumacenter ČR za rok 2000
70. *Vzdělávání sester v USA*. [online]. [cit.2009-12-20]. Dostupné z [www: <http://www.eurostaff.cz/cz/...v...usa/vzdelavani-sester-v-usa.html>](http://www.eurostaff.cz/cz/...v...usa/vzdelavani-sester-v-usa.html).
71. *Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a prováděcí právní předpisy* Mgr. Eva Prošková, konzultant MZ pro oblast nelékařských zdravotnických povolání [online]. [cit.2010-02-15]. Dostupné z [www: <http://www.cszt.cz/96/Zakon%2096\\_2004.htm>](http://www.cszt.cz/96/Zakon%2096_2004.htm).
72. *Zákon č.111/1998 Sb. o vysokých školách – text se zapracovanými novelami*. [online]. [cit.2010-02-15]. Dostupné z [www: <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/vysoke\\_skoly/Zakon\\_uplne\\_zneni\\_552\\_revize\\_I.doc>](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/vysoke_skoly/Zakon_uplne_zneni_552_revize_I.doc).
73. ZEMAN, M., a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-705-2.



## **8 Klíčová slova**

traumacentrum

ošetřovatelská péče

vzdělávání

mezioborová spolupráce

psychická zátěž

fyzická zátěž

## **9 Přílohy**

1. Anonymní dotazník pro sestry
2. S.O.C. dotazník A.Antonovského pro sestry
3. Otázky k rozhovoru se sestrami v traumacentrech
4. Souhlas s výzkumem – nemocnice FN Brno
5. Návrh péče o pracovníky v traumacentrech – myšlenková mapa
6. Přednáška na téma Duševní hygiena sestry
7. Semináře rok 2010 nemocnice České Budějovice a.s.

## **Příloha 1 Anonymní dotazník pro sestry**

Vážené kolegyně, vážení kolegové,  
jsem studentkou 2. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, magisterský obor Ošetrovatelství. Jelikož jsem pracovala 33 let na úrazovém oddělení, tak se má diplomová práce věnuje problematice traumacenter. Proto si Vás dovoluji touto cestou požádat o vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky budou podkladem pro zpracování diplomové práce na téma „Problematika ošetrovatelské péče v traumacentrech České Republiky. Data získaná v dotazníku budou použita pouze pro vypracování diplomové práce. Při vyplňování označte nejvhodnější odpověď, popřípadě i více možností, nebo doplňte vlastními slovy.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Bc. Alena Polanová

### **1. Vaše pohlaví:**

- žena
- muž

### **2. Váš věk:**

- 19 – 23 let
- 24 – 28 let
- 29 – 33 let
- 34 – 38 let
- 39 – 43 let
- 44 a více let

### **3. Jak dlouho pracujete na Vašem oddělení?**

- 0 – 2 roky
- 3 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – více let

### **4. Pracujete na:**

- JIP
- emergency
- standardním oddělení

### **5. Vaše nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání je**

- SZŠ
- VZŠ

- VŠ Bc.
- VŠ Mgr.
- jiné .....

**6. Máte specializaci?**

- ano
- ne

**V případě, že nemáte specializaci, pokračujte, prosím, otázkou č. 8**

**7. Jestliže jste získal/a specializaci, napište, prosím, v jakém oboru**

.....

**8. Specializaci jste získal/a na současném oddělení?**

- ano
- ne

**9. V současné době studujete:**

- specializaci v oboru ARIP
- jinou specializaci, jakou.....
- VŠ Bc.
- VŠ Mgr.
- jiný typ studia, uveďte, prosím, jaký.....
- nestuduji

**10. Pokud studujete na VŠ, poskytuje Vám zaměstnavatel nějaké studijní úlevy?**

- ano
- pokud ano, jaké.....
- ne

**11. Pokud studujete specializaci, poskytuje Vám zaměstnavatel nějaké studijní úlevy?**

- ano
- pokud ano, jaké .....
- ne

**12. Myslíte si, že pro práci na Vašem oddělení je vhodnější vzdělání:**

- specializace

proč.....

VŠ

proč.....

jiné

proč.....

**13. Je důležité pro Vaši práci spolupráce se sestrami z jiných klinických oborů?**

ano

spíše ano

nevím

spíše ne

ne

**14. S kterým oddělením nejvíce spolupracujete – označte, prosím, dle důležitosti od 1 do 10 (1= nejvíce, 10 ´nejméně)**

interní oddělení

chirurgické oddělení

rehabilitační oddělení

psychiatrické oddělení

neurochirurgické oddělení

ORL

stomatochirurgické oddělení

anesteziologicko – resuscitační oddělení

oční oddělení

ONP

**15. Spolupráce se zdravotnickými pracovníky z jiných klinických oborů je:**

dobrá

spíše dobrá

nevím

spíše špatná

špatná

**16. Potřebujete někdy pomoc nebo radu od pracovníků jiných klinických oborů?**

velmi často

často

málokdy

nikdy

**17. Pomáhají Vám na oddělení při ošetrovatelské péči i sestry z jiných klinických oborů?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

**18. Označte, prosím, nejvíce tři klinické obory, ze kterých se domníváte, že Vám chybí znalosti:**

- interní oddělení
- chirurgické oddělení
- rehabilitační oddělení
- psychiatrické oddělení
- neurochirurgické oddělení
- ORL
- stomatochirurgické oddělení
- anesteziologicko – resuscitační oddělení
- oční oddělení

**19. Označte, prosím, nejvíce tři klinické obory, ze kterých se domníváte, že Vám chybí dovednosti:**

- interní oddělení
- chirurgické oddělení
- rehabilitační oddělení
- psychiatrické oddělení
- neurochirurgické oddělení
- ORL
- stomatochirurgické oddělení
- anesteziologicko – resuscitační oddělení
- oční oddělení
- ONP

**20. Pokud máte pocit, že Vám chybí některé odborné znalosti potřebné k Vaší práci, kde je nejčastěji získáváte? (označte, prosím, nejvíce tři možnosti)**

- při studiu
- na konferencích
- na seminářích
- z odborné literatury

- spoluprací s jiným klinickým pracovištěm
- jiné (prosím vypište) .....

**21. Vzdělávacích akcí se účastníte**

- 1 x za měsíc
- 1 x za dva měsíce
- 1 x za půl roku
- 1 x za rok
- jiné (prosím, vypište).....

**22. Navštívil/a jste v poslední době akce, která se týkala problematiky z oboru (možné zaškrtnout více možností)?**

- vnitřního lékařství
- chirurgie
- fyzioterapie
- psychiatrie
- neurochirurgie
- ORL
- stomatochirurgie
- ARO
- očního
- gerontologie

**23. Je na Vašem oddělení dostatek**

- a) Sester specialistek?
  - ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - ne
- b) Sester VŠ?
  - ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - ne
- c) Sester – zdravotních asistentek?
  - ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - ne

- d) Sester SZŠ?
- ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - ne
- e) Sanitářek – sanitářů?
- ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - ne

**24. Domníváte se, že se můžete dostatečně věnovat ošetrovatelské péči u svých pacientů?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

**25. Stává se Vám během pracovní směny, že míváte problémy se zrakem?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

**26. Udržíte stejnou pozornost při ošetrování pacientů po celou směnu?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

**27. Stává se Vám někdy během směny, že reagujete podrážděně při ošetrování pacienta?**

- velmi často
- často
- někdy
- nikdy

**28. Máte nějaké koníčky?**



- ano
- ne

**29. Najdete si po práci alespoň chvíli jenom pro sebe**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

**30. Jak trávíte svůj volný čas – zaškrtněte, prosím, nejvíce 3 možnosti**

- spaní
- práce v domácnosti
- návštěva kina
- četba
- sledování televize
- procházka
- aktivní sportování
- hra s dětmi
- návštěva divadla
- hobby
- jiné (prosím, napište)

**31. Trpíte bolestí páteře?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

**32. Máte pocit, že tyto problémy souvisí s Vaší prací (péče o imobilní pacienty, o pacienty s omezením pohyblivosti)?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

**33. Měl/a jste na Vašem oddělení pracovní úraz?**

- ano
- pokud ano, o jaký úraz se jednalo
- ne

**34. Stává se Vám někdy, že během pracovní doby se u vás objeví některé z těchto příznaků? (zaškrtněte, prosím, nejvíce 3 možnosti)**

- bolest hlavy
- porucha prostorového vidění
- bolest ve svalech
- pocit slabosti
- vertigo
- nauzea
- předrážděnost
- apatie

**35. Stává se Vám někdy, že po pracovní době se u vás objeví některé z těchto příznaků? (zaškrtněte, prosím, nejvíce 3 možnosti)**

- bolest hlavy
- porucha prostorového vidění
- bolest ve svalech
- pocit slabosti
- vertigo
- nauzea
- stridor
- předrážděnost
- apatie
- nechut' k jídlu
- zvýšená náchylnost k nemoci

**36. Přivítala byste někdy rozhovor s psychologem?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

**37. Přivítala byste někdy péči fyzioterapeuta?**

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

**38. Co byste chtěl/a ještě dodat k práci na Vašem oddělení?**

.....

## Příloha 2. S.O.C. dotazník A.Antonovského

### Dotazník S.O.C.

A. Antonovsky

---

V tomto dotazníku je celkem 29 různých otázek či tvrzení a současně vždy pod písmeny a) a b) jsou uvedeny odpovědi, formulované tak, že, představují buď **bezvýhradný souhlas, nebo** naopak **nesouhlas** s těmito otázkami a tvrzeními.

Každou otázku či tvrzení si vždy pozorně přečtěte a míru vašeho postoje vyznačte na číselné škále pracovního listu. Zakroužkováním čísla 1 vyjádříte plný souhlas s odpovědí uvedenou pod písmenem a), zakroužkováním čísla 7 vyjádříte plný souhlas s odpovědí uvedenou pod písmenem b).

Pokud s formou nabízené odpovědi souhlasíte jen zčásti, nebo s výhradami, zakroužkujete jinou číselnou hodnotu směrem ke středu. Zakroužkováním čísla 4 odpovídáte tak, že váš názor je někde uprostřed mezi nabízenými odpověďmi.

Při vyplňování dotazníku se u jednotlivých položek příliš nezastavujte. Důležitá je vaše bezprostřední odpověď.

---

1. Když mluvíte s lidmi, máte pocit, že Vám nerozumějí?
  - a) nemám ho nikdy
  - b) mám ho vždy
2. Když jste v minulosti měl /a/ dělat něco, kde spolupráce s druhými lidmi byla nezbytná, měl /a/ jste pocit:
  - a) že to jistě nebude uděláno
  - b) že to jistě bude uděláno
3. Jak dobře a dokonale znáte lidi, s nimiž denně přicházíte do styku (mimo členy své vlastní rodiny)?
  - a) mám pocit, že jsou mi cizí
  - b) znám je velmi dobře
4. Máte pocit, že se v podstatě moc nezajímáte o to, co se děje kolem Vás?
  - a) velmi zřídka mám tento pocit
  - b) mám jej velmi často

5. Stalo se v minulosti, že jste byl /a/ překvapen /a/ chováním lidí, o nichž jste se domnívali,  
že je dobře znáte?  
a) nestalo se to nikdy  
b) tak tomu bylo velmi často
6. Stalo se vám, že Vás zklamali lidé, jimž jste důvěřoval /a/ a s nimiž jste počítal /a/ ?  
a) nikdy se to nestalo  
b) tak tomu bylo vždy
7. Život je:  
a) velmi zajímavý  
b) jen běžná a rutinní záležitost
8. Váš život doposud:  
a) neměl jasný smysl a cíl  
b) měl velice zřetelný a jasný smysl a cíl
9. Máte pocit, že se s Vámi zachází „nefér“ (nespravedlivě)?  
a) velmi často  
b) velmi zřídka kdy nebo nikdy
10. V minulých deseti letech:  
a) byl Váš život plný změn, kdy jste nikdy nevěděl /a/, co se bude dít dál  
b) Váš život plynul pořád stejně dál ve stálé shodě a pohodě
11. Většina věcí, které v budoucnosti budete dělat, bude:  
a) vzrušujících  
b) velice nudných
12. Míváte pocit, že jste v neobvyklé situaci a nevíte dost dobře, co dělat?  
a) mám ten pocit velmi často  
b) tento pocit mám velmi zřídka nebo nikdy
13. Co lépe vystihne, jak Vy sám /sama/ vidíte svůj vlastní život?  
a) člověk může vždy najít řešení těžkých životních situací  
b) neexistuje žádné řešení těžkých životních situací
14. Když myslíte na svůj život, pak velmi často:  
a) cítíte, jak je dobré, že můžete žít  
b) ptáte se sám /sama/ sebe, proč vlastně žijete (existujete)
15. Když stojíte před obtížným problémem, pak jeho řešení se Vám zdá:  
a) vždy nejasné a těžko se Vám hledá

- b) vždy zcela jasné
16. Když máte dělat to, co děláte, každý den, pak je to pro Vás:
- a) zdrojem hluboké radosti a uspokojení
  - b) zdrojem utrpení a nudy
17. Váš budoucí život bude pravděpodobně:
- a) plný změn, kdy sám /sama/ ani nebudete dost dobře vědět, co se bude dít
  - b) plynout souvisle a vše bude jasné
18. Když se Vám v minulosti stalo něco nemilého, pak Vaše reakce byla:
- a) „užírat se“ a „trápit se nad tím“
  - b) říci si „ano, stalo se to, nedá se nic dělat, musím s tím prostě žít a jít se dál“
19. Míváte nejasné představy a smíšené pocity?
- a) mám je velmi často
  - b) mám je velmi zřídka kdy nebo nikdy
20. Když něco děláte, co Vám dává dobrý pocit, jste si jist /a/:
- a) že se tak dobře budete cítit i nadále
  - b) že se něco stane, co Vám tento dobrý pocit pokazí
21. Stává se Vám, že máte pocity, které byste raději neměl /a/ ?
- a) velmi často
  - b) velmi zřídka kdy nebo nikdy
22. Očekáváte, že Váš budoucí život bude:
- a) neúčelný a zcela bezesmyslný
  - b) bude mít dobrý smysl, cíl a účel
23. Domníváte se, že vždy budou lidé, na něž se budete moci v budoucnu spolehnout?
- a) jsem si jist /a/, že zde budou takoví lidé
  - b) pochybuji, že zde budou takoví lidé
24. Stane se Vám, že máte pocit, že nevíte dost dobře, co se bude dále dít?
- a) velmi často se mi to stane
  - b) stane se mi to velmi zřídka kdy nebo vůbec
25. Mnozí lidé, i ti, kteří mají pevný charakter, se někdy cítí poražení a smutní. Jak často jste se v minulosti takto cítil /a/ Vy?
- a) nikdy
  - b) velmi často

26. Když se někdy něco stalo, zjistil /a/ jste obvykle:
- a) že jste buď podcenil /a/ nebo přecenil /a/ důležitost toho, co se dělo
  - b) že jste viděl /a/ věci ve správném světle
27. Když pomyslíte na obtíže, s nimiž se setkáváte v důležitých úsecích svého dalšího života,
- máte pocit, že:
- a) vždy nad obtížemi zvítězíte a krize zvládnete
  - b) obtíže nezdoláte a nezvítězíte nad nimi
28. Jak často máte pocit, že to, co děláte ve svém běžném životě, nemá žádný smysl?
- a) tento pocit mám velmi často
  - b) tento pocit mám zřídka kdy nebo nikdy
29. Jak často máte pocit, že si nejste zcela jist /a/, zda se dokonale ovládáte?
- a) tento pocit mám často
  - b) tento pocit mám zřídka kdy nebo nikdy

### **Příloha 3 Otázky k rozhovoru se sestrami v traumacentrech**

Okruhy otázek k rozhovorům:

1. Jak dlouho pracujete na vašem oddělení?
2. Kde jste pracovala před tím nebo je to vaše první oddělení?
3. Vaše nejvyšší kvalifikační vzdělání?
4. Jaké si myslíte, dle vašeho názoru, že je nejlepší vzdělání pro práci v traumacentru?
5. Vy sama v současné době studujete?
6. Navštěvujete konference nebo semináře?
7. Máte pocit, že v nějakém oboru máte málo vědomostí či dovedností?
8. Stalo se vám někdy, že jste potřebovala pomoc nebo radu od zdravotnického personálu z jiných klinických oborů?
9. Jestli ano, byli ochotni?
10. Kdo vám nejvíc pomohl ve vašich začátcích?
11. Je pro vás práce psychicky náročná?
12. Jak relaxujete po práci?
13. Myslíte si, že byste někdy potřebovala rozhovor s psychologem?
14. Je pro vás práce fyzicky náročná?
15. Chtěla byste péči fyzioterapeuta?

Příloha 4 Žádost o poskytnutí informací



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Jihlavská 20, 625 00 Brno  
tel: 532 231 111

IČO: 652 697 05, DIČ: CZ65269705, Bankovní spojení: 71234621/0100  
Nositel certifikátu ISO 9001:2000  
www.fnbrno.cz

Žádost o poskytnutí informací o FN Brno

Vyplňuje žadatel: Polanová Alena

Příjmení a jméno žadatele: .....

Datum narození: 4.7.1956 Telefon: 602408856 Email: polanova@zsf.jcu.cz

Adresa (pro zaslání vyjádření): Dlouhá 33, České Budějovice 370 11 nebo elektronicky

Škola/Fakulta: ZSF JČU České Budějovice Obor studia: magisterské navazující Ošetřovatelství

\* vyplňte pouze v případě, že informace potřebujete v rámci studia

Zaměstnavatel: .....

\* vyplňte pouze v případě, že informace potřebujete v rámci zaměstnání

Požadavek (přesná specifikace požadovaných informací): .....

dotazník je zaměřen na sběr informací, které se týkají psychické zátěže – standardizovaný dotazník S.O.C. A. Antonovského a dále mezioborové spolupráce, dalším vzděláváním sester, fyzické zátěže sester

.....

standardizovaný dotazník a vlastní dotazník

Způsob provedení sběru informací: .....

Termín sběru informací: od 17.3.2010 do 24.3.2010

Pracoviště, kde bude sběr informací probíhat: Klinika úrazové chirurgie LF MU a FN Brno

Důvod požadovaných informací: ...doplnění výzkumné části diplomové práce na téma Problematika ošetřovatelské péče v traumacentrech České Republiky.

.....

Presentace informací: součást diplomové práce Problematika ošetřovatelské péče v traumacentrech ČR

Požadujete možnost uveřejnění zdroje informací:  ANO  NE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem informací.

Po zpracování pro případnou prezentaci, předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který poskytnutí informací povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jejím souhlasem.

.....

2.3.2010 Bc. Polanová Alena

Datum: ..... Podpis: .....

.....

Vyplňuje Fakultní nemocnice Brno

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:  ANO  NE

.....

Úhrada:  ANO  NE

Souhlas s uvedením FN Brno:  ANO  NE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

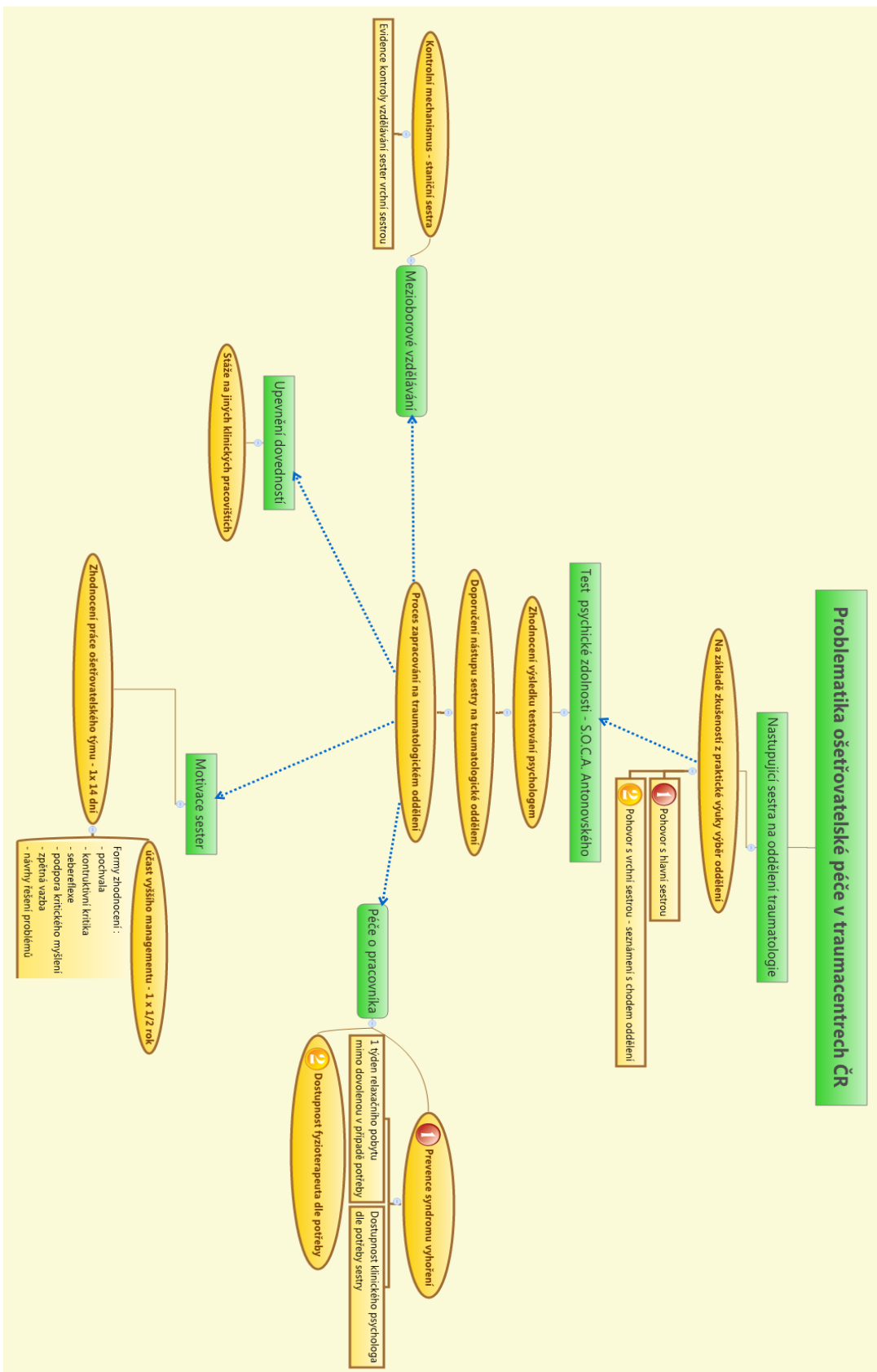
.....

.....

.....



## Příloha 5 Myšlenková mapa- práce se sestrami



Zdroj vlastní

## **Příloha 6 Přednáška na téma Duševní hygiena sestry**

**Motto:** „Já myslím, že civilizace není dobrá, když je bez kultury. Člověk potřebuje ke štěstí a spokojenosti nejenom pohodlí tělesné, ale i duševní. Kultura a civilizace musí jít ruku v ruce.“ Jan Werich

### **Duševní hygiena sestry – zvládnání stresu.**

Obsah:

1. Pojem stres
2. Intenzita stresové reakce
3. Kvalita stresové reakce
4. Důsledky nadměrného stresu
5. Duševní hygiena
6. Praktická část

Máte pocit, že i když mají pacienti běžná přání, tak vás obtěžují? Zdá se vám, že se vám nic nedaří? Chtěl/a byste nejradši všeho nechat a utéct k úplně jiné práci? Potřebujete pochvalu, ocepenění a ujištění, že to co děláte, děláte dobře? Jestliže jste na tyto otázky odpověděli kladně, tak tento seminář je určen právě vám.

**Stres** – jak si lze přiblížit pojem stres. Slovo stres k nám přišlo z Anglie „stress“, ale původ má v latinském slovníku „stringo, stringere...“, což v překladu znamená utahovati, stahovati. V technickém slova smyslu lze tento pojem chápat jako „pres“, to znamená působení nějakého tlaku. Proto, jestliže používáme větu: „Jsem ve stresu,“ znamená to: „Jsem v tísní“(3).

Aby bylo možné rozlišit, v jaké situaci se právě člověk nachází, si vysvětlíme několik výrazů.

#### ***Intenzita stresové reakce***

- ✓ *zátěž* – je nižší než hraniční úroveň stresu

- ✓ *hypostres* – stres, který nedosahuje obvyklé tolerance stresu. Jedná se o ministresory – plíživé negativní vlivy, nuda, frustrace atd.
- ✓ *hyperstres* – je to situace, kdy stres překračuje hranice adaptability (3).

### ***Kvalita stresové reakce***

- ✓ *eustres* – kladně působící při překonávání překážek
- ✓ *distres* – negativně působící, snižuje se adaptační schopnost (3).

### ***Důsledky nadměrného stresu***

- ✓ *tělesné problémy* – potíže s trávením, nechutenství, ale může se vyskytnout i přejídání, bolesti hlavy, bušení srdce, hypertenze, vyšší riziko úrazů,
- ✓ *duševní problémy* – úzkost, neklid, špatný spánek, předrážděnost, náladovost, únava, apatie.....
- ✓ *pracovní výkon* – postupná ztráta výkonnosti, pokles energie, zanedbávání povinností, syndrom vyhoření
- ✓ *rodinné problémy* – špatná a nedostatečná komunikace, vzájemné odcizení se v rodině, zanedbávání dětí....(1).

### ***Duševní hygiena***

Když po někom požadujeme, aby dělal věci dobře, měli bychom se zajímat o to, jestli se ten dotyčný sám cítí dobře. Takže, jestliže tuto úvodní větu převedeme do povolání sestry – sestra, která pečuje o pacienty, povzbuzuje je, je jim oporou, musí být sama v dobrém stavu. Sestra musí pečovat nejen o pacienty, ale jejím úkolem je pečovat i sama o sebe, tzn. o svůj tělesný i duševní život. Naším velkým problémem je to, že neumíme vypnout, neumíme odpočívat. Již naši předkové uznávali neděli, to znamená, že jeden den v týdnu oddělili od těch pracovních dnů. My jsme si zvykli říkat, nejde to, nestíhám to, ale velmi často je to spíše nechut' pokusit se o to (2).

Abychom se naučili hospodařit s časem, povíme si takové desatero hospodaření a každý bod si společně rozebereme:

1. čas je vzácný dar
2. musíme vědomě řídit výdej času
3. je důležité rozlišit důležité od nedůležitého
4. důležitému budeme věnovat více času
5. nejdůležitějším věcem budeme věnovat nejvíce času
6. méně důležitým věcem budeme věnovat minimum času
7. musíme se naučit říkat „ne“
8. je nutné při skupinových činnostech předem naplánovat délku trvání činnosti
9. musíme se umět dívat na každou činnost z hlediska její hodnoty
10. je důležité pravidelně bilancovat své hospodaření s časem (2).

Velmi důležitou součástí duševní hygieny je vyjadřovat své pocity, mluvit o nich, nepotlačovat je. Je možné zajít za kolegyní, popovídat si s ní, probrat, co mně trápí. Během pracovního dne je vhodné si udělat přestávky a třeba si i trochu zacvičit, projít se, relaxovat. Nutností je důsledně oddělit pracovní a osobní život (1).

#### ***Nyní následuje relaxační cvičení k odstranění psychického napětí***

- ✓ lze použít při silných emocích nebo v akutním stresu
  - ✓ při cvičení se střídá napětí a uvolňování svalů
  - ✓ cvičení je založeno i na regulaci dýchání
1. *pohodlně se posaďte, ze všech sil, pevně zavřete oči a vydržte. A nyní pomalu uvolněte oči - sevření, ale oči nechte stále zavřené, uvolněte svaly v obličeji a plynule dýchejte – soustřeďte se na uvolňování obličejových svalů a na dýchání.*
  2. ***opět se pohodlně posaďte, lehce stiskněte zuby, čelisti a sevřete rty a v této pozici vydržte. Nyní uvolněte rty, zuby a čelisti – uvědomujte si rozdíl, jaký jste pocítili při sevření a uvolnění čelisti.***
  3. *na závěr si zkusíme nacvičit výraz usmívajícího se Budhy. Tato dovednost lze uplatnit v situacích, kdy jste ve stresu nebo v emočním napětí. Takže zkuste v obličeji výraz blahosklonnosti, dejte koutky úst mírně nahoru, víčka přivřete. Toto cvičení je dobré k tomu, že když kontrolujete svůj výraz, tak ovládáte i své psychické napětí (4)*

Zdroje:

1. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2.vyd. Praha: SZÚ, 2003. ISBN 80-7071-231-7
2. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1.vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN80-7169-121-6
3. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
4. *Relaxační cvičení aneb jak na emoční napětí, stres, únavu a poruchy spánku?* [online]. [cit. 2010-02-15]. Dostupné z www: <<http://www.pppnj.adslink.cz/data/odborneclanky/relaxace.html>>

### Příloha 7 Semináře Nemocnice České Budějovice a.s.

Název	Určení	Místo konání	Počet účastníků	Termín	Informace	Počet kreditů
Gastroenterologické odd.	pro sestry a porodní asistentky	Nem CB			L.Klímová	4
Kardiocentrum	pro sestry a porodní asistentky	Nem CB			A.Kultová	4
Interní odd.	pro sestry a porodní asistentky	Nem CB			A. Vítová	4
Infekční odd.	pro sestry a porodní asistentky	Nem CB			P. Havlišová	4
Plicní odd. *	pro sestry a porodní asistentky	Nem CB			V.Přitasilová	4
Plicní léčebna					A.Bláhová	4
Neurologické odd.	pro sestry a porodní asistentky	Nem CB			P.Havlišová	4
Psychiatrické odd.	pro sestry a porodní asistentky	Nem CB			H.Dohnalová	4
Dětské odd.	pro sestry a porodní asistentky	Nem CB			Z. Šimková	4
Neonatologické odd.	pro sestry a porodní asistentky	Nem CB			J.Troupová	4
Ženské odd.	pro sestry a porodní asistentky	Nem CB			Bc. Vodičková	4
Neurochirurg. odd.	pro sestry a porodní asistentky	Nem CB			O. Pouzarová	4

Zdroj: [online]. [cit. 2010-06-15]. Dostupné z www: <[http:// www.nemcb.cz](http://www.nemcb.cz) >

