

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

OŠETŘOVATELSKÁ PERIOPERAČNÍ PÉČE Z POHLEDU PACIENTA

bakalářská práce

Autor práce: Jana Lhotská

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová

Datum odevzdání práce: 3.5.2013

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2013

Jana Lhotská

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Ivaně Chloubové za trpělivost, cenné rady a připomínky k mé bakalářské práci. Dále bych chtěla poděkovat manželovi, dceři a rodičům za trpělivost během mého studia. Zároveň také děkuji všem respondentům, kteří mi ochotně poskytli potřebné informace pro vypracování této bakalářské práce. Mé poděkování také patří hlavní sestře Mgr. Daně Podholové, která souhlasila s provedením výzkumného šetření na pracovištích v nemocnici Český Krumlov, a.s..

Abstrakt

Název bakalářské práce: Ošetrovatelská perioperační péče z pohledu pacienta

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí, která je poskytována pacientům před, během a po operačním zákroku až do propuštění do domácího ošetřování. Do výzkumného šetření jsou také zahrnuty sestry z chirurgických oborů a jejich spolupráce v perioperační péči.

Teoretická část práce je zaměřena na problematiku ošetrovatelské perioperační péče, jak probíhá předoperační příprava a pooperační péče a jak nemocný vnímá období těsně před operačním zákrokem, kdy je předán na operační sál. Do teoretické části práce je také zahrnuta úloha sester, poskytujících perioperační péči a jejich vzájemná spolupráce. V úvodu teoretické části práce je zmíněn význam holismu v perioperační ošetrovatelské péči, který je značný. I v ošetrovatelské perioperační péči je třeba pečovat o člověka jako o celostní lidskou bytost. Neméně důležitá je v perioperační péči komunikace a její efektivita. Komunikace v chirurgickém oboru má svá pravidla a zvláštnosti. V předoperační péči je v práci popisována předoperační příprava a předoperační vyšetření před operačním výkonem. Před plánovaným nebo akutním zákrokem musí být pacient přijat do nemocničního zařízení. V práci je uvedeno, jak probíhá příjem nemocného v příjmací ambulanci a na lůžkovém oddělení. Do předoperační přípravy patří anesteziologická péče, která je zde také zmíněna. Předoperační příprava pacienta probíhá v den před operací a bezprostředně v den operace. V práci je popisováno, co jaká příprava zahrnuje. V perioperační péči jsou v práci uváděny informace o anestezii, a jaká je úloha anesteziologické a perioperační sestry. Pooperační péče začíná bezprostředně po operačním zákroku, kdy je pacient pod intenzivním dohledem na pooperačním dšpávacím pokoji. Následná pooperační péče probíhá již na lůžkovém oddělení. V práci je uvedeno, co zahrnuje bezprostřední i následná pooperační ošetrovatelská péče. Pooperační rehabilitace je závislá na typu a rozsahu operačního výkonu. V práci jsou uváděny obecné informace o rehabilitaci po operaci a rekonvalescenci, která probíhá většinou již v domácím prostředí. V teoretické

části jsou také uvedeny pooperační komplikace, které se mohou po operaci nejčastěji vyskytnout.

Prvním cílem práce bylo zjistit, jaká je úroveň návaznosti péče v perioperačním období z pohledu pacienta. Druhým cílem práce bylo zjistit průběh spolupráce zdravotnických pracovníků v perioperační péči. Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvalitativního výzkumného šetření, metodou dotazování. Technikou sběru dat byly hloubkové individuální rozhovory s pacienty a sestrami. Výběr pacientů byl záměrný, pacienti museli být po operačním zákroku a být již v domácím ošetřování. Výběr sester byl také záměrný, chirurgické sestry musely pečovat o pacienty po operačních výkonech, anesteziologické sestry musely pracovat na chirurgických operačních sálech.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že v předoperačním období spatřují pacienti největší problém v poskytování nedostatku informací o pooperační péči. Všichni shodně uvádějí, že by před operací uvítali více informací o pooperační péči. Jinak ale hodnotí ošetřovatelskou předoperační péči kladně. Při zajišťování perioperační péče se anesteziologická sestra při prvním kontaktu představila pouze jednomu pacientovi. Ostatní nemocní uvedli, že nevěděli, kdo je dotyčná osoba v zeleném oblečení. V pooperačním období nebyli všichni pacienti po úplném probuzení v kontaktu se sestrou, měli k dispozici pouze signalizační zařízení. Dále z rozhovorů s pacienty vyplývá, že všichni pacienti nebyli poučeni o prvním pooperačním vstávání z lůžka a další pooperační rehabilitaci. Z výsledků rozhovorů se sestrami se dozvídáme od chirurgických i anesteziologických sester, že na předoperační přípravě se anesteziologická sestra podílí až v den operace. V den před operací na oddělení anesteziologické sestry za pacienty nedocházejí. Problémem ve spolupráci chirurgických a anesteziologických sester je předávání informací a dokumentace při předávání pacienta ze sálu. Sestra z oddělení nedostává od anesteziologické sestry dostatek informací, někdy nedostává informace žádné. Sestry z oddělení také poukazují na to, že anesteziologické sestry jim neuvádí jména pacientů. Dokumentace, předávaná ze sálu, je často neúplná, kompletní dokumentaci má sestra z oddělení k dispozici mnohem později. V pooperační rehabilitaci má sestra možnost spolupráce s

rehabilitačním pracovníkem, ale jenom ve všední dny. O víkendech a svátcích je rehabilitace pacientů v silách jedné sestry a jedné sanitářky.

Výsledky mé bakalářské práce by mohly být předány hlavní sestře nemocnice, ale zejména vrchním sestrám chirurgického a anesteziologického oddělení, aby měly možnost, domluvit se na lepší vzájemné spolupráci a komunikaci. Poněvadž na chirurgickém pooperačním oddělení pracuji, domnívám se tedy, že by bylo vhodné společně s kolegyněmi na oddělení konzultovat možné zlepšení poskytování ošetrovatelské péče v celém perioperačním období, popřípadě pořádat semináře, věnující se problematice ošetrovatelské perioperační péči. To znamená, poskytovat pacientům dostatek informací, především již před operačním zákrokem, řádně poučit pacienty před prvním pooperačním vstáváním z lůžka a informovat pacienty o další pooperační rehabilitaci. Sestry mohou pouze poukázat na to, že zřízení dospávacího pokoje na lůžkovém chirurgickém oddělení by bylo přínosem pro pacienty i pro sestry, ale jeho zřízení bohužel není v jejich silách. Dále by mohla být bakalářská práce použita jako zdroj informací pro sestry, pracující v chirurgických oborech.

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, perioperační období, pacient, sestra

Abstract

Name of the bachelor's thesis: Perioperative Nursing Care from the perspective of the patient

The bachelor's thesis deals with the nursing care which is provided to the patients before, during and after the surgery until discharge to home care. In the research nurses of surgery and their cooperation in the perioperative nursing care are also included.

The theoretical part is focused on the issue of the perioperative nursing care, on the preoperative preparation and the postoperative care and how the patient perceives the time just before the surgery when he/she is passed to the operating room. In the theoretical part there is also the task of the nurses included providing the perioperative care and their mutual cooperation. In the introduction of the theoretical part is the holism in perioperative nursing care mentioned which is considerable. Also in the nursing perioperative care it is important to care for the person as a holistic human being. Equally important is the communication and its efficiency in the perioperative care. The communication in the surgical field has got its rules and special features. The thesis describes the preoperative preparation and the preoperative examination before the surgery in the preoperative care. Before a planned or acute intervention the patient must be admitted to the hospital. In the thesis it is describes the admission of the patient in the outpatient department and in the inpatient ward. The preoperative care includes the anesthesia care which is mentioned here as well. The preoperative preparation of the patient is on the day before the surgery and immediately on the day of the surgery. The thesis describes what each preparation includes. The per-operative care consists of the information about anesthesia and what is the task of the nurse anesthetist and the per-operative nurse. The post-operative care starts immediately after the surgery when the patient under intensive supervision in the postoperative sleep-in room. The subsequent post-operative care is already in the patient department. The thesis mentions what the immediate and subsequent post-operative nursing care includes. The postoperative rehabilitation is dependent on the type and extent of the operation. The thesis mentions general information about rehabilitation after the surgery and convalescence which is

mostly at home yet. The theoretical part also states the postoperative complications which can often occur after the surgery.

The first aim of the thesis was to find what is the level of continuity of the care in the perioperative time from the perspective of the patient. The other aim of the thesis was to find the cooperation of healthcare workers in the perioperative care. The survey was conducted through the qualitative research, through the method of questioning. The data collection technique were the depth individual interviews with the patients and nurses. The choice of the patients was intentional, the patients had to be after a surgery and already in home care. The choice of the nurses was intentional, too, the surgical nurses had to care for patients after surgeries, the nurse anesthetists had to work in the surgical operating theatres.

The results of the survey show that in the peroperative time the patients see the biggest problem in giving lack of information about the postoperative care. All of them suggest that they would have welcome more information about the postoperative care before the surgery. In other respects they evaluate the preoperative nursing care positively. In ensuring the intraoperative care the nurse anesthetist introduced herself/himself only to one patient at the first contact. Other patients suggested they did not know who the person in green clothes was. In the postoperative time none of the patients were in contact with the nurse after full awakening, they only had signalling device. Further the interviews with the patients show that no patients were instructed on the first postoperative getting out of bed and further postoperative rehabilitation. Out of the results of interviews with the surgical nurses and nurse anesthetists we find out that the nurse anesthetist participates in the preoperative preparation just on the day of surgery. The day before the surgery the nurse anesthetists do not come to the patients in the department. The problem in the cooperation of the surgical nurses and nurse anesthetists is transmission of the information and documentation during the transfer of the patient from the operating room. The nurse from the department does not get enough information form the nurse anesthetist, sometimes she/he gets none. The nurses from the department also point out that the nurse anesthetists do not mention any names of the patients. The documentation transmitted from the operating theatre is often

incomplete. The nurse from the department has got a complete documentation much later. In the postoperative rehabilitation the nurse can cooperate with the physiotherapist but only on weekdays. At weekends and on holidays is the rehabilitation of the patients is in the power of one sister and one orderly.

The results of my bachelor's thesis could be submitted to the head nurse of the hospital but especially to the head nurses of the surgical and anesthesiology department to have opportunity to agree on better cooperation and communication. Because I work in the surgical postoperative department I suppose then it would be appropriate to consult together possible improvement of providing the nursing care with the colleagues in the department throughout the perioperative period, or to organize seminars focused on the issue of nursing perioperative care. That means to provide patients with enough information especially already before surgery, to inform patients before the first postoperative getting out of bed properly and tell them about further postoperative rehabilitation. The nurses can only point out that the establishment of a sleep-in room would be a benefit both for patients and for nurses however its establishment is not real. Then my bachelor's thesis could be used as an information resource for nurses working in surgical fields.

Key words: nursing care, perioperative period, patient, nurse

Obsah

ÚVOD	12
1 Současný stav	13
1.1 Chirurgické výkony	13
1.1.1 <i>Typy operací</i>	13
1.1.2 <i>Indikace operací</i>	14
1.1.3 <i>Kontraindikace operací</i>	14
1.2 Perioperační období	14
1.2.1 <i>Pojetí holismu v perioperační péči</i>	15
1.2.2 <i>Efektivní komunikace v perioperační péči</i>	16
1.3 Předoperační příprava	18
1.3.1 <i>Příprava pacienta k operaci</i>	18
1.3.2 <i>Předoperační vyšetření</i>	21
1.3.3 <i>Příjem nemocného</i>	23
1.3.4 <i>Informovaný souhlas pacienta s operací</i>	25
1.3.5 <i>Anesteziologická péče</i>	26
1.3.6 <i>Předoperační příprava v den před operací</i>	27
1.3.7 <i>Bezprostřední příprava v den operace</i>	29
1.4 Peroperační ošetrovatelská péče	30
1.4.1 <i>Anestezie</i>	30
1.4.2 <i>Úloha anesteziologické sestry</i>	31
1.4.3 <i>Úloha perioperační sestry</i>	32
1.5 Pooperační ošetrovatelská péče	33
1.5.1 <i>Bezprostřední pooperační péče</i>	33
1.5.2 <i>Následná pooperační péče</i>	34
1.5.3 <i>Pooperační rehabilitace a rekonvalescence</i>	36
1.6 Pooperační komplikace	37

2	Cíle práce a výzkumné otázky	40
2.1	<i>Cíle práce.....</i>	40
2.2	<i>Výzkumné otázky.....</i>	40
3	Metodika.....	41
3.1	<i>Použitá metodika.....</i>	41
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru.....</i>	41
4	Výsledky výzkumného šetření.....	42
4.1	Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty	42
4.1.1	<i>Kategorie ošetrovatelské péče v předoperačním období.....</i>	42
4.1.2	<i>Kategorie ošetrovatelské péče v peroperačním období.....</i>	45
4.1.3	<i>Kategorie ošetrovatelské péče v pooperačním období</i>	46
4.2	Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami	48
4.2.1	<i>Kategorie spolupráce sester v předoperačním období.....</i>	48
4.2.2	<i>Kategorie spolupráce sester v peroperačním období.....</i>	49
4.2.3	<i>Kategorie spolupráce sester v pooperačním období</i>	50
5	Diskuze	52
6	Závěr	64
7	Seznam informačních zdrojů	66
8	Přílohy	70
8.1	Seznam příloh.....	70

Úvod

Téma mé bakalářské práce „Ošetrovatelská perioperační péče z pohledu pacienta“ jsem si vybrala, protože pracuji v chirurgickém oboru a tato problematika je mi velice blízká a stále aktuální. Domnívám se, že cílem každé nemocnice je poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, tedy i péče perioperační.

Každý operační zákrok, ať už plánovaný nebo akutní, je zásahem do organismu pacienta. Proto je velice důležité věnovat nemocným zvýšenou pozornost a péči po stránce fyzické i psychické. Perioperační péčí rozumíme ošetrovatelskou péči před, během a po operačním zákroku. Chirurgický pacient vyžaduje společnou péči zdravotnických pracovníků více oborů. Proto je velice důležité poskytnout nemocnému kvalitní multidisciplinární péči. První fází perioperačního období je předoperační příprava, která začíná rozhodnutím se pacienta pro chirurgický výkon a končí předáním nemocného na operační sál. Další fází je peroperační období, které začíná uložením nemocného na operační stůl a končí předáním pacienta na pooperační část. Třetí a poslední částí perioperačního období je fáze po operaci, kdy je pacient již na pooperačním pokoji nebo na lůžku intenzivní péče. Pooperační péče končí v době, kdy je pacient zcela zotaven z operačního výkonu.

Cílem mého výzkumného šetření je zjistit, jaká je úroveň návaznosti péče v perioperačním období z pohledu pacienta. Mým bodem zájmu je tedy způsob, jakým je zajištěna ošetrovatelská perioperační péče z pohledu pacienta. Do mé práce jsou také zahrnuty zdravotní sestry a to, jak probíhá jejich spolupráce v perioperační péči. Pro zjišťování informací byla použita metoda dotazování formou hloubkových individuálních rozhovorů. Výzkumný soubor tvořili pacienti po chirurgickém zákroku a sestry z chirurgických oborů. Moje výzkumné šetření probíhalo v nemocnici Český Krumlov, a.s., ve které v současné době pracuji a které je akreditovaným pracovištěm.

1 Současný stav

1.1 Chirurgické výkony

V chirurgickém oboru jsou typické výkony, kdy dojde k porušení kůže nebo sliznice, jde o výkony krvavé. Patří sem výkony jako aplikace injekcí, otevření tělních dutin a výkony na orgánech. Větší chirurgické výkony označujeme slovem operace. V chirurgii se také využívají výkony nekrvavé, kdy nedochází k porušení tělního povrchu. Sem řadíme nekrvavé napravení zlomeniny, přikládání obvazového materiálu, většina endoskopických vyšetření, zavádění sond a cévek (Duda, 2000).

1.1.1 Typy operací

Operační výkony můžeme dle účelu rozdělit na léčebné a diagnostické. Do léčebných operací řadíme operace radikální, když předpokládáme, že dojde zcela k vyléčení pacienta. Druhou skupinu tvoří operace paliativní, při kterých operačním zákrokem dochází pouze ke zlepšení stavu nemocného, nedochází však k odstranění příčiny nemoci. Operační výkony diagnostické provádíme ke zjištění diagnózy nebo její upřesnění. Během operačního výkonu se může diagnostická operace změnit v léčebnou (Valenta et al., 2007).

Operační přístupy se provádějí buď klasicky, kdy jde o nepřirozený a násilný zásah do organismu člověka. Dále se využívá miniinvazivní přístup pomocí videosystému a dalších přístrojů, které se zavádějí do tělesných dutin. Při tomto operačním přístupu se provádějí pouze malé řezy a výkon je pro pacienta méně zatěžující. Při endoskopickém přístupu pacient pociťuje po operaci menší bolest, méně často se vyskytují komplikace po operaci. Pacient má pouze malé jizvy a délka pobytu v nemocnici i rekonvalescence se zkracuje. Dalším, méně invazivním přístupem je chirurgický výkon pomocí robota. Při tomto výkonu lékař ovládá pomocí panelu robota a pacienta se vůbec nedotýká. Po operačním zásahu zůstávají pouze malé, dobře se hojící jizvy. Pomocí počítače je zákrok pro pacienta bezpečnější a přesnější (Slezáková a kolektiv, 2010).

1.1.2 Indikace operací

Každý operační zákrok vždy představuje pro nemocného jisté riziko, které je dáno jak závažností operace, tak i celkovým stavem pacienta. Lékař tedy vždy zvažuje, zda je operace nutná, musí být indikována. Pacienta informuje o operačním zákroku a jeho nutnosti. Při indikaci vitální, která je nezbytná k záchraně života, musí být operační zákrok proveden okamžitě, například masivní břišní krvácení. Jiná indikace k operaci je absolutní, kdy je pacient ohrožen na životě a není jinak možné jeho vyléčení. Pokud není ohrožen život nemocného a můžeme-li uvažovat o jiných způsobech léčby, jde o indikaci relativní (Valenta et al., 2007).

Operační zákrok z časové naléhavosti je indikací akutní, kdy musí být operace provedena co nejrychleji. Akutnímu výkonu předchází pouze nejnutnější předoperační příprava nebo jej lze provést i bez přípravy, například velké krvácení, akutní apendektomie. Naopak doba pro plánovanou operaci je taková, která je vhodná pro pacienta i pro zdravotnické zařízení, například volná kýla či odstranění žlučových kamenů (Slezáková a kolektiv, 2010).

1.1.3 Kontraindikace operací

Důvody k vyloučení chirurgického zákroku mohou být kontraindikace absolutní, které by mohly bezprostředně ohrozit život nemocného. Patří sem onemocnění kardiovaskulárního systému, například čerstvý infarkt myokardu, krvácivé poruchy. Dalšími kontraindikacemi, které mohou být zmírněny vhodnou přípravou před operací, jsou kontraindikace relativní. Ke kterým patří onemocnění renálního systému, dýchacího ústrojí a poruchy metabolismu a vnitřního prostředí, například diabetes mellitus, obezita, malnutrice (Valenta et al., 2007).

1.2 Perioperační období

Každý operační zákrok, akutní nebo plánovaný, je nepřírozeným zásahem, na který organismus reaguje. Reakce organismu probíhá v době předoperační i v době pooperační. Proto je důležité věnovat zvýšenou péči a pozornost potřebám pacienta, a to jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Do perioperačního období zahrnujeme celou dobu před operačním výkonem, během operace a po operaci. První fáze

předoperační začíná tehdy, jakmile se pacient rozhodne pro operační zákrok a končí předáním pacienta na operační sál. Druhá fáze peroperační započne uložením pacienta na operační stůl a končí předáním pacienta na jednotku pooperační péče. Poslední fází je doba po operaci, která začíná uložením pacienta na pooperační pokoj nebo na jednotku intenzivní péče a končí zotavením z operačního zákroku. K operačnímu zákroku je nutná příprava a ošetření pacienta. Neméně důležitá je příprava operačního sálu, operačního pole a celého operačního týmu (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

1.2.1 Pojetí holismu v perioperační péči

Význam slova holismus pochází z řeckého slova holos, nebo-li celek. Znamená to tedy, že sestry pečují o člověka jako celek, se všemi jeho potřebami. Právě zdravotní sestry začaly prosazovat holistický přístup k člověku. Jejich snahou bylo zachování rovnováhy mezi potřebami člověka a pokrokem techniky. Diagnostické a terapeutické postupy se staly prioritou před člověkem jako lidskou bytostí. Teorie holismus ukazuje na jednotné celky, jejichž jednotlivé části jsou vzájemně propojené a vzájemně se ovlivňují. Nelze je tedy vnímat odděleně (Mastiliáková, 2007).

V pojetí holismu je lidská bytost organizovaná jednota. Při poruše jedné části dochází k poruše části jiné. Člověk prožívající dlouhodobou psychickou zátěž může tělesně onemocnět. Emoce negativního charakteru provázejí každou nemoc. Jakmile se máme podrobit operačnímu výkonu nebo onemocníme, prožíváme obavu, strach a úzkost. Stav napětí a úzkosti vedou v interpersonálních situacích k izolaci od lidí, člověk je osamocen. U opuštěného, izolovaného člověka mohou vzniknout negativní emoce (Trachtová, Fojtová, Mastiliáková, 2008).

Význam holismu pro ošetřovatelství a tedy i pro perioperační péči je značný. I v ošetřovatelské perioperační péči je třeba pečovat o člověka jako o celostní lidskou bytost. Řada lidí, bohužel i některé sestry se mylně domnívají, že ošetřování nemocných v klinické praxi znamená pečovat pouze o tělesnou stránku člověka. Při poskytování holistické ošetřovatelské péče je nutná orientace na tělo i psychiku. Holistická péče se zaměřuje na potřeby člověka jak fyzické, tak i psychosociální. Sestra poskytující ošetřovatelskou holistickou péči vidí člověka jako celostní bytost, nevidí jenom pouhé části. Sestra přemýšlející tímto způsobem dokáže pomáhat lidem. Snaží se, aby lidé byli

optimálně zdraví a své zdraví si také udrželi. Je důležitou součástí při prevenci nemocí a snižování jejich počtu. Dále je také podporou pro nemocné s nevléčitelnou chorobou (Mastiliáková, 2007).

1.2.2 Efektivní komunikace v perioperační péči

Dovednost komunikovat je velice důležitá pro všechny ty, kteří se ve své profesi setkávají s člověkem, který je příjemcem jejich práce. Dochází-li k výměně informací, jde o komunikaci. Komunikační dovednost s nemocným je součástí profesionálního vybavení sestry. Sestra, která je schopná komunikovat, navazuje a rozvíjí kontakt s nemocným. Názory, že jde o schopnost, kterou někdo má a jiný nikoliv, je mylný. Pokud chceme, můžeme se v komunikaci zlepšit a zdokonalit. Při nemoci, odloučení od rodiny, nemožnosti pracovat, dochází u pacienta ke zhoršení jeho komunikačních schopností. Právě zde je místo pro práci sestry, která rozvíjí pacientovu dovednost komunikovat (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Pro komunikaci je důležitá její efektivita. Efektivní komunikace je otevřená komunikace, kde nedochází ke zkreslování informací a lidé, kteří spolu komunikují, si rozumí. Efektivní komunikace má v pomáhajících profesích cíle, které jsou jasně stanovené. Umožňují pochopit problémy nemocného a vyřešit je společně. Společné je i rozhodování a to kam budou směřovat další postupy v diagnostice a léčbě. Tato komunikace je vztahem důvěry mezi tím, kdo pomoc poskytuje a tím, kdo pomoc žádá. Pro pacienta musí být obsah sdělení významný. Informace musí být podány pomocí jednoduchých pojmů. Komunikace musí být považována za proces, který nikdy nekončí a vyžaduje stálé opakování. Nejefektivnější komunikace je ta, která znamená co nejmenší úsilí ze strany pacienta (Pokorná, 2008).

V práci sestry zaujímá komunikace s pacientem významné místo. Do profesionální komunikace řadíme sociální komunikaci. Jde o běžný styk s nemocným. Hospitalizovaný člověk má mnohem méně sociálních kontaktů, proto možnost hovoru s jinými lidmi vnímá velice pozitivně. Když zdravotník naváže vztah s pacientem, komunikace v ošetřování se usnadní. Sociální komunikace se rozvíjí například při hygieně pacienta, při úpravě jeho lůžka nebo volnějších chvílích na oddělení. Při specifické komunikaci informujeme pacienta o důležitých faktech, odůvodňujeme další

léčbu, působíme edukačně. Při této komunikaci musíme brát zřetel na aktuální stav pacienta, zda jsou pro něho informace srozumitelné a jakou formou je sdělujeme. Závěrem musíme zjistit, zda nemocný informacím rozuměl a přijal je. Tématem pro specifickou komunikaci může být sdělování postupu vyšetření nebo vysvětlování specifík stravování při různých onemocněních. Terapeutická komunikace se většinou provádí formou rozhovoru s pacientem. Zdravotník je nemocnému oporou, pomáhá mu v těžkých chvílích a přijímání nepříjemných skutečností. Účinnost léčebných přístupů zvyšuje právě terapeutický podpůrný rozhovor s pacientem (Venglářová, Mahrová, 2006).

Při poskytování ošetrovatelské péče by mělo mít rozmlouvání zdravotnických pracovníků podobu rozhovoru. Rozhovor je forma komunikace mezi lidmi, kdy dva lidé pomocí dotazování a odpovídání dosahují svých cílů. Rozhovor může mít různé cíle. Může jít o výměnu informací, navázání styku s pacientem, podpora nemocného po emocionální stránce, pochopení nemoci. Rozhovor mezi sestrou a pacientem dělíme do čtyř fází. První fází je příprava na rozhovor, druhá fáze je otevření rozhovoru, třetí fáze je průběh rozhovoru a fází čtvrtou je ukončení rozhovoru (Zeleníková, 2011). Protože má rozhovor čtyři fáze, můžeme nabýt dojmu, že rozhovor je značně náročný na čas a na vhodné podmínky. V reálných podmínkách nemá rozhovor s nemocným tak rozsáhlou podobu. Většinou se jedná o krátké výměny slov. Ale i krátce vedený rozhovor, který se skládá z několika vět, by měl náznakově všechny tyto fáze obsahovat (Špatenková, Králová 2009).

Komunikace v chirurgickém oboru má svá pravidla a zvláštnosti. Akutní prožívání stresu spojuje všechny chirurgické pacienty. Nejčastějšími projevy stresu jsou pro pacienta napětí, těžké soustředění a nekvalitní spánek. Chirurgický nemocný často prožívá strach, úzkost a bolest. Takové prožívání může být startem pro bludný kruh vnímání bolesti. Pokud nedojde zásahem nebo účinnou léčbou k přerušení tohoto kruhu, mění se akutní bolest v bolest chronickou. Bolest naplňuje naši mysl a je vyvolavatelem úzkosti, strachu a obav. Člověk mající bolesti, nemůže spát, je podrážděný a jeho chování je často agresivní. Takové jeho chování je pak vyvolavatelem psychosociálních problémů. Jeho soustředění se na pocity úzkosti vede k tomu, že jeho práh bolesti se

snižuje. Člověk se poté stává citlivým na podněty, které jsou méně intenzivní, jako jsou dotyk, tlak. Tyto podněty vnímá jako bolestivé. Při špatně vnímané komunikaci dochází u pacienta k celkové nespokojenosti a k pocitům nepochopení. Často potom dochází k zásahu psychické stability nemocného. Pacient je potom mnohdy depresivně naladěný a jeho chování vůči personálu je agresivní. V ošetrovatelské péči je velice důležitá neustálá komunikace s pacientem v celém perioperačním období. Pře operačním výkonem nemocný potřebuje získat informace o předoperační přípravě i pooperační péči, jak bude probíhat a co pacienta čeká. V době peroperační je pro pacienta důležitá komunikace a první kontakt s personálem na operačním sále před samotnou anestézií a operací. V pooperačním období potřebuje pacient získat informace o tom, jak bude probíhat péče po operaci (Janáčková, Weiss, 2008).

1.3 Předoperační příprava

Předoperační přípravou chceme pacientovi vytvořit co nejlepší podmínky proto, aby nejlépe zvládl zátěž, kterou operace představuje. Dále chceme, aby se při hojení a rekonvalescenci nevyskytly komplikace. Do předoperační přípravy zahrnujeme určení vlastního onemocnění, zjišťujeme možná vedlejší onemocnění a provádíme vyhodnocení celkového stavu pacienta. Velice závažný je úbytek hmotnosti o více než 10 %, chudokrevnost, porušená funkce jater a ledvin a nedostačující funkce kardiovaskulárního a dýchacího ústrojí. I poruchy psychiky mohou sehrát významnou roli (Valenta et al., 2007).

1.3.1 Příprava pacienta k operaci

Do celkové přípravy pacienta zahrnujeme přípravu psychickou. To, jak nemocný přistupuje k léčbě, ovlivňuje jakékoli léčení, tedy i to chirurgické. Aktivně přistupující pacient, který je seznámen se svým onemocněním, s podstatou operačního výkonu, s důležitostí brzké a intenzivní rehabilitace, důvěřuje lékaři a věří ve své uzdravení, není ničím nahraditelný. Pocity tísně při vyslovení termínu operace pomůže zmírnit citlivě popsané chirurgické léčení, jeho možná rizika a následky. Mimo samotného operačního zákroku je důležité pacientovi objasnit úkony, které jsou nutné provést ve speciální předoperační přípravě. Bude-li nemocný operován v celkovém nebo místním

znecitlivění, kde se pacient probudí a co bude následovat po operaci. V době před operací podávají informace na různých stupních kromě lékařů i sestry a nižší zdravotnický personál. Důležitost jejich úkolu v předoperační době je vytvořit pacientovi pohodlné a klidné prostředí (Dvořák, 2000). Je přirozené, že pacienti před operačním zákrokem mají strach z anestezie i ze samotné operace. Nemocní mají obavy z výsledku operace, mají strach, že se po operaci neprobudí, nebo naopak, že se probudí v průběhu operačního výkonu. Mají strach z bolesti, bojí se o své blízké, jestli budou moci po operaci i nadále vykonávat své povolání (Gulášová a kolektiv, 2012). Zásadní dotazy musí pacientovi zodpovídat ošetřující lékař nebo operátor. V této době předoperační přípravy je úlohou sestry pacienta uklidňovat, ale výkon nesmíme zlehčovat, protože tímto by mohlo dojít k nedůvěře pacienta (Valenta et al., 2007).

Přípravou fyzickou nebo-li tělesnou, myslíme přípravu organismu na operační zákrok. Předoperační přípravu pacienta k operačnímu zákroku můžeme rozdělit na přípravu všeobecnou a zvláštní, speciální. Všeobecná příprava zahrnuje obecné prvky, které mají být splněny u každého chirurgického zákroku, týkají se všech pacientů bez rozdílu onemocnění a orgánu, který bude operován. Rozsah této přípravy může být ovlivněn tím, jaká je akutnost operačního výkonu (Dvořák, 2000). Všeobecná předoperační příprava obsahuje přípravu psychickou a pacientův souhlas s výkonem. Do všeobecné přípravy dále zahrnujeme předoperační vyšetření, které je prováděno ve spolupráci s anesteziologem a s konziliáři z jiných oborů. Pacient musí mít změřené fyziologické funkce, provede se celková očista pacienta. Připraví se operační pole, jeho oholení a desinfekce. Provádí se až těsně před operací, niko-li večer před výkonem, protože drobná kožní poranění by se mohla kontaminovat a bakterie by se měly čas v poškrábané kůži pomnožit. Za přípravu operačního pole zodpovídá sestra z oddělení. (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006). Dále se upravuje medikace lékových skupin, jako jsou antikoagulancia, salicyláty, kontraceptiva, antidiabetika a kortikosteroidy. Nutná je příprava zažívacího traktu. U pacientů, nepodstupující operační výkon na střevě, postačí od půlnoci nejíst a nepít. U operací na tlustém střevě se musí střevo důkladně vyčistit projímavými prostředky, podanými perorálně a klyzmaty. Profylaktické podání antibiotik se indikuje jen v určených případech. Také je možné

objednání transfúzních přípravků dle ordinace lékaře, preferujeme autotransfuzi. Pacientům, kteří mají zvýšené riziko tromboembolické nemoci, se před operací aplikuje nízkomolekulární heparin. Před výkonem se mohou také zavádět permanentní močové katetry, provádí se kanylace žil (Ferko, Kaška, 2002). Předoperační příprava se může lišit dle charakteru onemocnění a stavu pacienta. Pokud se nejedná o urgentní stav, kde pacientovi zachraňujeme život, a rozhodují minuty, kdy je tato příprava minimální, měl by být nemocný před operací celkově vyšetřen interním lékařem a anesteziologem. Komplexní by mělo být předoperační vyšetření i vyšetření dalšími odborníky (Šváb, 2007).

Zvláštní, neboli speciální předoperační příprava zahrnuje speciální požadavky, které jsou dané diagnózou a tím, o jaký typ plánované operace půjde. A to, jaká bude její intenzita a způsoby jejího provádění, je závislé na celkovém zdravotním stavu nemocného a postižení jednotlivých systémů. Co nejdříve musí dojít k úpravě celkového zdravotního stavu pacienta. U operací, které se mohou odložit, můžeme zlepšit deficit ve výživě, obézní pacienti mohou zhubnout. Pacient má přestat kouřit, můžeme zlepšit funkci srdce a upravit chudokrevnost. Dialyzované pacienty dialyzujeme před operačním výkonem. Zvláštní speciální příprava je nutná u diabetiků, kdy se kontroluje hladina cukru v krvi. Několik dnů před operací se diabetici převádějí se z depotního inzulínu nebo perorálních antidiabetik na inzulín krystalický. Jako prevence hypoglykemie nebo hyperglykemie dostávají v den operace infúze glukózy s inzulínem. Pacienti, kteří mají zavedenou antikoagulační léčbu, se před operací převádějí na heparin (Valenta et al., 2007). Další zvláštnosti v předoperační přípravě se vyskytují u nemocných ve vyšším věku, protože u seniorů se častěji setkáváme se závažnou komorbiditou. U těchto pacientů očekáváme, že postižení orgánů bude pokročilejší při déle trvajícím průběhu dané nemoci. U této skupiny pacientů je selhávání jednoho orgánu provázeno selháváním orgánů dalších (Ulrych, 2008). Rehabilitační příprava před operací hraje důležitou roli, ale je možná pouze u plánovaných výkonů. Pacient se tak naučí cviky, které bude vykonávat po operačním výkonu. Jde například o nácvik chůze o berlích před operacemi velkých kloubů dolních končetin nebo nácvik odkašlávání před hrudními operacemi (Pitr, 2007).

Úlohou sestry v této předoperační přípravě je vysvětlit pacientovi potřebu předoperační přípravy a předoperačního vyšetření. Seznámit nemocného s hygienickou péčí před operačním výkonem, přípravou kůže a místa operace. Další aktivitou sestry je vysvětlit důvody důkladného vyprázdnění střev před operací. Sestra také informuje pacienta o předoperační léčbě a jejím podání. Vysvětluje pacientovi další léčebné postupy, které jsou naordinovány lékařem. Podle druhu operačního výkonu sestra zavádí žilní kanylu, permanentní močový katetr a nasogastrickou sondu. Dále sestra vysvětlí a připraví pacienta na to, že ho navštíví anesteziologický lékař. Důležité je také pro pacienta vysvětlení nutnosti nejíst, nepít a nekouřit nejméně osm hodin před výkonem. Sestra nemocnému potvrdí datum operačního výkonu. Informuje pacienta, kde bude operační výkon probíhat a kdo bude přítomen. Nemocného sestra seznámí a naučí cviky pro hluboké dýchání, jak může snadněji odkašlávat, provádět cvičení dolních končetin a způsoby pooperačního obracení a vstávání z lůžka. Na závěr pacientovi vysvětlí, jaký bude režim po operaci (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

1.3.2 Předoperační vyšetření

Základní předoperační vyšetření provádí praktický lékař pro běžné operační a diagnostické zákroky u zdravých pacientů. Pediatrický lékař u pacientů do devatenácti let. Internista provádí předoperační vyšetření u závažnějších operací nebo u nemocných, u kterých se vyskytuje komplikující onemocnění. V předoperačním vyšetření internistou by mělo být vyjádření o přítomnosti komplikujícího onemocnění, zda je vhodná nynější léčba a eventuální její úpravy. Při zjištění nově vzniklé nemoci nasazení léčby a odložení operace do stabilizace stavu. Dále se interní lékař vyjadřuje k patologickým hodnotám laboratorního vyšetření. Internista také navrhuje, jak by měla probíhat optimální předoperační příprava a jaké je jeho doporučení terapie případných komplikací v peroperačním a pooperačním období. Základ předoperačního vyšetření tvoří anamnéza, která je doplněná fyzikálním vyšetřením a pomocnými vyšetřeními. Doba, po kterou je platné předoperační vyšetření u jinak zdravého pacient, je jeden měsíc. U pacientů s lehkým a středně závažným komplikujícím onemocněním, kteří jsou stabilizovaní, je platnost čtrnáct dní. U vysoce rizikových, kteří jsou nestabilní, musí být interní i laboratorní vyšetření čerstvá, to znamená dvanáct až dvacetčtyři

hodin. Vyšetření pediatrem by nemělo být starší než dva týdny. Indikované rentgenové vyšetření plic by nemělo být starší než dvanáct měsíců, pokud se nezměnil psychosomatický stav nemocného. U plánovaných operací je nezbytné odložení výkonu při onemocnění horních cest dýchacích v posledních čtrnácti dnech před výkonem, onemocnění plic jeden měsíc před operací nebo akutně proběhlý infarkt myokardu šest měsíců před výkonem (Málek a kolektiv, 2011).

Vlastní klinické vyšetření se většinou provádí jeden až čtyři týdny před operačním výkonem. Lékař odebere od pacienta anamnézu, která je doplněná fyzikálním vyšetřením, kde lékař popisuje patologické změny, které se vztahují k plánované operaci a patologické změny, které se vztahují na chronické nemoci. Dále se provádí biochemický screening obecný bez ohledu na druh operace, vhodné je zdůraznit důležité faktory, které se vztahují k zánětlivým parametrům a vnitřnímu prostředí. Vyšetření hemokoagulačních faktorů se provádí u pacientů, kteří mají zavedenou antikoagulační nebo antitrombotickou léčbu. Elektrokardiografické vyšetření srdce není povinnou součástí u všech zákroků. Rentgen plic neřadíme do základního vyšetření v předoperační přípravě (Skalická a kolektiv, 2007). U zdravých pacientů se provádí doporučená laboratorní vyšetření podle typu operačního výkonu. U malých chirurgických výkonů se vždy provádí elektrokardiografické vyšetření srdce od osmdesáti let, vyšetření moči a sedimentu od šestnácti let, elektrokardiografické vyšetření srdce nad čtyřicet let, krevní obraz a vyšetření funkcí ledvin od šedesáti let. U pacientů s lehkým, středně těžkým až závažným komplikujícím onemocněním jsou nezbytná i další vyšetření. Některá vyšetření jsou indikací spíše operátéra nebo anesteziologa. Jiná vyšetření lékař indikuje s přihlédnutím na medikaci farmaky (Málek a kolektiv, 2011).

Úlohou sestry je zajistit předoperační vyšetření dle ordinace lékaře a především vysvětlit pacientovi potřebu předoperačního vyšetření. Informovat nemocného o odběru krve a moči, pořízení rentgenového snímku plic a elektrokardiografického záznamu srdce. Popřípadě gynekologické vyšetření u žen a další jiná vyšetření podle typu operačního výkonu a onemocnění (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

1.3.3 Příjem nemocného

Operační zákroky bývají častými důvody hospitalizace. K přijetí do nemocničního zařízení dává doporučení nejčastěji lékař, ale v akutních případech je nemocný přivezen a doporučení nemá. Dle naléhavosti nemocný přichází jednak k plánovanému příjmu, kdy je pacient objednaný k operačnímu zákroku. Nebo může být při náhlé změně zdravotního stavu, při stavech, které ohrožují jeho život, přijat akutně. Nemocní v akutním stavu jsou vyšetřováni a léčeni neprodleně. Tyto pacienty vyšetřuje lékař přednostně před ostatními pacienty. Místem příjmu nemocného může být ambulance příslušného oddělení, kde bude pacient hospitalizován. V některých nemocnicích funguje centrální příjem pacientů. K akutnímu příjmu je pacient většinou přivezen vozem záchranné služby bez dokladů a osobních věcí. Pacient, který přichází k plánovanému příjmu, tráví určitou dobu v čekací místnosti, čekání je pro něj velikým stresem. Již od prvního kontaktu se zařízením se odvíjí přizpůsobení se pacienta na nové prostředí a podmínky (Wirthová, 2011).

Při příjmu se sestra pacientovi nejdříve představí a seznámí ho s následujícími úkony. Úkolem sestry je získat od nemocného, případně od rodinných příslušníků, údaje, které jsou důležité pro zařazení nemocného do databáze. Dále je třeba do dokumentace uvést adresu a telefonní spojení nejbližší osoby pacienta, které budou poskytovány informace o zdravotním stavu nemocného. Nemocný se převleče do oblečení, ve kterém bude trávit pobyt v nemocničním zařízení. Pokud nemocnému sestra uschová šatstvo v centrální šatně, vystaví doklad o uložení civilního oblečení, originálem oděv označí a kopii vloží do dokumentace (Standard č. 37). Nemocný předkládá občanský průkaz nebo jiný doklad k ověření totožnosti a průkaz pojištění. Lékař při příjmu seznámí pacienta s důvodem hospitalizace a vyžádá si od něj písemný souhlas s hospitalizací. Dále lékař provede u pacienta fyzikální vyšetření, sepíše lékařskou anamnézu, určí potřebné ordinace, které jsou předány ošetrovatelskému týmu. Pokud nemocný přichází k plánovanému výkonu, má s sebou předoperační vyšetření. Na požádání vystaví sestra pacientovi průkaz práce neschopného. Dokumentaci při přijetí nemocného tvoří chorobopis, ve kterém jsou údaje identifikační, týkající se anamnézy a statistiky, výsledky fyzikálního vyšetření a diagnóza lékaře při přijetí.

Součástí chorobopisu je také dekurz, výsledky vyšetření v průběhu hospitalizace a teplotní tabulka, pokud se na oddělení používá. K dokumentaci se po přijetí na oddělení přikládá i ošetrovatelská část (Wirthová, 2011). Součástí přijetí je řádná identifikace nemocného. V mnoha zařízeních se používají nesenímelné identifikační pásky, které jsou připevněny přijímací sestrou na pravou paži. Na vřli prstu se náramek nastaví a uzavře se patentním uzávěrem. Na identifikačním náramku je vyznačeno jméno a příjmení pacienta, jeho datum narození a číslo pojišťovny. Pokud nemocný odmítne připevnění identifikačního pásku, provede sestra o tomto zápis do zdravotnické dokumentace. Po přijetí pacienta v příjmové ambulanci doprovodí sestra nemocného na lůžkovou část oddělení (Standard č. 6).

Na lůžkovém oddělení se ujímá nemocného sestra mající službu. Ve většině nemocnic se provádí skupinová péče, pacienta se tedy ujme sestra, která o nemocného, s pomocí ostatního personálu, bude dále pečovat. V moderním ošetrovatelství pracuje sestra metodou ošetrovatelského procesu. Je to způsob, jakým sestra péči o pacienta vykonává. Sestra nemocného přivítá a představí se, velice nutná je připevněná vizitka každého zaměstnance. Převezme si od pacienta kompletní dokumentaci se všemi výsledky vyšetření a doporučeními a také identifikační štítky pacienta. Pokud nemocný čeká na lůžko, je třeba pro něj zajistit klidné místo. Dále sestra věnuje pacientovi pozornost, seznámí ho s oddělením, ukáže mu pokoj, kde bude ležet, jeho lůžko, úložný prostor a seznámí ho se spolupacienty. Pokud si pacient s sebou do nemocnice přinese cenné věci, ať už hotovost peněz, šperky, důležité doklady či jiné, nabídneme mu jejich uložení do trezoru. Před jejich uložení musíme předměty řádně sepsat a jejich seznam pacient i sestra podepíší. Pokud má pacient, přijímaný akutně, u sebe cenné věci, domluvíme se s příbuznými, aby je s jeho souhlasem odnesli. Dále sestra nemocného poučí o používání signalizačního zařízení u lůžka. Povinnosti a práva pacientů, řád oddělení, důležitá čísla a návštěvní doba bývají většinou vyvěšeny na dobře viditelných a dostupných místech na chodbách nebo je pacient může dostat v tištěné podobě. Dále sestra u pacienta provede fyzikální vyšetření, změří mu fyziologické funkce. Pozorně sleduje chování a reakce pacienta. Sestra s pacientem vyplní ošetrovatelskou dokumentaci, která je potřeba a získává od nemocného informace (Wirthová, 2011).

Vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí práce sester. Její dobré vedení pomáhá chránit nemocné tím, že bude zajišťovat jistý standard ošetrovatelské péče, návaznost péče, lepší komunikaci a předávání informací mezi členy zdravotnického týmu více oborů, bude zde přesně popsán plán péče a její poskytování, tímto je možné včas vyhledat problémy, které mohou vznikat. Komplettní ošetrovatelská anamnéza má být zjištěna a sepsána do dvacetičtyř hodin. Ošetrovatelskou dokumentaci u každého přijatého pacienta tvoří ošetrovatelská anamnéza, obsahující základní údaje o nemocném, které jsou nezbytné pro zahájení léčebné a ošetrovatelské péče, formulář nutričního screeningu pro posouzení stavu výživy, různé hodnotící škály, jako je Barthelův test základních činností, zde sestra hodnotí soběstačnost pacienta, hodnocení vzniku dekubitů a škála Nortonové, riziko pádu. Součástí ošetrovatelské dokumentace je plán ošetrovatelské péče, ve kterém sestra stanoví dle ošetrovatelské anamnézy diagnózy, cíle a ošetrovatelské intervence. Do plánu ošetrovatelské péče sestra zaznamenává jeho realizaci, označuje zde činnosti, které během své služby vykonala. V sesterském dekuru se sestra minimálně jedenkrát denně vyjadřuje ke všem stanoveným ošetrovatelským diagnózám. Další nutnou součástí komplettní dokumentace je edukační záznam, do kterého lékař, sestra i jiní zdravotničtí pracovníci, zaznamenávají veškerou provedenou edukaci. Verifikační protokol zaznamenává kontrolu operované strany tří osob, přijímacího lékaře, pacienta a operátora. Ošetrovatelská dokumentace může být upravena i pro krátkodobou hospitalizaci (Standard č. 4).

1.3.4 Informovaný souhlas pacienta s operací

Informovaný souhlas nemocného s provedením zdravotního zákroku, tedy i operace je téma, kterým se zabývá právo medicíny. Je to proto, že souhlas pacienta je projevem jeho svobodné vůle s podstoupením výkonu, který je doporučován lékařem. Ve většině případech je předpokladem, který je nezbytný k tomu, aby nebyl následný výkon považován za protiprávní (Policar, 2010). Informovaný souhlas dává jenom pacient, který je způsobilý. Pokud je nemocný dočasně nekompetentní v důsledku akutní nemoci, nemají jeho blízcí ze zákona právo dát souhlas s terapií nebo ji odmítnout. Lékař musí vždy jednat v nejlepším zájmu pacienta. Dále také platí, že příbuzní

nemůžou rozhodovat za kompetentního nemocného. Jejich přednostním právem ale je pomoci nemocnému a učinit lékaři vhodné rozhodnutí. Informovaný souhlas obsahuje popis výkonu, který je navrhován. Dále diskutuje o možné alternativní léčbě, zmiňuje se o možných komplikacích a jaká je jejich pravděpodobnost. Dále zahrnuje vyvážený přínos a rizika zákroku a rozhodnutí, které učiní nemocný. Informovaný souhlas má dvě fáze. V první fázi lékař nemocnému poskytne všechny informace, které se vztahují k plánovanému výkonu. Ve druhé fázi pacient tyto informace zváží, a rozhodne se, jestli s provedením navrženého zákroku souhlasí (Nicholls, Wilson, 2006).

1.3.5 Anesteziologická péče

Anesteziologický lékař se s pacientem setkává před operačním zákrokem při anesteziologickém vyšetření u jeho lůžka nebo před hospitalizací v anesteziologické ambulanci. Nedílnou součástí anesteziologické péče je předanestetické vyšetření, jehož podkladem jsou závěry předoperačního vyšetření. Účelem předanestetického vyšetření není operační výkon zrušit, ale nalézt nejbezpečnější a nejvhodnější anesteziologické techniky a mít jistotu, že nemocný je v optimálním dosažitelném stavu. Základem předanestetického vyšetření je anamnéza, klinické vyšetření pacienta, laboratorní, pomocná a konziliární vyšetření. Podle celkového uvážení a nálezů si může anesteziolog vyžádat doplnění laboratorních nebo jiných pomocných vyšetření. Předanestetické vyšetření dále obsahuje poučení pacienta o povaze anesteziologického výkonu a získání jeho souhlasu se zvoleným způsobem anestezie. Anesteziolog sepiše s nemocným anesteziologický dotazník a vyžádá si jeho písemný souhlas. Neodkladné výkony znemožňují získání informovaného souhlasu, toto by mělo být zaneseno a zdůvodněno ve zdravotní dokumentaci lékařem, který vyžaduje poskytnutí anesteziologické péče. Na konci předanestetického vyšetření u nemocného provede lékař zápis do dokumentace o způsobu anestezie, který zvolil a předepíše medikaci před operací. Lékař předepisuje premedikaci, která se podává u plánovaných operací v průběhu dne a večer před operačním výkonem. Premedikace se podává v den operace. Po celém světě se používá při hodnocení komplikujících onemocnění klasifikace, která je přijata Americkou anesteziologickou společností (ASA). Tato klasifikace se provádí dle celkového stavu nemocného a umožňuje i odhadnout pravděpodobný výskyt

časných smrtelných komplikací, které souvisí s operačním výkonem a anestezií. Klasifikace celkového fyzického stavu před anestezií ASA I je zdravý pacient, který nemá patologický nálezný v klinickém stavu ani v laboratorním vyšetření. ASA II, nemocný má mírně až středně těžké systémové onemocnění (lehká hypertenze, diabetes mellitus beze změn na orgánech, obezita, anémie, věk nad sedmdesát let). ASA III, pacient se závažným systémovým onemocněním, které omezuje nemocného a výkonnost a funkci orgánů (angina pectoris, stav po infarktu myokardu, srdeční selhání v anamnéze). ASA IV, pacient má závažné onemocnění, které ohrožuje jeho život a operací se vždy neřeší (srdeční dekompenzace, nestabilní angina pectoris, pokročilá forma nedostatečnosti plic, ledvin, jater, endokrinních orgánů, ileus, hemoragický šok, peritonitida). ASA V, nemocný, který umírá a jeho poslední možností záchrany života je operace. Při operačním zákroku, který je neodkladný se přidává písmeno E (Málek a kolektiv, 2011).

V této době je úlohou sestry vysvětlit a připravit pacienta na návštěvu anesteziologického lékaře. Sestra nemocnému předá v písemné formě informace o anestezií. Součástí je anesteziologický dotazník, který s ním sepíše anesteziolog, zvolí vhodnou formu anestezie a vyžádá si jeho souhlas s anestezií. Dále sestra pacientovi sdělí přibližnou dobu příchodu anesteziologa na oddělení a nutnost jeho přítomnosti na svém pokoji. Dle ordinace anesteziologického lékaře sestra popřípadě doplní laboratorní vyšetření nebo objedná pomocná vyšetření. Nemocnému sestra vysvětlí a zdůvodní podání premedikace a premedikace (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

1.3.6 Předoperační příprava v den před operací

Tato předoperační příprava je omezená na dobu dvacetičtyř hodin před samotným operačním zákrokem, je to období krátkodobé předoperační přípravy. Předoperační příprava zahrnuje přípravu fyzickou, psychickou a anesteziologickou. Úlohou sestry je nemocnému vysvětlit, jak bude příprava probíhat, sestra provádí poučení před operací. Dále sestra zajišťuje nutné konzultace v den před výkonem, potřebnou dokumentaci k operačnímu zákroku a podepsání souhlasu s léčbou a operací. Po stránce fyzické ze strany výživy a tekutin musí být každý pacient 6-8 hodin před operačním zákrokem lačný. U dehydratovaných nemocných a u pacientů s poruchami výživy, zajišťujeme

tekutiny a energii cestou parenterální. Snižuje se tak riziko komplikací po operaci. Další aktivitou sestry je vyprázdnění tlustého střeva, které se odvíjí od druhu operačního výkonu a řídí se pokynem chirurgického lékaře. Při nutnosti dokonalého vyprázdnění tlustého střeva provádí sestra vyprázdnění klyzmaty nebo pacient pije roztok na vyprázdnění, či kombinace obojího. U náročnějších operací se provádí katetrizace močového měchýře v den operace na oddělení nebo na operačním sále. Podle soběstačnosti pacienta se provádí celková osobní hygiena, pozornost se věnuje stavu nehtů, odstraňuje se lak z nehtů, důležitá je viditelnost nehtového lůžka pro posouzení krevní cirkulace. Odstraňují se kosmetické přípravky, make-upy, líčidla, dezinfikuje se pupek. Příprava operačního pole, holení, dezinfekce, se řídí druhem operace, dle operátora ale také zvyklostmi daného oddělení. Pro holení se používá jednorázová holící souprava. Jako prevenci tromboembolické nemoci aplikuje sestra podle ordinace lékaře pacientovi nízkomolekulární heparin. Má-li nemocný u sebe cennosti, šperky nebo větší obnos peněz, sestra nabídne pacientovi proti jeho podpisu jejich možné uschování do trezoru. Pacientovi protetické pomůcky se označí jeho jménem a uschovají se. Zubní náhrady, které jsou snímatelné, se vyjmou z úst, označí se a uloží do sklenice s vodou. V případě nutnosti provádí sestra s pacientem předoperační rehabilitaci, nacvičuje s nemocným hluboké dýchání, odkašlávání nebo cviky dolních končetin. Je přirozené, že pacienti podstupující operační zákrok mají strach z narkózy i ze samotné operace. Mají obavy z výsledku operačního zákroku. Bojí se, že se po operaci neprobudí nebo že se probudí během operace. Mají strach z bolesti, bojí se o své blízké, a zda budou moci i nadále vykonávat své povolání. Vlídným chováním a upřímným rozhovorem s pacientem navodíme jeho důvěru, čímž dochází k rozptýlení jeho obav. Cílem psychické předoperační přípravy je snížit strach a stres z operačního zákroku na minimum. Vždy je důležité, abychom otázky, které nám klade nemocný, nebagatelizovali. Nikdy nesmíme zlehčovat otázky pacienta, které se týkají operačního zákroku, délky anestezie, bolesti po operaci, imobilizace, ale také starost o rodinu (Slezáková a kolektiv, 2010). Vhodnou komunikací sestra zmírňuje obavy pacienta z operačního výkonu. Dále sestra seznámí nemocného, kde se bude operace provádět a objasní mu, kdo bude u operace přítomen. Seznámí ho také s přibližnou dobou výkonu

dle operačního programu a jeho návratem na pokoj, zda bude po operaci převezen na stejný pokoj nebo na lůžko intenzivní péče. Objasní nemocnému to, co může po operaci očekávat, operační rána je kryta obvazem, z rána může být vyveden drén, přítomnost pooperační bolesti, možnost aplikace analgetik a jejich účinek, perorální a intravenózní výživa. Na psychické předoperační přípravě se podílejí lékaři i sestry (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006). V přípravě anesteziologické přípravy přichází za pacientem na oddělení anesteziolog, který hodnotí jeho stav a seznamuje ho s anestezií a s rizikem, které může v průběhu operace nastat. Anesteziolog předepíše pacientovi premedikaci (sedativa, hypnotika), kterou sestra dle jeho ordinace nemocnému podá. Nerušený spánek a odpočinek pomůže nemocnému, aby zvládl strach a stres před operací (Slezáková a kolektiv, 2010).

1.3.7 Bezprostřední příprava v den operace

Bezprostřední příprava se omezuje na časový úsek těsně, to je asi dvě hodiny před operačním zákrokem. Vlídým slovem sestra stále komunikuje s pacientem a uklidňuje ho. Součástí přípravy je kontrola dokumentace pacienta. Sestra dále zajistí uložení cenností na bezpečném místě. Podle soběstačnosti nemocného sestra zajistí jeho ranní hygienu. Než pacient vstane z lůžka, přikládají se elastické bandáže nebo punčochy jako prevence tromboembolické nemoci. Nutná je také kontrola vyprázdnění močového měchýře. Pokud je naordinována katetrizace močového měchýře, sestra jej provede za aseptických podmínek. Dlouhé vlasy se upraví a odstraní se z nich všechny spony. Sestra zkontroluje, zda pacienta je nalačno a nepřijímal nic perorálně. Pacient si na sobě ponechá pouze pyžamo, těsně před odvozem na operační sál si oblékne volnou košili s vázáním na zádech. Sestra odstraní a zkontroluje odložení zubní protézy, šperků, hodinek, brýlí, kontaktních čoček, naslouchadel, protetických pomůcek či paruk. Zkontroluje dutinu ústní. Při speciálních požadavcích lékaře zavede nasogastrickou sondu nebo podá nemocnému léky. U diabetiků se ráno před výkonem provádí odběr glykemie a jsou do operačního programu zařazeni přednostně. Také je nutná kontrola operačního pole. Na pokyn anesteziologické sestry, asi třicet minut před operačním výkonem, aplikuje sestra pacientovi premedikaci, která snižuje slinění, dochází k lepšímu navození do anestezie a má sedativní účinek. Sestra zajistí převoz pacienta na

operační sál a s veškerou dokumentací ho předává anesteziologické sestře (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

1.4 Peroperační ošetrovatelská péče

Peroperační péče začíná uložením pacienta na operační stůl a končí uložením nemocného na pooperační ošetrovací jednotku. Ošetřování nemocného je v průběhu peroperační fáze zabezpečováno zdravotnickým odborným personálem operačního sálu. Na operačním sále se důraz klade zejména na ochranu pacienta před poraněním a infekcí, je třeba chránit kůži před poraněním při pohybu a změně polohy těla. Důležité je udržování polohy těla pacienta. Zdravotnický personál na operačním sále používá vhodné ochranné pomůcky (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

1.4.1 Anestezie

Slovo anestezie pochází z řeckého jazyka a znamená necitlivost, například pro bolesti, teplotu, taktilní podněty. Anestezie je stav klidu, kdy se mohou provádět operační zákroky (G-netz Das Gesundheitsnetzwerk, [cit. 2012-12-16]). Druh anestezie si volí anesteziologický lékař dle typu výkonu a jeho délky. Při anesteziologickém vyšetření před operačním zákrokem bere anesteziolog v úvahu i přání nemocného. Anestezie se klasifikuje podle způsobu vyvolání na anestezie navozenou léky a na anestezii navozenou fyzikálními faktory. Další klasifikace anestezie je podle rozsahu působení anestezie a rozdělujeme jí na anestezii celkovou a místní. Při celkové anestezii dochází k vyřazení všech podnětů, které jdou do centrálního nervového systému. Výsledkem anestezie je bezvědomí pacienta, ze kterého ho nelze probudit ani silnými bolestivými podněty. Dle způsobu, jakým se anestetikum vpraví do organismu, se celková anestezie dále dělí na inhalační, intravenózní, doplňkovou a navozenou netradičními způsoby podání. Při anestezii místní dochází k vyřazení podnětů jen z určité omezené oblasti těla. Místní anestezie může být vyvolána různými způsoby, ale nejčastěji se používají místní farmaka – místní anestetika, které blokují vedení v nervových axonech. Celková anestezie se rozděluje do více částí. První je úvod do celkové anestezie, který se provádí v anestetické přípravě bez rušivých elementů, kdy se pacientovi zajistí žilní přístup a jsou mu připojeny snímače a elektrody přístrojů

k monitorování. Další částí je vedení anestezie, při kterém se pečlivě sleduje klinický stav nemocného, jeho klinický stav, životní funkce, hloubka a kvalita anestezie. Při ukončení anestezie – probouzení se ukončuje přívod anestetik. V pooperační anesteziologické péči pacient po operaci vyžaduje dohled anesteziologického lékaře do návratu obranných reflexů, plného návratu vědomí, stabilizace kardiopulmonálního aparátu a obnovy dostatečné spontánní ventilace plic (Málek a kolektiv, 2011).

1.4.2 Úloha anesteziologické sestry

Anesteziologická sestra je první, s kým přichází nemocný na sále do kontaktu. Jejím úkolem a povinností je převzetí nemocného s veškerou dokumentací od pracovníků oddělení. Nemocný se přijímá z oddělení bez ložního prádla, oděvu a bez veškerých šperků. Pomocí vyhřívaného překladového plata se pacient přesune z lůžka na operační stůl a vždy se přikryje rouškou, respektuje se jeho intimita (Nováková, Haschová, Malíková, 2006). Anesteziologická sestra zkontroluje identitu pacienta slovně, zeptá se nemocného, jak se jmenuje a zároveň zkontroluje jmenovku na identifikačním náramku, který má pacient připevněn na pravé horní končetině. Dále sestra provede kontrolu operované strany, zda má pacient podepsaný verifikační protokol. Zeptá se nemocného, zda je lačný, zkontroluje stav dutiny ústní, jestli má pacient vyjmutou zubní protézu. Další její otázka je směřována na premedikaci, zda byla sestrou na oddělení aplikována. Nemocnému změří krevní tlak, pulz, saturaci kyslíku a hodnoty oznámí anesteziologickému lékaři. Monitorování je zahájeno na operačním sále již před podáním anestezie. Za monitorování fyziologických funkcí při anestezii odpovídá anesteziologický lékař (Standard č. 19). Na operačním stole v poloze na zádech vleže je nemocný převezen sálovým sanitářem za asistence anesteziologické sestry na anesteziologickou přípravnu. Zde je pacient v bezpečné poloze již v péči anesteziologické sestry a anesteziologického lékaře. Po uvedení do anestezie je pacient převezen na operační sál, kde se podle druhu operačního zákroku připraví do požadované polohy (Nováková, Haschová, Malíková, 2006).

Anesteziologická sestra si musí před výkonem zkontrolovat nástroje a pomůcky k zajištění dýchacích cest, které se liší v závislosti a závažnosti a délce výkonu. Vždy si musí připravit pomůcky k intubaci. Dále si připraví anesteziologický přístroj, zapojí ho

na zdroj elektrické energie, centrální rozvod plynů – kyslíku, oxidu dusného, vzduchu, odsávání plynů a zemnění. Provede zkoušku těsnosti okruhu a nasadí masku s bakteriálním filtrem. Dále provede kontrolu funkčnosti odsávačky, monitoru, doplní inhalační anestetika v odpařovačích. Připraví léky a infuzi. Léky, které se používají při celkové anestezii, si určuje sám lékař. Po celou dobu operačního výkonu má nemocný zajištěnou žílu kanylou. Všechny léky jsou aplikovány sestrou intravenózně (Hošková, 2010).

1.4.3 Úloha perioperační sestry

V perioperační péči je velice důležitá každodenní mezioborová spolupráce perioperační a anesteziologické sestry na operačním sále. Vzájemná komunikace, zastupitelnost, důslednost a pečlivost má vždy velký význam během celého operačního dne (Páleníková, Prosecká, 2010). Perioperační péče o pacienta v průběhu operace a po jejím skončení je zaměřena především na bezpečnost nemocného, prevenci peroperačních a pooperačních komplikací, dodržování aseptického režimu a aseptických technik na operačním sále. V neposlední řadě je zaměřena na psychickou pohodu nemocného, vlídné jednání personálu a uvědomělá komunikace personálu za přítomnosti pacienta, zejména při operacích v lokální nebo svodné anestezii. Perioperační sestra připravuje instrumentárium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním zákroku. Činností perioperační sestry je instrumentace při operačních výkonech. Ve spolupráci s lékařem provádí početní kontroly nástrojů a použitého materiálu. Dále také zajišťuje manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami. Zajišťuje také polohu a fixaci pacienta na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace. Dále provádí antisepsi operačního pole a zarouškování pacienta. Perioperační sestra kontroluje funkčnost přístrojů a v neposlední řadě píše ošetrovatelskou dokumentaci (Standard č. 51).

Kompletní dokumentace z operačního sálu je součástí chorobopisu každého pacienta. Do ošetrovatelské dokumentace na operačním sále patří perioperační záznam, který obsahuje všechny informace, které se týkají operačního zákroku, identifikační data nemocného, operační skupinu, diagnózu a datum operačního zákroku. Jsou zde

zahrnuty přesné časy jednotlivých fází operace, poloha nemocného, druhy dezinfekce, veškerý použitý materiál, drenáže, implantáty, šicí materiál. K dokumentaci se příkládají i sterilizační indikátory ze všech kontejnerů, které byly použity, štítky z rouškování, pláštů a šicího materiálu. Zapisují se všechny implantáty (Standard č. 51). Do dokumentace také patří anesteziologický záznam, který obsahuje všechny údaje o anestezii a komplikacích, které s anestézií souvisí. Záznam o anestezii zahrnuje anesteziologické vyšetření v průběhu předoperačního vyšetření, celou anestezii a pooperační probouzení a zotavovací fáze. Tento záznam také obsahuje informace pro ošetřujícího lékaře a zdravotní sestru (Standard č. 19).

1.5 Pooperační ošetrovatelská péče

Pooperační období začíná, když se pacient probudí z anestezie, která zhoršuje jeho schopnost reagovat na vnější podněty. V tomto období po operaci se všechny funkce organismu postupně navrací do předchozího stavu (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

1.5.1 Bezprostřední pooperační péče

Po ukončení operačního zákroku zůstává pacient pod intenzivním dohledem, do té doby, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a dokud se mu nenavrátil obranné reflexy, jako je schopnost polykat a kašlat. V této době je riziko zapadání jazyka, nemocný může zvracet a následně aspirovat, může vzniknout laryngospasmus. Tato část péče o pacienta po operaci připadá anesteziologovi. Pacient tedy nesmí opustit operační úsek, dokud není dokonale probuzen a nepominul účinek myorelaxancií. V mnoha nemocničních zařízeních se bezprostřední pooperační péče uskutečňuje na pooperačním – dospávacím pokoji, které je součástí operačního úseku. Dospávací pokoj je místnost speciálně určená pro pacienty, kteří jsou bezprostředně po operačním zákroku. Na tomto pokoji je anesteziologická sestra a anesteziologický lékař, pacient má tak zajištěnou odpovídající péči. Nemocní jsou zde neustále monitorováni do doby jejich úplného probuzení a stabilizace stavu. Pacienti jsou tak pod stálým dohledem, pravidelně se provádí monitorace fyziologických funkcí. Většina pacientů vyžadují intenzivní pooperační péči. Puls, krevní tlak a dýchání se kontrolují

v intervalech, které určí operující lékař, v prvních hodinách po patnácti až třiceti minutách. Po operacích obtížných a dlouhotrvajících jsou pacienti převezeni z operačního sálu na jednotku intenzivní péče nebo na ARO, pokud je po operačním výkonu nutné pokračovat ve ventilaci plic (Slezáková a kolektiv, 2010).

1.5.2 Následná pooperační péče

Pacienti po operacích, kteří již nevyžadují intenzivní péči, jsou z pooperačního – dospávacího pokoje předáni na lůžkové oddělení. Nemocného si přebírá s veškerou dokumentací sestra, při překladu na jednotku intenzivní péče i lékař. Dokumentaci tvoří úplný chorobopis, ve kterém operátor spolu s anesteziologem vyznačí přesné ordinace pro čas operačního dne, který zbývá. Rámcově lékaři provedou i ordinace pro péči o pacienta v dalších dnech (Pešková, 2000).

Tato část péče připadá sestře, která o nemocného pečuje v rámci pooperační ošetrovatelské péče. Sestra dle ordinace lékaře sleduje stav vědomí, krevní tlak, pulz, dech, tělesnou teplotu. Toto provádí v pravidelných intervalech, většinou každou hodinu po patnácti minutách, další hodinu po třiceti minutách a následně do dvaceti čtyř hodin každou hodinu. Všechny naměřené údaje se zaznamenávají do příslušné dokumentace. Mírné odchylky fyziologických funkcí bývají u pacientů po operaci v prvních pooperačních dnech velmi časté. Dále sestra sleduje pooperační bolest. Po vymizení účinku anestetik je bolest v operační ráně častým projevem. Bolest u nemocného nikdy nepodceňujeme. Do hodnotící metody intenzity bolesti nejčastěji patří verbální škály, kdy pacient vyjadřuje pocit bolesti na stupnici stanovené od jedné do deseti, neverbální škály (pláč, naříkání, bolestivé grimasy), vizuální škály (úsečky, na kterých pacient umístí intenzitu bolesti). O vyskytující se bolesti informuje sestra lékaře. Lékař ordinuje analgetika opiátového typu, které se aplikují až po úplném odeznění anestetika (Slezáková a kolektiv, 2010). V prvním pooperačním dni má bolesti skoro 100% nemocných. Mírnění bolesti je základním požadavkem ze strany etiky. V dnešní době se přijalo také to, že léčení bolesti přináší odstranění bolesti subjektivně u pacienta, ale má také pozitivní vliv na léčení a hojení pooperační rány. Důležité je pečlivě vyšetřit původ a povahu každé pooperační bolesti, aby nebyla omylem za bolest z operační rány považována bolest jiná (Rokyta a kolektiv, 2009). Popřípadě může lékař naordinovat

hypnotika, pokud se objeví u pacienta poruchy spánku. Následkem podání premedikace, anestezie a analgetik se může u pacienta objevit nauzea a zvracení. U pacienta, který se ještě neprobudil z anestezie, je nebezpečí aspirace zvratků. Podle ordinace lékaře může sestra pacientovi aplikovat léky, které tlumí nauzeu a zvracení. Poloha nemocného po operaci je většinou na zádech, po některých operacích poloha v polosedě, jindy na břiše. Pacient může zaujmout takovou polohu, která mu vyhovuje, musí se ale dávat pozor na útlak drénů sond nebo katetrů. Důležité je hlavně dbát na to, aby byla zajištěná dobrá ventilace plic a časté polohování nemocného. Dále sestra u nemocného sleduje vyprazdňování močového měchýře. Pacient se musí po operačním zákroku vymočit do šesti až osmi hodin, pokud ne, provede se katetrizace močového měchýře. U pacientů se zavedeným močovým katetrem sledujeme množství a barvu vyprázdněné moči. K přechodnému pooperačnímu stavu patří zástava odchodu plynů a stolice, jehož příčinou je dočasné zastavení střevní peristaltiky, které se projeví plynatostí. Obtíže, které vycházejí z plynatosti, můžeme zmenšit zavedením rektální rourky do konečníku, změnou polohy pacienta, včasnou mobilizací, popřípadě se aplikují léky, které podpoří peristaltiku střev. Při operaci dochází ke krvácení a dochází ke ztrátám tělesných tekutin. Proto je u nemocného důležité sledovat příjem a výdej tekutin. Po operacích na zažívacím traktu se v prvních dnech nahrazuje perorální příjem tekutin podáním náhradních roztoků parenterální cestou. Infúzní terapie se zavádí i při velkém zvracení nebo dalších pooperačních komplikací. V pooperační péči je důležité věnovat se vzniku tromboembolické nemoci. Prevence se provádí již v předoperačním období, podávají se antikoagulantia, přikládají se elastické bandáže. Po operačním zákroku začíná včasná mobilizace nemocného, masáže dolních končetin, dechová gymnastika, pasivní cvičení na lůžku. Z důvodu prevence proti trombóze se u pacientů po výkonu elastické bandáže ponechávají a aplikují se antikoagulantia (Slezáková a kolektiv, 2010). Další povinností sestry je sledování operační rány. Kontroluje se, zda obvaz není prosáklý krví nebo jinou tekutinou. Malé prosáknutí bývá pravidelně po některých výkonech, většinou postačí přiložit na obvaz další vrstvu sterilního mulu. Při větším prosakování nebo vytékání krve z rány zpod obvazu, je nutné za přítomnosti lékaře obvaz sejmout a operační ránu zkontrolovat, popřípadě lékař rozhodne o revizi operační rány. Pokud

nejdou přítomny tyto komplikace v ráně, první převaz závisí na řadě okolností. Stehy se odstraňují většinou sedmý den od operace. Hygiena u pacienta po operaci je ztížená omezenou hybností, proto se pacient bez pomoci ošetřujícího personálu neobejde. Důležitá je zejména péče o dutinu ústní. Péče o čistotu kůže je základem pro prevenci proleženin a pro dobrý subjektivní pocit nemocného. Celková koupel po operaci není možná, proto je důležité zajistit nemocnému pravidelné omývání těla a masáž kůže, hlavně v místech, které jsou vystavené tlaku (Pešková, 2000).

1.5.3 Pooperační rehabilitace a rekonvalescence

Pooperační rehabilitace je závislá na typu a rozsahu operačního výkonu. Členy rehabilitačního týmu nejsou jenom fyzioterapeuti, ale i zdravotní sestry a nižší zdravotnický personál. Proto je potřeba, aby veškerý tým, starající se o nemocného měl rehabilitační přístup. Je dobré dát pacientovi napít, ale je lepší, aby to dokázal on sám, je lepší ho odvést na toaletu, než mu přinést podložní mísu (Pitr, 2007). Nedílnou součástí komplikací po operaci je včasná mobilizace pacienta. Tvorbu dekubitů a kontraktur omezuje polohování nemocného. Pokud pacient není schopen cvičit aktivně, provádí rehabilitační pracovník pasivní cvičení (Slezáková a kolektiv, 2010). Časná pohybová aktivita pacienta po operačním zákroku je základním předpokladem nejen proto, aby v brzké době došlo k normalizaci tělesných funkcí, ale je i prevencí řady komplikací, například plicní tromboembolie nebo močové infekce. Z prostředků léčebné terapie se uplatňuje léčebná tělesná výchova, a to především dechová gymnastika, která spočívá v hlubokém dýchání, které trvá několik minut, několikrát denně. Dechová gymnastika slouží k dobré plicní ventilaci. Dechová cvičení se provádějí většinou současně s aktivním cvičením horních končetin (Pešková, 2000). Po břišních a hrudních operacích je důležité pacienta naučit, aby si chránil jizvu. Pokud je možná časná mobilizace nemocného, je důležitá hlavně v případech použití celkové anestezie i pro zlepšení pasáže střev a močení a v neposlední řadě podporuje i pacientovu psychiku (Pitr, 2007).

Časná rekonvalescence se zaměřuje na prevenci komplikací. Pacient postupně nabývá síly, začíná se mu navracet jeho zájem o okolí, začíná přibývat na tělesné váze.

Úplná schopnost pracovat se navrácí během dvou až čtyř týdnů, i více. Fáze rekonvalescence většinou probíhá již v domácím prostředí (Valenta et al., 2007).

1.6 Pooperační komplikace

Za pooperační komplikace se označují komplikace, které vznikají do třiceti dnů v operačním poli, ve vzdálenějších místech nebo orgánech. Příčinou pooperačních komplikací mohou být chyby v předoperační přípravě, pooperační péči, chyby v chirurgické indikaci, operační technice nebo nozokomiální infekce. Velice často je hlavní příčinou pooperačních komplikací špatný celkový stav pacienta (Valenta et al., 2007).

Mezi nejčastější komplikace patří komplikace v ráně. Tyto komplikace se nejčastěji vyskytují v prvním týdnu po operaci. Může jít o nahromadění čiré tekutiny – serom, krve – hematom nebo hnisu – absces, v podkoží nebo v hlubších vrstvách rány. Zánět se může rozšířit do okolí operační rány a vzniká nekrotizující fascitida. Nebo se může rána rozpadnout a dochází k dehiscenci rány, buď jenom v povrchových vrstvách, nebo ve vrstvách hlubokých, nebo kompletně s nebezpečím výhřezu orgánů. Zpravidla je nutností ránu otevřít a vyčistit, při dehiscenci rány se provádí resutura buď ihned, pokud je pacient v dobrém stavu a operační rána je čistá, nebo odloženě později. Poruchy hojení rány se velice často vyskytují u obézních pacientů, u nemocných s maligními nádory. Často jsou také důsledkem malnutrice (Valenta et al., 2007).

Komplikace plicní častěji postihují kuřáky, pacienty s chronickou obstrukční chorobou plic, nemocné po hrudních operacích nebo v horní polovině břicha, které více omezují plicní ventilaci. Může dojít k zahlenění, které vede k ucpání drobných bronchů s následným kolapsem plicních sklípků, k rozvoji bronchopneumonie a v nejzávažnějších případech může dojít k rozvoji syndromu akutní respirační nedostatečnosti. Tyto komplikace mohou vznikat již druhý až třetí den po operaci, projevují se kašlem, zvýšenou teplotou, dušností. Je nutností intenzivní dechové cvičení, nebulizace, odkašlávání nebo odsávání sekretu z bronchů, při akutní respirační nedostatečnosti umělá ventilace plic (Valenta et al., 2007).

Kardiovaskulární komplikace se mohou projevovat náhlou hypotenzí v důsledku infarktu myokardu nebo plicní embolie, pooperační hypotenze je však častěji způsobena

nedostatečnou náhradou ztrát objemu cirkulující tekutiny. Hluboká trombóza žil postihuje třicet až padesát procent chirurgických nemocných, většinou je však bez příznaků. Nejzávažnější formou je trombóza, která postihuje hluboké žíly celé dolní končetiny a pánve, které vede k otoku až modrofialovému zabarvení k tříslu, až k nekróze prstů a špičky nohy. Léčbou hluboké žilní trombózy je klid na lůžku s elevací dolních končetin, plná heparinizace, aplikace látek, které trombus rozpouštějí. Při hluboké žilní trombóze může dojít k uvolnění trombu a jeho zanesení do plicního řečiště, které může být okamžitě smrtící. Komplikací dlouhodobých infúzí může být tromboflebitida povrchových žil, projevující se bolestivou zarudlou infiltrací podél povrchové žíly. Infúze do postižené žíly je třeba ukončit a přikládat alkoholové obklady, popřípadě heparoidovou mast, klid na lůžku není nutný (Valenta et al., 2007).

Komplikace v oblasti trávicího ústrojí se mohou projevit zánětem příušní žlázy u oslabených nemocných, kvasinkovou infekcí v dutině ústní, která se může šířit až do jícnu. Škytavka po operaci může být způsobena roztažením žaludku nebo drážděním bránice zánětem. Náhle vyzvrácený obsah žaludku může být vdechnut a aspirace může být smrtící. Peristaltika střev bývá po operaci utlumena na jeden až dva dny, při útlumu na delší dobu může dojít až k paralytickému ileu, kdy je třeba obsah žaludku odsávat, podávat infúzní terapii a látky, které povzbuzují peristaltiku střev. Závažnou komplikací je pseudomembranózní kolitida, která může vést k náhlé smrti pacienta. Difúzní peritonitida může vzniknout při poruše hojení střevních anastomóz. Nebo může vzniknout navenek střevní píštěl (Valenta et al., 2007).

Nejčastější močovou komplikací je retence moči, kdy se moč hromadí v močovém měchýři a pacient se nemůže spontánně vymočit. Při přetrvávající retenci je třeba pacienta vycévkovat. Při porušení přísné asepsy při cévkování může vzniknout infekce močových cest, které může vyvolat vysokou horečku se zimnicí a třesavkou až bakteriální šok (Valenta et al., 2007).

Vznik proleženin svědčí o selhání ošetrovatelské péče. Nekróza kůže, podkoží i hlubších tkání je způsobená tlakem podložky na místa proti kosti. Dekubity mohou vzniknout již během čtyř až šesti hodin. K tvorbě dekubitů jsou náchylní nemocní kachektičtí, obézní, s malnutricí a s neurologickými lézemi, hlavně obrnami. Proto je

důležitá prevence, častá změna polohy pacienta, použití pomůcek proti dekubitům a nejdůležitější péče ošetrovatelská, udržování čistého, suchého a napjatého prostěradla (Valenta et al., 2007).

Neurologické a psychiatrické komplikace mohou být způsobeny snížením prokrvení a oxidace mozku v průběhu operačního zákroku, projevující se zmateností, zejména u starších nemocných. Tlakem některých nervů proti podložce mohou být vyvolány parézy periferních nervů (Valenta et al., 2007).

Změny tělesné teploty se mohou projevit jako subnormální teplota, která je provázená zimnicí a třesavkou v důsledku podchlazení pacienta na operačním sále. Zvýšení teploty do třicetiosmi stupňů celsia v prvních pooperačních dnech je běžné. V dalších dnech však horečka ukazuje na rozvoj pooperačních komplikací (Valenta et al., 2007).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit úroveň návaznosti péče v perioperačním období z pohledu pacienta.

Cíl 2

Zjistit průběh spolupráce zdravotnických pracovníků v perioperační péči.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1 položená pacientům

Jakým způsobem je zajištěna ošetrovatelská péče o pacienta v perioperačním období?

Výzkumná otázka 2 položená všeobecným sestřám

Jak probíhá spolupráce zdravotnických pracovníků v perioperační péči?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Pro zjištění informací byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření, metoda dotazování. Technikou sběru dat byl hloubkový rozhovor s pacienty po operačním zákroku, kteří jsou již v domácím ošetřování, se všeobecnými sestrami, které pracují na chirurgickém lůžkovém oddělení a s anesteziologickými sestrami, pracujícími na operačních sálech. Rozhovory probíhaly od února do března 2013 v nemocnici Český Krumlov a.s. se svolením hlavní sestry nemocnice (příloha 1). Pacienti byli vybráni již během jejich hospitalizace. Rozhovory s nimi probíhaly při jejich další kontrole na chirurgické ambulanci v klidné, samostatné místnosti nemocničního zařízení. Při rozhovoru byly použity otevřené i zavřené otázky, které zjišťovaly, jak je zajištěna ošetrovatelská perioperační péče o pacienta z jejich pohledu. Rozhovory se sestrami probíhaly na jejich odděleních. V rozhovorech byly použity otevřené otázky, které zjišťovaly, jak probíhá jejich spolupráce. Záznam rozhovorů byl zpracováván písemnou formou a poté doslova přepisován.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen čtyřmi pacienty, čtyřmi všeobecnými sestrami z chirurgického lůžkového oddělení a čtyřmi anesteziologickými sestrami. Výběr pacientů byl záměrný. Pacienti museli být po operačním zákroku a být již v domácím ošetřování. Všichni čtyři pacienti splnili podmínky a jejich odpovědi mohly být zařazeny do výzkumného šetření. Výběr sester byl také záměrný. Sestry z chirurgického oddělení musely pečovat o pacienta podstupující chirurgický zákrok, a anesteziologické sestry musely pracovat na chirurgických sálech. Do výzkumného souboru byly vybrány dvě sestry z aseptického chirurgického oddělení a dvě sestry ze septického chirurgického oddělení, dále dvě anesteziologické sestry pracující na aseptickém operačním sále a dvě sestry pracující na sále septickém. Všechny sestry splnily podmínky a mohly být zařazeny do výzkumného šetření.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty

Perioperační období zahrnuje dobu před operačním zákrokem, během operace a po operačním výkonu. Kategorizace je tedy rozdělena do tří kategorií, stejně jako otázky kladené pacientům (příloha 2) a jejich odpovědi v doslovných prepisech rozhovorů (příloha 4).

Prvním pacientem byla žena, 65 let, která přichází k akutnímu zákroku pro zlomeninu horního konce pažní kosti vpravo s dislokací. Druhý pacient je mladý muž, 24 let, který byl přijat k akutní apendektomii. Třetím pacientem byla žena, 55 let, přicházející k plánované operaci hemoroidů. Pacientem čtvrtým byl muž, 29 let, hospitalizován k plánované cholecystektomii.

4.1.1 Kategorie ošetrovatelské péče v předoperačním období

První otázky v předoperačním období byly zaměřeny na poskytování informací. Na první otázku, kdo a jakým způsobem informoval pacienta o operačním zákroku a jeho nutnosti, odpovídali všichni čtyři nemocní shodně. Informace o operačním zákroku jim poskytl lékař. Pacienti 1 a 2 odpovídali, že lékař na chirurgické ambulanci jim sdělil, že musí podstoupit operaci. Pacienti 3 a 4 uvedly, že o nutnosti operace je informoval lékař při vyšetření již v dřívější době.

Informace o předoperačním vyšetření a předoperační přípravě poskytla pacientům, jak shodně uvádějí, sestra z příjímací ambulance. Všem nemocným sestra sdělila, co patří do předoperačního vyšetření. O předoperační přípravě informovala nemocné pouze stručně. Oznámila pacientům, že s předoperační přípravou je seznámí sestra z oddělení. Pacienti 1 a 2 uvedli, že předoperační vyšetření jim bylo provedeno až na oddělení. Pacientům 3 a 4 sestra sdělila, že předoperační vyšetření jim provede jejich praktický lékař.

Pacienti 3 a 4, kteří byli objednáni k plánovanému operačnímu výkonu odpovídali, že byli od sestry z příjímací ambulance informováni o příchodu do zdravotnického zařízení, kdy a kam se mají dostavit.

Další otázka byla zaměřena na to, jak probíhá příjem nemocného v přijímací ambulanci. U pacientů 3 a 4, kteří se dostavili k plánovanému výkonu, probíhal lékařský i sesterský příjem v přijímací ambulanci standardním způsobem. Pacienti 1 a 2 byli vyšetřeni a přijati přednostně před ostatními pacienty, ihned po příjezdu. Pacientka 1 uvedla, že v čekárně čekala pár minut. Po příchodu do přijímací kanceláře, se sestra pacientky ptala na iniciály, bydliště, praktického lékaře, pojišťovnu. Také chtěla vědět telefonní kontakt na osobu, které mohou být sdělovány informace o jejím zdravotním stavu. Po převléknutí sestra s nemocnou sepsala svršky a doklad založila do dokumentace. Také předložila pacientce k podpisu formulář se souhlasem k hospitalizaci. Označila pacientce zdravou ruku identifikačním páskem. Spolu s věcmi a dokumentací předala sestra pacientu sestře na oddělení. Tímto způsobem probíhal příjem v přijímací ambulanci i u ostatních nemocných, pouze u pacientů 3 a 4 k akutnímu příjmu v rychlejším tempu.

Při příjmu na lůžkovém oddělení pacientka 1 uvedla, že na chodbě čekala asi deset minut, poté ji sestra posadila na sesterně a vysvětlila jí, že s ní musí sepsat sesterskou anamnézu. Dotazovala se na váhu, výšku, možné alergie, kvalitu spánku, vyprazdňování a na prodělané operace a jizvy na těle. Poté ji sestra požádala, aby se vymočila do nádoby. Nabrala jí krev a natočila srdce. Dále se sestra ptala, zda podepisovala souhlas s hospitalizací, operací a formulář, kde měla zaškrtnout a podepsat operovanou stranu. Také se nemocné dotazovala, zda užívá nějaké léky. Seznámila pacientku s oddělením a pokojem, kde bude ležet. Jak uvedli ostatní pacienti, proběhl u nich příjem na oddělení obdobným způsobem, pacient 2 odpovídal, že vše proběhlo velice rychle.

O anesteziologické péči před operací byli informováni všichni dotazovaní pacienti. Sestra z oddělení všem pacientům předala informace o anestezii spolu s anesteziologickým dotazníkem. Nemocným oznámila přibližnou dobu příchodu anesteziologického lékaře, který s nimi vypíše anesteziologický dotazník a pacient jej poté podepíše.

Zda byli pacienti informováni o pooperační péči ještě před operačním výkonem, odpovídali následovně. Pacientka 1 byla před operací informována od sestry pouze o bolesti operační rány, a že jí může sestra aplikovat injekci proti bolesti. Jiné informace o

pooperační péči nedostala. Proto byla po probuzení z anestezie vyděšená, že neleží na svém pokoji a že má ruku přilepenou k tělu velikou náplastí. Tato pacientka uvádí, že kdyby měla více informací již před operací, určitě by byla po probuzení klidnější a nebyla tolik vystrašená. Pacientovi 2 napichovala sestra žilní kanylu již před operací a řekla mu, že ji bude při operaci i po ní potřebovat. O jiné pooperační péči informován nebyl, vše prý podle něj proběhlo velice rychle. On sám se na nic sestry neptal. Po operačním výkonu ale uvedl, že by více informací před operací uvítal. Ale chápe to, že musel být na operaci připravený za krátkou dobu a jeho příprava byla velmi rychlá. Pacientka 3 se sestry zeptala, jestli se po operaci vrátí na stejný pokoj, sestra jí odpověděla, že pravděpodobně ano. Ani nevěděla, na co se má před operací sestry zeptat, operace byla její první. Po operaci si uvědomila, jaké informace by před výkonem ocenila, třeba to, že bude mít velké bolesti, které je možné tlumit injekcemi. Pacientovi 4 sestra před operací pouze řekla, že bude po operaci asi ležet na jednotce intenzivní péče. V rozhovoru pacient uvedl, že by chtěl před operací vědět, že bude mít z operační rány vyvedené drény a nosem zavedenou sondu.

Předoperační příprava v den před operací neprobíhala u pacienta 2, který byl přijat k akutní apendektomii, která musela být provedena asi do jedné hodiny. Pacientka 1 byla přivezena k akutnímu výkonu, ale operace byla provedena až druhý den hospitalizace, příprava v den před operací tedy u nemocné proběhla. Tato pacientka uvedla, že mohla v den před operací obědovat i večeřet. Sestra jí oznámila, že nesmí od půlnoci jíst, pít a kouřit. Kolem šesté hodiny večerní jí sestra aplikovala malou injekci do břicha jako prevence proti trombóze a čípek na vyprázdnění. Sestra nemocné sdělila přibližnou dobu operace. Od noční sestry pacientka dostala prášek na spaní. U pacientky proběhla i příprava psychická. Stejným způsobem probíhala předoperační příprava i u pacientů 3 a 4, pouze jim sestra oznámila, že budou moci obědovat, ale nebudou již večeřet, vzhledem k operacím na zažívacím traktu. Při prázdnění bylo pacientům 3 a 4 podáno klyzma.

Bezprostřední příprava v den operace proběhla u pacienta 2 velice rychle, během několika minut. Po uložení na pokoj se pacient převlékl do otevřené košile, zřízenec provedl oholení operačního pole. Sestra pacientovi sdělila, že musí odložit prsteny,

řetízky, hodinky, popřípadě piercing. Dále sestra u nemocného provedla elastickou bandáž dolních končetin a aplikovala pacientovi premedikaci. Vysvětlila mu, co je to premedikace a za jakým účelem se podává. U pacientů 1, 3 a 4 proběhla tato příprava stejným způsobem. Ráno všem pacientům sestra změřila krevní tlak, pulz a teplotu. Pacientka 3 si ráno zapila malým množstvím vody své ranní léky, sestra jí zavedla žilní kanylu k aplikaci infúze, kterou jí naordinoval anesteziologický lékař ještě před operačním výkonem. Pacientovi 4 bylo ještě ráno v den operace podáno opět klyzma. Všichni nemocní byli informováni o tom, co je to premedikace a proč se před operací podává.

Předoperační období ukončovala otázka, kde byli pacienti dotazováni na to, jaká byla podle nich úroveň péče ze strany sester v předoperačním období. Všichni pacienti se shodovali v tom, že by ocenili více informací o pooperační péči ještě před operačním zákrokem. Pacientka 1 odpovídala, že sestry byly ochotné a ocenila i to, že si večer před operací našla sestra trochu času si s ní popovídat o jejím strachu z operace. Pacient 2 uvedl, že jeho příprava proběhla velice rychle, ale i přesto viděl, že sestry vědí, co mají dělat a všechny výkony na sebe postupně navazovaly. Úroveň péče sester byla profesionální. Pacientka 3 odpovídala, že sestry stále chvátaly. Jinak byla jejich péče hezká a ona byla spokojená. Pacient 4 byl s péčí sester před operací spokojen, podle něho proběhlo vše tak, jak má.

4.1.2 Kategorie ošetrovatelské péče v peroperačním období

První otázka v peroperačním období zjišťovala, jak probíhal první kontakt pacienta s personálem na operačním sále. Pacientka 1 odpověděla, že žena v zeleném oblečení pozdravila, ale nepředstavila se. Stejná byla i odpověď u pacienta 2 i 3. Pouze pacientovi 4 se žena představila jako anesteziologická sestra, která ho připraví na operaci. Pacienti 1, 2 a 3 v rozhovorech uvedli, že nevěděli, kdo je žena v zeleném oblečení.

Před samotnou anestézií pacientka 1 odpovídala, že ji sanitář odvezl do místnosti, kde se jí představila žena v zeleném jako anesteziologická sestra a připraví ji na operaci. Nemocné změřila krevní tlak, zavedla žilní kanylu a aplikovala infúzi. Stejný postup

vedl také pacient 2, 3 i 4. Pacientům 3 a 4 poskytla anesteziologická sestra i psychickou podporu.

Při zajišťování intimity všichni pacienti uvedli, že jejich intimita byla respektována. Nemocní odpovídali, že při přesunu z lůžka na vozík byly dveře na chodbu zavřené. Pacient si na operačním vozíku svlékl otevřenou košili a ihned byl přikryt papírovou příkryvkou. Žádný pacient neměl pocit odhalení či nahoty.

Totožnost pacientů ověřovala před operačním výkonem anesteziologická sestra. Pacienti 1 a 4 uvedli, že se jich žena v zeleném oblečení při prvním kontaktu ptala, jak se jmenují a zkontrolovala jim jejich identifikační náramek. Ověření totožnosti u pacientů 2 a 3 proběhlo v anesteziologické přípravě, stejným způsobem. Zároveň si dle pacientů zkontrolovala sestra jejich dokumentaci.

4.1.3 Kategorie ošetrovatelské péče v pooperačním období

První otázkou pro pacienty v pooperačním období bylo, zda měli po úplném probuzení možnost kontaktu se sestrou nebo možnost použití signalizačního zařízení. Pacientka 1 se probudila na vyšetřovně u sester, poté byla převezena na svůj pokoj a poučena o použití signalizace. Pacient 2 byl po úplném probuzení na svém pokoji. Sestra byla přítomna, protože aplikovala pacientovi infúzi a zároveň ho poučila o použití signalizačního zařízení. Pacientka 3 nebyla po úplném probuzení v kontaktu se sestrou, sama použila signalizaci, aby sestru přivolala. U pacienta 4 byla sestra po probuzení s pacientem v kontaktu, protože se nemocný probudil na jednotce intenzivní péče. Sestra ho informovala o tom, že bude stále v jeho dohledu.

O možnosti tlumení pooperační bolesti informovala sestra všechny pacienty, jak sami uvedli. Pacientku 1 informovala sestra ihned po úplném probuzení o tom, že může dostat injekci proti bolesti. Stejně tak byl informován pacient 2 a 4. Pacientka 3 musela sama zazvonit na sestru, zda může dostat nějaké analgetikum, sestra ji poté informovala o možnosti tlumení bolesti.

Další otázkou pro pacienty byl způsob poskytnutí informací o tom, co zahrnuje následná pooperační péče. Všichni pacienti uváděli, jaké informace jim sestra poskytla o následné pooperační péči. Nemocní byli informováni o tom, kdy mohou jíst a pít, popřípadě o dietním opatření nebo infúzní terapii po operačním výkonu. Sestra

pacientům oznámila nutnost vymočit se po anestezii, že je důležitá kontrola operační rány a odvádění drénů. Pacientům byl také objasněn důvod aplikace léků jako prevence proti trombóze a funkčnost elastických bandáží.

Včasná mobilizace byla možná u všech pacientů. Sestra pacientům objasnila důvody včasné mobilizace po operačním zákroku. Pacientka 1 uvedla, že jí sestra vysvětlila důležitost vstávání z lůžka již v den operace právě jako prevence proti trombóze. Pacientce 3 sestra sdělila, že pokud se jí točí hlava a má nauzeu, pokusí se alespoň posadit a vstávání z lůžka zkusí později.

Pooperační rehabilitace byla u nemocných poskytnuta následujícím způsobem. Pacientka 1 byla před prvním vstáváním poučena, aby nevstávala sama, dále jí sestra informovala, že může hýbat a cvičit s prsty. Pooperační rehabilitaci prováděla sama, rehabilitační pracovník za ní nedocházel. Pacientovi 2 pomáhala při prvním vstávání sestra a vysvětlila mu, jak má vstávat z lůžka. Pacient ale neuvádí, že byl před prvním vstáváním poučen o tom, aby nevstával sám, další rehabilitaci zvládal sám. Pacientku 3 sestra před prvním vstáváním poučila, aby nevstávala sama, vysvětlila jí způsob vstávání z lůžka, rehabilitaci po operaci dále zvládala sama. Pacient 4 byl po operaci umístěn na jednotku intenzivní péče, vstával tedy se sestrou a jako jediný pacient byl poučen o tom, aby se další dny po operaci vždy několikrát za den prošel jako součást rehabilitace a prevence proti trombóze.

Všichni dotazovaní pacienti byli při propuštění od sestry informováni o péči o operační ránu, o další kontrole či o případném dietním opatření. Pacientka 1 uvedla, že ze strany sester jí byly sděleny dostačující informace, ale od lékaře očekávala informace o další rehabilitaci, na propouštěcí zprávu čekala asi dvě hodiny. Pacienta 2 sestra informovala o vyhýbání se fyzické námaze po dobu čtyř týdnů, a aby ještě pár dní nejedl tučná a nadýmavá jídla. Pacientka 3 byla od sestry informována o koupelích v řepíku a péči o pravidelnou stolicí. Informace o fyzickém šetření a dietním opatření obdržel od sestry také pacient 4.

Poslední otázkou pro pacienty bylo, jak byl spokojen/a s péčí ze strany sester a co může sestra v péči o pacienta před, během a po operaci zlepšit. Pacientka 1 byla s péčí sester moc spokojená a chápala i to, že sestry nemají na každého pacienta mnoho času.

Určitě by uvítala více informací o pooperační péči ještě před operací, nebyla by po operaci tolik vystrašená. Také ostatní pacienti mají stejný názor na poskytování informací o pooperační péči před operačním výkonem. Také vidí jako problém to, že se anesteziologická sestra pacientům při prvním kontaktu nepředstavují. Ošetrovatelskou péči sester označovali nemocní jako profesionální, na dobré úrovni, přístup sester byl lidský.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami

Do výzkumného šetření byly zahrnuty také sestry z chirurgických oborů. Patřily sem čtyři registrované sestry, pracující na lůžkovém chirurgickém oddělení, které pečují o pacienty po operačních výkonech. Dále čtyři anesteziologické sestry se specializací, pracující na chirurgických operačních sálech. Spolupráce sester probíhá v celém perioperačním období, kategorizace je tedy rozdělena do tří kategorií. Otázky byly kladeny chirurgickým i anesteziologickým sestrám (příloha 3) a jejich odpovědi byly doslovně přepisovány (příloha 5).

4.2.1 Kategorie spolupráce sester v předoperačním období

První otázka byla směřována pouze na sestry chirurgické, a to, jaká je jejich spolupráce se sestrou z příjmací ambulance. Sestra 1 uvedla, že sestra z příjmu objednáva každé ráno pro pacienty, kteří přicházejí k plánovanému výkonu, obědy. Postupně sestra předává lékařsky přijaté pacienty sestrám na oddělení a sděluje, zda se nějaký pacient odhlásil nebo bude akutní příjem. Dále sestra uváděla, že spolupráce se sestrou z příjmu je bez problémů. Pacienta osobně předává s chorobopisem, připravenou ošetrovatelskou dokumentací a podepsanými potřebnými souhlasy. Stejně odpovídaly i ostatní sestry. Sestra 4 odpovídala, že spolupráce je velmi dobrá i po telefonu.

Další otázky byly stejné pro chirurgické i anesteziologické sestry. V odpovědích na otázku, jak se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy, se shodovaly obě strany. Všechny sestry uváděly, že anesteziologická sestra se zapojuje do předoperační přípravy až v den operace, v den před operací za pacientem na oddělení nedocházejí. Na pokyn anesteziologické sestry sestra z oddělení připraví pacienta na operaci a odváží ho na sál. Chirurgické sestry ale odpovídaly, že některé

anesteziologické sestry nesdělují jméno pacienta, který má být připraven na sál. Anesteziologické sestry uváděly, že před operací odebírají od pacienta anamnézu, zajišťují žilní linku. Nemocnému změří krevní tlak, pulz, saturaci kyslíku a hodnoty oznámí anesteziologickému lékaři.

4.2.2 *Kategorie spolupráce sester v peroperačním období*

Způsob, jakým probíhá předávání pacienta z oddělení na operační sál, uváděly chirurgické sestry, že po telefonické domluvě s anesteziologickou sestrou odvázejí pacienta na sál. Na operační sál předává vždy sestra z oddělení, odpovídaly všechny sestry z chirurgického oddělení. Na tomto způsobu se shodly sestry z oddělení i anesteziologické sestry. Nemocný se v předávacím filtru přesune na lehátko opatřené postranicemi, které je určené pro operační sál. Pacient svlékne otevřenou košili, přikryje se papírovou příkrývkou, na hlavu dostane čepici. Chirurgické sestry 4 uvedla, že anesteziologické sestry nevolají sanitáře, jak je domluveno a často musejí na sál s pacientem dvě sestry z oddělení.

Informace, které předává sestra z oddělení anesteziologické sestře, chirurgické sestry uváděly, že sdělují jméno pacienta, jakou operaci má nemocný podstoupit, zda má zavedenou žilní kanylu a jaké léky byly pacientovi podány před operačním výkonem. Anesteziologické sestry odpovídaly obdobně. Od sester z oddělení dostávají úplnou dokumentaci, uváděly anesteziologické sestry. Chirurgické sestry jmenovaly dokumenty, které jsou při předávání pacienta na sál potřeba, celý chorobopis s předoperačním vyšetřením, souhlasy s hospitalizací, operačním výkonem, anestezií, verifikační protokol. Jako další dokument uváděly předoperační přípravu, kde je zapsán ranní krevní tlak, pulz, tělesná teplota a premedikaci, která byla nemocnému podána. Dále také podpis a razítko sestry, která pacienta předávala na sál. Nesmějí chybět identifikační štítky nemocného.

4.2.3 Kategorie spolupráce sester v pooperačním období

Na otázku, jakým způsobem probíhá předávání pacienta ze sálu na oddělení, odpovídaly chirurgické i anesteziologické sestry shodně. Nemocného ze sálu přebírá vždy sestra z oddělení na pokyn anesteziologické sestry. Pomocí překladového plata se pacient opatrně přesune z vozíku na své lůžko. Nemocný se přikryje, na lůžku s pacientem se zvednou postranice. Tři chirurgické sestry spatřují opět problém v tom, že anesteziologické sestry nevolají sanitáře, aby sestře pomohl pacienta přemístit z operačního lehátka zpět na lůžko, z oddělení tedy musejí pro pacienta dvě sestry.

V předávané dokumentaci a informacích při předávání pacienta z operačního sálu spatřují chirurgické sestry největší problém. Anesteziologická sestra sděluje sestře z oddělení druh anestezie, ve které byl pacient operován a jak uvádí chirurgická sestra 1, že může po spinální anestezii nemocný pít a jíst. Chirurgická sestra 2 dokonce uvedla, že někdy anesteziologická sestra nesděluje nic, ale naopak, že jí anesteziologická sestra podala informace o tom, jak probíhala anestezie a jaké dostal pacient během operace léky. Chirurgické sestry 3 a 4 uvedly, že jenom některá anesteziologická sestra podává informace o průběhu anestezie a aplikace léků během operace. Na stejnou otázku odpovídaly anesteziologické sestry následovně. Anesteziologická sestra 1 uvedla, že sestře z oddělení předává způsob anestezie a že po spinální anestezii může pacient jíst a pít. Anesteziologická sestra 2 a 4 informuje sestru o anestezii, v jaké byl nemocný operován a léky, které mu byly během anestezie podány. Anesteziologická sestra 3 uvedla informace, které by měla anesteziologická sestra sestře z oddělení předávat, ale je si vědoma toho, že všechny tyto informace sestra z oddělení od anesteziologické sestry nedostává. Dokumentace, kterou předává anesteziologická sestra sestře z oddělení, je neúplná, na tomto se shodují chirurgické i anesteziologické sestry. Z dokumentace dostává sestra z oddělení pouze záznam z dšpávacího pokoje a anesteziologický záznam s průvodkou. Chirurgické sestry uváděly, že úplnou dokumentaci někdy mají k dispozici až v odpoledních hodinách, o mnoho později než pacienta.

Poslední otázka, kladena pouze chirurgickým sestřám, zjišťovala, jak a s kým spolupracuje sestra z oddělení při pooperační rehabilitaci. Všechny chirurgické sestry se

shodly na tom, že pooperační rehabilitaci a mobilizaci v den operace, ale i v dalších dnech provádí sestra z oddělení za pomoci sanitářky. Ve všední dny má sestra, po domluvě s lékařem, možnost spolupracovat s rehabilitačními pracovníky, kteří docházejí na oddělení dvakrát denně. O víkendech a o svátcích ale na oddělení rehabilitační pracovníci nedocházejí a rehabilitace a mobilizace nemocných je závislá jenom na sestře a sanitářce, které jsou na oddělení.

5 Diskuze

V rámci diskuze budou shrnuty a hodnoceny výsledky z rozhovorů kvalitativního výzkumného šetření bakalářské práce zaměřené na ošetrovatelskou perioperační péči z pohledu pacienta.

Do výzkumného šetření byli zahrnuti pacienti, kteří splňovali podmínky pro zařazení do výzkumného vzorku. Museli být po operačním zákroku a být již v domácím ošetřování. Dále byly do výzkumného šetření zařazeny sestry, pracující v chirurgickém oboru. Patřily sem sestry, které pracují na chirurgickém lůžkovém oddělení a anesteziologické sestry, pracující na operačních sálech. Prvním cílem bylo zjistit úroveň návaznosti ošetrovatelské perioperační péče z pohledu pacienta. Druhým cílem bylo zjistit průběh spolupráce zdravotnických pracovníků v perioperační péči. Pro zjištění informací byla použita metoda dotazování technikou individuálních hloubkových rozhovorů. Otázky kladené pacientům zjišťovaly, jakým způsobem je zajištěna ošetrovatelská perioperační péče z jejich pohledu. První část otázek byla zaměřena na to, jak probíhá příjem nemocného a předoperační příprava. Druhá část otázek zjišťovala, jak probíhá perioperační péče. Třetí část otázek byla zaměřena na to, jak je zajištěna péče o pacienta po operaci, až do doby, kdy je nemocný propuštěn do domácího ošetřování. Další otázky zjišťovaly spokojenost pacienta s přístupem a komunikačními dovednostmi sester. Také byli nemocní dotazováni na to, co je podle nich možné ze strany sester v péči o pacienta zlepšit a co bylo pro pacienty nejvíce důležité v celém perioperačním období. Otázky kladené sestřím zjišťovaly, jak probíhá jejich spolupráce v perioperační péči. Jak spolupracuje sestra z příjímající ambulance se sestrou z oddělení. Jakým způsobem spolupracuje sestra z oddělení s anesteziologickou sestrou. Jak a s kým spolupracuje sestra z oddělení při pooperační rehabilitaci.

Pacienti, tvořící výzkumný soubor byli žena a mladý muž, kteří podstoupili akutní operační zákrok a dále muž a žena, kteří byli přijati k plánovanému výkonu.

První otázky v předoperačním období byly zaměřeny na poskytování informací. Valenta (2007), uvádí, že každý operační zákrok vždy představuje pro nemocného jisté riziko, které je dáno jak závažností operace, tak i celkovým stavem pacienta. Lékař tedy vždy zvažuje, zda je operace nutná, musí být indikována. Pacienta informuje o

operačním zákroku a jeho nutnosti. Z rozhovorů s pacienty vyplývá, že všichni pacienti byli lékařem informováni o operačním výkonu a jeho nutnosti. S tímto souhlasím, poskytování informací o operačním zákroku je v kompetenci lékaře.

Pacientům, kteří byli přijati k akutnímu výkonu, bylo předoperační vyšetření provedeno až na lůžkovém oddělení. To je myslím na zvyklostech daného oddělení, kde se předoperační vyšetření provede a také podle toho, v jakou hodinu je pacient přivezen. Pacienty, přicházející k plánovanému výkonu sestra informovala, jak uvádí Málek (2011), že základní předoperační vyšetření provádí praktický lékař, internista provádí předoperační vyšetření u závažnějších operací nebo u nemocných, u kterých se vyskytuje komplikující onemocnění. Podle Mikšové, Froňkové a Zajíčkové (2006), je úlohou sestry zajistit předoperační vyšetření dle ordinace lékaře a především nemocnému vysvětlit potřebu předoperačního vyšetření. Informovat nemocného o odběru krve a moči, pořízení rentgenového snímku plic a elektrokardiografického záznamu srdce. Z rozhovorů s pacienty také vyplývá, že pacienti, přicházející k plánovanému výkonu byli sestrou informováni, kdy a kam se mají dostavit před plánovanou operací.

Sestra na přijímací ambulanci informovala nemocné o předoperační přípravě velice stručně, oznámila pacientům, že o předoperační přípravě je poučí sestra z oddělení. To je podle mě v pořádku, sestra z přijímací ambulance informuje pacienty pouze o vzdálené předoperační přípravě. Právě sestra z oddělení nemocného informuje o předoperační přípravě v den před operací a v den operace.

Další otázky byly zaměřeny na to, jak probíhá příjem nemocného. U pacientů, kteří se dostavili k plánovanému výkonu, probíhal lékařský i sesterský příjem v přijímací ambulanci standardním způsobem. Pacienti k akutnímu výkonu byli vyšetřeni a přijati, jak uvádí Wirthová (2011), přednostně před ostatními pacienty, ihned po příjezdu. Při příjmu se sestra pacientovi nejdříve představí a seznámí ho s úkony, které budou následovat. Součástí přijetí je řádná identifikace nemocného, používají se nesnímatelné identifikační náramky, které přijímací sestra připevní pacientovi na pravou paži, pokud je to možné. Pokud pacient toto odmítne, provede sestra o tomto zápis do zdravotnické dokumentace.

Příjem na lůžkové oddělení proběhl u všech pacientů dle standardních postupů, u pacientů, přijímaných k akutnímu zákroku v rychlejším tempu. Jak uvádí Wirthová (2011), na lůžkovém oddělení se ujímá pacienta sestra mající službu. V nemocničních zařízeních se obvykle provádí skupinová péče. V moderním ošetřovatelství pracuje sestra metodou ošetřovatelského procesu. Pacienta přivítá, vyplní s ním v klidné místnosti ošetřovatelskou dokumentaci, provede fyzikální vyšetření a změří mu fyziologické funkce. Seznámí ho s oddělením, ukáže mu jeho pokoj. Nabídne mu uložení cenných věcí do trezoru.

Mikšová, Froňková a Zajíčková (2006) ve své knize Kapitoly z ošetřovatelské péče II uvádí, že úlohou sestry v den před operací je vysvětlit a připravit pacienta na návštěvu anesteziologického lékaře. Sestra předá pacientovi v písemné formě informace o anestezii. Jeho součástí je anesteziologický dotazník, který s ním sepíše anesteziolog, zvolí vhodnou formu anestezie a vyžádá si jeho souhlas s anestézií. Sestra pacientovi sdělí přibližnou dobu příchodu anesteziologa na oddělení a nutnost jeho přítomnosti na svém pokoji. Z rozhovorů s pacienty vyplývá, že všem pacientům byly předány informace o anestezii spolu s dotazníkem. Všichni byli informováni o přibližné době příchodu anesteziologa na oddělení.

V ošetřovatelské péči je velice důležitá neustálá komunikace s pacientem v celém perioperačním období. Před operačním výkonem nemocný potřebuje, jak uvádí Janáčková a Weiss (2008), získat informace o předoperační přípravě, ale i o pooperační péči, jak bude probíhat a co pacienta čeká. Informace o pooperační péči podané před operací byly pouze o bolesti operační rány a možnosti aplikace analgetik. Jednomu pacientovi sestra sdělila, že nebude po operaci ležet na svém pokoji, ale bude umístěn na jednotku intenzivní péče. Z rozhovorů s pacienty je ale zřejmé, že právě před operačním výkonem nebyli nemocní dostatečně informováni o pooperační péči. Ze všech čtyř rozhovorů vyplývá, že všichni pacienti by před operačním zákrokem ocenili více informací o pooperační péči. Otázkou tedy zůstává, proč pacienti nejsou dostatečně informováni? Sestra na oddělení je nedostatek a jsou v časové tísní? Sestry na oddělení si myslí, že pacienti tyto informace nepotřebují nebo nechtějí slyšet? Sestry na oddělení jednoduše nemají potřebu tyto informace pacientům sdělovat? Domnívají se, že jako

laici by informacím stejně nerozuměli? Myslím si, že pacienti potřebují a chtějí tyto informace slyšet, i když jsou většinou laici. Administrativní povinnosti sestřám přibývají, informace pacientům podávají tedy v rychlosti a jistě jich není dostatek. Také ale záleží na každé sestře, jak k tomuto přistupuje.

Předoperační příprava v den před operací je, jak uvádí Slezáková a kolektiv (2010), příprava omezená na dobu 24 hodin před samotným operačním zákrokem. Předoperační příprava zahrnuje přípravu fyzickou, psychickou a anesteziologickou. Úlohou sestry je nemocnému vysvětlit, jak bude příprava probíhat, sestra provádí poučení před operací. Z rozhovorů s pacienty před plánovaným výkonem vyplývá, že předoperační příprava v den před operací proběhla jak po stránce fyzické, psychické i anesteziologické.

Bezprostřední příprava v den operace je podle Mikšové, Froňkové a Zajíčkové (2006) je časový úsek těsně, to asi dvě hodiny před operačním zákrokem. Sestra stále komunikuje s pacientem a uklidňuje ho. U akutních výkonů je tato doba omezena na kratší dobu. U pacientů před plánovaným výkonem probíhala bezprostřední příprava před operací standardním způsobem.

S péčí v předoperačním období byli všichni pacienti spokojeni, vyjma poskytování informací o pooperační péče ještě před operací. Jinak pacienti v rozhovorech uvedli, že sestry byly ochotné a jejich péče byla profesionální. Sestry věděly, co mají dělat a všechny výkony na sebe postupně navazovaly.

Otázky v peroperačním období zjišťovaly, jaký byl první kontakt pacienta s personálem na operačním sále. Při prvním kontaktu se pouze jednomu pacientovi žena představila jako anesteziologická sestra, která ho připraví na operaci. Ostatní pacienti uvedly, že nevěděly, kdo je žena v zeleném oblečení. Nováková, Haschková a Malíková (2006) ve svém článku Bezpečnost pacienta na operačním sále uvádí, že anesteziologická sestra je první, s kým přichází nemocný na sále do kontaktu, tudíž by se měla pacientovi představit. Z rozhovorů s pacienty je jasné, že tomu tak vždy nebylo. Proč se anesteziologické sestry pacientům při prvním kontaktu na operačním sále nepředstavují? Nepovažují to za důležité nebo nemají potřebu se představovat? Předpokládají, že nemocní vědí, kdo jsou? Myslím si, že anesteziologické sestry, pracující na sálech, by se rozhodně pacientům představovat měly. Jak vyplynulo z

rozhovorů s pacienty, nemocní nevědí, zda je dotyčná osoba sestra, lékařka nebo někdo jiný.

Před samotnou anestézií je pacient převezen vleže na zádech sálovým sanitářem za asistence anesteziologické sestry na anesteziologickou přípravnu. Zde je pacient, jak uvádí Nováková, Haschová a Malíková (2006), v bezpečné poloze již v péči anesteziologické sestry a anesteziologického lékaře. Sestra pacientovi změří krevní tlak, pulz a saturaci kyslíku a hodnoty nahlásí anesteziologickému lékaři. U všech pacientů proběhla tato příprava stejným způsobem, bez problémů.

U všech pacientů byla intimita respektována. Při přesunu pacienta z lůžka na operační vozík, byly vždy, jak uvádějí nemocní, zavřené dveře na chodbu. Pacient si na operačním vozíku svlékl otevřenou košili a ihned byl přikryt papírovou příkrývkou.

Dle standardu č. 19 nemocnice Český Krumlov, zkontroluje anesteziologická sestra identitu pacienta slovně, zeptá se, jak se jmenuje. Zároveň zkontroluje jmenovku na identifikačním náramku. Takto proběhla kontrola totožnosti u tří pacientů. U jednoho pacienta sestra nezkontrolovala jeho identifikační náramek, ale u všech nemocných si vždy sestra zkontrolovala zároveň i pacientovu dokumentaci.

V pooperačním období byly otázky směřovány na to, jak je zajištěna pooperační péče. První otázkou pro pacienty bylo, zda měli po úplném probuzení možnost kontaktu se sestrou nebo možnost použití signalizačního zařízení. Pacienti, ležící na standardním pokoji byli poučeni o signalizačním zařízení, ale nebyli všichni po úplném probuzení v kontaktu se sestrou. Pouze pacient, který byl po operaci převezen na jednotku intenzivní péče, byl ihned po probuzení v kontaktu se sestrou. Můj názor je, že každý pacient by měl být po úplném probuzení ihned v kontaktu se sestrou. Na chirurgickém oddělení v naší nemocnici je dospávací pokoj na operačních sálech. Na našem standardním chirurgickém oddělení dospávací pokoj není. Zřízení dospávacího pokoje přímo na oddělení je stále v řešení. Podle mě by bylo zřízení dospávacího pokoje přímo na oddělení přínosem, péče o pacienty by byla jistě kvalitnější.

Slezáková a kolektiv (2010) udává, že v pooperační péči sestra sleduje bolest, která je po vymizení účinku anestetik v operační ráně častým projevem. Bolest u nemocného nikdy nepodceňujeme. O vyskytující se bolesti sestra informuje lékaře. Lékař ordinuje

analgetika opiátového typu, která se aplikují až po úplném odeznění anestetika. Z rozhovorů vyplývá, že všichni pacienti byli sestrou informováni o možnosti tlumení bolesti. Mírnění bolesti je základním požadavkem ze strany etiky, jak uvádí Rokyta a kolektiv (2009).

Další otázkou pro pacienty byl způsob poskytnutí informací o tom, co zahrnuje následná pooperační péči. Povinností sestry je sledování operační rány, kontroluje, zda obvaz není prosáklý krví nebo jinou tekutinou. Při malém prosáknutí postačí, jak uvádí Pešková (2000) přiložit na obvaz další vrstvu sterilního mulu, při větším prosakování nebo vytékání krve z rány zpod obvazu, je nutné za přítomnosti lékaře obvaz sejmout a operační ránu zkontrolovat. Dále sestra u nemocného sleduje vyprazdňování močového měchýře a vysvětlí pacientovi, že se musí do šesti až osmi hodin po operaci vymočit, jinak se provede katetrizace močového měchýře. Slezáková a kolektiv (2010) uvádí, že po operacích na zažívacím traktu se v prvních dnech nahrazuje perorální příjem tekutin podáním náhradních roztoků parenterální cestou. Infúzní terapie se zavádí i při velkém zvracení nebo dalších pooperačních komplikací. V pooperační péči je důležité věnovat se vzniku tromboembolické nemoci. Všem pacientům byly poskytnuty informace o následné pooperační péči. Myslím si, že na našem chirurgickém oddělení poskytují sestry pacientům dostatek informací o pooperační péči a rády jim zodpovídají jejich případné dotazy.

U všech nemocných byla po operaci možná včasná mobilizace. Z rozhovorů s pacienty je zřejmé, že všem pacientům sestra objasnila důvody včasné mobilizace. Domnívám se, že pacienti si bohužel často myslí, že vstávání z lůžka již v den operace je výmysl nás, sester, což se velice mýlí. Vždy je potřeba jim zdůvodnit potřebu včasné mobilizace. Také Slezáková a kolektiv (2010) udává, že po operačním zákroku začíná včasná mobilizace nemocného, dále masáže dolních končetin, dechová gymnastika a pasivní cvičení na lůžku. Také souhlasím s tím, jak uvádí Pitr (2007), že pokud je u nemocného časná mobilizace možná, je důležitá hlavně v případě použití celkové anestezie i pro zlepšení pasáže střev a močení a v neposlední řadě podporuje i pacientovu psychiku.

Pooperační rehabilitace, jak uvádí Pitr (2007), je závislá na typu a rozsahu operačního výkonu. Členy rehabilitačního týmu nejsou jenom fyzioterapeuti, ale i sestry a nižší zdravotnický personál. Proto je potřeba, aby veškerý tým, starající se o nemocného měl rehabilitační přístup. Všichni pacienti nebyli poučeni před prvním vstáváním, aby nevstávali sami. Všem pacientům ale sestra vysvětlila způsob vstávání z lůžka a u všech nemocných proběhlo první vstávání po operaci se sestrou. Další pooperační rehabilitaci zvládali všichni nemocní sami. Pacient, který byl po operaci umístěn na jednotku intenzivní péče, vstával tedy se sestrou a jako jediný pacient byl poučen o tom, aby se další dny po operaci vždy několikrát za den prošel jako součást rehabilitace a prevence proti trombóze. Domnívám se, že každý pacient by měl být před prvním vstáváním poučen, aby nevstával sám. Sestra by měla pacienta také poučit o další rehabilitaci, pokud ji nemocný zvládá sám. Po domluvě s lékařem spolupracovat s rehabilitačním pracovníkem, pokud je to u pacienta potřeba. Bohužel i přes upozornění někteří pacienti vstávají poprvé po operaci sami bez pomoci a dohledu.

Fáze rekonvalescence probíhá, jak uvádí Valenta et al. (2007) většinou již v domácím prostředí. Myslím si, že pacienti, kteří jsou propouštěni do domácího ošetřování, by měli být dostatečně informováni o další pooperační péči od lékaře, ale i od sestry. Všichni dotazovaní pacienti byli při propuštění od sestry informováni o péči o operační ránu, o další kontrole či o případném dietním opatření. Jedna pacientka také uvedla, že ze strany sester jí byly sděleny dostačující informace, ale od lékaře očekávala informace o další rehabilitaci.

Poslední otázkou pro pacienty bylo, jak byli spokojeni s péčí sester a co může podle nich sestra v péči o pacienta před, během a po operaci zlepšit. Všichni pacienti se shodli na tom, že by před operací uvítali více informací o předoperační péči. Také bylo z jejich rozhovorů jasné, že první kontakt na operačním sále neprobíhal správným způsobem. Ošetřovatelskou péčí sester označovali nemocní jako profesionální, na dobré úrovni, jejich přístup byl lidský.

Do výzkumného šetření byly také zahrnuty sestry, pracující v chirurgických oborech. Všechny sestry z chirurgického lůžkového oddělení, byly registrované všeobecné sestry, pracující na septickém nebo aseptickém oddělení. Všechny

anesteziologické sestry byly všeobecné sestry se specializací, pracující na septickém nebo aseptickém operačním sále. Otázky, položené všem sestram, zjišťovaly, jaká je jejich spolupráce.

U chirurgických sester jsem se také ptala, jak sestra z oddělení spolupracuje se sestrou z příjímací ambulance. Z rozhovorů se sestrami z oddělení vyplývá, že spolupráce sestry z oddělení se sestrou z příjímací ambulance probíhá bez problémů. Všechny sestry uvádí, že komunikace je na dobré úrovni i po telefonu. Sestra z příjímací ambulance předává pacienta s veškerou dokumentací sestře na oddělení.

Další otázky byly stejné a pokládala jsem je jak sestram z oddělení, tak i anesteziologickým sestram. První otázka zjišťovala, jakým způsobem se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy. Všechny sestry shodně odpovídaly, že v den před operací se na jejich oddělení anesteziologická sestra do předoperační přípravy nezapojuje. Stejně tak odpovídaly i anesteziologické sestry. Anesteziologická sestra se do přípravy před operací zapojuje až v den operace. Na její pokyn sestra z oddělení připraví pacienta na operaci a odváží ho na sál. Chirurgické sestry odpovídaly, že některé anesteziologické sestry nesdělují jméno pacienta, který má být připraven na sál. Což se domnívám, že není v pořádku. Každý pacient je lidská bytost, sestra by měla mít k nemocnému holistický přístup. Lékaři si také mohou pořídit pacientů změnit a sestram na oddělení to nemusí sdělit. Dále anesteziologické sestry odpovídaly, že před operací odebírají od pacienta anamnézu, zajišťují žilní linku. Nemocnému změří krevní tlak, pulz, saturaci kyslíku a hodnoty oznámí anesteziologickému lékaři, jak uvádí standard č. 19 nemocnice Český Krumlov. Myslím si, že zapojení se anesteziologické sestry do předoperační přípravy pacienta v den před operací by bylo pro nemocného jistě přínosem. Bohužel se ale domnívám, že ve většině nemocnic anesteziologická sestra na oddělení za pacienty v den před operací nedochází. Důvodem je jistě časová tíseň, nedostatek personálu nebo jednoduše sestry nechtějí.

Další otázkou bylo, jak probíhá předávání pacienta z oddělení na operační sál. Na způsobu předávání pacienta na operační sál se obě strany shodují. Anesteziologická sestra telefonicky informuje sestru z oddělení, že mohou nemocného přivést na sál. Pacienta na sál předává vždy sestra z oddělení, jak uvádí Mikšová, Froňková, Zajíčková

(2006). V předávacím filtru se pacient za pomoci personálu přemístí z lůžka na operační vozík. Sestry z oddělení spatřují problém pouze v tom, že anesteziologické sestry nevolají sanitáře a často na sál s pacientem odjíždějí z oddělení dvě sestry. To je ale podle mého názoru jenom o domluvě personálu.

Jaké informace a dokumentaci předává sestra z oddělení anesteziologické sestře, byla mojí další otázkou. Z rozhovorů je jasné, že sestra z oddělení předává anesteziologické sestře veškerou dokumentaci, jak opět uvádí Mikšová, Froňková, Zajíčková (2006). Informace, které předává sestra z oddělení anesteziologické sestře, jsou, jak se pacient jmenuje, o jakou operaci se jedná, zda má zavedenou žilní kanylu a jaké léky před operací nemocný dostal. Na tomto se shodovaly sestry z oddělení i anesteziologické sestry.

Na otázku, jakým způsobem probíhá předávání pacienta ze sálu na oddělení, odpovídaly chirurgické i anesteziologické sestry shodně. Nemocného ze sálu přebírá vždy sestra z oddělení. S tímto postupem souhlasím, toto uvádí i Pešková (2000) v knize Chirurgická propedeutika. Pomocí překladového plata se pacient opatrně přesune z vozíku na své lůžko. Z rozhovorů s chirurgickými sestrami je opět zřejmé, že některé anesteziologické sestry nevolají sanitáře, aby pomohl sestře nemocného přesunout zpět na lůžko a odvést na oddělení. V rozhovoru uvedla anesteziologická sestra, vrchní sestra anesteziologického oddělení, že je domluvena, aby sanitáře volaly anesteziologické sestry. Proč tomu tak ale není a anesteziologické sestry sanitáře nevolají?

Další můj dotaz zjišťoval, jaké informace a dokumentaci dostává sestra z oddělení od anesteziologické sestry. Z rozhovorů s chirurgickými sestrami vyplývá, že anesteziologická sestra sděluje sestře z oddělení druh anestezie, ve které byl pacient operován a že může po spinální anestezii nemocný pít a jíst. Dle některých chirurgických sester některá anesteziologická nesděluje žádné informace. Jiná sestra sděluje sestře z oddělení, jak probíhala anestezie, zda se nevyskytly nějaké komplikace a jaké pacient dostal během operace léky. Anesteziologické sestry odpovídaly, že sestry z oddělení informují o druhu anestezie a o lécích, které byly nemocnému během operace podány. Anesteziologická sestra, pracující jako vrchní sestra anesteziologického

oddělení uvedla informace, které by měla sestra předávat, ale ví, že všechny sestry tyto informace sestrám z oddělení nepředávají. Domnívám se tedy, že vždy záleží na té konkrétní sestře, která pacienta sestře z oddělení předává. Je zajímavé, že sestry vědí, jaké informace mají předávat, ale nedělají to. Dokumentace, kterou předává anesteziologická sestra sestře z oddělení, je neúplná, na tomto se shodují chirurgické i anesteziologické sestry. Z dokumentace dostává sestra z oddělení pouze záznam z dospávacího pokoje a anesteziologický záznam s průvodkou. Od Peškové (2000) se znovu dozvídáme, že nemocného si přebírá sestra s veškerou dokumentací. Proč tedy sestra z oddělení nedostává od anesteziologické sestry úplnou dokumentaci? Proč má sestra z oddělení veškerou dokumentaci k dispozici později, někdy dokonce až v odpoledních hodinách? Může vůbec anesteziologická sestra ovlivnit předání úplné dokumentace? Dle některých anesteziologických sester většinou nemá lékař napsaný dekurz a operační protokol. To je zřejmě také důvodem proto, že anesteziologická sestra nemůže sestře z oddělení předat úplnou dokumentaci. Je tedy problém u lékařů, ale ne u sester?

Poslední otázka, kladena chirurgickým sestrám, zjišťovala, jak a s kým spolupracuje sestra z oddělení při pooperační rehabilitaci. Všechny chirurgické sestry se shodly na tom, že pooperační rehabilitaci a mobilizaci v den operace, ale i v dalších dnech provádí sestra z oddělení za pomoci sanitářky. Ve všední dny má sestra, po domluvě s lékařem, možnost spolupracovat s rehabilitačními pracovníky, kteří docházejí na oddělení dvakrát denně. O víkendech a o svátcích ale na oddělení rehabilitační pracovníci nedocházejí a rehabilitace a mobilizace nemocných je závislá jenom na sestře a sanitářce, které jsou na oddělení. Pitr (2007) v knize Základy chirurgie uvádí, že je dobré dát pacientovi napít, ale je lepší, aby to dokázal sám. Je lepší ho odvést na toaletu, než mu přinést podložní mísu. S tím naprosto souhlasím, ale v praxi to bohužel často není možné. Sestra musí vykonávat svoji práci a zároveň práci ošetřovatelky nebo sanitářky. Na odděleních leží třicet i více nemocných a pečují o ně jedna sestra a jedna sanitářka. Na akutních lůžkách může lékař kdykoli přijmout několik nemocných během dne.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že v předoperačním období spatřují pacienti největší problém v poskytování nedostatku informací o pooperační péči. Všichni shodně uvádějí, že by uvítali více informací. Jinak ale hodnotí ošetrovatelskou předoperační péči kladně, sestry byly ochotné, pacient 2 uvedl, že úroveň péče sester byla profesionální. Co se týká poskytování informací o pooperační péči ještě před operačním výkonem, je mi známo, že před operací mají pacienti těchto informací opravdu nedostatek. Také nevím, co která sestra nemocnému sděluje. Zatím jsem o tom hovořila pouze s jednou kolegyní. Z rozhovorů s pacienty bylo zřejmé, že byli po probuzení vystrašení, protože jim sestra před operací neřekla, kde budou ležet po operaci, že budou mít zavedený drén a kanylu a operační rána je bude bolet.

Při zajišťování pooperační péče se anesteziologická sestra při prvním kontaktu představila pouze jednomu pacientovi. Ostatní nemocní uvedli, že nevěděli, kdo je dotyčná osoba v zeleném oblečení. Anesteziologické sestry, pracující na operačních sálech, nenosí vizitky, tudíž by se podle mého názoru pacientům představovat měly. Přijde mi docela hloupé, aby sestra z oddělení upozorňovala anesteziologickou sestru na to, že se pacientovi při prvním kontaktu nepředstavila. Při poskytování holistické péče by mělo být sestře jasné, co každý pacient před operačním zákrokem prožívá.

V pooperačním období nebyli všichni pacienti po úplném probuzení v kontaktu se sestrou, měli k dispozici pouze signalizační zařízení. Na našem standardním lůžkovém oddělení není zřízen dospávací pokoj, kde by byl pacient po úplném probuzení v kontaktu se sestrou a pod jejím dohledem. Dospávací pokoj je na operačním sále, ale my si pacienty často přivážíme na oddělení a nejsou úplně probuzeni. Domnívám se, že toto opatření je nevyhovující jak pro pacienty, tak pro sestry. Tímto způsobem nemůže být pacientovi poskytnuta kvalitní pooperační péče, která připadá, jak uvádí Slezáková a kolektiv (2010) sestře, která o pacienta pečuje v rámci pooperační ošetrovatelské péče. Zřízení tohoto pokoje by bylo pro pacienty jistě přínosem a poskytováním kvalitnější ošetrovatelské péče, kterou nemocní po operaci potřebují. Obávám se ale, že zřízení dospávacího pokoje nedokáže sestry z oddělení ovlivnit. Dále z rozhovorů s pacienty vyplývá, že všichni pacienti nebyli poučeni o prvním pooperačním vstávání z lůžka a další pooperační rehabilitaci. Takto poučen by měl být pacient od sestry ihned po

úplném probuzení, aby nedošlo k tomu, že nemocný vstane sám a zkolabuje. Důležité je také poučit pacienta o způsobu rehabilitace po operaci, která má svůj význam jako prevence pooperačních komplikací.

Z výsledků rozhovorů se sestrami se dozvídáme od chirurgických i anesteziologických sester, že na předoperační přípravě se anesteziologická sestra podílí až v den operace. V den před operací na oddělení za pacienty nedocházejí. Takové jsou zřejmě zvyklosti oddělení. V odborných článcích jsem se dočetla, že v některých nemocnicích anesteziologická sestra dochází za pacientem na oddělení v den před operací a edukuje ho. Problémem ve spolupráci chirurgických a anesteziologických sester je předávání informací a dokumentace při předávání pacienta ze sálu. Někdy sestra z oddělení nedostává od anesteziologické sestry informace žádné, jindy je informací minimum. Sestry z oddělení také poukazují na to, že anesteziologické sestry jim neuvádí jména pacientů. Dokumentace, předávaná ze sálu, je často neúplná, kompletní dokumentaci má sestra z oddělení k dispozici mnohem později. V pooperační rehabilitaci má sestra možnost spolupráce s rehabilitačním pracovníkem, ale jenom ve všední dny. O víkendech a svátcích je rehabilitace pacientů v silách jedné sestry a jedné sanitářky. Domnívám se tedy, že z praktického hlediska není rehabilitace nemocných, kteří ji potřebují, možná.

6 Závěr

Tato bakalářská práce byla věnována pacientům po operačním zákroku, ale i sestřám, které pracují v chirurgickém oboru a spolupracují spolu. Prvním cílem bylo zjistit úroveň návaznosti ošetrovatelské perioperační péče z pohledu pacienta. Druhým cílem bylo zjistit, průběh spolupráce zdravotnických pracovníků v perioperační péči. Výzkumná otázka položená pacientům zněla: „Jakým způsobem je zajištěna ošetrovatelská perioperační péče z pohledu pacienta?“ Výzkumná otázka položená sestřám zněla: „Jak probíhá spolupráce zdravotnických pracovníků v perioperační péči?“ Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvalitativního výzkumného šetření metodou dotazování na chirurgickém oddělení a denní místnosti operačních sálů nemocnice Český Krumlov, a.s.. Výzkumný soubor tvořili pacienti po operačním zákroku a sestry, pracující v chirurgickém oboru. Jejich výběr byl záměrný. Pacienti museli být po operačním zákroku a být již v domácím ošetřování. Sestry z chirurgického oddělení musely pečovat o pacienty podstupující operační zákrok a anesteziologické sestry musely pracovat na chirurgických operačních sálech. Z rozhovorů s pacienty vyplývá, že návaznost ošetrovatelské perioperační péče z pohledu pacienta není bez chyb, ale je na dobré úrovni. Výzkumná otázka položená pacientům byla naplněna. Problémem v předoperačním období byl nedostatek informací o pooperační péči ještě před operačním zákrokem. Všichni pacienti se shodli, že by uvítali více informací. Při perioperační péči se anesteziologické sestry při prvním kontaktu s pacientem nepředstavují, což nemocní spatřují jako problém. Po úplném probuzení neměli všichni pacienti možnost kontaktu se sestrou, měli k dispozici pouze signalizační zařízení. Na lůžkovém chirurgickém oddělení není zřízen dospávací pokoj se sestrou, která by měla pacienty pod neustálým dohledem až do jejich úplného probuzení. Pacienti jsou ihned ze sálu umístěni zpět na svůj pokoj. Zřízení pooperačního dospávacího pokoje přímo na lůžkovém chirurgickém oddělení by bylo pro pacienty i pro sestry jistě přínosem. Všichni pacienti nebyli poučeni o prvním pooperačním vstání z lůžka. Pouze jeden pacient byl poučen o rehabilitaci v další dny po operaci. Výzkumná otázka položená sestřám byla také naplněna. Spolupráce chirurgických a anesteziologických sester neprobíhá bez problémů. Anesteziologická sestra se podílí na

předoperační přípravě až v den operace, v den před operací za pacienty nedochází. Informace, které předává anesteziologická sestra sestře z oddělení při předávání pacienta ze sálu, jsou minimální nebo žádné. Stejně tak je tomu při předávání dokumentace ze sálu, tu nedostává sestra z oddělení od anesteziologické sestry současně s pacientem, ale o mnoho později. Při pooperační rehabilitaci má sestra z oddělení možnost spolupráce s rehabilitačním pracovníkem, ale jenom ve všední dny.

Výsledky mé bakalářské práce by mohly být předány hlavní sestře nemocnice, ale zejména vrchním sestrám chirurgického a anesteziologického oddělení, aby měly možnost domluvit na lepší vzájemné spolupráci a komunikaci. Poněvadž na chirurgickém pooperačním oddělení pracuji, domnívám se tedy, že by bylo vhodné společně s kolegyněmi na oddělení konzultovat možné zlepšení poskytování ošetrovatelské péče v celém perioperačním období, popřípadě pořádat semináře, věnující se problematice ošetrovatelské perioperační péči. To znamená, poskytovat pacientům dostatek informací především již před operačním zákrokem, řádně poučit pacienty před prvním pooperačním vstáváním z lůžka a o další pooperační rehabilitaci. Sestry mohou pouze poukázat na to, že zřízení dospávacího pokoje na lůžkovém chirurgickém oddělení by bylo přínosem pro pacienty i pro sestry, ale jeho zřízení bohužel není v jejich silách. Dále by mohla být bakalářská práce použita jako zdroj informací pro sestry, pracující v chirurgických oborech.

7 Seznam informačních zdrojů

DUDA, Miloslav, 2000. Chirurgický výkon In: ZEMAN, Miroslav a kolektiv, *Chirurgická propedeutika*. druhé, přepracované a doplněné. Praha: Grada. ISBN 80-7169-705-2.

DVOŘÁK, Josef, 2000. Vyšetření chirurgického nemocného a příprava k operaci In: ZEMAN, Miroslav a kolektiv, *Chirurgická propedeutika*. druhé, přepracované a doplněné. Praha: Grada. ISBN 80-7169-705-2.

FERKO, Alexander a Milan KAŠKA, 2002. Předoperační péče o chirurgického pacienta In: FERKO Alexander a kolektiv, *Chirurgie v kostce* 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0230-4.

G-netz Das Gesundheitsnetzwerk. *Medizin & Gesundheit - narkose 1* [online]. [cit. 2012-12-16]. Dostupné z: http://www.g-netz.de/Gesundheit_aktuell/TDW/TDW0302/narkose1.shtml.

GULÁŠOVÁ, Ivica a kolektiv, 2012. Individuální přístup k pacientovi před operací. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 22, č. 6, s. 27-28. ISSN 1210-0404.

HOŠKOVÁ, Monika, 2010. Práce sestry před celkovou anestezií. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 20, č. 7-8, s. 64. ISSN 1214-7664

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

MÁLEK, Jiří a kolektiv, 2011. *Praktická anesteziologie*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3642-6.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. druhé nezměněné. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-457-3.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. aktualizované a doplněné. Praha: Grada. ISBN 80-247-1443-4.

NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s. Standard ošetrovatelské péče č. 4, *Vedení ošetrovatelské dokumentace*. 2012. chirurgické oddělení s. 4-8.

NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s. Standard ošetrovatelské péče č. 6, *Identifikace hospitalizovaných nemocných*. 2012. chirurgické oddělení s. 4-5.

NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s. Standard ošetrovatelské péče č. 19, *Anesteziologická péče o pacienta před, v průběhu a po operačním zákroku*. 2012. chirurgické oddělení s. 3.

NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s. Standard ošetrovatelské péče č. 37, *Příjem, překlad a propuštění nemocného*. 2012. chirurgické oddělení s. 4-5.

NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s. Standard ošetrovatelské péče č. 51, *Perioperační péče*. 2012. chirurgické oddělení s. 3.

NICHOLLS, Anthony a Iain WILSON., 2006. *Perioperační medicína*. první české vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-320-6.

NOVÁKOVÁ, Jana, Ivana HASCHOVÁ a Ivana MALÍKOVÁ., 2006. Bezpečnost pacienta na operačním sále. *Florence*. Praha: Galén, roč. 2, č. 12, s. 39-40. ISSN 1801-464x.

PÁLENÍKOVÁ, Květa a Martina PROSECKÁ, 2010. Mezioborová spolupráce sester na operačním sále. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 20, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404.

PEŠKOVÁ, Marie, 2000. Pooperační péče In: ZEMAN, Miroslav a kolektiv, *Chirurgická propedeutika*. druhé, přepracované a doplněné. Praha: Grada. ISBN 80-7169-705-2.

PITR, Karel, 2007. Rehabilitace In: VALENTA, Jiří et al., *Základy chirurgie*. druhé, doplněné a přepracované. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-403-4.

POKORNÁ, Andrea., 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. druhé přepracované. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-466-5

POLICAR, Radek., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.

ROKYTA, Richard a kolektiv, 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2.

SKALICKÁ, Hana a kolektiv, 2007. *Předoperační vyšetření: Návod pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1079-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ., 2009 *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠVÁB, Jan, 2007. *Náhlé příhody bříšní*. 1. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-485-0.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIÁKOVÁ. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. druhé nezměněné. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-324-4.

ULRYCH, Jan, 2008. Zvláštnosti v předoperačním vyšetření a přípravě pacientů In: ŠVÁB, Jan a kolektiv, *Chirurgie vyššího věku*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2604-5.

VALENTA, Jiří et al., 2007, *Základy chirurgie*. druhé, doplněné a přepracované. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-403-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. 2007. *Zdravotnická psychologie: Teoretická a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZELENÍKOVÁ, Renata, 2011. Komunikace v ošetrovatelství In: PLEVOVÁ a kolektiv, *Ošetrovatelství II*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.

WIRTHOVÁ, Vlasta, 2011, Příjem nemocného k hospitalizaci, přeložení a propuštění In: VYTEJČKOVÁ, Renata a kolektiv, *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

PŘÍLOHA 1. Žádost o provedení výzkumného šetření v nemocnici Český Krumlov,

a.s. se svolením hlavní sestry nemocnice

PŘÍLOHA 2. Výzkumné otázky položené pacientům

PŘÍLOHA 3. Výzkumné otázky položené sestřám

PŘÍLOHA 4. Doslovné přepisy rozhovorů s pacienty

PŘÍLOHA 5. Doslovné přepisy rozhovorů se sestrami

Příloha 1. Žádost o provedení výzkumného šetření v nemocnici Český Krumlov a.s. se svolením hlavní sestry nemocnice

Jana Lhotská
Míru 750
Kaplice 38241

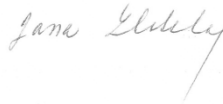
Hlavní sestra Nemocnice Český Krumlov, a. s.
Paní magistra Dana Podholová
Horní Brána 429
Český Krumlov 381 27

Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření, které je zaměřené na ošetrovatelskou perioperační péči z pohledu pacienta

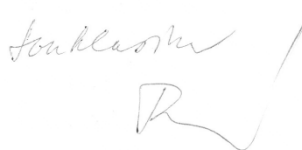
Vážená hlavní sestro paní magistro Podholová, obracím se k Vám s žádostí o svolení k provedení výzkumného šetření v Nemocnici Český Krumlov, a.s. jako podkladu pro mou bakalářskou práci. Název mé bakalářské práce je Ošetrovatelská perioperační péče z pohledu pacienta. Výzkumné šetření by mělo být provedeno na chirurgickém oddělení formou individuálních hloubkových rozhovorů s pacienty po operačních zákrocích a se sestrami, které pracují v chirurgických oborech. Rozhovory nebudou časově náročné a nebudou narušovat chod oddělení. Předpokládaný termín výzkumného šetření bude od 15.2. 2013 do 15.3. 2013. Výzkumné otázky příkládám. Zároveň bych Vás chtěla touto cestou požádat o svolení použití nemocničních ošetrovatelských standardů jako zdrojů k mé bakalářské práci.

Děkuji za Vaše kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem Jana Lhotská



V Kaplici dne 30.1.2013



NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, a.s.
Horní Brána 429
381 27 Český Krumlov
Mgr. Dana Podholová
hlavní sestra
Tel. 390 761 301, mobil: 606 643 147

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA 2.

Výzkumné otázky položené pacientům

Předoperační období

1. Kdo a jakým způsobem Vás informoval o operačním zákroku a jeho nutnosti?
2. Byly Vám a kým poskytnuty informace o předoperačním vyšetření a co zahrnuje předoperační příprava?
3. Byla Vám poskytnuta informace o příchodu do zdravotnického zařízení před plánovaným výkonem (den, hodina, místo)?
4. Jak probíhal Váš příjem v příjímací ambulanci?
5. Jak probíhal Váš příjem na lůžkovém oddělení?
6. Jak Vám sestra vysvětlila, co znamená anesteziologická péče před operací a jak bude probíhat?
7. Byl/a jste ještě před operací informován/a o pooperační péči (tlumení bolesti, poloha na lůžku, krytí operační rány, drény, kanyla, infúze, močová cévka, sonda, kde budete uložen/a po převzetí z operačního sálu)?
8. Jakým způsobem probíhala předoperační příprava v den před operací?
9. Jak probíhala bezprostřední příprava v den operace, vysvětlila Vám sestra, co je to premedikace?
10. Jaká byla podle Vás úroveň péče ze strany sester v předoperačním období?

Peroperační období

11. Jak probíhal Váš první kontakt s personálem na operačním sále?
12. Jak probíhala příprava před samotnou anestezií?
13. Jakým způsobem byla respektována Vaše intimita?
14. Jak a kým byla ověřena Vaše totožnost na operačním sále?

Pooperační období

15. Měl/a jste po úplném probuzení možnost kontaktu se sestrou nebo možnost použití signalizačního zařízení?
16. Jakým způsobem Vás informovala sestra o možnosti tlumení pooperační bolesti?

17. Jakým způsobem Vám sestra poskytla informace o tom, co zahrnuje následná pooperační péče?
18. Jak Vám sestra objasnila důvody včasné mobilizace po operaci, pokud to bylo u Vás možné?
19. Jak a kým Vám byla po operaci poskytnuta pooperační rehabilitace?
20. Jakým způsobem jste byl/a informován/a o další pooperační péči v domácím ošetřování?
21. Jak jste byl/a spokojen/a s péčí ze strany sester a co může podle Vás sestra v péči o pacienta před, během a po operaci zlepšit?

PŘÍLOHA 3.

Výzkumné otázky položené chirurgickým sestřám

1. Jak spolupracuje sestra z příjímací ambulance se sestrou z oddělení?
2. Jakým způsobem se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy pacienta?
3. Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z oddělení na operační sál?
4. Jaké informace a dokumentaci předává sestra z oddělení anesteziologické sestře při předávání pacienta na sál?
5. Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z operačního sálu na oddělení?
6. Jaké informace a dokumentaci dostává sestra z oddělení od anesteziologické sestry při předávání pacienta ze sálu?
7. Jak a s kým spolupracuje sestra z oddělení při pooperační rehabilitaci?

Výzkumné otázky položené anesteziologickým sestřám

1. Jakým způsobem se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy pacienta?
2. Jak probíhá převzetí nemocného z oddělení na operační sál?
3. Jaké informace a dokumentaci předává sestra z oddělení anesteziologické sestře při předávání pacienta na sál?
4. Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z operačního sálu na oddělení?
5. Jaké informace a dokumentaci předává anesteziologická sestra sestře z oddělení při předávání pacienta ze sálu?

Příloha 4. Doslovné přepisy rozhovorů s pacienty

Doslovný přepis rozhovoru s pacientem 1

Žena, 65 let, upadla na chodníku, poranila si pravou horní končetinu. RZP přivezena na chirurgickou ambulanci k ošetření. Bylo provedeno RTG a CT vyšetření, kde byla zjištěna zlomenina horního konce pažní kosti s dislokací. Pravá horní končetina byla zavěšena do ortézy.

Předoperační období

Kdo a jakým způsobem Vás informoval o operačním zákroku a jeho nutnosti?

Lékař, který mě ošetřoval, na chirurgické ambulanci mi sdělil, že budu muset na operaci a operace je nutná co nejdříve. Ten den, co se mi úraz přihodil, byl čtvrtek a lékař mi řekl, že operaci již mají dnes hodně, v pátek se neoperuje a budu tedy muset přijít až v pondělí na příjem k operaci, která bude asi pravděpodobně v úterý.

Byly Vám poskytnuty informace o předoperačním vyšetření, a co zahrnuje předoperační příprava?

Sestra na ambulanci mi řekla, že je nutná příprava před operací, budu si muset nechat nabrat krev a moč a musí mi natočit EKG. Sestra mi sdělila, že předoperační vyšetření je nutné, aby mě chirurg mohl operovat a lékař mě mohl uspat a řekla mi, že mi ho udělají až v pondělí na oddělení.

Byla Vám poskytnuta informace o příchodu do zdravotnického zařízení před plánovaným výkonem (den, hodina, místo)?

Sestra mi řekla, že se mám v pondělí dostavit do příjímací ambulance nalačno do devíti hodin. Dala mi i seznam věcí, které si mám s sebou vzít. S ochotou se mě zeptala, zda sem mám jak přijet nebo zda potřebuji sanitu. Ráda jsem přijala odvoz sanitou, protože jinak bych musela jet autobusem.

Jak probíhal Váš příjem v příjímací ambulanci?

Sanita mě přivezla kolem osmé hodiny ráno. Řidič mě zavedl až do čekárny chirurgického příjmu a řekl mi, že musím počkat. Asi za deset minut mě zavolala sestra dovnitř. Posadila mě do křesla a začala se vyptávat na moje iniciály, bydliště, praktického lékaře, pojišťovnu a chtěla po mně, abych jí dala telefonní kontakt a adresu osoby, které mohou být sdělovány informace o mém zdravotním stavu. Zanedlouho přišel lékař, představil se a začal mi dávat také další otázky. Jak se mi stal úraz, s jakou nemocí se léčím, zda jsem na něco alergická a na jiné věci. Dal mi podepsat formulář, že souhlasím s provedením operace a také jsem musela zaškrtnout a podepsat, kterou stranu mi budou operovat. Sestra mi řekla, abych se převlékla, sepsala se mnou oblečení, které mi uschová v šatně a doklad od šatů mi založí do dokumentace. Sestra mi dala k podpisu nějaký formulář, že souhlasím s hospitalizací. Označila mi ruku zeleným páskem s mým jménem. Poté mi pomohla s mými věcmi a řekla, že pojedeme výtahem do třetího patra na lůžkové oddělení. Na příjmu jsem ani nestrávila moc času, byla jsem tam necelou hodinu.

Jak probíhal Váš příjem na lůžkovém oddělení?

Sestra z příjmu mě přivedla do třetího patra na lůžkové oddělení, posadila mě na chodbu a řekla mi, že musím vyčkat, až mě sestra z oddělení zavolá a uloží mě. Asi po deseti minutách mě zavolala sestra, abych se posadila do křesla na sesterně. Vysvětlila mi, že se mnou musí sepsat sesterskou anamnézu a začala se vyptávat, ptala se na váhu, výšku, alergie, spánek, vyprazdňování, jizvy na těle a prodělané operace a na další věci. Poté se mě zeptala, zda jsem byla na předoperačním vyšetření. Řekla jsem jí, že jsem byla na ambulanci již minulý týden a sestra mi řekla, že vyšetření před operací mi udělají asi na oddělení. Požádala mě proto, zda bych se vymočila do nádoby a potom, že mi nabere krev a natočí srdce. Dále se sestra ptala, jestli mám podepsaný souhlas s hospitalizací, operací a formulář, kde jsem měla zaškrtnout a podepsat operovanou stranu. Řekla mi, že mám vše v pořádku podepsané. Také se mě ptala, zda užívám nějaké léky, řekla jsem, že ne. Dále mi řekla, že mě seznámí s oddělením a uloží mě na lůžko. Také mi řekla, že odpoledne přijde lékař z interny a provede mi předoperační vyšetření, abych se zdržovala na oddělení.

Jak Vám sestra vysvětlila, co znamená anesteziologická péče před operací a jak bude probíhat?

Při ukládání na lůžko mi sestra dala na přečtení formulář s informacemi o anestezii a oznámila mi, že odpoledne za mnou na pokoj přijde anesteziologický lékař, který mě informuje o anestezii a probere se mnou možnosti, vyplní se mnou dotazník a já ho podepíšu.

Byl/a jste ještě před operací informována o pooperační péči (tlumení bolesti, poloha na lůžku, krytí operační rány, drény, kanyla, infúze, močová cévka, sonda, kde budete uložen po převzetí z operačního sálu)?

Bohužel jsem před operací mnoho informací o pooperační péči nedostala. Jenom mi sestra řekla, že mě to bude bolet a že mi píchne injekci proti bolesti. Po operaci jsem zjistila, že právě tyto informace před operací mi velice chyběly. Když jsem se totiž probudila z narkózy, měla jsem ruku přilepenou k tělu nějakou náplastí, viděla jsem, že mi kape kapačka a nevěděla jsem, jak si mám v posteli lehnout. Na to, kde budu po operaci uložena jsem se nezeptala, ani mi to sestra neřekla. Když jsem se probudila z narkózy, neležela jsem na pokoji. Sestra mi řekla, že jsem byla neklidná, tak si mě nechaly asi hodinka vyšetřovně vedle sesterny, aby si mě pohlídaly. Byla jsem docela vyděšená. Myslím si, že kdybych měla více informací již před operací, určitě bych byla po probuzení klidnější a nebyla tolik vystrašená.

Jakým způsobem probíhala příprava v den před operací?

Před uložením na lůžko mi sestra řekla, že protože jdu s rukou, budu moct obědovat i večeřet, ale od půlnoci nesmím už nic pít, jíst ani kouřit. Večer ale dostanu čípek na vyprázdnění, který mi zavede, pokud to nezvládnou. Odpoledne za mnou přišla anesteziologická lékařka, která se mnou vyplnila dotazník, vysvětlila mi, jak mě budou uspávat a musela jsem to podepsat. Asi v šest hodin večer jsem dostala malou injekci do břicha. Sestra mi vysvětlila, že je to prevence proti trombóze a že je to běžná příprava před operací. Také mi sestra zavedla do konečníku čípek na vyprázdnění. Ptala jsem se sestry, kdy asi půjdu na řadu. Řekla mi, že pokud nejdu první, tak mi může říct pouze

přibližnou hodinu, což mi bylo jasné. Stačilo mi, když mi řekla, že půjdu asi kolem poledne. Sestra, která při přišla na noční směnu mi večer kolem osmé hodiny přinesla prášek, který si mám vzít před spaním, prý je součástí premedikace. Ptala se mě, zda mám strach a uklidňovala mě slovy, že to určitě zvládnou.

Jak probíhala bezprostřední příprava v den operace, vysvětlila Vám sestra, co je to premedikace?

Ráno asi v půl sedmé přišly sestry na pokoj, požádaly mě, abych se došla umýt. Zatím, že mi připraví lůžko a pod polštářem budu mít připraveného anděla, kterého si obleču před odjezdem na sál. Sestra se mě zeptala, zda jsem nalačno, změřila mi tlak a připravila mi na stolek elastická obinadla. Řekla mi, že mi jimi zabandážuje nohy, než pojedou na sál. Dále jsem měla sundat prsteny, řetízky, hodinky, brýle a zubní protézu, pokud ji mám. Celé dopoledne jsem čekala, kdyby na mě přijde řada, chodila jsem po chodbě a byla hodně netrpělivá. Asi v půl dvanácté přišla na pokoj sestra, řekla mi, že za chvíli pojedeme, mám se dojít vymočít. Poté mi pomohla do vázací košile, uložila mě do postele, na nohy mi dala elastická obinadla. Řekla mi, že mi píchne premedikaci, po které bych už měla zůstat ležet v posteli, protože budu trochu omámená. Premedikace prý slouží k uvolnění a ke zmírnění strachu. Za chvíli přijel pán, asi ten zřízenec a se sestrou mě odvezli na sál.

Jaká byla podle Vás úroveň péče ze strany sester v předoperačním období?

Určitě bych uvítala více informací ještě před operací. Třeba to, že budu mít ruku přilepenou k tělu, že budu mít „kapačku“, zda se můžu na lůžku otáčet, kde budu ležet po operaci. Jinak ale byly sestry ochotné a snažily se mi sdělit vše, na co jsem se zeptala. Večer před operací si sestra našla i trochu času, aby si se mnou popovídala o mém strachu, což jsem moc ocenila.

Peroperační období

Jak probíhal Váš první kontakt s personálem na operačním sále?

Kdy mě sestra z oddělení odvezla na sál, za pomoci zřízence jsem si přelezla na vozík, přikryli mě nějakou papírovou přikrývkou a na hlavu mi dali čepici. Přišla nějaká žena celá v zeleném oblečení a čepicí na hlavě, pozdravila a zeptala se mě, jak se jmenuji a s čím jdu na operaci. Ani jsem nevěděla, kdo to je, jestli je to sestra nebo lékařka. Dále se mě ptala, zda jsem nalačno, stále kontrolovala moje papíry, které jí předala sestra z oddělení.

Jak probíhala příprava před samotnou anestezií?

Zřízenec mě odvezl do nějaké místnosti. Žena v zeleném mi řekla, že je anesteziologická sestra a že mě před operací připraví. Změřila mi tlak a zavedla mi do zdravé ruky kanylu a dala mi kapačku. Za chvíli mě odvezli na samotný operační sál.

Jakým způsobem byla respektována Vaše intimita?

Vím, že když jsem přelézala z lůžka na vozík, byly určitě zavřené dveře. Na vozíku jsem si musela sundat anděla a hned mě přikryli nějakou papírovou přikrývkou. Vždy, když jsem byla při vědomí, si nepamatuju, že bych byla nahá. Bylo mi teplo a příjemně.

Jak a kým byla ověřována Vaše totožnost na operačním sále?

Když jsem přelezla na vozík a přikryli mě, tak se mě žena v zeleném zeptala, jak se jmenuji, podívala se mi na náramek na ruce a do mých papírů.

Pooperační období

Měl/a jste po úplném probuzení možnost kontaktu se sestrou nebo možnost použití signalizačního zařízení?

Když jsem se probudila, zjistila jsem, že neležím na pokoji, ale v místnosti u sester. Sestra mi řekla, že jsem byla po narkóze neklidná, tak si mě nechaly na vyšetřovně vedle sesterny. Hned mě prý převezou na pokoj. Po příjezdu na pokoj mi sestra dala k ruce zvonek, a kdybych cokoli potřebovala, tak mám zazvonit na červené tlačítko.

Jakým způsobem Vás informovala sestra o možnosti tlumení pooperační bolesti?

Hned jak jsem se probudila, se mě sestra zeptala, zda mám bolesti. Nabídla mi injekci, která mi uleví od bolesti. Můžu prý dostat silnější injekci po šesti hodinách, a kdyby mi nepomohla, tak mám ještě slabší injekci po dvanácti hodinách.

Jakým způsobem Vám sestra poskytla informace o tom, co zahrnuje následná pooperační péče?

Řekla mi, že asi dvě hodiny po narkóze už můžu pít, večeřet budu normálně, jestli mám chuť na jídlo. Ještě dnes se musím projít a vymočit se. Pokud bych se do dvanácti hodin nevymočila, musela by mě vycévkovat. Až se posadím, odstraní mi náplast, pomocí které mám ruku připevněnou k tělu a nasadí mi místo ní zpátky ortézu. Vysvětlila mi, že mi musí kontrolovat operační ránu, zda obvaz neprosakuje. Elastické bandáže si musím nechat do doby, než budu více chodit a každý večer budu dostávat injekci do břicha jako prevenci proti trombóze.

Jak Vám sestra objasnila důvody včasné mobilizace po operaci, pokud to bylo u Vás možné?

Vysvětlila mi, že je důležité vstát z postele a projít se ještě v den operace, právě jako prevence proti trombóze. Není to prý jenom jejich výmysl, jak si mnozí lidé myslí, ale je to jenom pro dobro pacienta. Pouze pokud se někomu točí hlava nebo hodně zvrací, se vstáváním se může počkat.

Jak a kým Vám byla po operaci poskytnuta pooperační rehabilitace?

Před prvním vstáváním z lůžka jsem byla poučená, že musím zazvonit na sestru, aby vstávala se mnou a nevstávala jsem sama. Pomohla mi posadit se, nasadila mi ruku zpátky do ortézy, upravila mi ji tak, aby mě nikde netlačila, někde mi ji vypodložila vatou. Řekla mi, že musím mít ruku stále v ortéze a můžu si jenom hýbat a cvičit s prsty. Vysvětlila mi, že mi může ruka otéct a můžou mě brnět prsty, to je prý do určité míry normální. Vždy mám prý raději informovat lékaře. Jinak žádná jiná rehabilitace po operaci na oddělení neproběhla.

Jakým způsobem jste byl/a informován/a o další pooperační péči v domácím ošetřování?

Když jsem po vizitě věděla, že jsem propuštěná, namazala mi sestra operační ránu zelenou vodičkou a řekla mi, že to je místo obvazu a můžu se již přes to sprchovat. Nabídla mi sanitu, pokud nemám odvoz domů. Zaplatila jsem za pobyt v nemocnici. Sestra mi oznámila, že musím počkat na propouštěcí zprávu, kterou mi napíše lékař, ale že neví, kdy to bude, spíš asi po obědě. Po dvou hodinách čekání mi sestra přinesla zprávu, kterou mám dát svému obvodnímu lékaři, u kterého se mám do tří dnů nahlásit. Také mi přinesla recept s předepsanými léky proti bolesti. Sestra mi přečetla, kdy mám přijít na kontrolu na ambulanci. Ze strany sester mi byly sděleny dostačující informace, ale očekávala jsem, že mi přijde lékař sdělit, jak dlouho musím nosit ortézu, zda mohu ruku z ortézy vyndat a jak bude pokračovat další rehabilitace. Toho jsem se ale nedočkala.

Jak jste byl/a spokojen/a s péčí ze strany sester a co může podle Vás sestra v péči o pacienta před, během a po operaci zlepšit?

S péčí ze strany sester jsem byla moc spokojená. Když jsem měla možnost sledovat chod na oddělení, sestry zde byly pořád v běhu a naprosto chápu, že bohužel nemají dostatek času na každého pacienta. A když jsem viděla, co všechno musí u každého pacienta psát, bylo mi jich docela líto. Když jsem se sester ptala, tak tam odpoledne zůstává jenom jedna sestra a na noční taky. A když je na jeden den operací třeba deset, tak si jedna sestra nemůže s každým pacientem sednout a povídat si. To bylo ale právě to, co jsem potřebovala, aby si se mnou před operací někdo sedl a popovídal si se mnou. A co by mohla sestra v péči zlepšit? Určitě bych uvítala, kdyby mě sestra před operací informovala o tom, že budu mít tou velkou náplastí přilepenou ruku k tělu, že budu mít „kapačku“ a kde budu po operaci ležet. Nebyla bych tak vystrašená, cítila bych se klidnější. Vadilo mi také, že jsem při přesunu na sále nevěděla, kdo je ta žena celá v zeleném. Při propouštění bych ocenila více informací o další rehabilitaci, ale to je asi záležitost lékaře a ne sester.

Doslovný přepis rozhovoru s pacientem 2

Mladý muž, 24 let, přivezen na chirurgickou ambulanci kolegou ze zaměstnání pro náhle vzniklé bolesti v pravém podbřišku spojené s nauzeou. Bylo provedeno chirurgické a sonografické vyšetření. Dle vyšetření a klinického nálezu bylo nutné, aby nemocný ještě týž den podstoupil chirurgický zákrok.

Předoperační období

Kdo a jakým způsobem Vás informoval o operačním zákroku a jeho nutnosti?

Po vyšetření mi lékař oznámil, že jde o zánět slepého střeva, a že musím ještě dnes na operaci, jinak hrozí, že může slepé střevo prasknout a byl bych v ohrožení života. Řekl mi tedy, že se domluví s primářem a na operaci půjdu asi za hodinu.

Byly Vám a kým poskytnuty informace o předoperačním vyšetření a co zahrnuje předoperační příprava?

Sestřička na ambulanci mi řekla, až mě lékař přijme, odveze mě na oddělení a tam mi sestřičky naberou krev a moč a natočí mi EKG, aby mě mohli operovat. Dále mi sestřička řekla, že před operací je nutná příprava, o které mě informují na oddělení.

Byla Vám poskytnuta informace o příchodu do zdravotnického zařízení před plánovaným výkonem (den hodina, místo)?

Když mě začalo hodně bolet břicho, kolega mě přivezl hned do nemocnice a na vrátnici jsme pani řekli, co mi je, ta nás poslala na chirurgickou ambulanci.

Jak probíhal Váš příjem v přijímací ambulanci?

Nejdříve mě lékař vyšetřoval na lehátku, potom jsem se posadil. Lékař se mě vyptával, kdy potíže začaly, na vyprazdňování, zda jsem neměl teplotu a kdy jsem naposledy jedl. Jestli se s něčím neléčím a zda nemám alergie. Sestřička se ptala na moje iniciály, bydliště, zaměstnání, pojišťovnu a chtěla po mě kontakt na osobu, které chci, aby byly podávány informace o mém zdravotním stavu. Sestřička mi dala k podpisu nějaký formulář, že souhlasím s hospitalizací a s operací. Dala mi na ruku

pásek, převlekl jsem se do pyžama. Sepsali jsme moje oblečení. Všechno proběhlo hrozně rychle. Přišel zřízenec a se sestřičkou mě odvezli na oddělení.

Jak probíhal Váš příjem na lůžkovém oddělení?

Hned, jak mě sestřička z příjmu přivezla, mě sestřička z oddělení poslala, abych se došel vymočít do nádoby, potom mi hned nabere krev. Položil jsem se na lehátko, sestřička mi vysvětlila, že mi nabere krev a rovnou mi zavede kanylu, kterou budu při operaci potřebovat. Potom mě sestřička nechala ležet na lehátku a natočila mi srdce. Stále mi vše vysvětlovala, byla moc hodná. Poté mi řekla, abych si sedl do křesla, že mi změří tlak a teplotu a na něco se mě zeptá. Ptala se mě kolik měřím a vážím, zda má na něco alergie, jak se vyprazdňuju a kdy jsem naposledy jedl. Mám si prý rozmyslet, zda budu chtít vystavit neschopenku. Řekla mi, že budu ležet na dvoulůžkovém pokoji, kde je záchod a sprcha na pokoji. Vše proběhlo v rychlosti.

Jak Vám sestra vysvětlila, co znamená anesteziologická péče před operací a jak bude probíhat?

Sestřička mi dala formulář s anestezií, že si ho mám pročíst a zakroužkovat v dotazníku, co budu vědět. Za chvíli, že přijde lékař, který mě bude uspávat, dovyplní se mnou dotazník, vysvětlí mi postup při anestezií a podepíše, že souhlasím.

Byl/a jste ještě před operací informován/a o pooperační péči (tlumení bolesti, poloha na lůžku, krytí operační rány, drény, kanyla, infúze, močová cévka, sonda, kde budete uložen/ po převzetí z operačního sálu?

Kanylu mi sestřička dávala, když mi nabírala krev a řekla mi, že ji budu při i po operaci potřebovat. Jinak mi nic o tom, co bude po operaci, neřekla, já jsem se ani na nic neptal, všechno proběhlo tak rychle.

Jakým způsobem probíhala předoperační příprava v den před operací?

Jednalo se o akutní zákrok, předoperační příprava v den před operací neproběhla.

Jak probíhala bezprostřední příprava v den operace, vysvětlila Vám sestra, co je to premedikace?

Hned jak mě sestřička uložila do postele, převlékl jsem do andělíčka, zřízenec mě přišel oholit. Potom mi sestřička řekla, že si mám sundat všechny prsteny, řetízky, hodinky nebo jestli mám piercing, ten se musí taky sundat. Dala mi na nohy obinadla, prý jako prevence proti trombóze. Řekla mi, že za chvíli mi přijde píchnout premedikaci, kterou mi napsal anesteziologický lékař. Podává se proto, aby se nemocný tolik nebál a uvolnil se, po aplikaci bych měl prý zůstat ležet.

Jaká byla podle Vás úroveň péče ze strany sester v předoperačním období?

Protože jsem přijel za deset minut dvanáct, jak mi potom řekl doktor, proběhla doba před operací hodně rychle, než jsem se rozkoukal, byl jsem na operačním sále. Ale i přesto všechno jsem viděl, že sestry vědí, co mají dělat a všechny výkony na sebe postupně navazovaly. Teď po operaci vím, že bych ocenil více informací, co bude po operaci, kde budu, až se probudím, že budu mít tři malé náplasti a z rány vyvedený drén a že mě to bude bolet. Úroveň péče sester byla profesionální.

Peroperační období

Jak probíhal Váš první kontakt s personálem na operačním sále?

Sestra se zřízenec mě odvezli na sál, tam jsem si přešel z postele na nějaký vozík zřízenec mě přikryl a dal mi na hlavu čepici. Přišla žena v zeleném oblečení a na ústech měla roušku. Převzala si od sestry moje papíry. Pozdravila mě a zeptala se, jak se jmenuju, a kdy jsem naposledy jedl. Nevěděl jsem, jestli je to lékařka nebo sestra.

Jak probíhala příprava před samotnou anestezií?

Zřízenec a žena v zeleném oblečení mě vezli do nějaké místnosti. Žena se mi představila jako anesteziologická sestra a připraví mě na operaci. Do kanyly mi dala „kapačku“, řekla, že mi změní tlak a za chvíli mě odveze na operační sál.

Jakým způsobem byla respektována Vaše intimita?

Když jsem si přelézal z postele na vozík, dveře byly zavřené, na vozíku mě hned přikryly a potom mi svlékli košili. Když jsem byl vzhůru, nepamatuji si, že bych někde ležel nahý. Je pravda, že na sále mi už bylo všechno jedno, byl jsem docela omámený a ospalý po té injekci, co mi dala sestřička, než jsme jeli z oddělení na sál.

Jak a kým byla ověřena Vaše totožnost na operačním sále?

Když mě sestra připravovala na sál, tak se mě zeptala, jak se jmenuju, podívala se mi na pásek na ruce a také se dívala do papírů.

Pooperační období

Měl/a jste po probuzení možnost kontaktu se sestrou nebo možnost použití signalizačního zařízení?

Když jsem se probudil, vím, že jsem ležel na svém pokoji, zrovna tam byla sestřička a dávala mi kapat „kapačku“, ptala se mě, jak mi je a že na stolku mám zvonek a kdybych něco potřeboval, mám zazvonit na červené tlačítko, potom jsem asi usnul.

Jakým způsobem Vás informovala sestra o možnosti tlumení pooperační bolesti?

Když mi sestřička napojovala „kapačku“, tak se mě zeptala, jestli mám bolesti, že mi může píchnout injekci proti bolesti, že mi uleví a budu moct spát. Řekl jsem jí, že zatím mě to moc nebolí. Až jí budu chtít, abych určitě zazvonil, ale že se přijde na mě za chvíli podívat.

Jakým způsobem Vám sestra poskytla informace o tom, co zahrnuje následná pooperační péče?

Sestřička mi řekla, že můžu pít až za dvě hodiny po narkóze. Ještě v den operace se musím projít a vymočit se. Pokud bych se nevymočil do dvanácti hodin, musel by mě lékař vycévkovat. Také mi musí kontrolovat operační ránu, zda obvaz neprosakuje. Z rány jsem měl vyvedený drén a sestřička kontrolovala, jestli je funkční. Ten mi prý lékař odstraní, až nebude nic odvádět. Elastické bandáže na dolních končetinách si prý

musím nechat do doby, než budu více chodit. Sestřička mi řekla, že po odstranění slepého střeva je nutné dietní opatření. První den po operaci dostanu jenom bujón, další den polévku, potom kaši a potom až normální stravu.

Jak Vám sestra objasnila důvody včasné mobilizace po operaci, pokud to bylo u Vás možné?

Sestřička mi řekla, že musím v den operace vstávat z postele a projít se, že je to prevence vzniku trombózy. Každý pacient po operaci je prý ohrožený vznikem trombózy.

Jak a kým Vám byla po operaci poskytnuta pooperační rehabilitace?

Při prvním vstávání z postele mi pomáhala sestřička a vysvětlila mi, že musím vstávat přes bok a operační ránu si rukou přidržovat. První den jsem měl trochu problém se vstáváním, ale další den jsem to zvládal sám a pomoc jsem již nepotřeboval.

Jakým způsobem jste byl/a informován/a o další pooperační péči v domácím ošetřování?

Čtvrtý den po operaci jsem byl propuštěn. Sestřička mi odstranila náplast a dala mi na ránu zelenou vodičku a řekla mi, že se už přes to doma můžu sprchovat. Sestřička mě informovala o tom, že se mám asi tři až čtyři týdny vyhýbat fyzické námaze a ještě pár dní nejíst moc tučná a nadýmavá jídla, spíše šetrnou stravu, ale potom můžu jíst normálně. Zeptala se mě, zda potřebuju sanitu nebo mám domů svůj odvoz. Dala mi zprávu, kdy mám jít na vyndání stehů a popřála mi brzké uzdravení.

Jak jste byl/a spokojen/a s péčí ze strany sester a co může podle Vás sestra v péči o pacienta před, během a po operaci zlepšit?

S péčí sester jsem byl spokojen. Jenom bych chtěl více informací ještě před operací, kde budu ležet, až se vzbudím, že budu mít z rány vyvedený drén. Ale jinak chápu to, že jsem jel na operaci za krátkou dobu a příprava probíhala velice rychle. Sestra na sále se mi představila až později, takže jsem hned na sále nevěděl, kdo je ta osoba v zeleném.

Doslovný přepis rozhovoru s pacientem 3

Žena, 55 let. Před dvěma lety jí byly při kolonoskopii diagnostikovány středně velké zevní hemoroidy. Lékař z gastroenterologie jí doporučil operativní řešení hemoroidů. Pacientka operaci odmítala. Při dlouhodobém zhoršování potíží jako pálení, krvácení a bolestivosti konečníku se rozhodla letos operaci podstoupit.

Předoperační období

Kdo a jakým způsobem Vás informoval o operačním zákroku a jeho nutnosti?

Již před dvěma lety mi lékař, který mi vyšetřoval, tlusté střevo řekl, že bych měla na operaci jít, jinak, že budu mít problémy pořád. Já jsem se ale hrozně bála a operaci odmítala.

Byly Vám a kým poskytnuty informace o předoperačním vyšetření a co zahrnuje předoperační příprava?

Když jsem se objednávala na operaci, tak mi sestra z chirurgického příjmu řekla, že si mám čtrnáct dní před operací dojít ke své obvodní lékařce, aby mi udělala vyšetření před operací. Sestra mi prý nabere krev, moč, natočí mi srdce a pošle mě k internímu lékaři, jestli jsem schopná podstoupit operaci.

Byla Vám poskytnuta informace o příchodu do zdravotnického zařízení před plánovaným výkonem (den, hodina, místo)?

Při objednávání na operaci mi sestra řekla, že mám přijít den před operací do devíti hodin na příjem chirurgického oddělení.

Jak probíhal Váš příjem v přijímací ambulanci?

Manžel mě přivezl asi v osm hodin ráno na chirurgický příjem, posadila jsem se a čekala. Zanedlouho otevřela dveře sestra a pozvala mě dál. Řekla mi, že mě lékař za chvíli přijme. Vyžádala si ode mě kartičku pojišťovny a ptala se mě na bydliště, zda pracuji, jakého mám obvodního lékaře a jméno a telefonní kontakt na manžela. Dala mi na ruku pásek s mým jménem, převlekl jsem se do košile, sepsala se mnou oblečení.

Podepisovala jsem papíry, že souhlasím s hospitalizací a s operací. Potom mě odvedla na oddělení.

Jak probíhal Váš příjem na lůžkovém oddělení?

Když mě sestra přivedla na oddělení, posadila mě na chodbě a řekla mi, že mě sestřička zavolá. Viděla jsem, jak po chodbě běhají asi dvě sestry, zřejmě měly hodně práce. Čekala jsem na chodbě docela dlouho, asi hodinu a půl, než mě sestra pozvala dál. Omluvila se mi a hned se mě začala vyptávat, kolik měřím, vážím, jestli nemám nějaké alergie. Jestli mám na těle nějakou jizvu po operaci, jestli mám problémy s vyprazdňováním, jestli nemám cukrovku. Potom mi ukázala oddělení, a kde budu ležet. Na sestře bylo vidět, že hodně chvátá. Chtěla jsem se ještě na něco zeptat, ale neměla jsem při jejím spěchu odvahu.

Jak Vám sestra vysvětlila, co znamená anesteziologická péče před operací a jak bude probíhat?

Než mě doprovodila na pokoj, dala mi do ruky nějaký formulář s anestezií, že si ho mám přečíst a odpoledne za mnou na pokoj přijde anesteziologický lékař, který se mnou vyplní dotazník, řekne mi něco k anestezii, já to potom podepíšu.

Byl/a jste ještě před operací informován/a o pooperační péči (tlumení bolesti, poloha na lůžku, krytí operační rány, drény, kanyla, infúze, močová cévka, sonda, kde budete uložen/a po převzetí z operačního sálu)?

Ptala jsem se sestry, jestli se po operaci vrátím na stejný pokoj. Řekla mi, že asi pravděpodobně ano. Ani jsem nevěděla, na co se mám zeptat, byla jsem na operaci poprvé.

Jakým způsobem probíhala předoperační příprava v den před operací?

Než mě sestra doprovodila na pokoj, řekla mi, že večer dostanu malou injekci do břicha, to je prý prevence proti trombóze. Dostává jí před operací každý. Před operací budu moct obědvat, ale večer už nebudu. Také mi řekla, že dostanu večer klystýr na

vyprázdnění. Před spaním dostanu tabletu, kterou píše anesteziologický lékař jako přípravu před operací a je na uklidnění a na spaní. Sestra mi řekla, že od půlnoci už nemám nic pít, jíst ani kouřit.

Jak probíhala bezprostřední příprava v den operace, vysvětlila Vám sestra, co je to premedikace?

Brzy ráno asi v pět mě přišla sestra oholit. Potom mi přinesla a řekla, abych si zapila ranní léky malým množstvím vody. Do ruky mi dala, jak říkají kanylu a dala mi kapat „kapačku“ a řekla mi, že musí vykapat, než pojedu na sál. Pamatuju, že jsem se jí jenom ptala, že se budu chtít umýt a ona mi odpověděla, že si mám zazvonit a odpojí mě. Při stlaní mi sestra dala na stoleček košili, řekla mi, že si mám sundat všechny šperky a jestli mám vyndavací zuby nebo nalakované nehty. Změřila mi tlak a budu prý muset čekat, až jim sestra ze sálu zavolá, že mě mají připravit. Čekala jsem celé dopoledne, potom přišla sestra, řekla mi, že se mám dojít vymočít a svléknout všechno oblečení a vzít si pouze košili vázacím dozadu. Natočila mi na nohy obvazy, to jsou prý elastické bandáže jako prevence proti trombóze, píchla mi injekci do zadku. To je prý premedikace, po které nebudu mít takový strach a uvolním se.

Jaká byla podle Vás úroveň péče ze strany sester v předoperačním období?

Pořád bylo vidět, že sestry chvátají a neustále se mi omlouvají. Jinak byla péče podle mě hezká a byla jsem spokojená. Určitě bych ale ocenila více informací před operací. Byla jsem na svojí první operaci a nevěděla jsem, do čeho jdu. Když jsem se probudila na pokoji, bolest byla hrozná a něco mě v konečnicku nepříjemně tlačilo, při převazu jsem se dozvěděla, že jsem tam měla drén.

Peroperační období

Jak probíhal Váš první kontakt s personálem na operačním sále?

Když jsem si přelézala z postele na vozík, přišla nějaká žena v zeleném oblečení. Říkala jsem si, že to bude asi sestra, ale nevěděla jsem to jistě, neřekla mi, kdo je.

Sestra z oddělení jí dala moje papíry a ona odešla pryč. Potom mě zřízenec odvezl do nějaké místnosti. Byla jsem z toho docela zmatená, nevěděla jsem, co se bude dít dál.

Jak probíhala příprava před samotnou anestezii?

V té místnosti se mi žena v zeleném představila jako anesteziologická sestra. Prý mě připraví na samotnou anestezii. Změřila mi tlak, dala mi do ruky tu kanylu a napojila mě na „kapačku“. Ptala se mě, jestli mám veliký strach a jestli už jsem byla na operaci a měla jsem narkózu. Byla moc milá a uklidňovala mě.

Jakým způsobem byla respektována Vaše intimita?

Hned na vozíku mě přikryli nějakou papírovou přikrývkou a potom mi sundali košili. Co si pamatuju, nebyla jsem nikdy nahá, ani jsem neměla pocit, že jsem někde odhalená. Po té injekci, co mi dala sestra na oddělení, než jsme jeli na sál, mi bylo příjemně a jako by mi najednou bylo všechno jedno.

Jak a kým byla ověřena Vaše totožnost na operačním sále?

V té přípravně se mě sestra zeptala, jak se jmenuju a podívala se do mých papírů.

Pooperační období

Měl/a jste po úplném probuzení možnost kontaktu se sestrou nebo možnost použití signalizačního zařízení?

Úplně jsem se probudila až na pokoji. Vedle mě ležela spolupacientka, která byla taky po operaci, ale ta ještě spala. Na stolku jsem našla nějaký zvonek. Máčkla jsem na to červené tlačítko a domyslela jsem si, že by to mohlo u sestřiček zvonit a někdo přijde. Hned přišla sestřička a ptala se mě, co potřebuji. Řekla mi, že na ten zvonek můžu zvonit, kdykoli budu něco potřebovat.

Jakým způsobem Vás informovala sestra o možnosti tlumení pooperační bolesti?

Na ten zvonek jsem právě zazvonila, protože mě to hodně bolelo a chtěla jsem se zeptat, jestli můžu dostat aspoň nějaký prášek. Sestřička mi řekla, že mi hned něco

píchne, aby mě to tolik nebolelo. Řekla, že mi teď píchne tu silnější injekci, kterou můžu dostávat po šesti hodinách a kdyby mi moc nepomohla, tak můžu dostat ještě jinou injekci.

Jakým způsobem Vám sestra poskytla informace, co zahrnuje následná pooperační péče?

Sestřička mi řekla, že asi hodinu po operaci se můžu trochu napít. Jíst budu až další den a začnu zatím kašovitou stravou. Také budu po operaci dostávat projímadlo, abych si mohla lépe dojít na stolicí. Sestřička mi řekla, že se musím v den operace projít, je to prý prevence proti trombóze. Musím se do dvanácti hodin po operaci vymočit, jinak mě bude muset vycévkovat. Sestřička mi prý bude kontrolovat obvaz, jestli není prosáklý.

Jak Vám sestra objasnila důvody včasné mobilizace po operaci, pokud to u Vás bylo možné?

Sestřička mi řekla, že se musím ještě v den operace projít, abych nedostala trombózu. Já jsem jí jenom říkala, že nevím, jestli to zvládnu, že se mi hodně točí hlava a je mi na zvracení. Odpověděla mi, že se zkusím aspoň posadit a uvidíme. Když se neprojdou dneska večer po operaci, tak to půjde druhý den ráno, ale musím začít chodit brzy.

Jak a kým Vám byla po operaci poskytnuta pooperační rehabilitace?

Hned po operaci mi sestřička řekla, abych si v posteli lehala spíše na boky. Při prvním vstávání jsem si měla zazvonit, že mi někdo pomůže z postele a půjde se mnou, abych nepadla. Další dny po operaci jsem vstávání z postele a chůzi zvládala bez pomoci.

Jakým způsobem jste byl/a informována o další pooperační péči v domácím ošetřování?

Při propouštění mi lékař udělal převaz a řekl mi, že si mám koupit řepík a dělat koupele. Potom přišla sestřička a vysvětlila mi, že si mám normálně v lékárně koupit

řepík nebo heřmánek a čtyřikrát denně si dělat sedací koupele a hlavně dbát na pravidelnou stolici. Přinesla mi zprávu, kdy mám přijít na kontrolu a vyndání stehů. Kdybych měla problémy, můžu přijít kdykoli.

Jak jste byl/a spokojena s péčí ze strany sester a co může podle Vás sestra v péči o pacienta před, během a po operaci zlepšit?

Když už je člověk po operaci, tak si uvědomí, jaké informace by ocenil ještě před operací. Určitě mi mohla sestřička říct, že budu mít velké bolesti a pomocí injekcí je možné bolest hodně utlumit. Také jsem nevěděla, že mám v konečniku nějaký drén a že mě tam bude hodně tlačit. Sestřička na příjmu byla moc milá a ochotná. Na oddělení na mě sestřičky neměly moc času, chápu to, mají hodně práce. Ale jejich přístup byl lidský a to se určitě cení. Sestra, která mě na sále přebírala od sestry z oddělení, se mi mohla představit hned při prvním kontaktu, a ne aby odešla.

Doslovný přepis rozhovoru s pacientem 4

Muž, 29 let byl přijat k plánované cholecystektomii. Před půl rokem mu byly zjištěny kameny ve žlučníku, operaci ale odmítal. Poslední dva měsíce se biliární potíže opakovaly každý týden, objednal se tedy k operačnímu výkonu.

Předoperační období

Kdo a jakým způsobem Vás informoval o operačním zákroku a jeho nutnosti?

Když jsem byl před půl rokem u doktora na vyšetření, řekl mi, že mám ve žlučníku kameny a že bych měl jít na operaci. Řekl mi, že když jí nepodstoupím, budu mít problémy pořád.

Byly Vám a kým poskytnuty informace o předoperačním vyšetření a co zahrnuje předoperační příprava?

Při objednávání v nemocnici, mi sestřička řekla, že si mám dojít čtrnáct dní před operací ke svému obvodnímu doktorovi, aby mi udělal vyšetření před operací.

Byla Vám poskytnuta informace o příchodu do zdravotnického zařízení před plánovaným výkonem (den, hodina, místo)?

Ano, sestřička z nemocnice mi řekla, že se mám dostavit den před operací do devíti hodin na příjem chirurgického oddělení.

Jak probíhal Váš příjem v přijímací ambulanci?

Chvíli jsem čekal v čekárně a potom mě sestřička zavolala, že mě lékař přijme a potom mě odvede na oddělení. Sestřička mě požádala o kartičku pojišťovny a začala se mě vyptávat na moje iniciály, bydliště, zaměstnání, obvodního lékaře a chtěla také kontakt na moji manželku. Dala mi podepsat, že souhlasím s hospitalizací a s operací. Převlékl jsem se do pyžama a sestřička se mnou sepsala oblečení, které mi schová do šatny. Na ruku mi dala zelený pásek. Ptala se mě, zda jsem byl na odběru krve, moči a jestli jsem byl u interního doktora na vyšetření. Potom vzala moje papíry a odvedla mě na oddělení.

Jak probíhal Váš příjem na lůžkovém oddělení?

Asi půl hodiny jsem seděl na chodbě a čekal, až mě někdo zavolá. Potom mě sestřička pozvala dál, změřila mi tlak a teplotu. Ptala se mě kolik vážím a měřím, zda mám nějaké alergie. Jestli beru nějaké léky a potřebuju vystavit neschopenku. Ještě se mě ptala, jestli mám na těle nějaké jizvy po operacích a jak se vyprazdňuju. Potom mi ukázala oddělení, uložila mě na pokoj a nabídla mi k pití čaj.

Jak Vám sestra vysvětlila, co znamená anesteziologická péče před operací a jak bude probíhat?

Při povídání mi dala sestřička do ruky nějaké informace o anestezii. Řekla mi, abych si to přečetl a odpověděl na otázky v dotazníku. Odpoledne prý přijde anesteziologický doktor, který mi vysvětlí věci ohledně anestezii a podepíše se mnou souhlas.

Byl/a jste ještě před operací informován/a o pooperační péči (tlumení bolesti, poloha na lůžku, krytí operační rány, drény, kanyla, infúze, močová cévka, sonda, kde budete uložen/a po převzetí z operačního sálu)?

Myslím, že ne. Před operací mi sestřička neřekla, co bude po operaci, jenom mi řekla, že možná budu po operaci ležet na intenzivní péči.

Jakým způsobem probíhala předoperační příprava v den před operací?

Den před operací jsem měl jenom oběd. Bylo mi řečeno, že večeřet už nebudu. Večer mi přišla dát sestřička klystýr, abych se prý před operací vyprázdnil. Sestřička mi řekla, že můžu jenom pít a od půlnoci už nesmím ani pít a kouřit. Večer jsem dostal malou injekci do břicha prý jako prevence proti trombóze. Před spaním mi dala sestřička prášek na spaní. Ptal jsem se, v kolik hodin půjdu na operaci. Sestřička mi řekla, že přede mnou jde jeden pán, takže by to mělo být kolem půl desáté.

Jak probíhala bezprostřední příprava v den operace, vysvětlila Vám sestra, co je to premedikace?

Brzy ráno jsem dostal znovu klystýr. Při stlaní mi sestřička dala pod polštář košili, kterou si vezmu, než pojedu na sál. Měl jsem si sundat prsteny, řetízky, hodinky. Zřízenec mě přišel oholit. Asi před desátou přišla sestřička, že se mám dojít vymočít, připraví mě a pojedeme. Vzal jsem si na sebe jenom tu košili. Sestřička mi zavázala nohy, dala mi do zadku injekci. To je prý premedikace, po které zůstanu ležet na lůžku a slouží ke zmírnění strach a k uvolnění. Je to taková „oblbovačka“.

Jaká byla podle Vás úroveň péče ze strany sester v předoperačním období?

S péčí sestřiček před operací jsem byl spokojen. Podle mě proběhlo všechno, tak jak má. Nikde jsem dlouho nečekal. Jenom, když jsem se probudil, zalekl jsem se těch hadiček, které mi vedly z břicha, a z nosu mi vedla také nějaká hadička. Možná, kdybych věděl dopředu, že je budu mít, nebyl bych tolik vystrašený.

Peroperační období

Jak probíhal Váš první kontakt s personálem na operačním sále?

Když jsem si přešel z postele na ten vozík, přišla pani v zeleném oblečení. Řekla mi, že je anesteziologická sestra a připraví mě na operaci. Zeptala se mě, jak se jmenuju a jestli jsem nalačno.

Jak probíhala příprava před samotnou anestezií?

Zřízenec se sestřičkou mě odvezli do místnosti, kde mi sestřička změřila tlak a dala mi kapat „kapačku“. Sestřička byla moc milá a stále mě utěšovala, protože jsem měl pořádný strach.

Jakým způsobem byla respektována Vaše intimita?

Jsem hodně stydlivý, takže mi docela vadilo, že jsem musel mít jenom tu košili a potom mi jí na tom vozíku sundali. Hned mě ale přikryli. Neměl jsem pocit, že bych byl nahý nebo nepřikrytý. Hned, jak mě přivezli z oddělení na sál, zavřeli dveře, všechno bylo v pořádku.

Jak a kým byla ověřena Vaše totožnost na operačním sále?

Anesteziologická sestra se mi hned na vozíku podívala na pásek na ruce, zeptala se mě, jak se jmenuju a také se podívala do mých papírů.

Pooperační období

Měl/a jste po úplném probuzení možnost kontaktu se sestrou nebo použití signalizačního zařízení?

Když jsem se úplně probudil, ležel jsem jinde než před operací, to byl pro mě trochu šok. Hned ale přišla sestřička a řekla mi, že jsem na jednotce intenzivní péče a operaci mám za sebou. Vysvětlila mi, že kdybych cokoli potřeboval, mám se ohlásit, ale jinak, že bude většinou v dohledu.

Jakým způsobem Vás informovala sestra o možnosti tlumení pooperační bolesti?

Sestřička se mě hned zeptala, jestli mám bolesti. Řekl jsem, že ano. Píchla mi hned injekci proti bolesti a jinak, že mám od lékaře napsanou injekci při bolesti po šesti hodinách, a kdybych měl bolesti dříve, tak se domluví s lékařem, co mi dá.

Jakým způsobem Vám sestra poskytla informace o tom, co zahrnuje následná pooperační péče?

Sestřička mi řekla, že je důležité tlumit po operaci bolest, aby se mi rána dobře hojila. V den operace můžu pít jenom čaj po douškách a budu mít „kapačky“. Musí mi pravidelně kontrolovat tlak a musím být připojený na přístroj. Dále mi řekla, že mi musí kontrolovat operační ránu, jestli obvaz neprosakuje, jestli jsou drény funkční. Sonda se prý nechá do druhého dne, ale kdyby mi moc vadila, může mi jí odstranit. Dále mi zdůraznila, že se musím po operaci vymočit a projít se.

Jak Vám sestra objasnila důvody včasné mobilizace po operaci, pokud to bylo u Vás možné?

Sestřička mi řekla, že se musím ještě v den operace projít, pokud to bude možné a nebude mi hodně zle. Řekla mi, že to není jejich výmysl a je to důležité jako prevence proti trombóze.

Jak a kým Vám byla po operaci poskytnuta pooperační rehabilitace?

Při prvním vstávání z postele mi pomáhala sestřička a vysvětlila mi, jak mám vstávat. Mám prý vstávat přes bok, nebude to tolik bolet a ránu si mám přidržovat rukou. Při dalším vstávání jsem potřeboval jenom malou pomoc. Druhý den ráno jsem už vstával sám, už to bylo, jak mi říkala sestřička o moc lepší. Jinak jsem byl poučený, abych se během dne několikrát prošel jako součást rehabilitace a prevence proti trombóze.

Jakým způsobem jste byl/a informován/a o další pooperační péči v domácím ošetřování?

Čtvrtý den po operaci jsem byl propuštěný domů. Na ráno jsem měl jenom takovou zelenou vodičku, to mi sestřička řekla, že mám místo obvazu a můžu se už normálně sprchovat, ale ne koupat. Zeptala se mě, jestli nepotřebuju domů sanitu. Dala mi vyčištěnou žlučnickovou dietu, kterou musím po operaci dodržovat, ale časem prý zjistím sám, co budu moci jíst a co ne. Přinesla mi také zprávu od lékaře, kdy a kam mám přijít na vyndání stehů a na kontrolu. O další neschopnosti se mám domluvit s obvodním lékařem. Lékař mi řekl, že aspoň čtyři týdny nemám zvedat nic těžkého a fyzicky se šetřit.

Jak jste byl/a spokojen/a s péčí ze strany sester a co může podle Vás sestra v péči o pacienta před, během a po operaci zlepšit?

S péčí sestřiček jsem byl celkem spokojen. Jenom bych možná dopředu chtěl vědět, že budu mít z rány vyvedené ty drény a že budu mít v nose tu hadičku a proč to tam musím mít. Myslím, že bych byl potom klidnější a nebyl tolik vystrašený. Když mě předávala sestřička z oddělení na sál, nevěděl jsem, co se bude dít. Po operaci mi sestřičky pořád říkaly, co se bude dít a proč. Péče sestřiček nebyla sice bez chyb, ale myslím, že probíhala na velmi dobré úrovni.

PŘÍLOHA 5. Doslovné přepisy rozhovorů se sestrami

Doslovný přepis rozhovoru s chirurgickou sestrou 1

Registrovaná všeobecná sestra, 37 let, pracující na standardním chirurgickém oddělení již sedmnáct let. Nyní pracuje deset let na septickém pooperačním oddělení, předtím pracovala sedm let na aseptickém chirurgickém oddělení. Svou práci na chirurgickém oddělení má moc ráda, i když je podle ní většinou velice hektická a náročná.

Jak spolupracuje sestra z příjmací ambulance se sestrou z oddělení?

Před pár lety nám sestra z příjmací ambulance každé ráno volala, kolik budeme mít plánovaných příjmů. Nyní máme možnost se předem podívat a vytisknout si, kolik pacientů je na jaký den objednaných. Sestra z příjmu nám pro pacienty každý den ráno objednáva obědy. Sestra nám postupně předává od lékařů přijaté pacienty, u kterých nám sděluje, zda mají předoperační vyšetření, nebo zda se provádělo ráno na interním oddělení a budeme ho mít k dispozici až později. Postupně nám příjmací sestra sděluje, zda se nějaký pacient odhlásil, nebo zda lékař přijímá pacienty mimo objednání, nebo jestli budeme mít akutní příjem. Sestra z příjmací ambulance nám také nahlašuje pacienty, kteří mají objednaný nadstandardní pokoj. Spolupráce se sestrou z příjmu je bez problémů, do chorobopisu od lékaře nám připraví veškerou ošetrovatelskou dokumentaci, pacient má již podepsaný souhlas s hospitalizací, s operačním výkonem, popřípadě verifikační protokol. Na pravé horní končetině, pokud to jde, má identifikační náramek.

Jakým způsobem se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy pacienta?

Anesteziologická sestra nám v den operace zavolá, kterého pacienta máme připravit, podat premedikaci a přivést na sál. Některým sestram se bohužel stává, že nám do telefonu pouze sdělí, že máme připravit dalšího, bez udání jména pacienta a to mi odmítáme. Někdy si lékaři sami upraví program a nám to nesdělí a vznikají

problémy. V některých nemocnicích prý docházejí anesteziologické sestry, které pracují na operačních sálech, za pacienty již den před operačním zákrokem a podávají pacientům informace, jak bude probíhat příprava před anestezií a samotná anestezie. Pro pacienta je toto určitě přínosem, zmírní se jeho strach a obavy. V naší nemocnici to takto nefunguje. Nevím, zda by to bylo s počtem personálu a s časovou vytižeností možné.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z oddělení na operační sál?

Pacienta na předsálí předává vždy sestra z oddělení anesteziologické sestře. Sestra spolu se sanitářem pomůže pacientovi z lůžka na vozík. Pacient se přikryje a poté se svlékne otevřená košile. Sestra pacientovi popřeje brzký návrat, a aby se nebál, že všechno dobře dopadne.

Jaké informace a dokumentaci předává sestra z oddělení anesteziologické sestře při předávání pacienta na sál?

Sestra z oddělení anesteziologické sestře o pacientovi předává to, že je pacient připravený, nalačno a zda má zavedenou kanylu, nebo ji přikládáme s sebou. Jestli dostal pacient před operací antibiotika nebo mu vykapala nějaká infúze. Z oddělení předává sestra v deskách celý chorobopis, předoperační vyšetření, souhlas s hospitalizací, souhlas s operací a verifikační protokol. Součástí dokumentace je předoperační příprava, kde je zapsán krevní tlak, pulz a teplota pacienta před výkonem a podpis sestry, která předává pacienta na sál. Dále do desek přikládáme dekurz s dnešní vytištěnou vizitou a identifikační štítky pacienta.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z operačního sálu na oddělení?

Po předchozím telefonátu od anesteziologické sestry, že je pacient hotov, si pacienta přebírá sestra z oddělení. Dost často ale anesteziologická sestra nezavolá sanitáře a potom musíme pro pacienta z oddělení dvě a nemocného si přemístit na postel samy. Musíme dávat pozor na drén, cévku a kanylu. Pacientovi se oblékne otevřená

košile a řádně se přikryje. Na lůžku se zvednou postranice a sestra se sanitářem odjíždějí s pacientem na oddělení.

Jaké informace a dokumentaci dostává sestra z oddělení od anesteziologické sestry při předávání pacienta ze sálu?

Informace od anesteziologické sestry jsou většinou pouze, jestli byl pacient v celkové nebo spinální anestezii a kdy může pacient po spinální anestezii vstávat a že může po spinální anestezii jíst a pít, to ale sestra z oddělení ví. Jiné informace nedostáváme. Z dokumentace nám anesteziologická sestra předává pouze anesteziologickou průvodku, do které anesteziologický lékař zapíše pooperační ordinace (příloha 5) a záznam pacienta na dospávacím pokoji (příloha 6), kam sestra z oddělení dává jmenovku a podpis, v kolik hodin si pacienta ze sálu převzala. V záznamu pacienta na dospávacím pokoji je zapsán tlak, pulz a vědomí od anesteziologické sestry často bez jmenovky a podpisu. Další zápisy tlaku, pulzu a vědomí provádí sestra na oddělení. Analgetika po operaci máme někdy napsaná v anesteziologické průvodce od anesteziologa, nebo se musíme v počítači podívat do dekurzu, co proti bolesti napsal operatér. Další dokumentaci dostává sestra na oddělení velice často až v pozdních odpoledních hodinách, což je podle mě docela problém.

Jak a s kým spolupracuje sestra z oddělení při pooperační rehabilitaci?

V den operace, ale i v jiné dny provádí pooperační rehabilitaci a mobilizaci sestra z oddělení za pomoci sanitářky. Pacientovi vysvětlí, jakou má zaujímat polohu na lůžku, jak má z lůžka vstávat, záleží na tom, o jakou operaci jde. Ve všední dny má sestra z oddělení možnost po předchozí domluvě s lékařem, spolupracovat s rehabilitačními pracovníky, kteří docházejí na oddělení dvakrát denně. Sestra vypíše rehabilitační kartu a napíše do ní, o jakou rehabilitaci by se mělo jednat, popřípadě se může i ústně domluvit. Toto ale platí jenom ve všední dny, o víkendech a o svátcích rehabilitační pracovníci na oddělení nedocházejí. Rehabilitace je tedy závislá na sestře z oddělení, která je na oddělení bohužel jenom se sanitářkou. V silách jedné sestry bohužel není rehabilitovat se všemi pacienty, kteří to potřebují.

Doslovný přepis rozhovoru s chirurgickou sestrou 2

Registrovaná všeobecná sestra, 50 let, pracuje na chirurgickém oddělení třicet let. Pracovala střídavě na aseptickém a septickém oddělení. Nyní pracuje na septickém oddělení. Svou práci má ráda, ale náročná práce na chirurgickém oddělení jí často vyčerpává.

Jak spolupracuje sestra z příjmací ambulance se sestrou z oddělení?

Spolupráce se sestřičkou z příjmu je dobrá. Před tím, než nám sestřička přivede příjem, vždy nám volá na oddělení. Ráno nás informuje, kolik budeme mít plánovaných příjmů a objedná pro ně obědy. O akutním příjmu nás dopředu informuje. S pacientem nám předává lékařskou dokumentaci a k tomu nám připraví ošetrovatelskou dokumentaci a všechny souhlasy s předoperačním vyšetřením.

Jakým způsobem se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy pacienta?

V den před operací se do předoperační přípravy nezapojuje. V den operace nám volá, jakého pacienta máme připravit na sál nebo ho přivést. Pacienta si připravuje až na sále, napíchne mu kanylu, pokud jí nemocný nemá z oddělení.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z oddělení na operační sál?

Na pokyn anesteziologické sestřičky odváží pacienta na sál vždy sestra z oddělení spolu se sanitářem, nemocný se ve filtru přesune na operační vozík, sálový sanitář ho přikryje a dá mu na hlavu čepici. Sestřička z oddělení předá anesteziologické sestře pacientovu dokumentaci.

Jaké informace a dokumentaci předává sestra z oddělení anesteziologické sestře při předávání pacienta na sál?

Sestra z oddělení předává informace o tom, jak se pacient jmenuje, co mu budou operovat, jestli má kanylu a dostal před operací nějaké léky. Předává se celý

chorobopis, souhlasy pacienta, verifikační protokol, záznam o premedikaci, předoperační vyšetření a štítky.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z operačního sálu na oddělení?

Anesteziologická sestra nebo lékař nám zavolají, že si můžeme přijet pro dotyčného pacienta. Sestra z oddělení se sanitářem si ve filtru pacienta přeberou, pomocí plata se pacient přesune na své lůžko, přikryje se, u lůžka se zvednou postranice.

Jaké informace a dokumentaci dostává sestra z oddělení od anesteziologické sestry při předávání pacienta ze sálu?

Někdy nám anesteziologická sestra neřekne nic, někdy alespoň, jestli byl pacient operován v celkové nebo spinální anestezii. Nedávno mi jedna sestřička i řekla, jak probíhala anestezie a jaké pacient dostal během anestezie léky, byla jsem mile překvapena. Dostáváme jenom záznam z dospávacího pokoje a anesteziologickou průvodku, ostatní dokumentaci nám přináší sanitář později.

Jak a s kým spolupracuje sestra z oddělení při pooperační rehabilitaci?

V den operace se většina pacientů mobilizuje, vstává se s nimi, aby se prošli. Při pooperační rehabilitaci pomáhá sestře z oddělení informovaná sanitářka. Další den je možné spolupracovat s rehabilitačním pracovníkem. Sestra se domluví s lékařem, vypíše poukaz a za pacientem dochází dvakrát denně rehabilitační pracovník, ale jenom ve všední dny.

Doslovný přepis rozhovoru s chirurgickou sestrou 3

Registrovaná všeobecná sestra, 26 let, pracující na standardním chirurgickém oddělení sedm let. Zatím pracovala pouze na aseptickém pooperačním oddělení. Pracovat na tomto oddělení jí moc baví a myslí si, že vzhledem k malému počtu sester na oddělení, poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči.

Jak spolupracuje sestra z příjímací ambulance se sestrou z oddělení?

Spolupráce se sestrou z příjímací ambulance je dobrá. Každé ráno nám nahlásí, kolik budeme mít plánovaných příjmů. My ale máme možnost předem si vytisknout jména a počet pacientů, kteří přijdou k plánovanému příjmu. Předem se vždy ptá, kolik máme míst a vzájemně si snažíme vyhovět. Pro plánované pacienty objednává obědy. Postupně nám hlásí akutní příjmy navíc. Spolu s pacientem nám přinese chorobopis, připravenou ošetrovatelskou dokumentaci a souhlasy pacienta.

Jakým způsobem se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy pacienta?

K nám na oddělení anesteziologická sestra nedochází. Do předoperační přípravy v den před operací se anesteziologická sestra nezapojuje. V den operace nám anesteziologická sestra zavolá, kterého pacienta máme připravit, popřípadě přivést na sál. Podle mě si anesteziologická sestra připravuje pacienta až na přípravě před samotnou anestezií, zavádí pacientovi kanylu, pokud jí nemá z oddělení, odebírá anamnézu.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z oddělení na operační sál?

Sestra spolu se sanitářem odvezou pacienta do předávacího filtru, kde ho sestra z oddělení předá anesteziologické sestře. Pacient si za pomoci přeleze na sálový vozík. Sálový sanitář pacienta přikryje, svlékne se otevřená košile, nemocný dostane na hlavu čepici.

Jaké informace a dokumentaci předává sestra z oddělení anesteziologické sestře při předávání pacienta na sál?

Sestra z oddělení sdělí anesteziologické sestře jméno pacienta, na jakou operaci jde, jestli má zavedenou kanylu, popřípadě, co mu kapalo před operací nebo ještě kape, jestli dostal před výkonem antibiotika. Spolu s pacientem sestra předává celý chorobopis, včetně dnešního dekurzu s vizitou, souhlasy pacienta s hospitalizací, operací, anestezií, verifikační protokol, předoperační vyšetření s laboratoří. Dále také tiskopis

předoperační přípravy, kam sestra zaznamená hodinu a způsob aplikace premedikace s jejím podpisem, také je tam pacientův ranní krevní tlak, pulz a teplota. A samozřejmě podpis sestry, která pacienta předala na operační sál. Do dokumentace také přikládáme kanylu, pokud jí pacient nemá již zavedenou a identifikační štítky pacienta.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z operačního sálu na oddělení?

Anesteziologická sestra zavolá na oddělení, abychom si přijeli pro dotyčného pacienta. Někdy ale sestřičky nevolají sanitáře a z oddělení musíme jet dvě sestry a pacienta z vozíku si přeložit zpět na lůžko samy. Nemocný je pomocí plata šetrně přesunut zpět na své lůžko. Je nutné dávat pozor, pokud má pacient zavedené drény, cévku, sondu a kanylu.

Jaké informace a dokumentaci dostává sestra z oddělení od anesteziologické sestry při předávání pacienta ze sálu?

Sestra nám většinou sděluje pouze, jestli byl pacienta v celkové nebo spinální anestezii. Některá sestřička nám řekne, jak probíhala anestezie, zda byly nějaké komplikace nebo jaké léky byly pacientovi na sále podány. Jiná sestřička nám neřekne vůbec nic, což si myslím, že je špatně. Z dokumentace dostáváme od anesteziologické sestry pouze anesteziologickou průvodku s pooperačními ordinacemi a analgetiky od anesteziologického lékaře. Ostatní dokumentaci sestra dostává až později, někdy až několik hodin po operaci. V záznamu na dospávacím pokoji je zapsán tlak, pulz a vědomí pacienta od anesteziologické sestry, další záznamy fyziologických funkcí zapisuje sestra na oddělení, které ztvrzuje svým podpisem a jmenovkou dle ordinace lékaře.

Jak a s kým spolupracuje sestra z oddělení při pooperační rehabilitaci?

Mobilizaci a pooperační rehabilitaci provádí v den operace sestra z oddělení, které pomáhá sanitářka, která je samozřejmě o rehabilitaci od sestry informována. Sestra nemocného poučí o včasné mobilizaci po operaci, jak může ležet na lůžku a jakým způsobem má vstávat. Den po operaci je nemocný schopný rehabilitovat sám nebo

potřebuje malou pomoc. Nebo je možné po domluvě s lékařem vypsát poukaz a žádanku na rehabilitaci a na oddělení docházejí dvakrát denně rehabilitační sestry. O víkendu a o svátcích rehabilitační sestry na oddělení nechodí, rehabilitace nemocných je tedy závislá na jedné sestře a sanitářce, které na oddělení jsou.

Doslovný přepis rozhovoru s chirurgickou sestrou 4

Registrovaná všeobecná sestra, 55 let, pracuje na chirurgickém lůžkovém oddělení třicet let, z toho patnáct let jako staniční sestra. Pracovala pouze na aseptickém chirurgickém oddělení. Myslí si, že spolupráce s přijímací sestrou je bez problémů, ale spolupráce s anesteziologickými sestrami docela vážne.

Jak spolupracuje sestra z přijímací ambulance se sestrou z oddělení?

Spolupráce s přijímací sestrou je velmi dobrá jak ústní, tak i po telefonu. Vždy nám každé ráno nahlásí, kolik budeme mít plánovaných příjmů a jestli budeme mít dostatek lůžek. O akutních příjmech nás vždy včas informuje. Pacienta nám přivede na oddělení s veškerou dokumentací a informacemi o předoperačním vyšetření. Pro plánované příjmy nám ráno objednává obědy.

Jakým způsobem se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy pacienta?

V naší nemocnici se anesteziologická sestra podílí na přípravě pacienta až v den operace. Po telefonu nám oznámí, že máme připravit pacienta, popřípadě přivést. Anesteziologické sestry nám ale velice často zapomínají říkat jména pacientů, které máme připravit, ale mi to vyžadujeme, aby nedocházelo k problémům. Jinak si pacienta připravuje až na přípravně na sále. O jiné předoperační přípravě, do které se zapojuje anesteziologická sestra, nevím.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z oddělení na operační sál?

Pokud anesteziologická sestra zavolá sanitáře, jak jsem domluvená s vrchní sestrou anesteziologického oddělení, odváží sanitář spolu se sestrou z oddělení pacienta do

předávacího filtru. Často musíme jet z oddělení dvě sestry a to je docela problém. Tam si pacient s naší pomocí přeleze na operační vozík, sálový sanitář ho přikryje, na hlavu dostane pacient čepici.

Jaké informace a dokumentaci předává sestra z oddělení anesteziologické sestře při předávání pacienta na sál?

Z informací předáváme jméno pacienta, s čím jde na operaci, zda má zavedenou žilní kanylu, popřípadě jestli dostal před operací nějaké léky nebo infúzní terapii. Sestra z oddělení předává anesteziologické sestře celý chorobopis se všemi souhlasy, které nemocný k výkonu potřebuje, dále předoperační vyšetření, ranní dekurz, verifikační protokol a dostatek identifikačních štítků pacienta.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z operačního sálu na oddělení?

Anesteziologická sestra nebo anesteziologický lékař nám ze sálu zavolají, že si můžeme přijet pro konkrétního pacienta. Anesteziologická sestra by měla opět zavolat sanitáře, ale některé to nedělají. Vždy jede pro pacienta sestra z oddělení. V předávacím filtru se pacient opatrně pomocí překladového plata přesune na své lůžko, řádně se přikryje, zvednou se postranice a nemocný se odváží na oddělení.

Jaké informace a dokumentaci dostává sestra z oddělení od anesteziologické sestry při předávání pacienta ze sálu?

Anesteziologická sestra nám sdělí, v jaké anestezii byl pacient operován. Některá sestra nám také říká, zda pacient dostal během anestezie nějaké léky a jak anestezie probíhala. Z dokumentace při předávání pacienta dostáváme pouze anesteziologický záznam s průvodkou a záznam z dospávacího pokoje, kde je často zapsán krevní tlak a pulz bez podpisu a jmenovky. Ostatní dokumentace se nám na oddělení dostává o mnoho později, než samotný pacient.

Jak a s kým spolupracuje sestra z oddělení při pooperační rehabilitaci?

V den operace sestra spolupracuje pouze se sanitářkou, která je na oddělení. Ta je samozřejmě správně poučena o pooperační rehabilitaci. Jinak to bohužel nejde, na oddělení je na denní i noční službu pouze jedna sestra a sanitářka je tam do desáté hodiny večerní. Další den jsou pacienti po operacích schopni mobilizace a pooperační rehabilitace buď sami nebo s malou pomocí. Také má sestra možnost po domluvě s lékařem napsat rehabilitaci, kdy na oddělení docházejí dvakrát denně rehabilitační pracovníci, sestra se s nimi může ústně domluvit. Rehabilitační pracovníci docházejí na oddělení jenom ve všední dny, o víkendech a svátcích nikoli.

Doslovný přepis rozhovoru s anesteziologickou sestrou 1

Registrovaná sestra se specializací, 40 let, která pracuje jako anesteziologická sestra na operačních sálech patnáct let. Nyní pracuje na septickém operačním sále. Od svých osmnácti let pracovala sedm let na lůžkách anesteziologického oddělení. Práce na operačních sálech jí moc baví, zatím by neměnila.

Jakým způsobem se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy pacienta?

Do přípravy před operací se anesteziologická zapojuje až při bezprostřední přípravě pacienta těsně před samotnou operací a anestezií. Sestra musí zajistit žilní linku, pokud ji nemocný nemá z oddělení, popřípadě asistuje lékaři při zavádění centrálního žilního katetru, měříme nemocnému fyziologické funkce. Dále sestra odebírá stručnou anamnézu, jestli je pacienta nalačno, zda má alergie nebo vyjmutou zubní protézu. V den operace zavoláme sestře na oddělení, aby připravila dotyčného pacienta, a kdy se má přivést na sál.

Jak probíhá převzetí nemocného z oddělení na operační sál?

Sestra z oddělení přiveze se sanitářem pacienta. Nemocný se přemístí na lehátko, které je určené pro operační sál a opatřené postranicemi, aby se zabránilo úrazu

nemocného. Pacient si odloží košili, přikryje se, dostane na hlavu operační čepici. Sestra z oddělení předá anesteziologické sestře dokumentaci pacienta.

Jaké informace a dokumentaci předává sestra z oddělení anesteziologické sestře při předávání pacienta na sál?

Sestra z oddělení předává sestře informace o tom, jak se pacient jmenuje, s čím jde na operaci. Jestli má nemocný zavedenou kanylu, jakou dostal před operací infúzi nebo antibiotika. Spolu s pacientem dostáváme celou dokumentaci, chorobopis, veškeré pacientovi souhlasy, předoperační vyšetření, verifikační protokol a štítky pacienta. V tiskopisu máme od sestřičky z oddělení zapsanou aplikaci premedikace s jejím podpisem a jmenovkou a také kdo předal pacienta na sál.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z operačního sálu na oddělení?

Anesteziologická sestra nejdříve zavolá na oddělení a sdělí sestře z oddělení jméno pacienta, pro kterého si mohou přijet. Já osobně „vypívám“ sanitáře, ale vím, že všechny sestry to nedělají. Potom musí z oddělení přijet pro pacienta dvě sestry a musí ho zvládnout přemístit samy. Pomocí plata se pacient přeloží zpátky do postele.

Jaké informace a dokumentaci předává anesteziologická sestra sestře z oddělení při předávání pacienta ze sálu?

Sestře z oddělení předává anesteziologická sestra způsob anestezie, který byl u pacienta proveden. Pokud byla provedena spinální anestezie, že nemocný může jíst a pít, a kdy může pacient vstávat. Z dokumentace předáváme pouze záznam z dospívacího pokoje a anesteziologický záznam s průvodkou. Celou dokumentaci předává sanitář později.

Doslovný přepis rozhovoru s anesteziologickou sestrou 2

Registrovaná sestra se specializací, 36 let, pracující na operačních sálech deset let. Od osmnácti let pracovala na lůžkovém chirurgickém oddělení. PO deseti letech začala se specializací pracovat na chirurgických sálech. Nyní pracuje na septickém operačním sále.

Jakým způsobem se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy pacienta?

U nás se anesteziologická sestra podílí na přípravě před operací bezprostředně před operací, to znamená v den operace. V přípravě mu napíchneme kanylu, pokud ji nemá z oddělení nebo asistujeme lékaři při zavádění centrálního žilního katetru. Dále odebíráme od nemocného anamnézu, změříme mu krevní tlak, pulz a saturaci. Voláme sestřím na oddělení, kdy mají připravit pacienta a přivést ho na sál.

Jak probíhá převzetí nemocného z oddělení na operační sál?

Anesteziologická sestra zavolá na oddělení, že mají přivést dotyčného pacienta na sál. Pacient si ve filtru přeलेze na vozík, svleče si anděla, přikryje se a na hlavu dostane čepici. Já jako anesteziologická sestra se mu představím a vysvětlím mu, že si ho odvezu na přípravnu, kde ho připravím před samotnou anestézií. Zeptám se pacienta, jak se jmenuje a převezmu si od sestry z oddělení dokumentaci.

Jaké informace a dokumentaci předává sestra z oddělení anesteziologické sestře při předávání pacienta na sál?

Sestra z oddělení nám předává v deskách celý chorobopis se souhlasem, verifikační protokol, předoperační vyšetření, záznam o premedikaci a podpis sestry, která pacienta předala na sál, také štítky pacienta. Sestra nám předává, jak se pacient jmenuje, s čím jde na operaci, jestli má kanylu a jaké léky dostal před operací.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z operačního sálu na oddělení?

Anesteziologická sestra zavolá na oddělení jméno pacienta, pro kterého si mohou přijet. Já zároveň volám sanitáře, který je oddělení, aby mohl sestře pomoci. Ve filtru se pacient pomocí plata přesune zpět na lůžko.

Jaké informace a dokumentaci předává anesteziologická sestra sestře z oddělení při předávání pacienta ze sálu?

Sestře z oddělení říkáme, v jaké anestezii byl nemocný operován a jaké léky mu byly během anestezie podány. Z dokumentace většinou předáváme jenom záznam z dospávacího pokoje a anesteziologickou průvodku se záznamem. Většinou totiž lékař nemá napsaný operační protokol a dekurz. Ostatní dokumentace se předává průběžně později.

Doslovný přepis rozhovoru s anesteziologickou sestrou 3

Registrovaná sestra se specializací, 48 let, která je vrchní sestrou anesteziologického oddělení. Pracovala řadu let na lůžkách anesteziologického oddělení. Již patnáct let pracuje jako vrchní sestra anesteziologického oddělení, ale také v běžném provozu jako anesteziologická sestra na aseptickém operačním sále.

Jakým způsobem se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy pacienta?

V naší nemocnici se anesteziologická sestra zapojuje do přípravy až v den operace. Víím, že v některých nemocnicích funguje to, že anesteziologická sestra dochází za pacienty už mnohem dříve, v den před operací. Vede s pacienty rozhovor, kdy ona mu sděluje informace o anestezii a on se ptá. Pacienti tak mají informace již před operací, což je pro ně určitě přínosem a jejich obavou. Na naší přípravně mu zavedeme kanylu a zeptáme se pacienta na informace, které potřebujeme vědět, také změříme fyziologické funkce, které nahlásíme anesteziologickému lékaři.

Jak probíhá převzetí nemocného z oddělení na operační sál?

Po předchozím telefonátu je pacient přivezen sestrou z oddělení a sanitářem do předoperačního filtru. Tam si pacient za pomoci personálu přeleze z lůžka na operační vozík. Nemocný leží na papírové podložce a přikryje se papírovou přikrývkou, svlékne si košili a na hlavu dostane operační čepici.

Jaké informace a dokumentaci předává sestra z oddělení anesteziologické sestře při předávání pacienta na sál?

Většinou nám sestřička z oddělení říká jméno pacienta, na jakou operaci nemocný jde, zda má zavedenou kanylu a jaké léky před operací dostal. Anesteziologická sestra dostává od sestry z oddělení veškerou lékařskou a ošetrovatelskou dokumentaci se všemi souhlasy, které jsou nutné k hospitalizaci a k výkonu, dále všechny laboratorní výsledky a předoperační vyšetření a jestli má pacient nakřížené krve nebo jenom zásoby krve. Také od sestřiček požadujeme dostatek identifikačních štítků od pacienta. Sestřička z oddělení nám musí podepsat, že nám pacienta předala.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z operačního sálu na oddělení?

Před samotným předáním pacienta by měla anesteziologická sestra zavolat sanitáře, aby pomohl sestřičce z oddělení s přesunem pacienta na lůžko a odvozem na oddělení. Jsem domluvená, že sanitáře bude volat anesteziologická sestra, ale dozvěděla jsem se, že všechny sestry to nedělají. To je vůči sestřím z oddělení neohleduplné a stále to řešíme. Pacient se opatrně pomocí překladového plata přesune na lůžko, řádně se přikryje a odjíždí na oddělení.

Jaké informace a dokumentaci předává anesteziologická sestra sestře z oddělení při předávání pacienta ze sálu?

Anesteziologická sestra by měla sestře z oddělení předat způsob anestezie, jak anestezie proběhla, případné komplikace v průběhu anestezie. Dále také jaké léky byly pacientovi na sále podány. Jestli může po spinální anestezii jíst, pít a kdy může vstávat z lůžka. Všechny sestry ale toto nepředávají. Dokumentaci předáváme stále neúplnou, sestřička z oddělení od nás dostává jenom anesteziologický záznam a anesteziologickou průvodku a záznam z dospávacího pokoje. V záznamu musí být podpis, jmenovka a čas, kdy anesteziologická sestra pacienta předala sestře z oddělení.

Doslovný rozhovor s anesteziologickou sestrou 4

Registrovaná sestra se specializací, 30 let, která pracuje na operačních sálech pět let, před tím pracovala na anesteziologickém lůžkovém oddělení. Celých pět let pracuje na aseptickém operačním sále. Práce ji moc baví, je spokojená.

Jakým způsobem se zapojuje anesteziologická sestra do předoperační přípravy pacienta?

Těsně před operací napichujeme kanylu, pokud ji pacient nemá z oddělení. Od nemocného odebíráme krátkou anamnézu, měříme fyziologické funkce, které říkáme anesteziologickému lékaři. V den operace voláme sestřím na oddělení, aby připravily pacienta na operaci, a kdy ho můžou přivést. Jinak se na předoperační přípravě nepodílíme.

Jak probíhá převzetí nemocného z oddělení na operační sál?

Sestra z oddělení přiveze se sanitářem pacienta na svém lůžku. Ve filtru, za zavřenými dveřmi, si pacient pomalu přeleeze na sálový vozík. Pod sebou má podložku, svlékne si anděla, přikryje se, na hlavu dostane čepici.

Jaké informace a dokumentaci předává sestra z oddělení anesteziologické sestře při předávání pacienta na sál?

Sestra z oddělení nám říká, jak se pacient jmenuje, na jakou jde operaci, jestli má kanylu a jaké léky dostal před operací. Dostáváme desky s celým chorobopisem, ve kterém je předoperační vyšetření, pacientovi souhlasy s operací a anestezií, verifikační protokol, premedikace, čerstvý dekurz a štítky.

Jakým způsobem probíhá předávání pacienta z operačního sálu na oddělení?

Anesteziologická sestra zavolá na oddělení, aby si sestry přijely pro pacienta. Ve filtru se pacient přesune pomocí překladového plata opatrně na postel, dáváme pozor na drény, cévky a infúze. Pacient se přikryje a odjíždí na oddělení.

Jaké informace a dokumentaci předává anesteziologická sestra sestře z oddělení při předávání pacienta ze sálu?

Sestře z oddělení předáváme to, v jaké anestezii byl pacient, jaké dostal pacient léky během anestezie. Celou dokumentaci většinou nepředáváme, sestra dostává jenom záznam z dospávacího pokoje a záznam o anestezii. Ostatní papíry dostává sestra z oddělení později.