

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Martina Vrátná

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Prevence pochybení na operačním sále

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák

Autor: Martina Vrátná

2012

ABSTRACT

The topic of this study is Error Prevention in the Operating Room. The risk of errors is one of the most serious and most common risks in the clinical area. This risk is an especially serious issue mainly because it undermines the confidence of patients and the public toward medical personnel and a medical facility. It is also the opposite to the primary objective not to harm. Preventing errors is better than using the best method to respond to those faults. To preventing errors a risk management program is used, the purpose of which is to reduce the incidence of adverse situations. Such a program of risk management by J.Reason is barriers that protect patients form harm. As these protective barriers serve the following: risk management, safety culture, standards, organizational culture, knowledge-based nurse, ISO (error prevention strategies) and accreditation.

In the bachelor thesis I focus on preventing errors of nurses working in operation rooms. Their duties are defined in the legislation, but also in ethical standards. The quality of nursing care can be ensured only on condition of creating a certain system for care provision improvement. Such a system must include: setting clear goals, definition of the required quality, nursing standards development, development of a system of standards compliance checking, organizational and personal factors provision, determination of methods for the obtained effect assessment.

The objective of this thesis was to identify how nurses in perioperative and intensive care are oriented in procedures preventing errors in the operating room. Another objective was to determine how patients feel in the operating room and how they perceive the preoperative preparation.

I chose this topic for my thesis because it is very interesting and, in my opinion, also up to date. The proof of this is establishing the hospital accreditation system and the WHO's involvement in this issue, which has contributed to the prevention of errors in the operating room by their document named Surgical Safety Checklist.

The results should point to possible gaps in the prevention of errors of nurses in operating rooms. They should show the feelings of patients during the preoperative preparation and in the operating room and to which extent their feelings can be affected by professional attitudes of medical staff.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenu 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, 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 oponentu 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 plagiátu.

V Českých Budějovicích dne

.....
Martina Vrátná

Poděkování:

Mé poděkování patří vedoucímu práce Mgr. Františkovi Dolákovi za jeho trpělivost, postřehy a rady. Také bych chtěla poděkovat sestřám za vstřícnost a čas věnovaný vyplňování dotazníků.

OBSAH

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Odpovědnost	5
1.1.1 Oblasti odpovědnosti	5
1.1.2 Obecné pojmy odpovědnosti	6
1.1.3 Povinnosti sester	7
1.2 Prevence pochybení	7
1.2.1 Zajišťování kvality ošetrovatelské péče.....	9
1.2.2 Prevence pooperačních komplikací	10
1.2.3 Prevence ranných komplikací	11
1.3 Operační sály	12
1.3.1 Hygienické požadavky na provoz operačního sálu.....	13
1.4 Práce sálových sester	14
1.4.1 Kompetence sester pro perioperační péči	15
1.4.2 Kompetence sester pro intenzivní péči	16
1.4.3 Přístroje a instrumentarium na operačním sále.....	17
1.4.4 Základy anestezie a resuscitace	19
1.4.5 Perioperační ošetrovatelská dokumentace	21
1.5 Pacient v před a pooperačním období.....	22
1.5.1 Poučení pacienta	23
1.5.2 Informovaný souhlas pacienta	24
1.5.3 Potřeby pacienta.....	24
1.5.4 Strach	25
2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	27
2.1 Cíle práce	27
2.2 Hypotézy.....	27
2.3 Výzkumné otázky	27
3. METODIKA	28
3.1 Metodika první cílové skupiny	28

3.2 Metodika druhé cílové skupiny.....	28
3.3 Výzkumné soubory	28
4. VÝSLEDKY	29
4.1 Dotazníky pro sestry pro perioperační péči	29
4.2 Dotazníky pro sestry pro intenzivní péči	40
4.3 Rozhovory s pacienty chirurgických oborů	52
5. DISKUZE	64
6. ZÁVĚR	70
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	72
8. KLÍČOVÁ SLOVA	75
9. PŘÍLOHY	76

ÚVOD

Tato bakalářská práce má téma Prevence pochybení na operačním sále. Riziko pochybení je jedním z nejzávažnějších a nejčastějších rizik v klinické oblasti. Toto riziko představuje vážný problém hlavně proto, že nabourává důvěru pacientů a veřejnosti ke zdravotnickému personálu a zdravotnickému zařízení. Dále je také protikladem k hlavnímu cíli především neublížit. Prevence pochybení je lepší metodou než sebelepší reakce na tyto omyly. K prevenci pochybení slouží program řízení rizik, jehož cílem je snížit výskyt nežádoucích situací. Takovým programem řízení rizik jsou dle J. Reasona ochranné bariéry. Jako tyto ochranné bariéry poslouží management rizik, kultura bezpečí, standardy, organizační kultura, znalostní sestra, ISO (strategie prevence chyb) a akreditace.

V bakalářské práci se zaměřuji na prevenci pochybení při činnostech sálových sester. Jejich povinnosti jsou vymezené v právních předpisech, ale i v etických normách. Kvalita ošetrovatelské péče může být zajištěna pouze, pokud bude vytvořen určitý systém pro zlepšování poskytované péče. Takový systém musí obsahovat: stanovení jasných cílů, definici požadované kvality, vypracování ošetrovatelských standardů, vypracování systému kontroly dodržování standardů, zajištění organizačních a personálních faktorů, stanovení způsobů hodnocení dosaženého efektu.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit jak se sestry pro perioperační péči a sestry pro intenzivní péči orientují v postupech předcházejících pochybení na operačním sále. Dalším cílem bylo zjistit, jak se pacienti cítí na operačním sále a jak vnímají předoperační přípravu.

Téma této práce jsem si vybrala, protože je velmi zajímavé a dle mého názoru také stále aktuální. To také dokazuje zavedení akreditací nemocnic a zájmu WHO v této problematice, která přispěla právě k prevenci pochybení na operačním sále svým dokumentem, který nese název Surgical Safety Checklist.

Výsledky by měli poukázat na možné mezery v prevenci pochybení sálových sester na operačním sále. Dále by měli poukázat na pocity pacientů

během předoperační přípravy a na operačním sále a jakou mírou může jejich pocity ovlivnit profesionální přístup zdravotnického personálu.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Odpovědnost

Poskytování zdravotnické péče může s většími či menšími následky provázet selhání lidského faktoru. Proto je třeba si uvědomit, že následky může mít jak pro pacienta, tak pro poskytovatele, který se dopustil pochybení. V situaci, kdy jsou práva omezována nebo poškozována, mají pacienti i zdravotničtí pracovníci právo na soudní a jinou právní ochranu, jak je zakotveno v článku 36 Listiny základních práv a svobod. Odpovědnost je definována jako povinnost strpět sankce za protiprávní jednání. U zdravotníků se dá za protiprávní jednání označit například postup non lege artis. Podle právního odvětví, jehož norma byla porušena, rozeznáváme trestněprávní odpovědnost, občanskoprávní odpovědnost, pracovněprávní odpovědnost, správněprávní odpovědnost, disciplinární odpovědnost a funkční odpovědnost (5, 21, 23).

1.1.1 Oblasti odpovědnosti

Trestněprávní odpovědnost vyplývá z trestního zákona (dále TrZ). Trestněprávně odpovědná může být pouze fyzická osoba, tedy pouze konkrétní jedinec. Trestnímu stíhání předchází trestní oznámení, které může podat kdokoli, kdo má podezření, že byl spáchán trestní čin. Toto oznámení lze podat na Policii ČR nebo ke státnímu zastupitelství. Sestra může být volána zejména za trestné činy ublížení na zdraví z nedbalosti podle § 223 TrZ, ublížení na zdraví z nedbalosti s následkem těžké újmy na zdraví nebo smrti podle § 224 odst. 1 a 2 TrZ. Občanskoprávní odpovědnost v našem případě zahrnuje především odpovědnost za škodu, která je upravena v § 420 Občanského zákoníku (dále ObčZ). Občanskoprávně odpovědná může být jak fyzická osoba, tak právnická osoba. Z toho vyplývá, že odpovědný může být konkrétní člověk nebo například celá nemocnice. V našem případě se jedná hlavně o občanskoprávní odpovědnost za škodu způsobenou fyzickou či právnickou osobou jinému člověku protiprávním úkonem podle § 420 ObčZ, odpovědnost za škodu způsobenou

jinému provozní činností podle § 420 ObčZ, odpovědnost za škodu způsobenou okolnostmi, které mají svůj původ v povaze přístroje nebo jiné věci podle § 421 ObčZ. Pracovněprávní odpovědnost upravuje zákoník práce (dále ZPr). Každý pracovník se odpovídá svému zaměstnavateli. V naší problematice je hlavní § 106 ZPr, ve kterém jsou stanoveny základní povinnosti zaměstnance. Správněprávní odpovědnost zahrnuje hlavně přestupky spadající svým charakterem do oblasti práva správního. Může se to týkat například nedodržování hygienických předpisů. Disciplinární odpovědnost se týká pouze porušení stavovských předpisů sestrou, která je členkou sesterské organizace. Funkční odpovědnost vyplývá jak z funkčního postavení zaměstnance, tak i ze smluv. O odpovědnosti za prevenci rizik pojednává Zákon č. 195/2005 Sb., o ochraně veřejného zdraví, který ukládá zdravotnickým zařízením povinnost předcházet nozokomiálním nákazám a Zákon č. 64/2007 Sb., o zdravotnické dokumentaci, který ukládá dodržovat vnitřní směrnice o vedení zdravotnické dokumentace (5, 15, 21, 23).

1.1.2 Obecné pojmy odpovědnosti

Protiprávním jednáním rozumíme porušení povinnosti uložené platným předpisem či porušení smlouvy. Protiprávního jednání se můžeme dopustit aktivně, tedy konáním něčeho, co je v rozporu s naší povinností vycházející z právního předpisu nebo smlouvy, nebo pasivně, kdy naopak nekonáme to, k čemu jsme podle právního předpisu nebo smlouvy povinni. Škodlivý následek může být hmotný, kdy se jedná o poškození nebo zničení konkrétní věci, nebo může být nehmotný, což je v našem případě poškození zdraví. Zavinění rozdělujeme podle toho, zda osoba, která protiprávně jedná, spáchala čin úmyslně nebo z nedbalosti. O úmysl přímý se jedná, pokud pachatel věděl, že jedná protiprávně a může svým jednáním způsobit škodlivý následek, což bylo jeho záměrem. Pokud pachatel věděl, že jedná protiprávně a věděl, že svým jednáním může způsobit škodlivý následek, ale způsobit ho nechtěl, jedná se o úmysl nepřímý. Nedbalost vědomá znamená, že pachatel vědomě jedná protiprávně a je si vědom vzniku škodlivého následku, ovšem spoléhá na to, že se tak nestane.

Nedbalost vědomá je situace, kdy pachatel neví, že jedná protiprávně a není si vědom ani vzniku škodlivého následku. Jde tedy o neznalost, která ovšem pachatele neomlouvá (21, 23).

1.1.3 Povinnosti sester

Povinnosti sester vyplývají jak z právních předpisů, tak z etických norem:

1. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.
2. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a jejich poskytování, v platném znění.
3. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
4. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění.
5. Kodex práv pacienta.
6. Kodex zdravotní sestry.

Zákon č. 20/1966 Sb., ukládá, aby zdravotničtí pracovníci vykonávali zdravotnické povolání svědomitě, poctivě a s hlubokým lidským vztahem k občanům s vědomím odpovědnosti ke společnosti. Podle zákoníku práce musí každá sestra dodržovat pracovní smlouvu ve stanovené pracovní době a řídit se pracovním řádem. Sestra je povinna zejména: pracovat svědomitě a řádně podle svých sil, znalostí a schopností, plnit pokyny nadřízených, plně využívat pracovní dobu, plnit pracovní úkoly kvalitně a hospodárně, dodržovat právní předpisy týkající se výkonu její práce (20).

1.2 Prevence pochybení

K prevenci pochybení slouží program řízení rizik, jehož cílem je snížit výskyt nežádoucích situací, které by mohly jakýmkoliv způsobem poškodit zdraví pacienta i zaměstnance, majetek zdravotnického zařízení nebo jeho pověst. Také slouží k prevenci finančních ztrát, především těch, které jsou spojeny s nekvalitou či rizikem nákladných a vleklých soudních sporů. V globálním zdravotnictví i v průmyslu existuje v oblasti kvality funkce manažera rizik, který rozvíjí a udržuje kompletní řídicí systém. Cílem tohoto systému je vyhodnocení a prevence rizik ve zdravotnickém zařízení a zahrnuje také kvalitní a bezpečnou péči. Manažer rizik spolupracuje s Radou pro bezpečnost a jejich společnou snahou je

vytváření takových strategií, které by zabránily nebo radikálně omezily potenciální rizika (15).

Riziko pochybení je jedním z nejzávažnějších a nejčastějších rizik v klinické oblasti. Toto riziko představuje vážný problém hlavně proto, že nabourává důvěru pacientů a veřejnosti ke zdravotnickému personálu a zdravotnickému zařízení. Dále je také protikladem k hlavnímu cíli především neublížit. Z perspektivy plnění základního závazku zdravotníků vůči pacientům je prevence pochybení lepší metodou než sebelepší reakce na tyto omyly. V roce 2001 předložil britský badatel, doktor James Reason, model, který poukazuje na chyby vedoucí k pochybení a na ochranné bariéry, které takovým chybám mají zabránit. Mezi příčiny vzniku pochybení zařadil nedostatečnou výuku, nedodržení protokolů, nepozornost, špatnou komunikaci, pracovní přetížení, protichůdné příkazy, únavu, nedbalost, odkládání, nespolehlivou techniku a strach z postihu. Dle J. Reasona jako ochranné bariéry poslouží management rizik, kultura bezpečí, standardy, organizační kultura, znalostní sestra, ISO (strategie prevence chyb) a akreditace. Mezi nejpoužívanější proaktivní strategie chyb patří: 1. Bezpečnostní kultura, pro kterou je bezpečnost pacientů absolutní prioritou a neustále hledá nové cesty pro zlepšení bezpečnosti celého systému péče. 2. FMEA je metodologie preventivní analýzy. Jde o metodu identifikování a prevence možných chyb, dříve než k nim dojde. 3. Cílem JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 1951) je především zajišťování bezpečí pacientům ve zdravotnických zařízeních. 4. 6-Sigma je strategie radikální redukce pochybení. Tato strategie má vysoké požadavky na kvalitu, proto je využívána jen v některých zemích s vyspělou ekonomikou. 5. ISO 9001:2000 vede ke kvalitě a ekonomické výkonnosti a je brána jako nejlepší systémový model kvality ve světě. Mezi další významné strategie patří Iniciativa Evropského výboru sester a Pacient, chybějící partner v programu bezpečné péče (14, 15).

Prevenčí pochybení na operačním sále se zabývá také WHO, která vytvořila jako výsledek svého projektu Surgical Safety Checklist (Chirurgický bezpečnostní list; viz. Příloha 1). Tento dokument zaznamenává činnosti ve třech

oblastech: před podáním anestezie, před kožním řezem a před ukončením operačního výkonu. V první oblasti se zabývá kontrolou identity, místem operace včetně označení, typem operačního výkonu, souhlasem pacienta s výkonem, funkčností anesteziologického přístroje a pulzního oxymetru, alergiemi pacienta, překážkami v dýchacích cestách a objednávkou krve. Ve druhé oblasti dokument podepíše chirurg, anesteziolog a sestra pro perioperační péči a uvedou svou roli. Poté zkontrolují identitu pacienta, místo a typ operačního výkonu. Operatér sdělí předpokládanou dobu operace a ztrátu krve. Anesteziolog vyjádří možná rizika a sestra pro perioperační péči potvrdí sterilitu a kompletnost nástrojů a pomůcek. Potvrdí se podání antibiotik. Před ukončením operačního výkonu je potřeba opět potvrdit název výkonu, početní souhlas všech nástrojů a materiálu, odebraný biologický materiál a jeho označení. Také se zaznamenají potíže s vybavením sálů a pooperační ordinace. V roce 2008 byl v osmi městech (Toronto, Seattle, Ifakara, New Delhi, Auckland, Manila, Amman a Londýn) tento postup po celý rok dodržován a výsledky ukázaly, že výskyt pooperačních komplikací se snížil o třetinu a počet úmrtí téměř o polovinu (27).

1.2.1 Zajišťování kvality ošetrovatelské péče

Kvalitní ošetrovatelskou praxi lze charakterizovat několika znaky: jasná koncepce ošetrovatelství, ošetrovatelský proces, zaměření na potřeby pacienta, týmová spolupráce, dobrá motivace a připravenost ošetrovatelského personálu, stanovení reálných cílů, dodržování etického kodexu, vědecké podložení praxe, aktivní zapojení pacientů do ošetrovatelské péče, mezioborová spolupráce. Kvalita péče bude zajištěna pouze tehdy, pokud bude vytvořen určitý systém pro zlepšování poskytované péče. Takový systém musí obsahovat: stanovení jasných cílů, definici požadované kvality, vypracování ošetrovatelských standardů, vypracování systému kontroly dodržování standardů, zajištění organizačních a personálních faktorů, stanovení způsobů hodnocení dosaženého efektu. Ošetrovatelský standard je dohodnutá profesní úroveň kvality (12).

Standardy lze dělit na strukturální, procesuální a standardy hodnocení výsledků. Strukturální standardy mají stanovit optimální personální, technické, hygienické a organizační prostředky, které umožňují dosahovat stanovenou kvalitu. Mohou určovat i minimální požadavky na úroveň poskytovaných služeb. Procesuální standardy se týkají specificky ošetrovatelských činností a určují kvalitu ošetrovatelské péče. Tyto standardy mají dvě oblasti: standardy ošetrovatelských postupů při výkonech a standardy ošetrovatelských činností v rámci ošetrovatelského procesu. Standardy hodnocení výsledků jsou zaměřeny na celkové hodnocení kvality poskytované péče v daném zařízení, na určitém pracovišti atp. Dále také rozlišujeme standardy centrální, které vydává zpravidla Ministerstvo zdravotnictví jako zákonné nebo podzákonné normy a lokální standardy, zpracované a přijaté v konkrétním zdravotnickém zařízení. Závaznost standardu může vyplývat ze zákona nebo z podzákonné normy (např. vyhláška Ministerstva zdravotnictví). Standard vyhlášený profesní sesterskou organizací, jsou povinni dodržovat všichni její členové. Standardy lokální jsou zpracované a přijaté zdravotnickým zařízením nebo určitým oddělením a jsou tedy závaznou normou pro práci jeho ošetrovatelského personálu (12).

1.2.2 Prevence pooperačních komplikací

Pooperační komplikace vznikají do 30 dnů a ovlivňují normální pooperační průběh. Tyto komplikace mohou být způsobeny chybnou předoperační přípravou, pooperační péčí, chirurgickou technikou, chybou v chirurgické indikaci nebo nozokomiální infekcí. Velmi často je hlavní příčinou vzniku špatný celkový stav pacienta, jako např. vedlejší onemocnění, extrémně nízký nebo vysoký věk. Ovšem názor, že vznik každé komplikace je vždy projevem postupu non lege artis, je nesprávný. Každý výkon při poskytování zdravotní péče s sebou nese riziko komplikací. S touto skutečností musí být vždy pacient před výkonem podrobně a srozumitelně obeznámen, aby pacient mohl dát souhlas s výkonem s vědomím možné komplikace a mohl tak zvážit všechna rizika i přínos výkonu. Pokud ale došlo ke komplikaci způsobené prokazatelně postupem non lege artis,

má pacient právo požadovat odškodné a volat toho, kdo škodu způsobil, k odpovědnosti (11, 18, 22).

Prevence respiračních pooperačních komplikací spočívá v lačnění, popř. odsátí žaludečního obsahu před operací, sledování pacienta při probouzení z anestezie a při náznacích zvracení zajištění polohy hlavy na stranu, sledování množství infúzních roztoků a celkové tekutinové bilance, monitorování fyziologických funkcí, dodržování zásad asepse. Kardiálním pooperačním komplikacím můžeme zabránit dostatečným nahrazováním krevních ztrát, správnou volbou anestezie a způsobu operace. Prevencí pooperačních komplikací tromboembolických je cvičení končetinami, úprava kardiovaskulárních chorob, elektrolytové a vodní bilance, aplikace nízkomolekulárního frakcinovaného heparinu, časná mobilizace po operaci a bandáže končetin. Poruchám močového systému můžeme předejít dodržováním zásad sterility při zavádění močového katetru, zvolením správného druhu anestezie a analgezie, aplikací antibiotik před operačním výkonem. Prevencí poruch funkce jater je ochrana jater před hypoxií během anestezie, neaplikovat hepatotoxické látky a léky. Poruchám trávicího ústrojí předcházíme sledováním vyprazdňování stolice, správnou hygienou dutiny ústní, aplikací antibiotik, úpravou diety, střídáním nosních dírek při zavádění nasogastrické sondy, převedením na parenterální výživu. Komplikacím v operační ráně zabráníme dodržováním zásad asepse, důsledným stavěním krvácení při operaci, úpravou koagulace a prevencí rozestupu rány, jako je tlumení kašle a nácvik šetrného vstávání z lůžka. Prevencí alergických komplikací je alergologická anamnéza. Nervovým poruchám zabráníme udržováním správného vnitřního prostředí, hydratací a prevencí trombózy. Duševním poruchám se může zabránit zvolením vhodného druhu anestezie a doplňováním tekutin (11, 18).

1.2.3 Prevence ranných infekcí

V prevenci nozokomiálních nákaz je základem komplexnost, tj. včasné rozpoznání vzniku, objasňování incidence i prevalence, diagnostika infekčního agens, účinná léčba antibiotiky, zjištění zdroje a cesty přenosu, zhodnocení

protiepidemického režimu pracoviště a nápravná opatření. Ranné infekce se dělí do tří základních skupin: 1. povrchová infekce, která postihuje kůži a podkoží, 2. hluboká infekce postihuje fascie a svaly, 3. infekce orgánů a tělesných struktur. Vznik ranných infekcí je ovlivněn řadou faktorů: druhem operace, pořadím operace během dne, délkou výkonů, velikostí operační rány, způsobem a druhem dezinfekce a antiseptiky, aplikací antibiotik, zdravotním stavem operačního týmu a imunitním stavem pacienta. Nejčastějším zdrojem infekce je personál, návštěva, jiný pacient nebo pacient sám sobě. K přenosu infekce může dojít přímou i nepřímou cestou nebo vzduchem. Ranné infekce zhoršují prognózu základního onemocnění, zvyšují mortalitu, prodlužují délku hospitalizace, zvyšují přímé i nepřímé náklady na léčbu a různou měrou zhoršují kvalitu života pacientů. Ovšem nejzávažnějším důsledkem může být ztráta výsledku nákladné chirurgické léčby, jako je například transplantace. Předpokladem pro nízký výskyt ranných infekcí je dokonalá operační technika a kvalitní předoperační i pooperační péče. Každé pracoviště má vypracovaná preventivní opatření v provozních řádech (10, 28).

1.3 Operační sály

Operační sály jsou součástí chirurgických oborů a většinou mají režim dle potřeb jednotlivých oddělení. Ve větších nemocnicích tvoří operační sály samostatný celek. Moderním řešením je vybudování centrálního operačního traktu navazujícího na pooperační jednotky. Operační trakt má mít ideálně čtyři sály, které jsou rozděleny podle druhu operací na septický, poloaseptický, aseptický a superaseptický operační sál. Pokud není možné mít z prostorových důvodů více sálů, je nutné rozdělit nečisté a čisté operační postupy organizačně. Nejmenší počet sálů je však dva – aseptický a septický. Superaseptické sály slouží k cévním a srdečním operacím a k náhradám kloubů. Aseptické sály jsou vyhrazeny pro ortopedické operace, kostní traumatologii, operace hernií, plastickou chirurgii, oční operace apod. Poloaseptické sály slouží hlavně k operacím na trávicím ústrojí. Septické sály zahrnují operace na tlustém střevě, urologické operace, operace akutních náhlých příhod břišních a další zákroky, u kterých

předpokládáme možnost kontaminace operačního pole. V ambulantní části je také nutno oddělit septické a aseptické operace. Pokud nejsou k dispozici dva operační sály, je operační sál vyhrazen pro aseptické výkony a septické výkony se provádějí na vhodně vybavené vyšetřovně. Rozsah přístrojového a instrumentačního vybavení je dán zaměřením operačního provozu (2, 10).

1.3.1 Hygienické požadavky na provoz operačního sálu

Hygienické požadavky na provoz a technické vybavení jsou zaneseny ve vyhlášce MZ ČR č. 440/2000 Sb. Ovšem hlavními zákony jsou: novela zákoníku práce (Zákon č. 262/2006 Sb.), která pojednává o zajištění bezpečnosti pracovníků na pracovišti a o ochraně jejich zdraví, Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu se zabývá hlavně upevňování a rozvíjení tělesného a duševního zdraví lidu a Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví upravuje práva a povinnosti orgánů ochrany veřejného zdraví, péči o životní a pracovní podmínky, prevenci vzniku a šíření infekčních onemocnění. Operační sály tvoří samostatný celek a svým stavebním uspořádáním a vnitřní dispozicí musí umožnit dodržování správného hygienického režimu (10).

V sále, předsáli a přilehlých prostorách musí být přísně aseptické prostředí. Nesmí se křížit čisté cesty s cestami špinavými. Operační tým vstupuje do operačního traktu přes vstupní filtr. Vstupní filtr má část nečistou, která slouží k odložení ústavního oblečení a osprchování a čistá část slouží k oblékání operačního prádla a obutí. Umývárna je částí čisté zóny a slouží k chirurgickému mytí rukou, od sálu je oddělena skleněnou přepážkou. Pacient je do operačního traktu přijat osprchovaný a v čistém nemocničním prádle. U vstupu do operačního traktu je část podlahy pokryta speciální lepivou podlahovou krytinou. Veškeré vybavení sálu musí být omyvatelné s použitím dezinfekčního roztoku, stejně tak podlahy a stěny sálu. Operační sály se dělí podle nečistých a čistých operačních postupů, z toho důvodu musí být v operačním traktu alespoň dva (aseptický a septický). Uprostřed operačního traktu je sterilizace s výdejem materiálu. Přirozené světlo je doplněno osvětlovacími tělesy, lokální svítidla jsou

halogenová a pro celkové osvětlení jsou doporučeny zářivky s bílým světlem. Prostor musí být klimatizován. Vzduch z klimatizačního zařízení je zbaven mikrobů a zároveň má regulovanou teplotu a vlhkost. Úklid s dezinfekcí se provádí po každé operaci dle dezinfekčního řádu. Jednou za týden se provádí větší úklid, kdy se čistí vzduchovody klimatizace a vyměňují se filtry. Použité operační prádlo se ukládá do speciálních pytlů a odváží se denně do prádelny. Odpad se třídí a denně se v pevných obalech odváží do spalovny (10).

1.4 Práce sálových sester

Poskytování zdravotní péče je týmová práce, stejně tak poskytování péče v operačních oborech. Operační tým má hierarchické uspořádání, podle toho má každý člen své funkční postavení, které je dáno jeho odborností. Pokud je člen týmu kompetentní vykonávat určité odborné činnosti, pak za svoji činnost nese sám plnou odpovědnost. Členové týmu dostávají pokyny od nadřízeného ústně a oprávnění odmítnout provést výkon mají pouze tehdy, je-li v rozporu s platným předpisem, nebo pokud by ohrozili zdraví či život pacienta nebo zaměstnance. Operační tým tvoří: operatér, 1-3 asistenti, instrumentující sestra (sestra pro perioperační péči), pomocná sestra, sálový sanitář, anesteziolog, anesteziologická sestra (sestra pro intenzivní péči), dalšími pracovníky mohou být ošetřovatelky, technik nebo specialisté podle druhu operace. Operační tým se řídí příkazy operatéra, který zodpovídá za průběh a výsledek operace. Operatér se u sestry pro perioperační péči dotazuje, zda souhlasí počet longet, roušek a operačních nástrojů. Sestry pro perioperační péči zajišťují úkoly související s provozem operačního sálu. Během operace instrumentují, tj. včas podávají potřebné nástroje či ostatní pomůcky operatérovi a asistentům. Pomocná sestra doplňuje a podává instrumentáře potřebný materiál. Sálový sanitář pomáhá připravovat operační sál, transportuje a ukládá nemocného na operační stůl, pomáhá dezinfikovat a osvětlit operační pole, zodpovídá za odsun odebraného materiálu na vyšetření (2, 22).

1.4.1 Kompetence sester pro perioperační péči

Práce sestry pro perioperační péči lze rozdělit do několika oblastí: 1. Mytí a oblékání k operaci, 2. Příprava u operačního stolu, 3. Obecná instrumentační technika a úkoly v průběhu operace, 4. Speciální instrumentační postupy (2).

Sestra pro perioperační péči provádí chirurgické mytí rukou jako první z operačního týmu, aby stihla připravit vše potřebné na sále. Poté pomáhá lékařům při oblékání sterilního pláště a rukavic. Sestra pro perioperační péči zodpovídá za zajištění aseptických podmínek provozu a organizuje a řídí úklid v prostorách operačního traktu. Úkolem sestry v druhé oblasti je příprava sterilního stolku a veškerého potřebného materiálu a pomůcek k operačnímu výkonu. Dle zvyklostí se může sestra podílet na přípravě operačního pole a na rouškování. Do třetí oblasti patří příprava před operací, která zahrnuje seznámení s plánovanou operací a domluva s operátorem na doplnění materiálu, který není součástí příslušného setu. Samotné instrumentování zahrnuje včasné a správné podání dobře připravených nástrojů a jiných potřeb, přebírání zpět, jejich úprava či vyřazení a doplnění. Před podáním sestra zkontroluje stav a funkčnost nástroje. Použitý nástroj otře vlhkým mulem nebo opláchne ve sterilní destilované vodě a otře do sucha. Každý poškozený nebo spadlý nástroj musí být nahrazen. Instrumentářka dohlíží na řádné rouškování rány. Sestra pro perioperační péči zodpovídá za kontrolu počtu použitých roušek, longet, tamponů a operačních nástrojů, který musí souhlasit s počtem vydaných. Také se podílí na vedení dokumentace (2, 26).

Podle Vyhlášky 55/2011 Sb., § 56 mají sestry pro perioperační péči tyto kompetence: Bez odborného dohledu a bez indikace připravuje instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiné potřebné pomůcky a materiál před, v průběhu i po operačním výkonu. Provádí specializované dezinfekční a sterilizační postupy. Zajišťuje manipulaci s přístroji, operačními stoly a s tlakovými nádobami. Provádí antisepsu operačního pole u pacientů. Ve spolupráci s lékařem-operátorem provádí před začátkem a po ukončení každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťuje stálou připravenost pracoviště k operačním výkonům. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře zajišťuje polohu a fixaci pacientů

na operačním stole, včetně prevence komplikací z imobilizace. Provádí zarouškování pacientů a instrumentuje při operačních výkonech (1).

1.4.2 Kompetence sester pro intenzivní péči

Práce sestry pro intenzivní péči je velice rozmanitá a začíná již příjmem pacienta z oddělení nebo ambulance. Při příjmu zkontroluje kompletnost dokumentace, celkový stav pacienta a jeho identitu. Dále zkontroluje krevní konzervy, popřípadě je objedná na transfúzní stanici. Na operačním sále zodpovídá za přípravu anesteziologického přístroje a kontrolu jeho funkčnosti. Přípravuje anesteziologický stolek s pomůckami k udržení dýchacích cest a dle ordinace anesteziologa nařadí léky potřebné k anestezii. Připraví a zkontroluje funkčnost všech přístrojů potřebných v průběhu anestezie. Asistuje při ukládání nemocného na operační stůl. Zavádí periferní žilní katetr nebo asistuje při kanylaci centrální žíly či arterie. Zajistí monitorování fyziologických funkcí nemocného. Asistuje anesteziologovi při úvodu a vedení anestezie a při vedení dokumentace. Podle jeho pokynů aplikuje léky a mění infúze. Sleduje monitory a rychle reaguje v případě vzniku komplikací. Po operaci sleduje pacienta při probouzení z anestezie a po návratu všech životních funkcí a stabilizaci nemocného ho společně s anesteziologem předají i s dokumentací na odpovídající oddělení. Sestra je zodpovědná za likvidaci použitých pomůcek, za mytí a dezinfekci všech součástí přístrojů, za výměnu bakteriálních filtrů, za doplnění léků a anesteziologických pomůcek, za přezkoušení anesteziologického přístroje a přípravu všeho potřebného k nové anestezii. Po skončení operačního programu odpojí anesteziologický přístroj od přívodu plynů, vypne monitory a jiné přístroje a uklidí všechny pomůcky. Dále také připravuje pomůcky k lokální anestezii či analgezii a asistuje při nich (2).

Vyhláška č. 55/2011 Sb., § 55 vymezuje kompetence sester pro intenzivní péči takto: Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře sleduje a analyzuje údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotí fyziologické funkce, hodnotí závažnost stavu a analyzuje křivku EKG. Zahajuje a provádí kardiopulmonální resuscitaci se

zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu EKG. Pečuje o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci (dále jen UPV), včetně odsávání z dolních dýchacích cest, provádí tracheobronchiální laváže. Zajišťuje stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádí měření a analýzu fyziologických funkcí specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod. Provádí katetrizaci močového měchýře mužů, zavádí duodenální a gastrickou sondu pacientům v bezvědomí. Provádí výplach žaludku u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami. Vykonává činnosti u pacienta s akutním nebo chronickým selháním ledvin. Vykonává činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti. Vykonává činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů místní a celkové anestézie. Provádí punkci a kanylaci artérií s výjimkou arterie femoralis. Vykonává činnosti v souvislosti s dlouhodobou UPV. Pod odborným dohledem lékaře aplikuje transfuzní přípravky a krevní deriváty a přetlakové objemové náhrady, provádí extubaci tracheální kanyly a provádí externí kardiostimulaci (1).

1.4.3 Přístroje a instrumentarium na operačním sále

K základnímu vybavení každého operačního sálu patří univerzální operační stůl, který funguje jako stavebnicový systém a jednotlivé části stolu lze kombinovat a doplňovat pro speciální operace. Nebo jsou vyráběny stoly pro určité druhy operací. Operační stůl je buď pojízdný, nebo připevněný k podlaze. Deska stolu se skládá z několika pohyblivých dílů, které se dají v různých směrech zvedat a naklánět a umožňují tak úpravu polohy i během operace. Dalším vybavením jsou operační bezestinné lampy, které vydávají studené světlo. Tyto lampy slouží k osvětlení operačního pole. Lampa je umístěna na kloubovém mechanismu, který umožňuje seřizovat směr paprsku. Je možno použít i přídavné mobilní operační lampy, speciální svítící háky nebo čelní svítidla. Dále se

používají přístroje pro řezání, koagulaci a destrukci měkkých tkání. Tento přístroj využívá vysokofrekvenční elektrický proud, který vstupuje inaktivní elektrodou a soustřeďuje se v místě dotyku aktivní elektrody s tkání. Podle nastavení kvality a intenzity proudu můžeme tkáň řezat, koagulovat nebo provádět desikaci. Dalším operačním přístrojem je laser, který pracuje jako bezkontaktní skalpel, jiný typ laseru lze využít v endoskopii ke koagulaci krvácení, např. z vředů. Výhoda využití ultrazvukového skalpelu je urychlení práce a šetrnost k okolním tkáním. Ultrazvuková odsávačka rozruší ultrazvukovými vlnami tkáň a odsaje ji. Tento přístroj je často používán např. v neurochirurgii. Kryokauter nekrotizuje tkáň nízkou teplotou (až -195°C). Přístroj využívá průtok chladicí kapaliny, zejména kapalného dusíku. Nezbytným přístrojem na operačním sále je rentgen, který je buď zabudovaný, nebo pojízdný. Přístroj obsahuje zesilovač a přenašeč obrazu na televizní obrazovku. Dalším vybavením jsou různé druhy odsávaček, mikroskopy, fonografy, přístroj na výrobu destilované vody, monitorovací a měřicí zařízení, přístroj na mimotělní oběh, endoskopy apod. (2).

Mezi základní operační nástroje patří skalpely, nůžky, pinzety, kleště, svorky, háky, jehelce a jehly. Instrumenty jsou podle potřeby k dispozici v různé velikosti. Většina nástrojů má části pracovní a úchopovou, nástroje pracující střihavým pohybem, mají navíc zámek. Podle potřeb jednotlivých úseků chirurgie se různé nástroje sestavují do setů, které obsahují ustálené druhy a počty nástrojů, což usnadňuje jejich kontrolu po skončení operace. Podle potřeby operátora se mohou základní sety doplňovat (2).

Dalším materiálem využívaným v chirurgii je šicí materiál, který musí mít vlastnosti usnadňující pohodlné zakládání stehů, nesmí příliš nasávat a vést tekutiny, musí být dostatečně pevný, minimálně traumatizovat okolní tkáň, vyvolávat minimální biologickou reakci okolí, být dobře vstřebatelný nebo odstranitelný. Šicí materiál je vyráběn z různých látek (hedvábí, silon, kov...) a má i různou šířku. Vlákna při šití navlékáme do jehel, které mají různý průřez, tvar, velikost, typ ouška a hrotu. Výhodnější je využití traumatického materiálu,

kde je vlákno zalisováno do konce jehly, přechod mezi jehlou a vláknem je tak plynulý a při průchodu tkání ji netraumatizuje (2, 4).

Další materiály, které jsou využívány, jsou implantáty, které musí být vyrobené z interních materiálů. U ortopedických operací jde např. o šroubky, dráty, hřeby, umělé klouby apod. Mezi ostatní vybavení operačního sálu patří instrumentační stolky, odkládací a pomocné stolky, kovová umyvadla, odkládací police, schůdky, židle, negatoskop, skříň atp. K vybavení sálu také patří pracovní oděv a obuv, zástěra, operační čepice, ústenka, plášť, rukavice, speciální brýle, jednorázové rouškování (2).

1.4.4 Základy anestezie a resuscitace

Anestezie je umělá, záměrně navozená a přechodná ztráta veškerého cití. Anestezii dělíme na celkovou a místní. Celková anestezie je nejčastěji navozena léky (farmakoanestezie) a má tyto složky – hypotonickou a amnestickou, analgetickou, svalové relaxace a složku potlačení patologických vegetativních reflexů. Podle brány vstupu dělíme anestetika na inhalační (oxid dusný, halotan, izofluran...), intravenózní (tiopental, hypnomidate, propofol, ketamin...), nitrosvalová a rektální. Zvláštní skupinu tvoří léky používané k neuroleptanalgezi. Velmi často se používá kombinovaná anestezie, kdy se kombinuje několik druhů anestezie (2, 17).

Místní anestezie přeruší vznik nebo vedení všech nervových podnětů v určité oblasti jejich nervových drah nebo nervových zakončení. Místní anestezie je vyvolána farmaky, tzv. lokálními anestetiky. Do místní anestezie patří topická slizniční anestezie, která je ve formě spreje, kapek, gelu nebo pasty. Další místní anestezii je infiltrační anestezie, kdy se anestetikum vstříkne přes kůži nebo sliznici. Blokady periferních nervů a nervových pletení jsou vyvolány aplikací anestetika do blízkosti nervů zásobujících operační oblast. Metodu, kdy se anestetikum podá nitrožilně do oblasti zbavené cirkulace a proniká k nervovým zakončením a působí analgezi, nazýváme nitrožilní regionální anestezie. Poslední místní anestezii je spinální anestezie, při které se anestetikum podá do

bezprostřední blízkosti centrálního nervového systému a podle místa podání se dělí na epidurální a subarachnoideální. Zvláštní anesteziologickou technikou je analgosedace, při které se nemocnému podávají opakovaně intravenózně malé dávky analgetik s malými dávkami sedativ. Výhodou této metody je, že je pacient zklidněný, pospává, ale reaguje na oslovení a je probuditelný a i přes velkou analgezii má zachované obranné reflexy a dobrou průchodnost dýchacích cest (2, 17).

Mezi anesteziologické vybavení patří anesteziologický přístroj, který vytváří anestetické směsi a přivádí je dýchacím systémem k pacientovi. Dalšími přístroji jsou monitory, které umožňují průběžné sledování fyziologických funkcí pacienta během operačního výkonu. Další jsou ventilátory, které zajišťují umělou plicní ventilaci a mohou být buď součástí anesteziologického přístroje, nebo jsou samostatné. Do anesteziologického vybavení operačního sálu patří také ohřívač infúzí a transfúzí, infuzní pumpy a lineární dávkovače, odsávačka, která je součástí každého anesteziologického přístroje, defibrilátor a pulzní oxymetr (2, 29).

Do anesteziologického materiálního vybavení patří pomůcky k udržení průchodnosti dýchacích cest (ústní a nosní vzduchovody, laryngální maska, obličejová maska, endotracheální rourky, tracheostomické rourky) a pomůcky pomáhající jejich zavedení (laryngoskopy, Magillovy kleště, zavaděče, rozvěrače úst a odsávací cévky). Dále pomůcky k zajištění přístupu do cévního řečiště – intravenózní jehly, nitrožilní kanyly, spojovací hadičky, vícecestné kohoutky, dvojcestné nebo trojcestné katetry pro kanylaci centrálních žil, soupravy pro měření centrálního žilního tlaku, sady pro kanylaci arterie. Poslední skupinu pomůcek tvoří sondy – žaludeční sondy, enterální sondy, Sengstakenova-Blakemorova sonda (k první pomoci při krvácení z jícnových varixů) a močové cévky (2, 17, 29).

1.4.5 Perioperační ošetrovatelská dokumentace

Označení ošetrovatelská dokumentace zahrnuje všechny písemné, grafické a jiné záznamy prováděné sestrou, které se týkají pacientů, ale také souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče a dalších činností. Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace a je vlastnictvím zdravotnického zařízení nebo provozovatele zdravotnického zařízení. Význam ošetrovatelské dokumentace je v zajištění kontinuity ošetrovatelské péče, doložení správně poskytnuté péče dle ordinace a dle stavu pacienta. Dále dokládá postup péče lege artis a může také sloužit jako podklad pro výzkum (19, 24).

Perioperační ošetrovatelská dokumentace, stejně jako ošetrovatelská nebo lékařská dokumentace, musí být pravdivá, ověřená datem a časem, čitelná, srozumitelná, jednoduchá, věcná, dostupná, stručná, pravopisně správná a vždy musí obsahovat podpis a jmenovku. Naopak nesmí obsahovat nesprávnou terminologii, slangové výrazy nebo vulgarismy, subjektivní pocit sestry nebo neschválené zkratky. Mezi první perioperační dokumenty patří verifikační protokol, který zamezuje možné záměně pacienta, výkonu, strany či orgánu. Tento protokol po řádné kontrole vyplňují operatér s anesteziologem. Verifikační protokol slouží pouze k ověření již zjištěného, protože důkladná kontrola probíhá již na standardním oddělení a znovu při příjezdu pacienta do operačního traktu, kdy si jej s veškerou dokumentací přebírá anesteziologická sestra. Během operačního výkonu je veden Ošetrovatelský záznam perioperační sestry. Tento dokument obsahuje soupis veškerého použitého spotřebního materiálu a seznam použitých přístrojů. Také slouží jako sesterská překládová zpráva a vlepují se do ní chemické indikátory ze sterilních nástrojových sít a prádlových setů. Ošetrovatelský záznam vyplňují perioperační sestry jak během operačního výkonu, tak i na jeho závěr. Dokument musí obsahovat jméno pacienta, rodné číslo a kód zdravotní pojišťovny. Dále datum operace, jméno operátora, instrumentující a obíhající sestry, délku výkonu, operační polohu, druh anestezie a dezinfekčního prostředku. Uvádějí se použité lavážní roztoky, množství a kódy použitého speciálního zdravotnického materiálu a šicího materiálu, souhlas

s kontrolou počtu použitých břišních roušek a nástrojů. Obsahuje údaje o odebraném biologickém materiálu k laboratornímu vyšetření. Dále počet, druh a lokalizaci aplikovaných drenážních systémů. Je zde také záznam o aplikaci antibiotik, všech krevních derivátů, o použití implantátů včetně jejich kódů. Uvádí se, zda nedošlo během operace k popálení, ke vzniku dekubitu a další poznámky důležité pro následnou ošetrovatelskou péči (7, 19, 24).

1.5 Pacient v před a pooperačním období

Předoperační příprava zahrnuje diagnostiku vlastního onemocnění, zjištění možných vedlejších onemocnění a posouzení celkového stavu pacienta, proto operačnímu výkonu předchází interní vyšetření, které nesmí být starší 14 dnů před termínem operace. Někdy může být pacientovi doporučena autotransfuze. Důležitou součástí je psychická příprava, kdy ošetřující lékař, popř. operátor informuje pacienta o povaze onemocnění, možných způsobech terapie a případných komplikacích. Pacientovi předá informovaný souhlas s operací a odpovídá na kladené otázky. Sestra pacienta psychicky podporuje a uklidňuje, ovšem vlastní výkon nebagatelizuje. Celkový stav pacienta musí být před výkonem upraven. Dle druhu operačního výkonu se může s pacientem nacvičovat pooperační režim. Den před operací dochází za pacientem anesteziolog, který hodnotí jeho zdravotní stav, seznamuje ho s anestezií a s riziky, které mohou nastat v průběhu operace. Od pacienta přebírá podepsaný písemný souhlas s anestezií. Dále doplňuje anesteziologické ordinace před operací včetně premedikace. Večer před operací se pacient vykoupe, popř. dostane klyzma. Na noc se zpravidla dává sedativum nebo hypnotikum. Pacient lační 6 až 8 hodin před výkonem. Těsně před operací se pacient dojde vymočit nebo je mu zaveden močový katétr. Sestra zkontroluje dokumentaci a úpravu zevnějšku pacienta (hygiena, šperky, zubní protézy...). U pacienta se zpravidla aplikuje nízkomolekulární frakcionovaný heparin a v některých případech i antibiotikum a jsou mu provedeny bandáže dolních končetin. Před převozem na operační sál je pacientovi aplikována premedikace dle ordinace anesteziologa. U urgentních

operací je příprava omezena na úpravu hypovolémie, vodního a solného hospodářství, těžké anémie nebo diabetické acidózy, tato příprava je omezena na 2 až 4 hodiny. Příprava operačního pole se provádí v den operace. Holení operačního pole se nemá provádět večer před výkonem, protože drobná kožní poranění mohou být kontaminována bakteriemi, které mají čas se pomnožit (8, 11, 18).

Pooperační péče se dělí na bezprostřední, intermediární a rekonvalescenci. Bezprostřední pooperační péče zahrnuje monitorování vitálních funkcí na dospávacím pokoji, po plném probrání k vědomí a při dobrém dýchání je předán na JIP nebo po lehčích operacích na lůžkové oddělení. Sestra sleduje také odvod drény a operační pole. Dále sleduje močení, u pacientů s cévkou hodinovou diurézu a pacient by se měl vymočit do 6 až 8 hodin po operaci. Sestra také musí tlumit bolest dle ordinace lékaře. Intermediární péče již probíhá na standardním lůžkovém oddělení a zahrnuje další sledování fyziologických funkcí, močení a funkce trávicího ústrojí. Dále se sestra stará o výživu a hygienu pacienta. Sestra se snaží pacienta mobilizovat nejlépe první pooperační den a dle potřeby pacient spolupracuje s rehabilitační sestrou. V neposlední řadě sestra pečuje o operační ránu a sleduje odvod drénů. Rekonvalescence je zaměřena na prevenci komplikací a navrácení pacienta do jeho sociálního prostředí (18).

1.5.1 Poučení pacienta

Pacient má dle platných právních norem právo svobodně se rozhodovat, zda se podrobí konkrétnímu operačnímu výkonu. Proto musí být o výkonu dostatečně, srozumitelně a podrobně informován, aby se mohl kvalifikovaně rozhodnout. Tato problematika vyplývá z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, ze Zákona č. 20/1966 Sb., a z Kodexu práv pacienta. Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanovuje, že pacient musí být vhodným způsobem informován nejen o účelu a podstatě zákroku, ale také o jeho následcích a rizicích. Zákon č. 20/1966 Sb., stanovuje, že je lékař povinen poučit nemocného, popřípadě rodinu, o povaze onemocnění a o výkonech tak, aby se

mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování zdravotní péče. Kodex práv pacienta požaduje, aby pacient od svého ošetřujícího lékaře dostal informace, které mu umožní zasvěceně se rozhodnout o souhlasu s výkonem. Sestra má povinnost poučit pacienta o postupu při konkrétním zdravotnickém výkonu, který sama v rámci svých kompetencí oprávněně provádí. Sestra není oprávněná poučovat o operačních výkonech, komplikacích či medikamentózní léčbě. Je třeba odlišit poučení od podávání informací (20).

1.5.2 Informovaný souhlas pacienta

Mít souhlas pacienta s každým zdravotnickým výkonem je nutností, protože výkonem zasahujeme do integrity jeho osobnosti. Podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně lze zdravotnický výkon provést pouze poté, co pacient udělil svobodný a informovaný souhlas. Zákon č. 20/1966 Sb., udává, že zdravotnické výkony lze provést pouze se souhlasem nemocného nebo lze-li souhlas předpokládat. Pro výkony ošetrovatelské péče není potřeba písemný souhlas, neboť je obsažen v souhlase s hospitalizací a lékařským výkonem. Souhlas pacient dává buď ústně, nebo u závažnějších výkonů, zejména tam, kde hrozí riziko komplikací, dává souhlas písemný – tzv. pozitivní revers. Pozitivní revers vyslovuje souhlas s výkonem a obsahuje srozumitelné vysvětlení výkonu a možné komplikace, dále musí obsahovat datum a podpisy pacienta a ošetřujícího zdravotníka. Bez souhlasu pacienta lze provádět zdravotnický výkon pouze: 1. jde-li o nemoci, u kterých lze uložit povinné léčení, 2. pokud osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, 3. jestliže pacientův zdravotní stav neumožňuje souhlas získat a jde o neodkladné výkony zachraňující jeho život (19, 20).

1.5.3 Potřeby pacienta

Potřebu lze definovat, jako stav organismu charakterizovaný napětím a dynamickou silou, která vzniká z nedostatku či přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Potřeby obecně dělíme do dvou skupin:

potřeby základní (biologické) a potřeby vyšší (psychosociální). Základní potřeby vychází z potřeb organismu, jako je dýchání, vylučování, výživa, hydratace, spánek a odpočinek atd. Tyto potřeby jsou nezbytné pro život. Zdravý člověk si biologické potřeby neuvědomuje, ovšem při jejich neuspokojování způsobí bolest, únavu, dušnost, žízeň, hlad, nucení na močení či stolici atp. Zůstanou-li nepovšimnuty zdravotníky, začnou se rozvíjet objektivní známky, často jako příznaky nemocí. Potřeby vyšší se dále dělí na potřeby psychické, sociální a spirituální. Psychické potřeby jsou u každého individuální, ale vždy se jedná o potřebu uspokojování rozvoje osobnosti, potřebu jistoty a bezpečí (lze řadit i mezi základní potřeby), potřebu absence strachu, potřebu lásky a potřebu se projevit. Mezi sociální potřeby patří potřeby informovanosti, potřeby péče o své zdraví a o své blízké, potřeby ekonomického zabezpečení, potřeby soužití, potřeby sounáležitosti. Spirituální potřeby jsou potřeby v oblasti duševního života. Jde o potřeby víry, vyznání a potřeby příslušenství do náboženských společenství či sekt. Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908 – 1970) vypracoval hierarchický systém lidských potřeb, tzv. Maslowovu hierarchii (pyramidu) potřeb. Základnu pyramidu tvoří fyziologické potřeby (potrava, teplo, vyměšování atp.). Druhý stupeň tvoří potřeba bezpečí a jistoty. Jako třetí stupeň je uvedena potřeba lásky a sounáležitosti, tedy patřit někam a být někým milován. Další stupeň uvádí potřebu sebeúcty, tj. být obdivovaný, uznávaný, být kompetentní a mít respekt. Vrchol pyramidy nese potřebu seberealizace, možnost růstu a vývoje. Nejčastějšími potřebami hospitalizovaných nemocných jsou být zdraví, bez bolesti, bez strachu o svou existenci, být soběstačný, potřeby lásky a sounáležitosti, potřeby sebeúcty a sebepojetí, potřeby spánku a odpočinku, potřeby vyprazdňování stolice a moče, potřeby hydratace a výživy, potřeba dýchání a potřeby péče o kůži a (6, 13).

1.5.4 Strach

Strach neboli obava před něčím konkrétním, před určitým nebezpečím, má velmi reálné obsahy dané pojetím ohrožující situace. Prožívání strachu u dětí a

dospívajících je odlišné, protože závisí na zkušenostech. Proto také bude mít strach u dětí jinou podobu než u dospělého člověka. Tolerance vůči podnětům vyvolávající strach závisí na naší schopnosti mít je pod kontrolou. Vystupňovaný strach prožíváme jako hrůzu, zděšení a vyvolává stres. Ve stavu hrůzy člověk pociťuje bezmocnost a neví, jak má jednat. Strach je ošetřovatelská diagnóza, která nese kód 00148. Pacient nám může sdělit svůj strach verbálně nebo jej můžeme vytušit z jeho chování či fyziologických změn. Nejčastějšími změnami chování vlivem strachu jsou impulzivnost, útočné chování, vyhýbavé chování, zúžené zaměření na zdroj strachu a zvýšená ostražitost. Fyziologické příznaky strachu jsou bledost, dyspnoe, svalové napětí, nauzea, nechutenství, průjem, rozšíření zornic, sucho v ústech, únava, tachykardie, tachypnoe, zvracení, nadměrné pocení a zvýšený krevní tlak. Strach může narušit a ovlivnit průběh operačního výkonu a rekonvalescenci po operaci, proto je důležité zvolit účinné opatření ke zvládnutí strachu, a tím je informovanost. Chirurg informuje pacienta o aktuálním zdravotním stavu a přínosu operačního výkonu pro pacienta. Někteří pacienti se obávají anestezie, proto je důležitá osobní návštěva anesteziologa, který podá informace o způsobu a vedení anestezie během operačního výkonu. Sestra pacienta informuje o bezprostřední předoperační přípravě, premedikaci, bandážování dolních končetin, přibližném času či pořadí na operaci. Dále ho informuje o pooperačním období, na jakém oddělení bude uložen a proč (9, 16, 25).

2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit zda jsou sestry orientovány v postupech předcházejících pochybení na operačním sále.

Cíl 2: Zjistit jak se pacienti cítí na operačním sále.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry pro perioperační péči jsou orientovány v postupech předcházejících pochybení na operačním sále.

H2: Sestry pro intenzivní péči jsou orientovány v postupech předcházejících pochybení na operačním sále.

2.3 Výzkumné otázky

1. Jak pacienti vnímají předoperační přípravu?
2. Jak se cítí pacienti na operačním sále?

3. METODIKA

Empirická část bakalářské práce byla zpracována formou kvantitativního i kvalitativního výzkumného šetření a byla zaměřena na dvě odlišné cílové skupiny. Výzkumné šetření probíhalo od října 2011 do února 2012.

3.1 Metodika první cílové skupiny

První cílovou skupinou byly sálové sestry, přesněji sestry pro perioperační péči a sestry pro intenzivní péči. Technikou sběru dat byly dotazníky, které byly pro každou specializaci odlišný. Dotazníky obsahovaly otázky převážně uzavřené s jednou správnou odpovědí a jednu otevřenou otázku. Otázky byly obsahově zaměřené na znalosti kompetencí a pracovních postupů sester. Dotazník pro sestry pro perioperační péči obsahoval 15 otázek a dotazník pro sestry pro intenzivní péči 19 otázek.

3.2 Metodika druhé cílové skupiny

Druhou cílovou skupinou byli pacienti, kteří podstoupili v blízké době operační výkon. Technikou sběru dat byl polostandardizovaný rozhovor. Rozhovor byl anonymní a dobrovolný a obsahoval 12 otázek. Otázky byly zaměřeny na pacientovo vnímání předoperační přípravy, na pocity bezprostředně před a během operace a na spokojenost s personálem na sále.

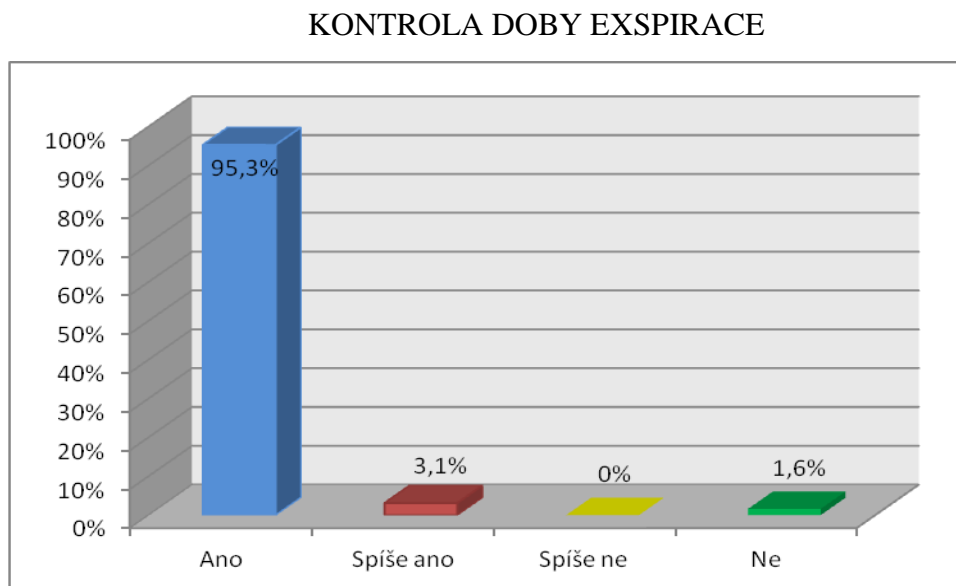
3.3 Výzkumné soubory

Výzkumným souborem první cílové skupiny bylo 64 sester pro perioperační péči z různých oddělení chirurgických oborů a 39 sester pro intenzivní péči z Nemocnice České Budějovice, a.s. Výzkumným souborem druhé cílové skupiny bylo 6 vybraných pacientů, kteří v blízké době podstoupili operační výkon. Pacienti byli z různých oddělení chirurgických oborů Nemocnice České Budějovice, a.s.

4. VÝSLEDKY

4.1 Dotazníky pro sestry pro perioperační péči

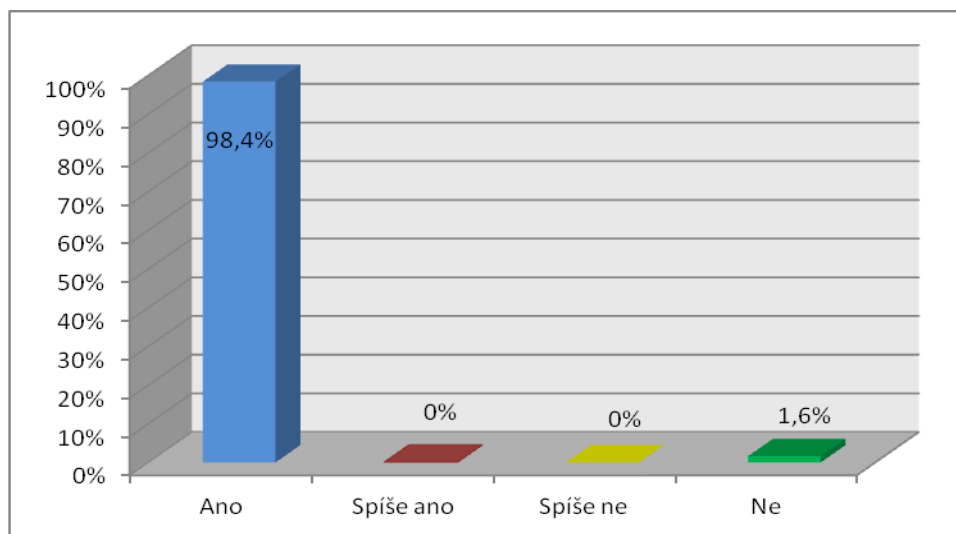
Graf 1



Z celkového počtu 64 (100%) sester pro perioperační péči označilo 61 (95,3%) ano, 2 (3,1%) sestry spíše ano, spíše ne nevedla žádná sestra a odpověď ne uvedla 1 sestra (1,6%).

Graf 2

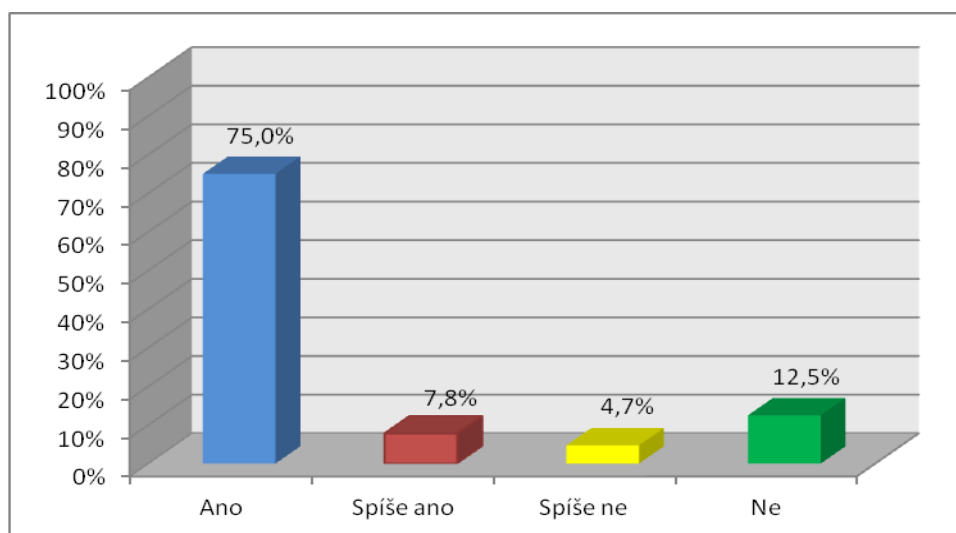
KONTROLA CELISTVOSTI OBALU



Z celkového počtu 64 (100%) sester pro perioperační péči uvedlo 63 (98,4%) sester ano, žádná nevedla spíše ano, stejně tak žádná nevedla spíše ne a 1 (1,6%) sestra uvedla ne.

Graf 3

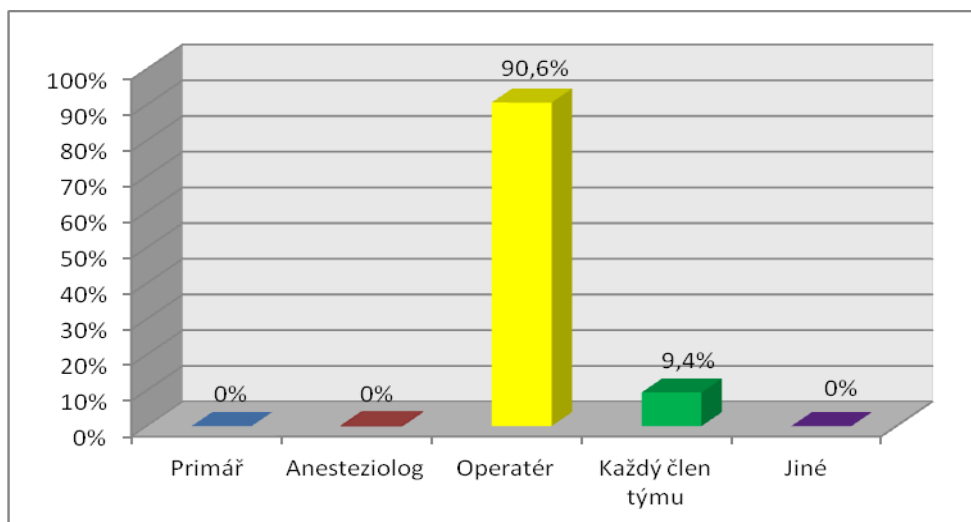
KONTROLA FUNKČNOSTI NÁSTROJŮ



Z celkového počtu 64 (100%) sester pro perioperační péči uvedlo 48 (75,0%) sester ano, 5 (7,8%) sester uvedlo spíše ano, 3 sestry (4,7%) uvedly spíše ne a 8 sester (12,5%) uvedlo ne.

Graf 4

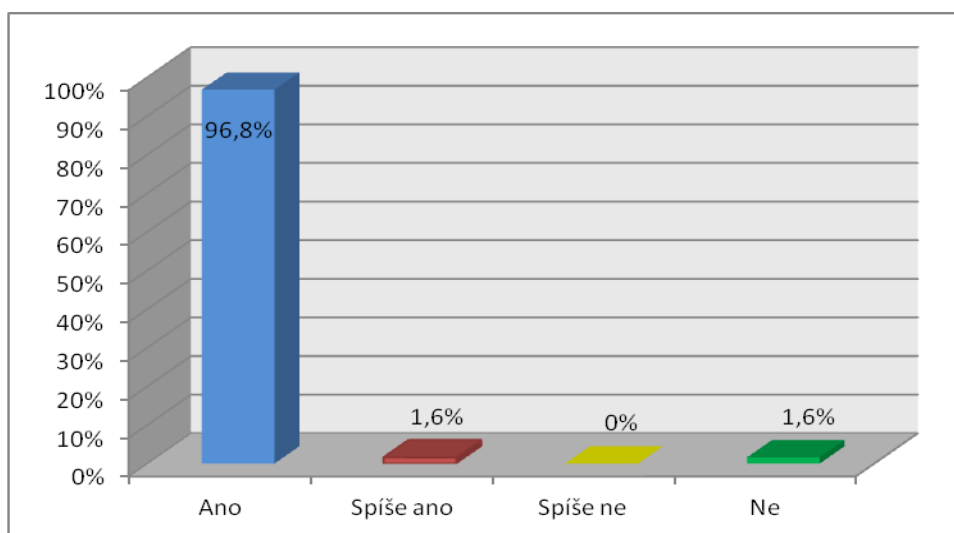
ZODPOVĚDNOST ZA VÝSLEDEK OPERACE



Z celkového počtu 64 (100%) sester pro perioperační péči žádná neuvdla primáře, stejně tak neuvdla žádná anesteziologa, operatéra uvedlo 58 (90,6%) sester, 6 sester (9,4%) uvedlo možnost každý člen týmu a nikdo neuvdvl jinou možnou osobu.

Graf 5

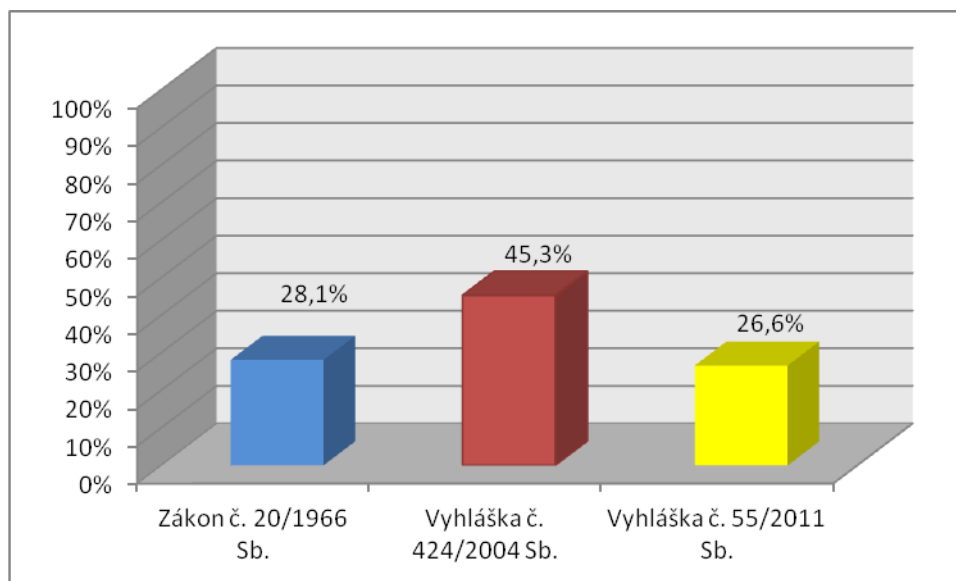
POČETNÍ KONTROLA MATERIÁLU



Z celkového počtu 64 (100%) respondentů uvedlo 62 (96,8%) ano, 1 sestra (1,6%) uvedla spíše ano, žádná neuvdla spíše ne a 1 sestra (1,6%) uvedla ne.

Graf 6

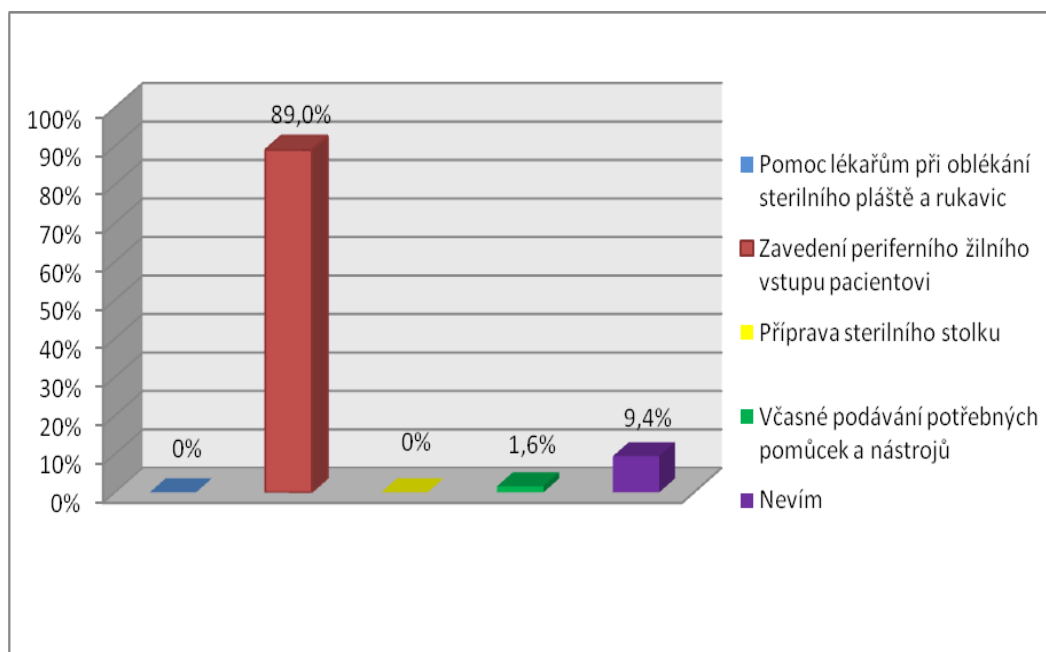
DOKUMENT VYMEZUJÍCÍ KOMPETENCE



Z celkového počtu 64 (100%) respondentů uvedlo 18 sester (28,1%) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, 29 sester (45,3%) uvedlo Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 17 sester (26,6%) uvedlo Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Graf 7

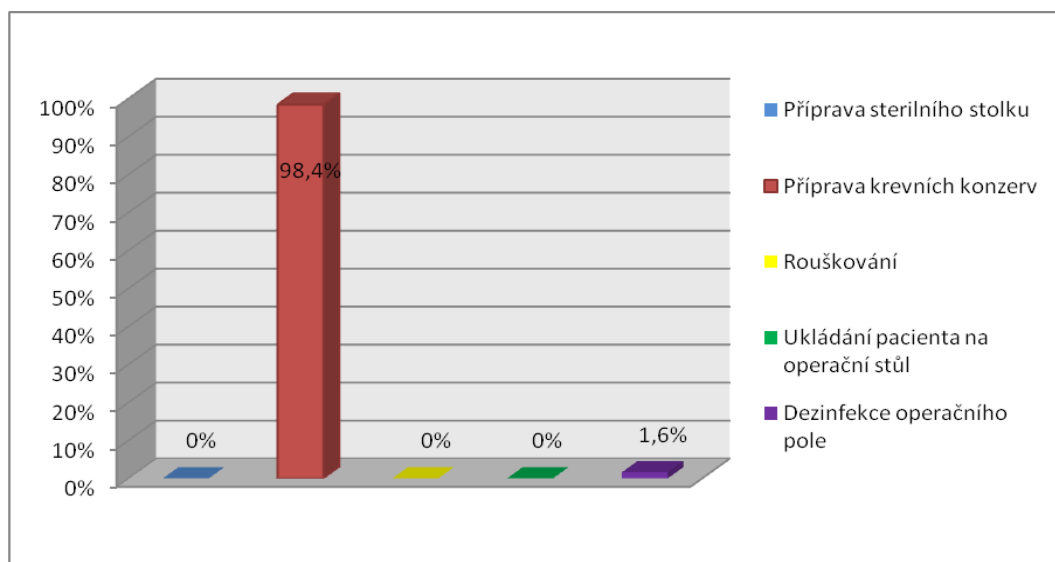
ČINNOST NEPATŘÍCÍ PRIMÁRNĚ DO PRACOVNÍ NÁPLNĚ SESTRY PRO
PERIOPERAČNÍ PÉČE NA OPERAČNÍM SÁLE



Z celkového počtu 64 (100%) sester pro perioperační péči žádná nevedla pomoc lékařům při oblékání sterilního pláště a rukavic, 57 sester (89,0%) uvedlo zavedení periferního žilního vstupu pacientovi, žádná nevedla příprava sterilního stolku, 1 sestra (1,6%) uvedla včasné podávání potřebných pomůcek a nástrojů a 6 sester (9,4%) uvedlo možnost nevím.

Graf 8

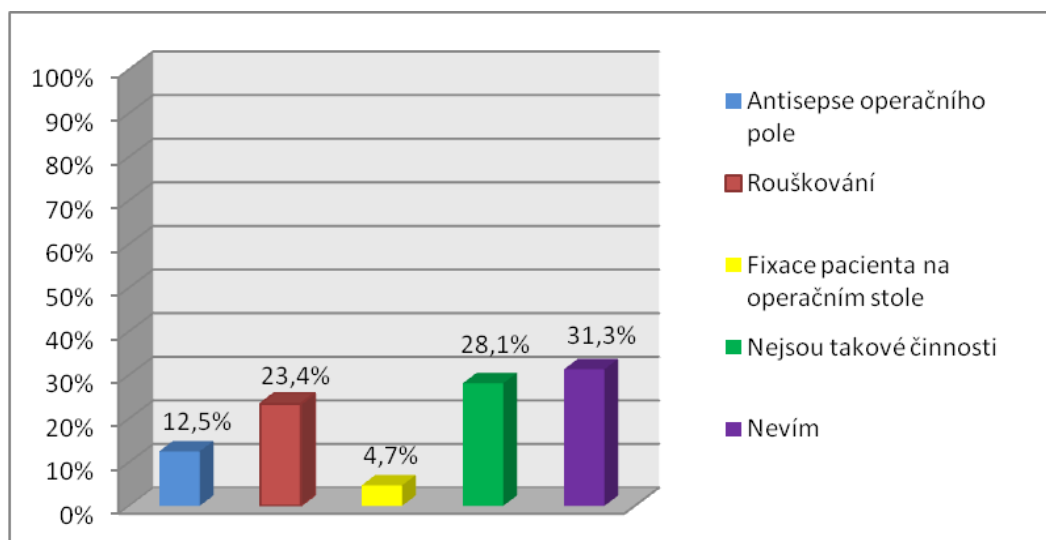
ČINNOSTI NEVYKONÁVANÉ SESTROU PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI NA
OPERAČNÍM SÁLE



Z celkového počtu 64 (100%) sester pro perioperační péči žádná nevedla příprava sterilního stolku, 63 sester (98,4%) uvedlo příprava krevních konzerv, žádná sestra nevedla rouškování ani ukládání pacienta na operační stůl a 1 sestra (1,6%) uvedla dezinfekce operačního pole.

Graf 9

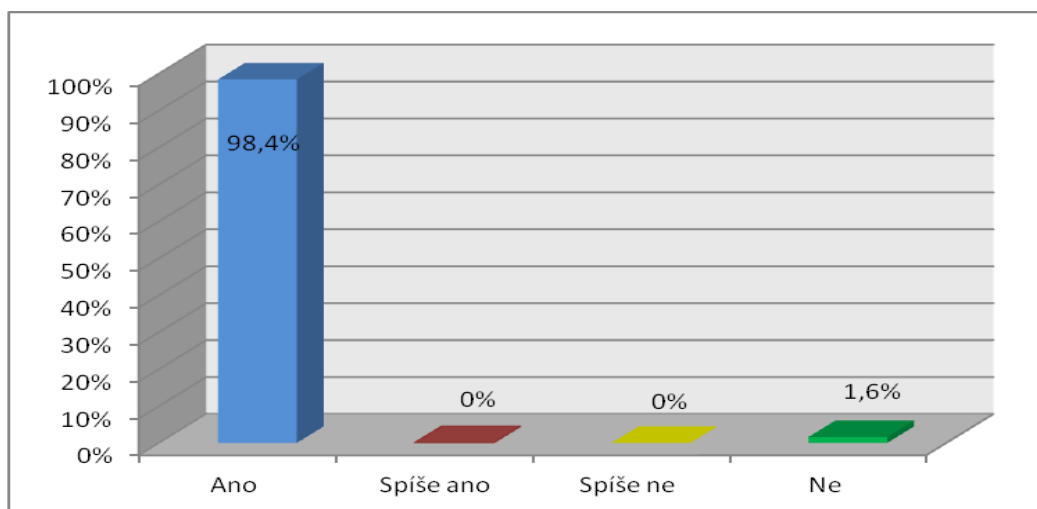
ČINNOSTI PROVÁDĚNÉ SESTROU PRO PERIOPERAČNÍ PÉČI POD
ODBORNÝM DOHLEDEM LÉKAŘE



Z celkového počtu 64 (100%) sester pro perioperační péči uvedlo 8 sester (12,5%) antiseptice operačního pole, 15 sester (23,4%) uvedlo rouškování, 3 sestry (4,7%) uvedly fixace pacienta na operačním stole, 18 sester (28,1%) vybralo možnost nejsou takové činnosti a 20 sester (31,3%) odpovědělo nevím.

Graf 10

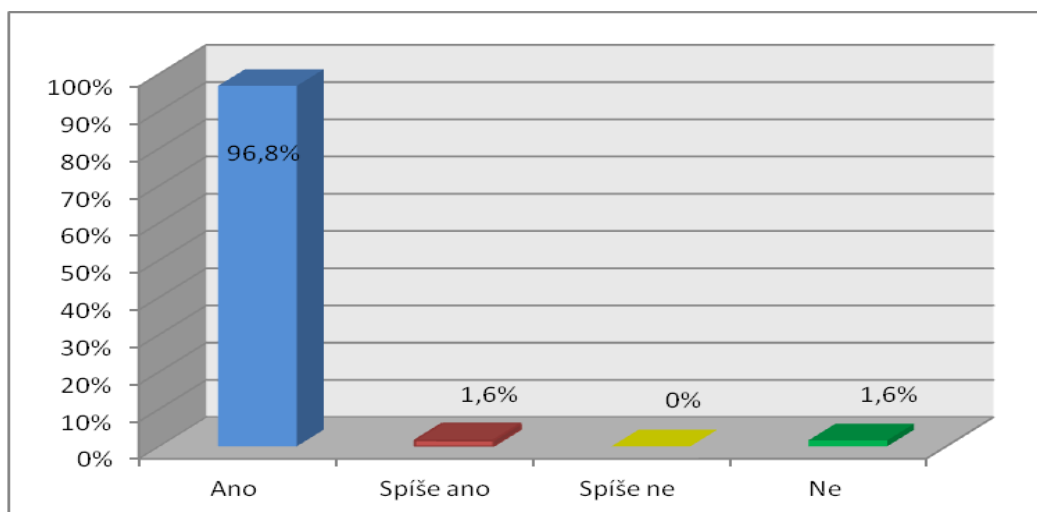
ZAJIŠTĚNÍ STÁLÉ PŘIPRAVENOSTI PRACOVIŠTĚ K OPERAČNÍMU VÝKONU



Z celkového počtu 64 (100%) respondentů uvedlo 63 sester (98,4%) ano, žádná sestra neuvedla spíše ano ani spíše ne a 1 sestra (1,6%) odpověděla ne.

Graf 11

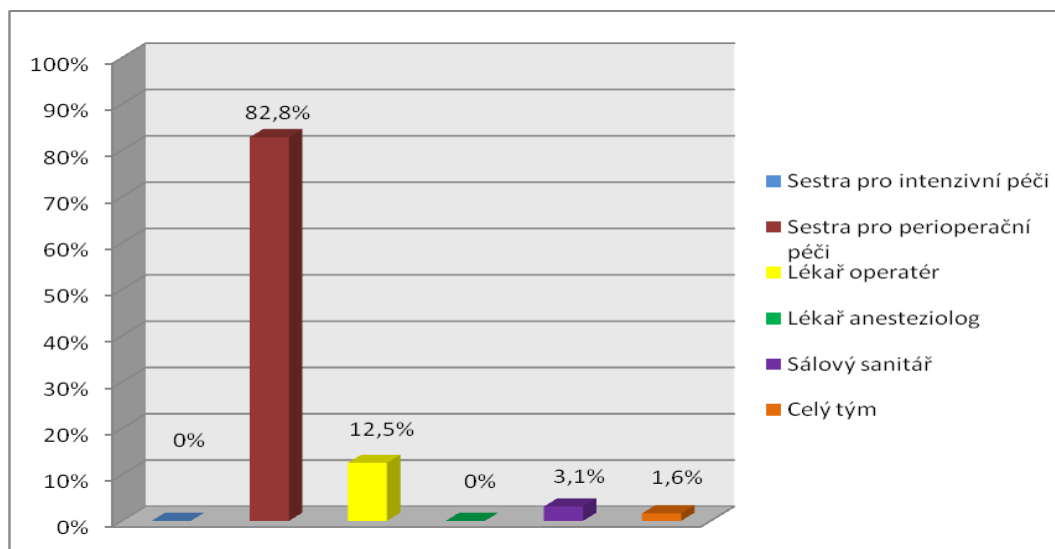
PROVÁDĚNÍ SPECIALIZOVANÝCH DEZINFEKČNÍCH A STERILIZAČNÍCH POSTUPŮ



Z celkového počtu 64 (100%) respondentů uvedlo 62 sester (96,8%) ano, spíše ano uvedla 1 sestra (1,6%), žádná sestra neuvedla spíše ne a 1 (1,6%) sestra uvedla ne.

Graf 12

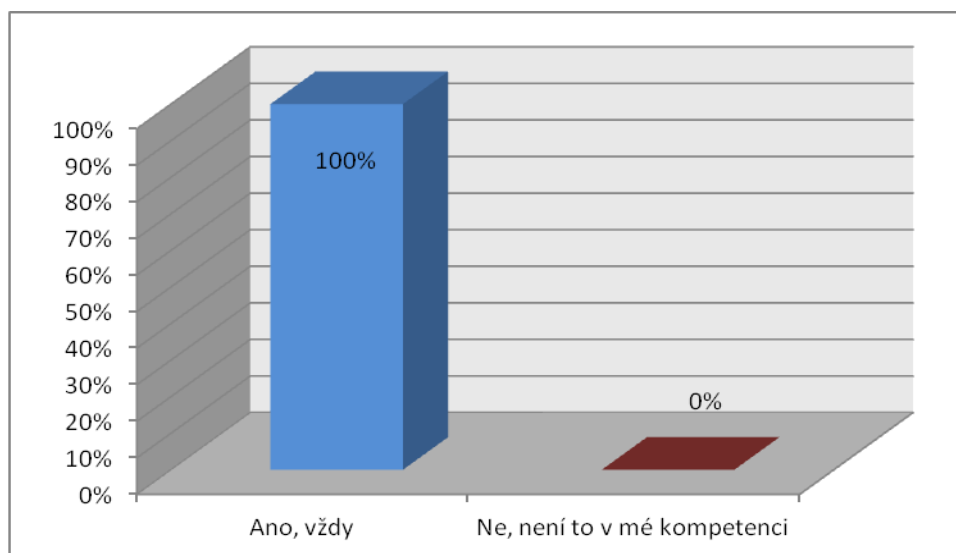
ZODPOVĚDNOST ZA POLOHU PACIENTA I.



Z celkového počtu 64 (100%) respondentů žádný nevedl sestra pro intenzivní péči, 53 respondentů (82,8%) uvedlo sestra pro perioperační péči, 8 respondentů (12,5%) uvedlo lékař operátor, žádný respondent nevedl lékař anesteziolog, 2 respondenti (3,1%) uvedli sálkový sanitář a 1 respondent (1,6%) uvedl celý tým.

Graf 13

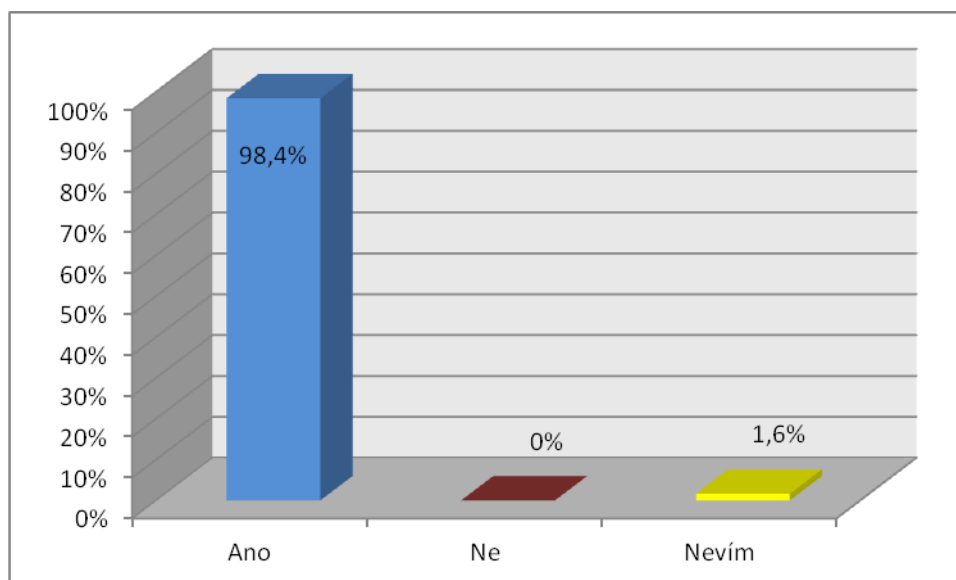
KONTROLA ZABEZPEČENÍ PACIENTA PROTI ÚRAZU



Z celkového počtu 64 (100%) respondentů uvedlo 64 respondentů (100%) ano, vždy a žádný respondent nevedl ne, není to v mé kompetenci.

Graf 14

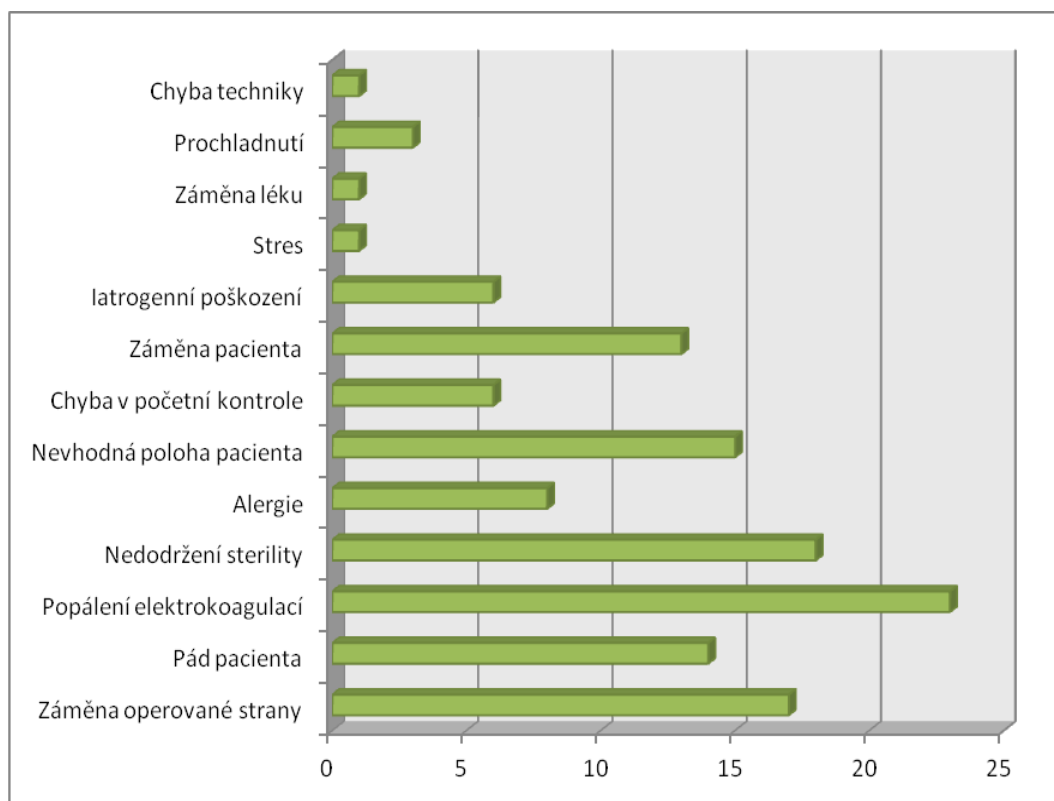
ZAVEDENÉ OPATŘENÍ PROTI POŠKOZENÍ PACIENTOVA ZDRAVÍ NA PRACOVÍŠTI



Z celkového počtu 64 (100%) respondentů uvedlo 63 respondentů (98,6%) ano, žádný respondent nevedl ne a 1 respondent (1,6%) uvedl nevím.

Graf 15

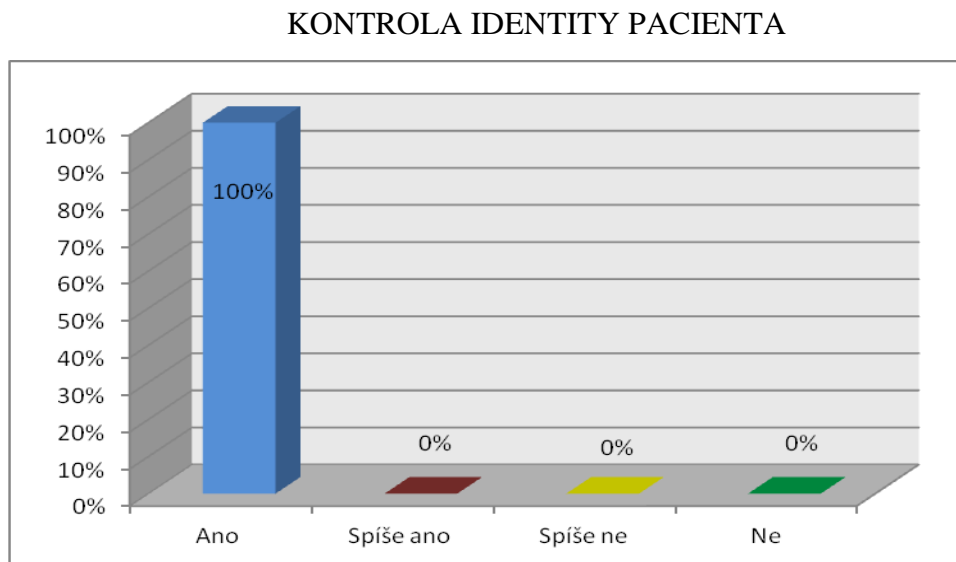
FAKTORY POŠKOZUJÍCÍ ZDRAVÍ PACIENTA (V RELATIVNÍCH ČÍSLECH)



Tato otázka byla otevřená a uvedené odpovědi byly následující: respondenti uvedli jednu chybu techniky, 3krát uvedli prochladnutí pacienta, jednu uvedli záměnu léku, jednu uvedli také stres, iatrogenní poškození uvedli 6krát, 13krát uvedli záměnu pacienta, 6krát uvedli chybu v početní kontrole, nevhodnou polohu pacienta napsali respondenti 15krát, 8krát napsali alergii, nedodržení sterility napsali 18krát, popálení elektrokoagulací uvedli 23krát, 14krát uvedli pád pacienta a 17krát uvedli záměnu operované strany.

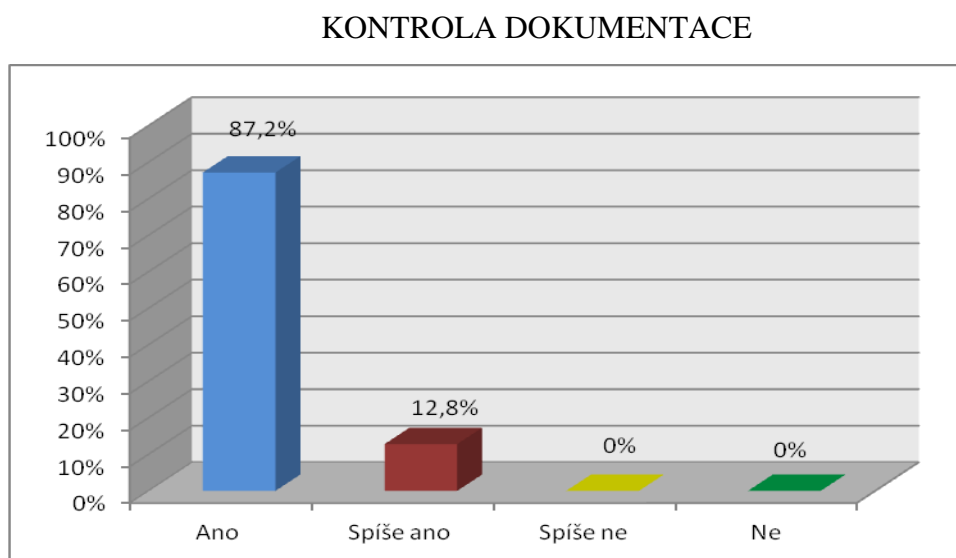
4.2 Dotazníky pro sestry pro intenzivní péči

Graf 16



Z celkového počtu 39 (100%) sester pro intenzivní péči uvedlo 39 (100%) sester ano, žádná nevedla spíše ano, žádná nevedla spíše ne a žádná nevedla ne.

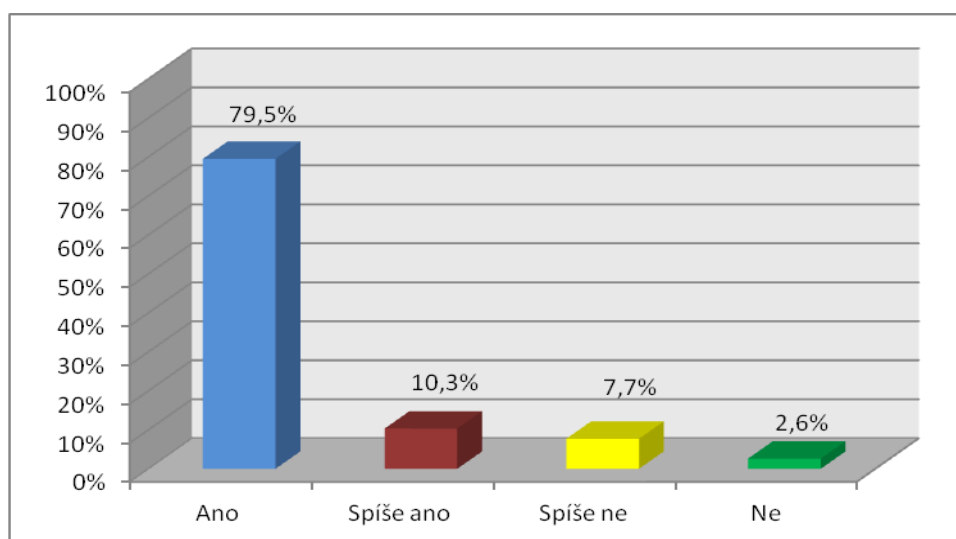
Graf 17



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů označilo 34 respondentů (87,2%) ano, 5 respondentů (12,8%) označilo spíše ano, žádný respondent neoznačil spíše ne a žádný respondent neoznačil ne.

Graf 18

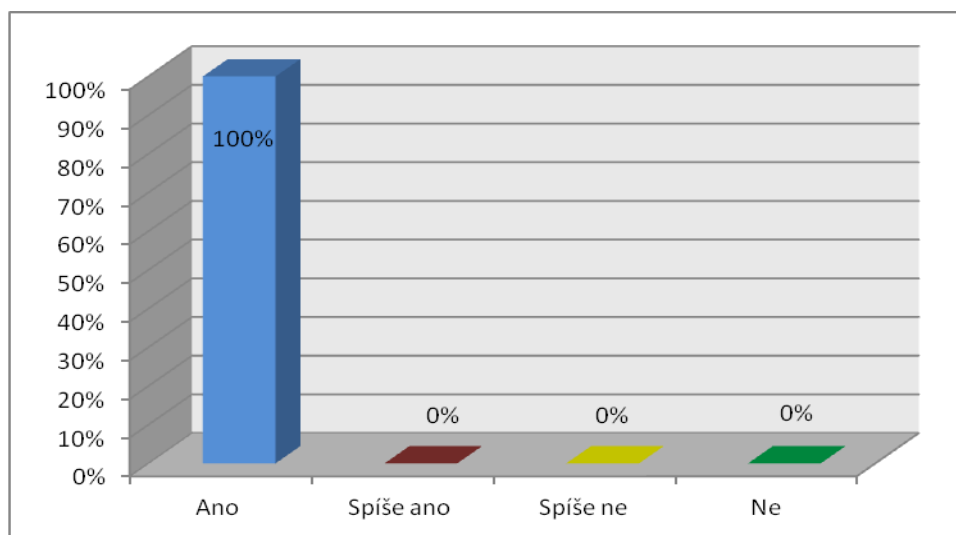
KONTROLA CELKOVÉHO VZHLEDU PACIENTA



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů uvedlo 31 respondentů (79,5%) ano, 4 respondenti (10,3%) uvedli spíše ano, 3 respondenti (7,7%) uvedli spíše ne a 1 respondent (2,6%) uvedl ne.

Graf 19

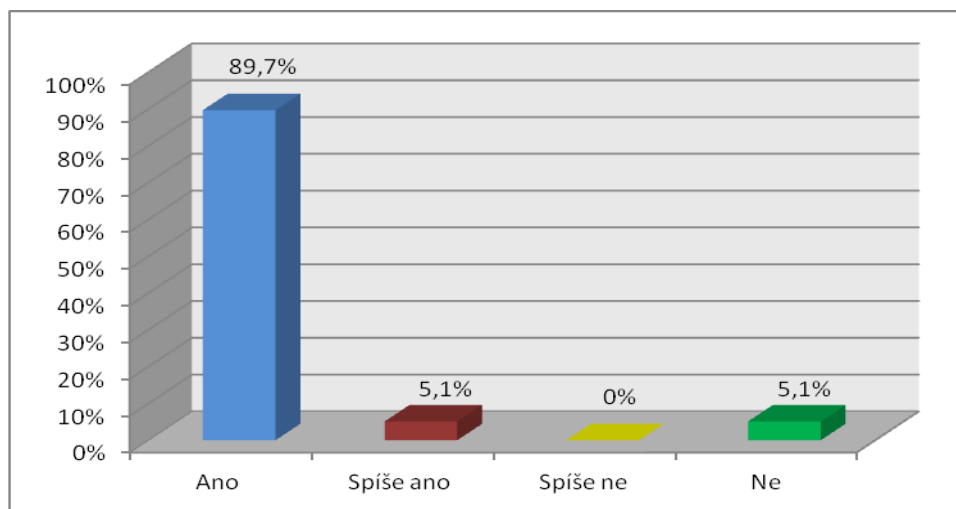
KONTROLA ABSENCE ZUBNÍCH NÁHRAD



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů uvedlo 39 (100%) respondentů ano, žádný nevedl spíše ano, žádný nevedl spíše ne a žádný nevedl ne.

Graf 20

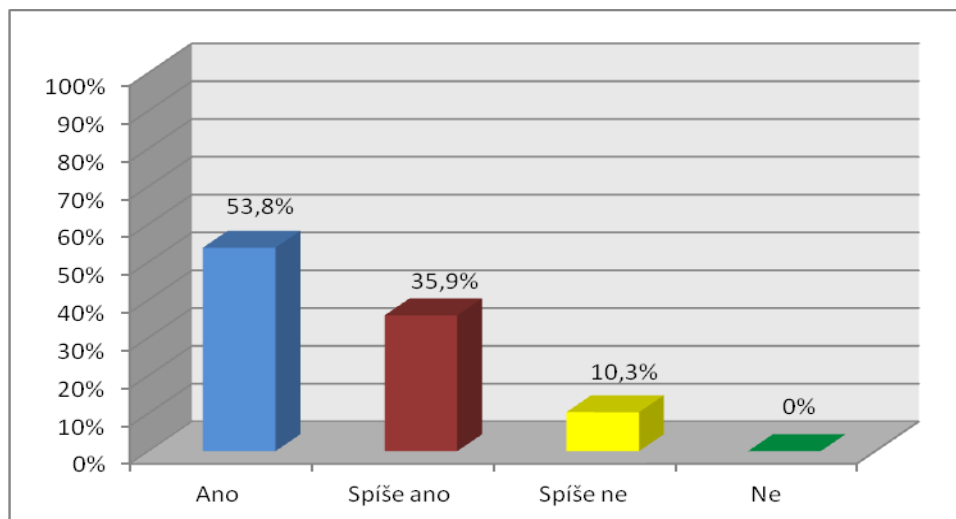
KONTROLA ABSENCE ŠPERKŮ



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů označilo 35 respondentů (89,7%) ano, 2 respondenti (5,1%) označili spíše ano, žádný neoznačil spíše ne a 2 respondenti (5,1%) označili ne.

Graf 21

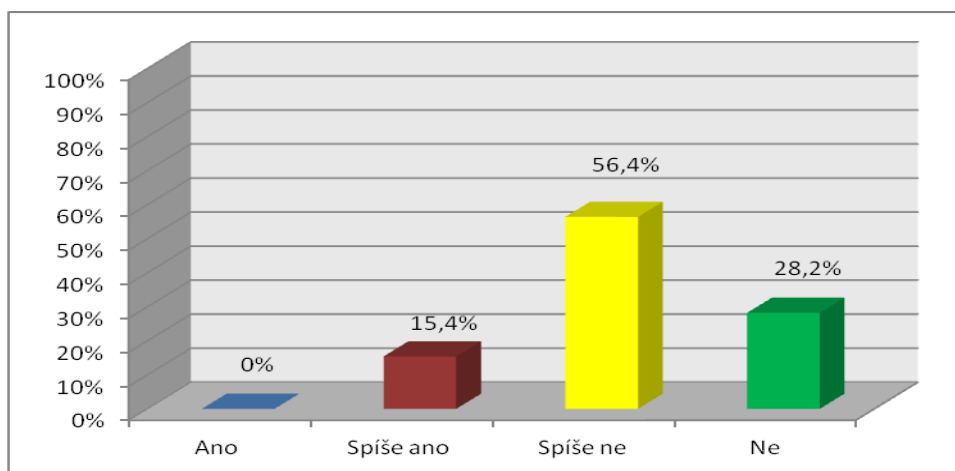
PŘÍTOMNOST SESTRY PRO INTENZIVNÍ PÉČI VE VSTUPNÍM FILTRU PRO PACIENTA



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů uvedlo 21 respondentů (53,8%) uvedlo ano, 14 respondentů (35,9%) uvedlo spíše ano, 4 respondenti (10,3%) uvedli spíše ne a žádný neuvedl ne.

Graf 22

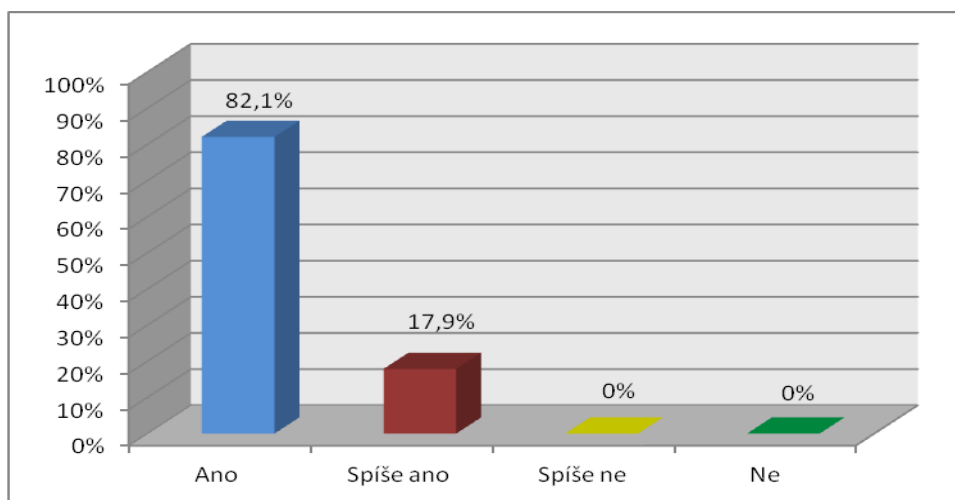
PŘÍTOMNOST SESTRY PRO INTENZIVNÍ PÉČI VE VSTUPNÍM FILTRU
S LÉKAŘEM



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů žádný neuvedl ano, 6 respondentů (15,4%) uvedlo spíše ano, 22 respondentů (56,4%) uvedlo spíše ne a 11 respondentů (28,2%) uvedlo ne.

Graf 23

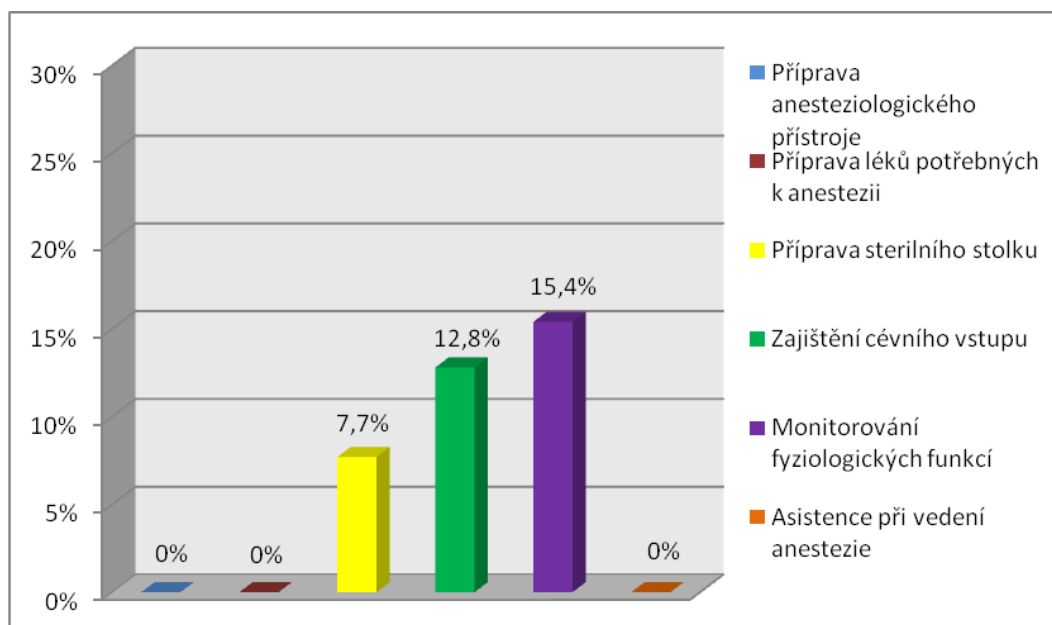
PŘÍTOMNOST SESTRY PRO INTENZIVNÍ PÉČI VE VSTUPNÍM FILTRU
PO OPERAČNÍM VÝKONU



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů uvedlo 32 respondentů (82,1%) ano, 7 respondentů (17,9%) uvedlo spíše ano, žádný respondent neuvedl spíše ne a žádný respondent neuvedl ne.

Graf 24

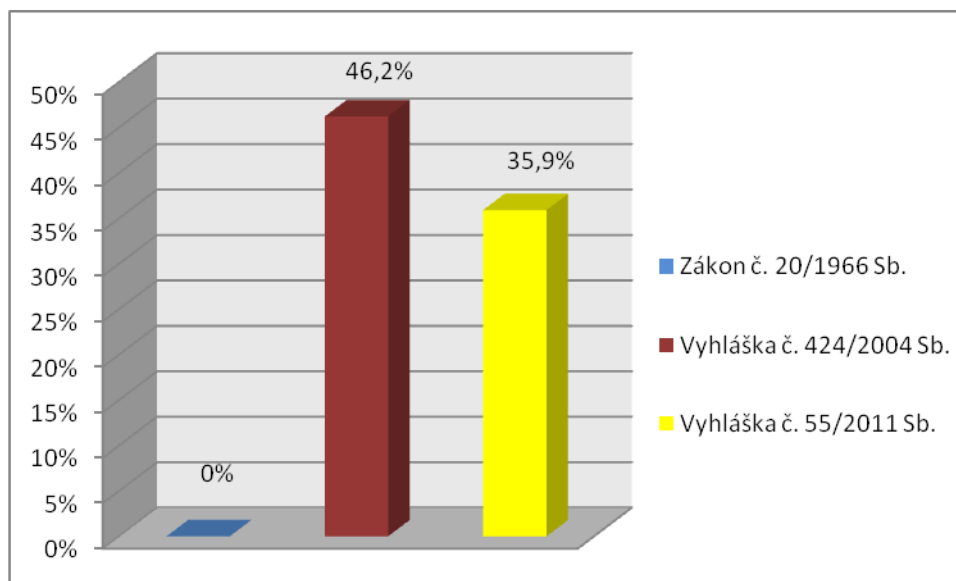
ČINNOST NEPATŘÍCÍ MEZI KOMPETENCE SESTRY PRO INTENZIVNÍ PÉČI



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů žádný neoznačil příprava anesteziologického přístroje, žádný respondent neoznačil příprava léků potřebných k anestezii, 3 respondenti (7,7%) označili příprava sterilního stolku, 5 respondentů (12,8%) označilo zajištění cévního vstupu, 6 respondentů (15,4%) označilo monitorování fyziologických funkcí, žádný respondent neoznačil asistence při vedení anestezie a 25 (64,1%) respondentů neoznačilo žádnou možnost.

Graf 25

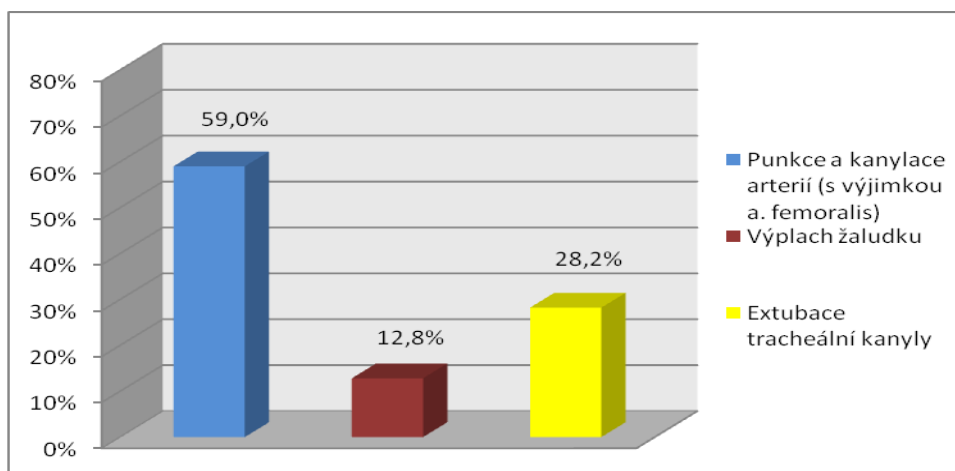
PRÁVNÍ VYMEZENÍ KOMPETENCÍ



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů žádný neoznačil Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, 18 respondentů (46,2%) označilo Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 14 respondentů (35,9%) označilo Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 7 respondentů (17,9%) neoznačilo žádnou možnost.

Graf 26

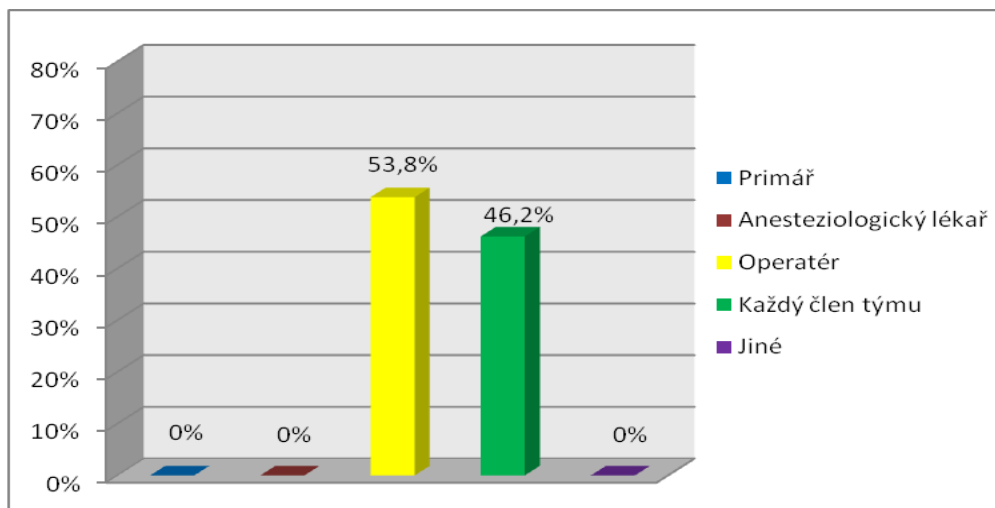
KOMPETENCE SESTRY PRO INTENZIVNÍ PÉČI POD ODBORNÝM DOHLEDEM LÉKAŘE



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů uvedlo 23 respondentů (59,0%) punkce a kanylace arterií (s výjimkou a. femoralis), 5 respondentů (12,8%) uvedlo výplach žaludku a 11 respondentů (28,2%) uvedlo extubace tracheální kanyly.

Graf 27

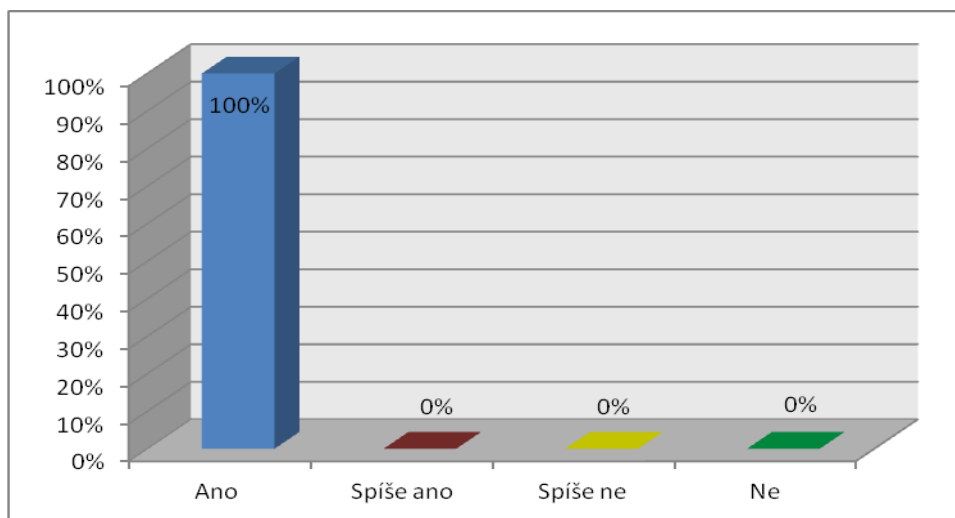
ZODPOVĚDNOST ZA PRŮBĚH A VÝSLEDEK OPERACE



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů žádný nevedl primář, žádný respondent nevedl anesteziologický lékař, 21 respondentů (53,8%) uvedlo operatér, 18 respondentů (46,2%) uvedlo každý člen týmu a žádný nenapsal jinou možnost.

Graf 28

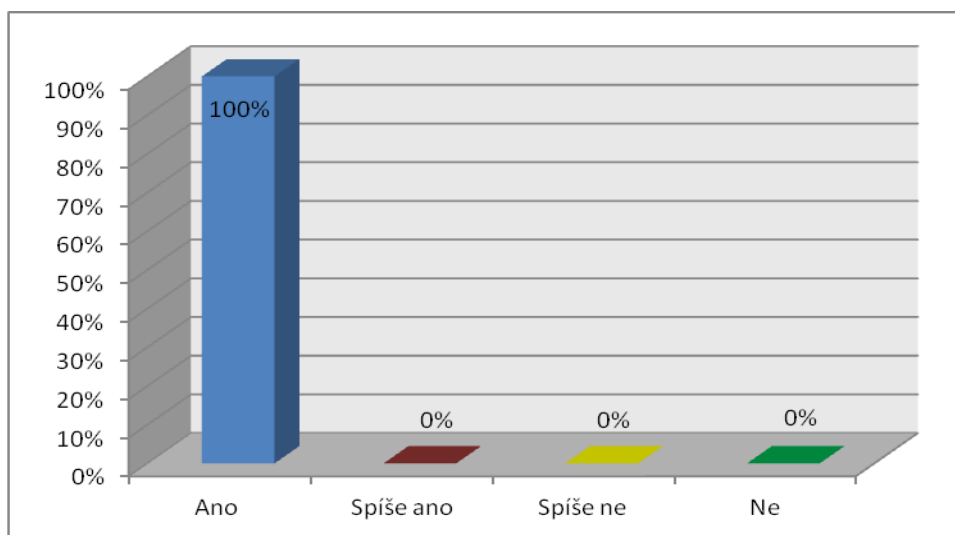
KONTROLA PŘÍSTROJŮ POTŘEBNÝCH K ANESTEZII



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů uvedlo 39 respondentů (100%) ano, žádný nevedl spíše ano, žádný respondent nevedl spíše ne a žádný nevedl ne.

Graf 29

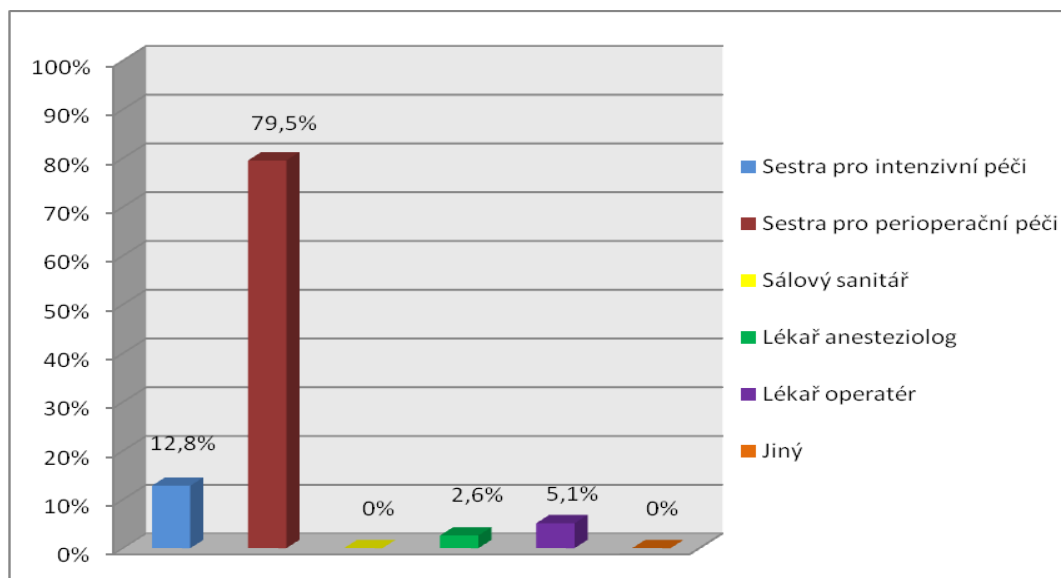
ZAJIŠTĚNÍ TRANSFÚZNÍCH PŘÍPRAVKŮ



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů označilo 39 (100%) respondentů ano, žádný neoznačil spíše ano, stejně tak žádný neoznačil spíše ne a žádný respondent neoznačil ne.

Graf 30

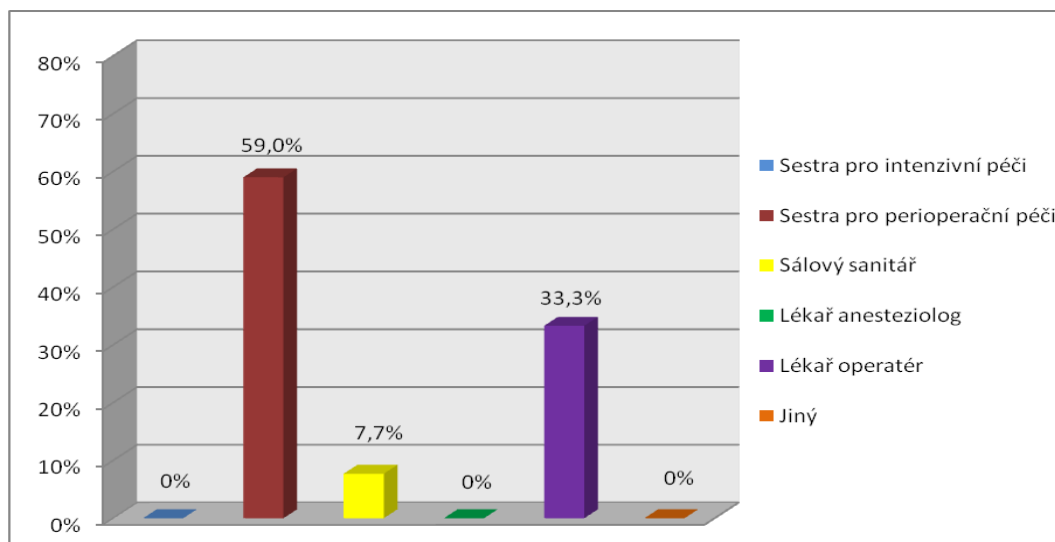
ZODPOVĚDNOST ZA PREVENCI DEKUBITŮ



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů uvedlo 5 respondentů (12,8%) sestru pro intenzivní péči, 31 respondentů (79,5%) sestru pro perioperační péči, žádný respondent neuvedl sálový sanitář, 1 respondent (2,6%) uvedl lékaře anesteziologa, 2 respondenti (5,1%) uvedli lékaře operátora a nikdo nenapsal jinou možnost.

Graf 31

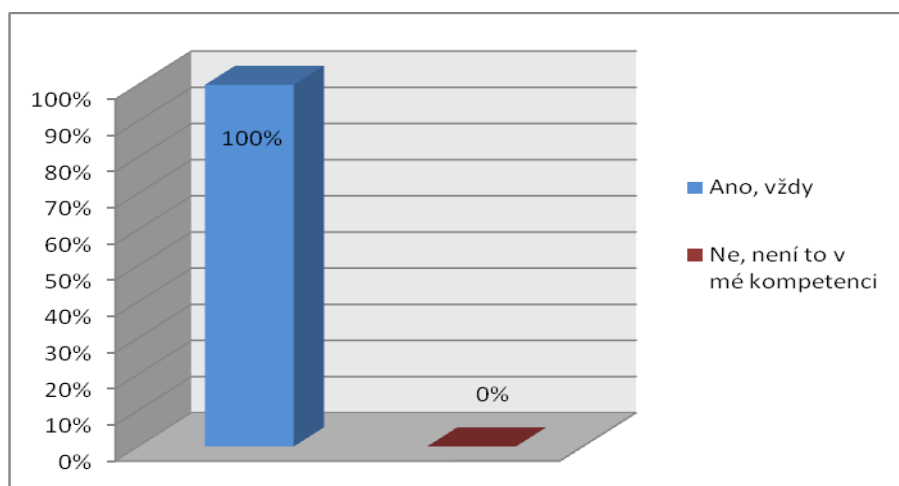
ZODPOVĚDNOST ZA POLOHU PACIENTA II.



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů žádný neoznačil sestru pro intenzivní péči, 23 respondentů (59,0%) označilo sestru pro perioperační péči, 3 respondenti (7,7%) označili sálový sanitář, žádný respondent neoznačil lékaře anesteziologa, 13 respondentů (33,3%) označilo lékaře operátora a žádný respondent nenapsal jinou možnost.

Graf 32

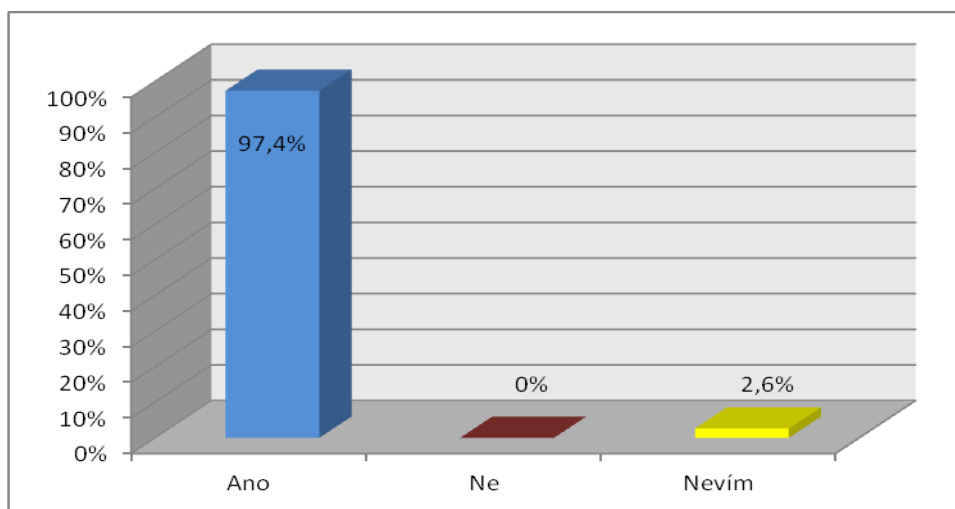
KONTROLA ZABEZPEČENÍ PROTI ÚRAZU



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů označilo 39 respondentů (100%) ano, vždy a žádný respondent neoznačil ne, není to v mé kompetenci.

Graf 33

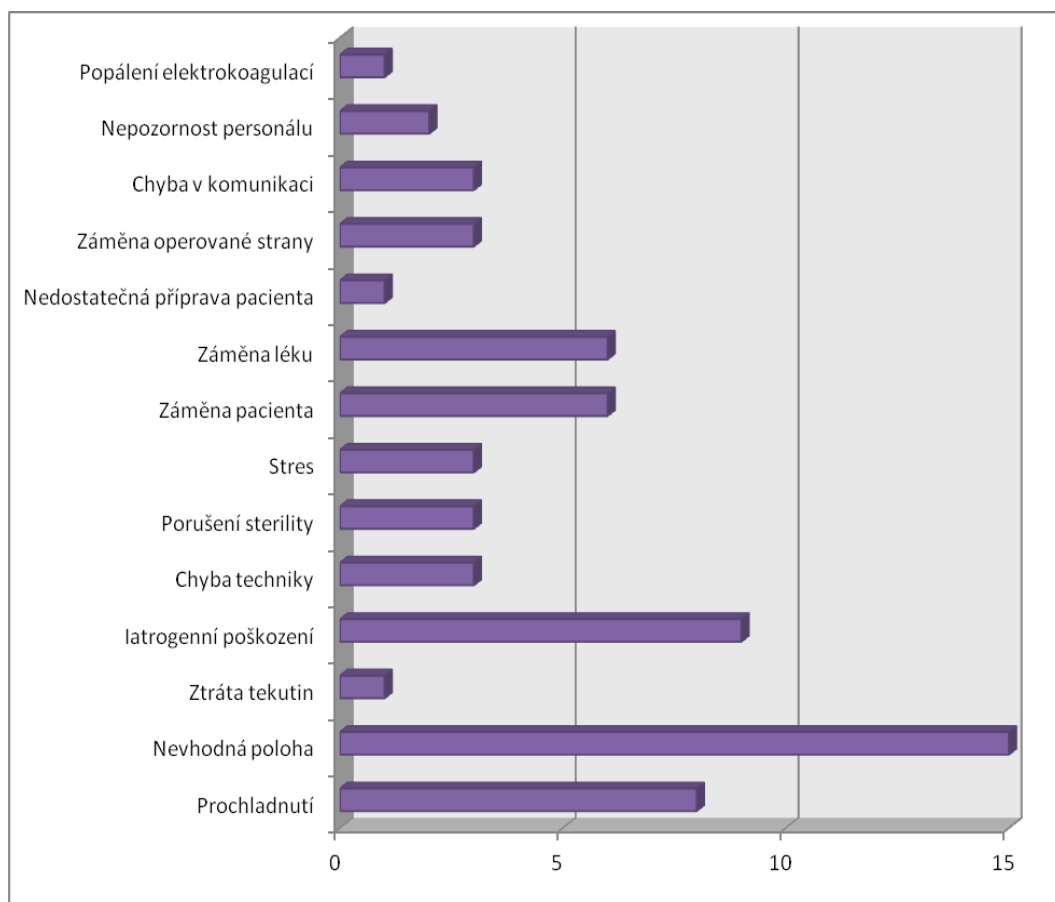
ZAVEDENÁ ÚČINNÁ OPATŘENÍ PROTI POŠKOZENÍ ZDRAVÍ PACIENTA
NA PRACOVÍŠTI



Z celkového počtu 39 (100%) respondentů uvedlo 38 respondentů (97,4%) ano, žádný respondent nevedl ne a 1 respondent (2,6%) uvedl nevím.

Graf 34

NEGATIVNÍ FAKTORY POŠKOZUJÍCÍ ZDRAVÍ PACIENTA (V
RELATIVNÍCH ČÍSLECH)



Toto byla otevřená otázka a uvedeny byly tyto odpovědi: respondenti uvedli 1krát popálení elektrokoagulací, 2krát uvedli nepozornost personálu, 3krát uvedli chyba v komunikaci, 3krát uvedli záměna operované strany, 1krát uvedli nedostatečná příprava pacienta, 6krát respondenti uvedli záměna léku, 6krát také uvedli záměna pacienta, 3krát uvedli stres, porušení sterility uvedli také 3krát, stejně tak 3krát uvedli i chyba techniky, 9krát uvedli iatrogenní poškození, 1krát uvedli ztráta tekutin, 15krát respondenti uvedli nevhodná poloha a prochladnutí uvedli 8krát.

4.3 Rozhovory s pacienty chirurgických oborů

Rozhovor s pacientem č. 1

Pacient ve věku 43 let byl přijat pro cholecystitidu. Operován byl laparoskopicky v celkové anestezii. Toto byl jeho první operační výkon. V den rozhovoru byl 2. den po operačním výkonu.

1. O čem jste byl zdravotnickým personálem poučen před operačním výkonem?

O všem, co bylo nutné k operaci. Dostal jsem také informační letáky.

2. Musel jste podepisovat nějaké dokumenty, pokud ano, jaké?

Seznámení s narkózou a poučení o operaci žlučníku.

3. Jak jste byl spokojen s vaší informovaností k operaci?

Dostal jsem dostatek informací a vše mi bylo srozumitelně vysvětleno.

4. Jaký byl váš režim před operací?

Dieta, od večera jsem nic nejedl a nepil. Oholili mi břicho a musel jsem se ráno před operací vysprchovat a umýt dezinfekčním mýdlem. Pak mi dali na sebe takovou košili a na nohy jsem si oblékl punčocháče.

5. Vzniklo pro vás před operačním výkonem nějaké omezení?

Ne, žádné omezení jsem nepociťoval.

6. Jak jste se cítil v době od přijetí na oddělení do doby, než jste byl převezen na sál?

Bál jsem se té operace, byla to má první. Před skalpelem mám respekt. Člověk má na pokoji dost času na přemýšlení.

7. Jak jste se cítil na operačním sále?

Ani nevím, rychle mě tam uspali.

8. Jak jste byl spokojen s přístupem personálu na operačním sále?

Všichni byli velice příjemní, vše bylo v pořádku.

9. Jak s vámi komunikoval zdravotnický personál na sále?

Dobře, vše mi vysvětlovali a uklidňovali mě, takže jsem věděl, co se bude dít.

10. Co byste si přál, aby bylo, ohledně doby před operací a na operačním sále, jinak?

Vše bylo dobré, žádné připomínky nemám.

11. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste označil za nepříjemnou?

Velmi rychle mě uspali, takže jsem toho příliš nevnímal.

12. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste naopak označil za příjemnou?

Operační sál vzbuzuje respekt, takže nejsem schopen to posoudit.

Rozhovor s pacientem č. 2

Pacientka ve věku 56 let byla přijata pro karcinom žlučníku. Operační výkon proběhl v celkové anestezii. Toto byl pacientky první operační výkon. V den rozhovoru byla 12. den po operačním výkonu.

1. O čem jste byl zdravotnickým personálem poučen před operačním výkonem?

O anestezii, o ubytování, ošetřování, o režimu. Také mi řekli, že budu po operaci na JIP. Poučili mě o věcech, které bych tu neměla nechávat a kam mi uklidí oblečení.

2. Musela jste podepisovat nějaké dokumenty, pokud ano, jaké?

Dokument o anestezii a ten list, kde popisovali operační zákrok.

3. Jak jste byla spokojena s vaší informovaností k operaci?

Bylo toho tolik, až by mě to mohlo děsit. Vysvětlili mi, jak a proč budou postupovat.

4. Jaký byl váš režim před operací?

Do půlnoci hodně pít, pak už nepít ani nejíst, večeri už jsem nedostala. Udělali mi klyzma. Na noc jsem dostala prášek na spaní. Ráno jsem se musela vysprchovat, vzala jsem si anděla a punčochy.

5. Vzniklo pro vás před operačním výkonem nějaké omezení?

Ne, žádné.

6. Jak jste se cítila v době od přijetí na oddělení do doby, než jste byla převezena na sál?

Jako běžně, ale byla jsem v očekávání, nevěděla jsem, do čeho jdu.

7. Jak jste se cítila na operačním sále?

Všechno mělo rychlý spád, takže jsem nepocítovala žádný strach. Byl to mžik a byla jsem uspaná.

8. Jak jste byla spokojena s přístupem personálu na operačním sále?

Výborný přístup, byla jsem opravdu spokojená.

9. Jak s vámi komunikoval zdravotnický personál na sále?

Povídali si se mnou, dokud mě neuspali. Říkali mi, co se mnou budou dělat.

10. Co byste si přála, aby bylo, ohledně doby před operací a na operačním sále, jinak?

Vše bylo v pořádku, nemyslím si, že bych něco změnila.

11. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste označila za nepříjemnou?

Ne, nevybavuji si nic.

12. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste označila naopak za příjemnou?

Také mě nic nenapadá.

Rozhovor s pacientem č. 3

Pacient ve věku 46 let byl přijat k chirurgickému odstranění tříselné kýly. Operační výkon byl proveden laparoskopicky v celkové anestezii. Toto byl pacientův první operační zákrok. V den rozhovoru byl pacient 2. den po operačním výkonu.

1. O čem jste byl zdravotnickým personálem poučen před operačním výkonem?

Bylo toho mnoho. Pamatuji si, že mi vysvětlovali vše ohledně anestezie, předoperačním režimu. Také mi řekli, jak bude probíhat laparoskopie a jaké mohou nastat komplikace.

2. Musel jste podepisovat nějaké dokumenty, pokud ano, jaké?

Ano, podepisoval jsem poučení o anestezii a také jsem musel podepsat, že souhlasím s tou operací.

3. Jak jste byl spokojen s vaší informovaností k operaci?

Byl jsem spokojen, ale moc jsem těch informací nepotřeboval, věřil jsem tomu, co dělají.

4. Jaký byl váš režim před operací?

Den před tím, než jsem měl jít na operaci, jsem jedl jen vývar. Od půlnoci už jsem nesměl ani jíst ani pít. Také jsem dostal klyzma. Dali mi čípky. Musel jsem si oholit břicho a umýt se mýdlem, které mi dali. Ráno jsem si měl natáhnout punčochy a vzít košili.

5. Vzniklo pro vás před operačním výkonem nějaké omezení?

Žádné, vše jsem bral, tak jak mi to bylo řečeno.

6. Jak jste se cítil v době od přijetí na oddělení do doby, než jste byl převezen na sál?

Dobře, ale měl jsem trochu strach z operace a bylo mi to na pokoji dlouhé.

7. Jak jste se cítil na operačním sále?

Také dobře, strach ze mě za chvíli opadl a čekal jsem, až mě uspí a to netrvalo moc dlouho.

8. Jak jste byl spokojen s přístupem personálu na operačním sále?

Dobře, byly tam milé sestřičky, povídali si se mnou.

9. Jak s vámi komunikoval zdravotnický personál na sále?

Byli moc milí, vtipkovali. Bylo to příjemné.

10. Co byste si přál, aby bylo, ohledně doby před operací a na operačním sále, jinak?

Nevím, bylo to tak rychlé. Asi nic, byl jsem spokojen.

11. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste označil za nepříjemnou?

Bylo tam zvláštní temno.

12. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste naopak označil za příjemnou?

Asi ani ne.

Rozhovor s pacientem č. 4

Pacient ve věku 79 let byl přijat pro karcinom ledvin. Operační výkon proběhl v celkové anestezii. V minulosti již podstoupil jiný operační výkon. V den rozhovoru byl 13. den po operačním výkonu.

1. O čem jste byl zdravotnickým personálem poučen před operačním výkonem?

Co jíst, co ne. Jak bude vše probíhat. Dostal jsem dokument, kde to bylo napsáno, jaká anestezie, že nesmím kouřit apod.

2. Musel jste podepisovat nějaké dokumenty, pokud ano, jaké?

No právě ten dokument o anestezii a o operaci.

3. Jak jste byl spokojen s vaší informovaností k operaci?

Pan primář mluvil krátce a jasně, všemu jsem rozuměl. Řekl mi, i jaké jsou možnosti.

4. Jaký byl váš režim před operací?

Dieta už 3 dny před operací, pak mi dali vypít 4 litry té vody, od půlnoci jsem nepil. Oholili mě, vysprchovali a dali mi košili.

5. Vzniklo pro vás před operačním výkonem nějaké omezení?

Necítil jsem žádné omezení, vše se dalo vydržet.

6. Jak jste se cítil v době od přijetí na oddělení do doby, než jste byl převezen na sál?

Se vším jsem byl smířený, ale měl jsem nějaké obavy, ty mám ale i dnes.

7. Jak jste se cítil na operačním sále?

Vše bylo tak rychlé, že jsem nic moc nevnímal.

8. Jak jste byl spokojen s přístupem personálu na operačním sále?

Sestra na mě mluvila po celou dobu, dokud jsem neusnul.

9. Jak s vámi komunikoval zdravotnický personál na sále?

Vše mi sestra vysvětlovala, byla velmi příjemná.

10. Co byste si přál, aby bylo, ohledně doby před operací a na operačním sále, jinak?

Vše bylo dobré, nic bych neměnil.

11. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste označil za nepříjemnou?

Jediné, co mi bylo nepříjemné, že jsem měl otláčené rameno a bolelo mě.

12. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste naopak označil za příjemnou?

Profesionální přístup a komunikaci sester.

Rozhovor s pacientem č. 5

Pacient ve věku 73 let byl přijat pro karcinom prostaty. Operační výkon proběhl v lokální anestezii. V minulosti již podstoupil několik operačních zákroků. V den rozhovoru byl pacient 8. den po operačním výkonu.

1. O čem jste byl zdravotnickým personálem poučen před operačním výkonem?

Vysvětlili mi, o jakou operaci jde, co mě čeká po operaci, možné komplikace a jejich rozsah, také mi řekli, jaký budu mít režim před operací.

2. Musel jste podepisovat nějaké dokumenty, pokud ano, jaké?

Dokument o té operaci a mnoho jiných, bylo to mnoho ležster.

3. Jak jste byl spokojen s vaší informovaností k operaci?

Ano velmi, vše mi vysvětlili jasně, nemusel jsem se na nic doptávat.

4. Jaký byl váš režim před operací?

V poledne jsem měl jen polévku, pak jsem dostal klyzma, do půlnoci pití a druhý den už nic. Musel jsem nechat zuby ve stolku a umýt se.

5. Vzniklo pro vás před operačním výkonem nějaké omezení?

Ne vše bylo bez problémů.

6. Jak jste se cítil v době od přijetí na oddělení do doby, než jste byl převezen na sál?

Dobře. Byl jsem připraven. Psychicky jsem byl v pohodě, zažil jsem už sedm různých zákroků, takže jsem věděl, do čeho jdu.

7. Jak jste se cítil na operačním sále?

Také dobře. Všichni si se mnou povídali.

8. Jak jste byl spokojen s přístupem personálu na operačním sále?

Dobře, byli ochotní.

9. Jak s vámi komunikoval zdravotnický personál na sále?

Sestra už při převzetí se mnou začala mluvit a vysvětlovat, co se bude dít. Na sále se mnou mluvili o myslivosti a vtipkovali.

10. Co byste si přál, aby bylo, ohledně doby před operací a na operačním sále, jinak?

To nemohu posoudit, v té chvíli jsem to tak nevnímal.

11. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste označil za nepříjemnou?

Vůbec ne.

12. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste naopak označil za příjemnou?

Personál, neustále se se mnou bavili, uteklo mi to na sále velmi rychle.

Rozhovor s pacientem č. 6

Pacient ve věku 68 let byl přijat pro krvácení do močového měchýře způsobené rupturou močového měchýře. Operační výkon proběhl v celkové anestezii. V minulosti již podstoupil jiný operační výkon. V den rozhovoru byl pacient 10. den po operačním výkonu.

1. O čem jste byl zdravotnickým personálem poučen před operačním výkonem?

Nesměl jsem se hýbat, měl jsem rychlý příjem kvůli krvácení, takže nebyl příliš čas na poučení.

2. Musel jste podepisovat nějaké dokumenty, pokud ano, jaké?

Podepisoval jsem celkem asi 5 papírů, už nevím, co všechno to bylo.

3. Jak jste byl spokojen s vaší informovaností k operaci?

Já tomu moc nerozuměl, tak jsem si to nechal vysvětlit řečí pro laiky.

4. Jaký byl váš režim před operací?

Skoro žádný, jen mě převlékli a trochu otřeli.

5. Vzniklo pro vás před operačním výkonem nějaké omezení?

Ne, žádné.

6. Jak jste se cítil v době od přijetí na oddělení do doby, než jste byl převezen na sál?

Měl jsem strach, co mě čeká. Ani jsem nevěděl pořádně od čeho to krvácení je.

7. Jak jste se cítil na operačním sále?

Bylo vše velmi rychlé, hned mě uspali. Byl jsem rád, že to budu mít za sebou.

8. Jak jste byl spokojen s přístupem personálu na operačním sále?

Byl jsem spokojený, byli příjemní.

9. Jak s vámi komunikoval zdravotnický personál na sále?

Povídali si tam se mnou a připravovali mě na to, co budou dělat.

10. Co byste si přál, aby bylo, ohledně doby před operací a na operačním sále, jinak?

Nemůžu říct. Ne.

11. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste označil za nepříjemnou?

Nepříjemné je mi doktorské prostředí celkově.

12. Byla nějaká oblast na operačním sále, kterou byste naopak označil za příjemnou?

Ochotný a příjemný přístup sester.

5. DISKUZE

Ve výzkumné části této bakalářské práce jsem využila metody kvantitativního i kvalitativního šetření, které probíhalo od října 2011 do února 2012. První částí výzkumného šetření jsem zjišťovala, jak se sálové sestry orientují v postupech předcházející pochybení na operačním sále.

V dotaznících určených sestram pro perioperační péči bylo 14 otázek uzavřených s jednou správnou odpovědí a jednou otevřenou otázkou. V dotazníku byly položeny otázky, které zjišťovaly, do jaké míry jsou sestry pro perioperační péči orientovány v činnostech předcházejících pochybení. Respondenti se v těchto otázkách většinou shodli na kladných odpovědích. Z odpovědí tedy jasně vyplývá, že sestra pro perioperační péči kontroluje u sterilního materiálu jeho funkčnost, dobu expirace a celistvost obalu. Tím tedy mohou zaručit, že obvazový materiál, nástroje a pomůcky, které budou při operačním výkonu použity, jsou skutečně sterilní a plně funkční. Dále sestry pro perioperační péči nejčastěji v dotaznících uváděly, že vždy dělají početní kontrolu použitého materiálu. Provést ve spolupráci s lékařem početní kontrolu před a po ukončení každé operace vyplývá z Vyhlášky č. 55/2011 Sb., nemělo by se tedy stát, pokud početní kontrolu dělají spolu s operátorem svědomitě, že by zůstal cizí předmět v operační ráně. Z výsledků také vyplývá, že by měli být pacienti chráněni před úrazem, protože je v průběhu operačního výkonu kontrolováno jejich zabezpečení. Důležitost zabezpečení vyplývá i z grafu 15, ve kterém je pád pacienta respondenty určen jako jeden z faktorů poškozující zdraví pacienta na operačním sále. Častěji uvedenými faktory byly: popálení elektrokoagulací (v důsledku špatně přiložené neutrální elektrody), záměna operované strany a nevhodná poloha pacienta. Proti poškození zdraví pacienta během operačního výkonu jsou však na každém pracovišti zavedena účinná opatření. Toto mi bylo v dotaznících potvrzeno také respondenty. Jedna z otázek zjišťovala, zda sestra pro perioperační péči zajišťuje stálou připravenost pracoviště k operačním výkonům (viz. Graf 10). Naprostá většina respondentů se shodla na kladné

odpovědi, což je dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. správně, protože je to mezi kompetencemi sestry pro perioperační péči.

Na dokument aktuálně vymezující jejich kompetence jsem se také dotazovala a překvapivé bylo, že ho respondenti neznali. Určovali předchozí Vyhlášku č. 424/2004 Sb. Neznalost vyhlášky vidím jako veliký nedostatek. Myslím, že změnu právního dokumentu týkajícího se výkonu práce zdravotníků, by měl každý zdravotník sledovat. Také si myslím, že by na tyto změny měl upozornit zaměstnavatel. Neznalost nové vyhlášky se, dle mého názoru, promítla v odpovědích respondentů na otázku „Kterou z činností smíte provádět pouze pod odborným dohledem lékaře.“ Přesto, že se taková činnost nevyskytuje v kompetencích sestry pro perioperační péči (vycházejících z Vyhlášky 55/2011 Sb., § 56), respondenti nejčastěji označili odpověď nevím (viz. graf 9). Ovšem v dalších otázkách zaměřených na jejich kompetence se shodovali na správných odpovědích. Věděli, že v kompetenci sestry pro perioperační péči není zavedení periferního žilního vstupu, protože je to primárně na operačním sále v kompetenci sestry pro intenzivní péči. Stejně tak věděli, že je v kompetenci sestry pro intenzivní péči příprava krevních konzerv a není to tedy činnost, kterou provádí nebo u ní asistuje sestra pro perioperační péči. Naopak, zajistit polohu a fixaci pacienta na operačním stole, je v kompetenci sestry pro perioperační péči a to také označili respondenti správně (viz. graf 12). Na otázku, zda je pravdivá věta „Sestra pro perioperační péči provádí specializované dezinfekční a sterilizační postupy.“, také odpověděli v souladu s vyhláškou. Dle výsledků tedy tvrdím, že sestry pro perioperační péči náplň své práce znali, nevěděly pouze, jakou účast v některých z nich má lékař.

Dotazníky pro sestry pro intenzivní péči obsahovaly 18 otázek uzavřených s jednou správnou odpovědí a jednu otevřenou otázku. Také ony v těchto dotaznících odpovídaly na otázky, které zjišťovaly, do jaké míry se orientují v činnostech předcházejících pochybení. Dle výsledků lze říci, že při příjmu pacienta do operačního traktu je zkontrolována sestrou pro intenzivní péči jeho identita. Nemělo by tedy dojít k záměně pacienta, která je v dotaznících sestrami

pro intenzivní péči i sestrami pro perioperační péči často určována jako negativní faktor nejvíce poškozující zdraví pacienta. Kromě identity kontroluje také pacientovu dokumentaci (viz. graf 17). Konkrétněji úplnost dokumentace včetně záznamů, důležitých k operačnímu výkonu. Dále zkontroluje celkový stav pacienta a úpravu zevnějšku k operačnímu výkonu. Úpravou zevnějšku je míněna absence zubních náhrad a šperků. Z těchto výsledků lze tedy předpokládat, že sestra pro intenzivní péči při příjmu pacienta zhodnotí jeho připravenost k operačnímu výkonu, což je dle vyhlášky v její kompetenci. Vyhláška č. 55/2011 Sb. to vymezuje takto: „Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře sleduje a analyzuje údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotí fyziologické funkce a závažnost stavu pacienta.“ Z odpovědí na další otázky jsem zjistila, že sestry pro intenzivní péči vždy zkontrolují funkčnost veškeré přístrojové techniky potřebné k anestezii a dle ordinace lékaře zajišťují připravenost transfúzních přípravků, což také vychází z vyhlášky č. 55/2011 Sb.

Stejně jako u sester pro perioperační péči i v dotaznících sester pro intenzivní péči se objevila otázka, která zjišťovala znalost aktuální vyhlášky vymezující jejich kompetence. I výsledek byl shodný, také uváděli jako aktuální dokument předešlou vyhlášku. Neznalost vyhlášky se pravděpodobně projevila v chybných odpovědích na otázku „Kterou z níže uvedených činností smíte provádět, dle kompetencí, pouze pod odborným dohledem lékaře.“ Správná odpověď je extubace tracheální kanyly. Nejčastější odpovědi respondentů byla punkce a kanylace arterií (s výjimkou a. femoralis), což mohou vykonávat dle vyhlášky bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. Chybně byla také zodpovězena druhá otázka ohledně kompetencí sester pro intenzivní péči. Mezi uvedenými činnostmi měla být nevykonávaná sestrou pro intenzivní péči příprava sterilního stolku. Dle mého názoru však došlo k nejasnosti ve formulaci, kdy sterilní stolec mohl být respondenty pochopen jako anesteziologický stolec a v tomto případě by i tato činnost byla v jejich kompetenci. Proto bych špatné odpovědi na tuto otázku nepřisuzovala neznalosti aktuální vyhlášky. V dalších otázkách už respondenti odpovídali správně. Věděli, že za průběh a výsledek

operace nese zodpovědnost operatér. Také správně určili sestru pro perioperační péči, jako osobu zajišťující polohu pacienta na operačním sále a zároveň také zodpovědnou za prevenci vzniku dekubitů. Tvrdím tedy, že stejně jako u sester pro perioperační péči i sestry pro intenzivní péči své kompetence znaly, ovšem neznaly míru účasti lékaře při některých z činností. Tím ovšem nechci zlehčovat fakt, že aktuální vyhlášku neznaly, protože neznalost neomlouvá a tvoří příležitost k pochybení. Toto také potvrzuje model doktora J. Reasona, ve kterém je znalostní sestra určena jako jedna z ochranných bariér, která může předejít pochybení (Škrla, 2005). Dalšími otázkami jsem zjišťovala přítomnost zdravotnického personálu ve vstupním filtru. Z výsledků vyplynulo, že při příjmu pacienta je sestra před operačním výkonem přítomna ve vstupním filtru výrazně častěji bez přítomnosti lékaře (viz. graf 22). To ve mně zanechává dojem, že je na sestru pro intenzivní péči přenechána velká zodpovědnost při zhodnocení celkového stavu a připravenosti pacienta k operačnímu výkonu. I po operačním výkonu je sestra pro intenzivní péči přítomna ve vstupním filtru a je tím zajištěn dohled nad pacientem při jeho předávání a je také zajištěno předání informací o pacientovi. Sestry pro intenzivní péči potvrdily výsledky sester pro perioperační péči, souhlasily s kontrolou zabezpečení pacienta proti úrazu v průběhu operačního výkonu. To dokazuje, že je na prevenci úrazu kladen velký důraz a dokazují to i zavedená účinná opatření, jejichž existenci mi respondenti potvrdili. Dotazovala jsem se, které negativní faktory mohou nejvíce poškodit zdraví pacienta během operačního výkonu (viz. graf 34). Podle nejčastějších odpovědí respondentů jsou to hlavně tyto tři: 1. nevhodná poloha pacienta, 2. iatrogenní poškození (nejčastěji označováno jako „neschopnost“ lékaře), 3. prochladnutí. Při sečtení počtu jednotlivých faktorů u sester pro perioperační péči s faktory uvedenými sestrami pro intenzivní péči vyjde nevhodná poloha pacienta jako nejčastěji udaným ohrožujícím faktorem. Jak bylo výše uvedeno, polohu a fixaci pacienta na operačním stole zajišťuje sestra pro perioperační péči a je tedy její povinností, aby vhodnou polohou tento nežádoucí faktor odvrátila.

Druhou částí výzkumného šetření byly polostandardizované rozhovory s pacienty, kteří podstoupili operační výkon. Tyto rozhovory měly za úkol zjistit, jak pacienti vnímají předoperační přípravu, jak se cítí před a po operačním výkonu. Pacienti, se kterými jsem vedla rozhovor, byli různého věku, pohlaví, měli rozdílné diagnózy a zkušenosti s hospitalizací a s operačními výkony. Přesto se často svými odpověďmi shodovali. Například jsem zjistila, že pacienti nemají příliš jasno v dokumentech, které podepisují. Problém je v jejich velkém množství. Vzhledem k tomu, že tyto dokumenty slouží i jako ochrana zdravotnického zařízení a nelze pravděpodobně snížit jejich počet, bylo by možné řešení v lepší interpretaci dokumentů zdravotnickým personálem. Přesto si většina dotazovaných alespoň vybavila, v souvislosti se zaměřením mého rozhovoru, podepsání informovaného souhlasu s operačním výkonem a anestezií. Dále se pacienti shodli v odpovědích ohledně informovanosti. Z odpovědí je patrné, že pacienti dostávají dostatek informací a jsou jim předávány srozumitelně. Toto považuji za velice pozitivní, hlavně z důvodu eliminace strachu pacienta a díky pochopení problematiky se může pacient snadněji zapojit do léčby a rozhodovat o svém zdraví, na což má pacient právo, které vyplývá z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, ze Zákona č. 20/1966 Sb., a z Kodexu práv pacienta, jak píše Vondráček a Ludvík (20). Z výsledků rozhovorů vyplynul fakt, že mají pacienti dobré povědomí o předoperační přípravě, ovšem zda rozumí, proč jednotlivé činnosti mají vykonávat, už nesdělili. Proto jsem se rozhodla udělat jako výstup z této bakalářské práce „Průvodce předoperační přípravou“, ve kterém budou vysvětleny vybrané činnosti, které bývají během předoperační přípravy prováděny a nemusí být pro pacienty zcela zřejmé, jaký mají význam. Pacienti se zcela shodli v tom, že je předoperační příprava nějak neomezovala a byla přijatelná. Tato skutečnost je jistě pro pacienty pozitivní, alespoň toto pro ně nepředstavuje zátěž. Co pro ně je ale psychicky zatěžující, je strach, který mají z operačního výkonu a to i přesto, že byli, jak uvedli, dostatečně informovaní. Strach uváděli hlavně pacienti, kteří nepodstoupili jiný operační výkon nebo pokud měli jisté nejasnosti v rozsahu jejich nádorového onemocnění. Přesto si

myslím, že informovanost hraje velkou roli a je její pomocí možno snížit pacientův strach na nejnižší možnou míru, ale je pochopitelné, že jisté obavy mohou u pacienta přetrvávat, pokud se s danou situací ještě nesetkal. Pacienti poté uvedli, že na operačním sále již strach nepociťovali. Důvodem bylo často uváděno rychlé uvedení do anestezie a to má dobrý dopad na psychiku pacienta. Strach totiž psychiku ovlivňuje a projevuje se v pacientově chování. Způsobuje ovšem také fyziologické změny a může tak narušit a ovlivnit průběh operačního výkonu a rekonvalescenci po operaci, jak píše Vosátková a Houdková (25). V rozhovorech jsem se dále chtěla dozvědět, jak byli pacienti spokojeni s přístupem a komunikací zdravotnického personálu na operačním sále. Všichni dotazovaní se odpověďmi téměř shodovali, pouze volili pro chválu personálu jiná slova. Komunikace zdravotnického personálu s pacientem také přispěla k tomu, že se u pacientů na operačním sále neprojevil strach. Dotazovaní byli velmi spokojeni s přístupem personálu, který k nim byl příjemný a ochotný. A právě přístup personálu určovali jako oblast, která jim byla na operačním sále příjemná. To jen potvrzuje, jak velkou roli hraje přístup personálu a profesionalita při výkonu jejich povolání. Při dotazu na nepříjemné oblasti na operačním sále nejčastěji od pacientů zazněla odpověď, že si nic takového nevybavují. Pacienti, kteří ale určili nějakou nepříjemnou oblast na operačním sále, se svými odpověďmi odlišovali. Záleží tedy na určité situaci nebo na rozdílnosti ve vnímání nepříjemného. Tedy co je nepříjemné jednomu, nemusí být nutně nepříjemné jinému. Poslední, co bych chtěla vyzdvihnout, je projev spokojenosti pacientů s průběhem předoperační přípravy a operačního výkonu. Dle jejich slov by nechtěli nic měnit. To je, myslím, pro zdravotnický personál dobrá vizitka.

6. ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byla prevence pochybení na operačním sále. Stanoveny byly dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou sestry orientovány v postupech předcházejících pochybení na operačním sále. Druhým cílem bylo zjistit, jak se pacienti cítí na operačním sále. K dosažení cílů bylo zvoleno kvantitativní i kvalitativní šetření.

Kvantitativní šetření mělo stanovené dvě hypotézy. První hypotéza zněla: Sestry pro perioperační péči jsou orientovány v postupech předcházejících pochybení na operačním sále. Z výsledků dotazníkového šetření se potvrdilo, že sestry pro perioperační péči se v těchto postupech orientují. Drobné nejasnosti plynuly pouze z přesného vymezení kompetencí. Druhá hypotéza: Sestry pro intenzivní péči jsou orientovány v postupech předcházejících pochybení na operačním sále. I tato hypotéza se podařila analýzou dotazníků potvrdit. Sestry pro intenzivní péči se také orientují v postupech předcházejících pochybení na operačním sále. A stejně jako u sester pro perioperační péči se i zde objevily chybné odpovědi v některých otázkách ohledně přesného vymezení kompetencí.

Pro kvalitativní šetření byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla: Jak pacienti vnímají předoperační přípravu? Dle výsledků vyplynulo, že pacienti dostanou dostatek informací, které souvisí jak s hospitalizací, tak i s operačním výkonem, přípravou na něj a vzniku možných komplikací. Informace jsou pacientům předány srozumitelně a jasně. Z toho důvodu rozumí důležitost dodržení jejich režimu a neudávají v souvislosti s ním žádné omezení. Často zmiňované pacienty bylo, že v předoperačním období měli strach, který ovšem nepocházel z nedostatečné informovanosti, ale z nové situace, kterou ještě neprožili nebo nejasností ohledně rozsahu jejich nádorového onemocnění. Také projevíli spokojenost s průběhem předoperační přípravy. Druhá výzkumná otázka zněla: Jak se cítí pacienti na operačním sále? Kladné bylo, že neudávali strach na operačním sále, na čemž měl svůj podíl zdravotnický personál, který informoval pacienta o tom, co bude následovat a verbálně se snažil pacienta uklidnit a také rychlé navození do anestezie. Všichni dotazovaní se

shodli na tom, že byl na operačním sále milý a příjemný personál, který s nimi komunikoval po celou dobu. Pacienti byli také spokojeni s ochotou personálu. Co se týkalo nepříjemností na operačním sále, většinou si pacienti žádné takové situace nevybavili.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Česká Republika. Vyhláška ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká Republika*. 2011, 20, 55, s. 509-510. ISSN 1211-1244.
2. DUDA, M. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
3. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství – torie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
4. FERKO, A. et al. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 596 s. ISBN 80-247-0230-4.
5. HOLUBOVÁ, A. Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 1, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
6. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 145 s. ISBN 80-246-0845-6.
7. KOVÁČIKOVÁ, J., JANEČKOVÁ. Ošetrovatelská dokumentace v perioperační péči. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 61-62. ISSN 1210-0404.
8. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
9. NANDA INTERNATIONAL. *Ošetrovatelské diagnózy*. Definice a klasifikace 2009 – 2011. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
10. PODSTATOVÁ, H. *Hygiena provozu zdravotnických zařízení a nová legislativa*. Olomouc: Epava, 2002. 267 s. ISBN 80-86297-10-1.

11. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
12. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 2. Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
13. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
14. ŠKRLA, P. *Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetřovatelské péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
15. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200s. ISBN 978-80-2472616-8.
16. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
17. TVRDEK, M. et al. *Úvod do obecné chirurgie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 138 s. ISBN 80-246-0958-4.
18. VALENTA, J. et al. *Základy chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2007. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4, ISBN 978-80-246-1344-4.
19. VONDRÁČEK, L. et al. *Ošetřovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
20. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *České ošetřovatelství 12: Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi I*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. 74 s. ISBN 80-7013-376-7.

21. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 30 s.
ISBN 80-7262-392-3.
22. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 96 s.
ISBN 978-80-247-2629-8.
23. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 68 s.
ISBN 80-247-0705-5.
24. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
25. VOSÁTKOVÁ, K., HOUDKOVÁ, A. Psychologie nemocného v před a pooperačním období. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 63. ISSN 1210-0404.
26. VOTAVOVÁ, M. Instrumentování na operačním sále. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 9, s. 33. ISSN 1210-0404.
27. WICHSOVÁ, J. Surgical Safety Checklist – prevence pochybení při operačních výkonech. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 43-44.
ISSN 1210-0404.
28. ZAZULA, R. *Intenzivní perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 252 s. ISBN 80-86257-17-7.
29. ZEMAN, M. et al. *Chirurgická propedeutika*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2003. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Prevence

Pochybení

Operační sály

Sálové sestry

Pacient

9. PŘÍLOHY

Příloha 1: Surgical Safety Checklist

