



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Ošetřovatelská péče o operační pole před operací a po operaci

Vypracoval: Michaela Kratochvílová
Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Ošetrovatelská péče o operační pole před operací a po operaci

Teoretická východiska

Příprava operačního pole je důležitou součástí každé předoperační přípravy. Samotnou operační přípravu nelze před operačním výkonem ošidit. Ve většině případů bez důkladné operační přípravy lékař neprovede operační výkon. Výjimkou jsou urgentní operační výkony, u kterých se zajišťuje pouze ta nejzákladnější příprava před operací. Vlastní předoperační přípravu rozdělujeme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Do krátkodobé předoperační přípravy zahrnujeme i přípravu operačního pole. Důkladná a správně provedená příprava operačního pole snižuje vnik pooperačních komplikací spojených s operační ránou. K předcházení pooperačních komplikací slouží následná pooperační péče. Tato péče je zaměřena na kontrolu aktuálního zdravotního stavu klienta po operačním výkonu, ale také na kontrole operační rány a jejího krytí. Tyto kontroly jsou jak povinností sestry, tak i povinností lékaře. V tomto raném pooperačním období je klient přijat na standardní lůžkový pokoj, nebo na pooperační pokoj. V případě vzniku komplikací během operačního výkonu je klient přijat na oddělení JIP nebo ARO.

Cíle práce

Cílem práce bylo zmapovat rozdíly v předoperační přípravě operačního pole na odděleních chirurgického typu a zjistit rozdílnost přípravy operačního pole před plánovaným a urgentním výkonem. Dále také zjistit zda sestry provádějí předoperační a pooperační péči o operační pole správně. K těmto cílům byly zvoleny tyto otázky: Jaké jsou rozdíly v předoperační přípravě operačního pole na odděleních chirurgického typu? Jaký je rozdíl přípravy operačního pole před plánovaným a urgentním výkonem? Jak provádějí sestry předoperační a pooperační péči i operační pole?

Použité metody

K získání potřebných informací byla zvolena kvalitativní forma výzkumného šetření pomocí hloubkových rozhovorů, metodou dotazování a následném pozorování respondentek. Pozorování bylo provedeno metodou skrytého pozorování. Respondentkami byly sestry z urologického a chirurgického oddělení, z nemocničního zařízení na Vysočině. Sběr dat byl proveden od února do března 2014. Získaná data byla dále analyzována metodou otevřeného kódování.

Výsledky

Následně přepsané rozhovory a pozorování byly podrobeny důkladné analýze dat, metodou tužka a papír, otevřeným kódováním. Z celkové analýzy dat posléze vzniklo pět kategorií: Předoperační příprava před plánovaným operačním výkonem, Předoperační příprava před akutním a urgentním operačním výkonem, Příprava operačního pole, Péče o operační ránu po operaci, Zdravotnická dokumentace.

Závěr

Z výzkumu vyplývá, že o celkové předoperační a pooperační péči mají sestry velké povědomí. Zarážející je však fakt, že během poskytování této péče velmi kolísá dodržování zásad bariérové péče a intimity klienta. Závěr této práce by měl směřovat především ke zdokonalení předoperační a pooperační péče o klienta a k odstranění zjištěných nedostatků v poskytované ošetrovatelské péči. Praktickým výstupem této bakalářské práce bude článek v odborném sesterském časopise.

Klíčová slova: sestra, předoperační péče, operační pole, operační rána, pooperační péče.

Abstract

Nursing care in the operating field before and after surgery

Theoretical outcomes

The preparation of the operating field is an important part of all preoperative preparation. Preoperative preparation, before surgical intervention, cannot be neglected. In most cases, the doctor will not perform an operation without proper preoperative preparation. The only exception is urgent surgical intervention for which only the most basic preoperative preparation is provided. Preoperative preparation can be categorized as long-term, short-term, or immediate. A thorough and proper preparation of the operating field reduces any development of postoperative wound complications.

The aim of thorough preoperative preparation of the operating field is to reduce any risk of developing postoperative wound complications. Postoperative care prevents postoperative complications. It is aimed at controlling the state of a patient's current health after surgical intervention, but also the surgical wound and its dressing.

Both nurses and doctors are obliged to perform these controls. In the early postoperative period, the client stays in the ward or in the postoperative room. In the case of arising complications during surgical intervention, the client is moved to the ICU/ARO.

The Aims of the Thesis

The aim of the thesis is to map the differences in preoperative preparation of the operating field among surgery departments, and to find the differences between preparation in the operating field before a scheduled and an urgent surgical intervention. Furthermore, the aim is to find out if nurses perform preoperative and postoperative care properly. The following questions were chosen: What are the differences in preoperative preparation of the operating field among surgery departments? How do nurses perform preoperative and postoperative care of the operating field?

Implemented methods

In order to gain the desired information, a qualitative form of research was chosen, namely an in-depth interview method, a method of questioning, and an observational method. Observation was implemented using the hidden observation method.

The respondents in the research were the nurses from the urology and the surgery departments at a hospital in Vysočina. Data collection was conducted from February to March, 2014. The acquired data was then analyzed through an open coding method.

Results

The subsequently transcribed interviews and observations were carefully analyzed using the 'pencil & paper' method and open coding. Eventually, five categories were created: preoperative preparation before a scheduled surgical intervention, preoperative preparation before an acute or urgent surgical intervention, preparation of the operating field, postoperative wound care, medical documentation.

Conclusion

The research suggests that nurses are well aware of the complete preoperative and postoperative care. What is, however, surprising is how adherence to the principles of barrier care and the client's intimacy vary in the course of providing this care.

The conclusions in this thesis should aim at an improvement of preoperative and postoperative care of a client and to eliminate any discovered shortcomings in the provided nursing care. The practical outcome of this thesis will be an article in a professional magazine for nurses.

Key words: preoperative care, operating field, operative wound, postoperative care

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 2. 5. 2014

.....

Michaela Kratochvílová

Poděkování

Tímto způsobem bych chtěla poděkovat paní Mgr. Ivaně Chloubové za vedení celé práce, její čas a cenné rady. Dále bych také chtěla poděkovat všem sestrám, které se zúčastnily výzkumného šetření.

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Předoperační příprava	11
1.1.1. Obecná předoperační příprava	11
1.1.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava.....	11
1.1.1.2 Krátkodobá předoperační příprava	13
1.1.1.3 Bezprostřední předoperační příprava	15
1.1.2 Speciální předoperační příprava.....	15
1.1.3 Plánovaný operační výkon.....	17
1.1.4 Akutní operační výkon.....	18
1.1.4.1 Urgentní operační výkon.....	19
1.2 Příprava operačního pole	20
1.3 Rána	22
1.3.1 Péče o operační ránu	22
1.4 Hojení ran.....	23
1.4.1 Primární hojení rány.....	23
1.4.2 Sekundární hojení rány	26
1.5 Komplikace operační rány	27
1.5.1 Krvácení z rány	28
1.5.2 Infekce v ráně.....	28
1.5.3 Rozestup rány.....	30
1.5.4 Nekróza rány	31
1.5.5 Infekce okolí rány	31
1.6 Pooperační péče	32
2 Empirická část.....	37
2.1 Cíle práce a výzkumné otázky	37
2.1.1 Cíle práce.....	37
2.1.2 Výzkumné otázky.....	37

3 Metodika	38
3.1 Metodika práce.....	38
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	38
4 Analýza rozhovorů a pozorování	39
4.1 Předoperační příprava před plánovaným operačním výkonem	41
4.2 Předoperační příprava před akutním a urgentním operačním výkonem.....	43
4.3 Příprava operačního pole	44
4.4 Péče o operační ránu po operaci	46
4.5 Zdravotnická dokumentace	48
5 Diskuze.....	50
6 Závěr	57
7 Seznam použité literatury.....	58
8 Seznam příloh	63

Úvod

Příprava operačního pole je každodenní činností, která se provádí na odděleních chirurgického typu. Před každou operací je však třeba provést předoperační vyšetření. Bez předchozí předoperační přípravy nelze za běžné situace provést operační výkon.

V předoperační době klienta vyšetřuje několik odborníků z různých lékařských oborů. Jedná se o chirurga, internistu, anesteziologa a radiologa. Do samotné předoperační přípravy zahrnujeme i přípravu operačního pole. Tato příprava je velmi důležitá, protože správně provedená příprava operačního pole zajišťuje nižší riziko vzniku pooperačních komplikací v operační ráně, jako je zejména infekce v operační ráně. Celková pooperační péče je zaměřená na kontrolu fyziologických funkcí, operačního krytí a předcházení pooperačních komplikací, které mohou klienta ohrozit třeba i na životě.

Bakalářskou práci na téma „Ošetrovatelská péče o operační pole před operací a po operaci“ jsem si vybrala proto, že předoperační příprava a samotná příprava operačního pole se provádí před téměř každým operačním výkonem a je třeba dokonale znát vše, co do této přípravy patří. Zejména příprava operačního pole dnes ve většině odborných publikací je uvedena jen velmi zřídka, spíše je jen zmínka, že se nějaká příprava operačního pole provádí, ale už není psáno jaká, nebo v čem spočívá.

Pro výzkumné šetření byly zvoleny tři cíle. První je zmapovat rozdíly v předoperační přípravě operačního pole na odděleních chirurgického typu. Druhý je zjistit rozdílnost přípravy operačního pole před plánovaným a urgentním výkonem. A třetím cílem je zjistit zda sestry provádějí předoperační a pooperační péči o operační pole správně. Ke každému cíli je stanovena příslušná výzkumná otázka. Ke splnění cílů bude použita metoda hloubkových polostrukturovaných rozhovorů a skrytého pozorování respondentek při práci.

1 Současný stav

1.1 Předoperační příprava

„Cílem předoperační přípravy je připravit pacientovi optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže, k nekomplikovanému hojení a rychlé rekonvalescenci“ (Jedličková, 2012, s. 231). Každá předoperační příprava se skládá ze dvou částí: obecné a speciální (Vyhnálek, 2003).

1.1.1. Obecná předoperační příprava

Celková předoperační příprava se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

1.1.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Dlouhodobá předoperační příprava začíná již před samotným přijetím na oddělení chirurgického typu. Pokud to zdravotní stav klienta dovoluje, klient si předoperační vyšetření zařizuje mimo hospitalizaci, ambulantně. Do dlouhodobé předoperační přípravy patří interní vyšetření. Během interního vyšetření se u klienta vyšetřuje EKG, rentgenové vyšetření srdce a plic a laboratorní vyšetření biologického materiálu (Slezáková, 2001).

U laboratorního vyšetření se lékař zaměřuje na screeningové vyšetření moče (moč + sediment, aceton a glukózu), a na screeningové vyšetření krve (biochemické vyšetření, krevní obraz, krevní skupina s Rh faktorem, aPTT, Quickův test) (Šváb, 2008). Jedná-li se o komplikovanější zákrok, se kterým souvisí předoperační příprava a lékař předpokládá značnou krevní ztrátu, může klientovi doporučit odebrání krve, jako autotransfuze. Krev na autotransfuzi musí být odebrána nejpozději do 72 hodin před plánovaným výkonem. Je-li třeba odebrat více krevních konzerv (u muže obsahuje

jedna krevní konzerva 450 ml krve, u ženy je to 350 ml), musí být interval mezi jednotlivými odběry minimálně jeden týden. Ve většině případů se odebírají dvě krevní konzervy. Odběrem krve na autotransfuzi se zamezuje vzniku komplikací, protože krevní autotransfúze bude použita pouze pro klienta, kterému byla krev odebrána (Slezáková, 2001).

V dnešní době se většinou dlouhodobá předoperační příprava provádí ambulantně. Tímto postupem dochází ke značnému snížení vzniku nozokomiální nákazy. Takovýmto způsobem se zajišťuje, že klient po přijetí na oddělení je ve většině případů následující den operován (Vyhnálek, 2003).

Před kardiochirurgickou operací musí mít klient provedeno mnohem více vyšetření, než při běžných operacích. Do těchto vyšetření před kardiochirurgickým výkonem řadíme: „EKG, rentgenový snímek hrudníku, funkční vyšetření plic, neurologické vyšetření včetně dopplerovské sonografie karotid. Zvláštní pozornost je věnována funkčnímu vyšetření ledvin a stavu kompenzace diabetu“ (Němec, 2008, s. 17).

Tato vyšetření se provádějí i před transplantací ledvin s doplněním o vyšetření zjišťující renální funkce a dále o vyšetření imunologická (Viklický, Janoušek, Baláž, 2008).

Během dlouhodobé předoperační péče u klienta před operací plic se základní vyšetření doplňuje o ultrazvuk hrudníku, výpočetní tomografii a vyloučení tuberkulózy. V průběhu dlouhodobé předoperační přípravy sestra učí klienta správné metody rehabilitace. Během ní se klient učí aktivizaci, správnému dýchání, hrudní fixaci při odkašlávání po operaci a dynamickým dechovým cvičením. Cvičení již před operací zlepšují operační a pooperační průběh. (Maixnerová, 2013)

I u klientů, kteří budou operováni laparoskopickým způsobem, musí být provedena základní vyšetření, jako u každé operace. Při vyšetřování klientů před laparoskopickým výkonem se zaměřujeme na vyšetření funkce plic, srdce a krevního oběhu (Drahoňovský, 2010).

1.1.1.2 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobou předoperační přípravou se rozumí období 24 hodin před operačním výkonem. Během této doby je klient obvykle hospitalizován na daném oddělení chirurgického typu.

Při příjmu na oddělení dochází k záznamu fyziologických funkcí (tělesná teplota, krevní tlak, puls, dech) a hmotnosti. Záznam hmotnosti je důležitý pro správné ordinování medikamentů (zejména pro anestézii) (Workman, Bennett, 2006).

V této době před operací přichází za klientem lékař, aby mu operační výkon vysvětlil a následně dá klientovi podepsat informované souhlasy (s operací, s anestézií,...).

Anesteziolog přicházející za klientem na oddělení má úkol zhodnotit zdravotní stav klienta, seznámí klienta s premedikací, ale také se všemi riziky, které jsou s výkonem spojené. Dále doplňuje anesteziologické ordinace a ordinuje premedikaci (Slezáková, 2001).

Do krátkodobé předoperační přípravy taktéž patří úprava výživy a tekutin. Klient nesmí 6 - 8 hodin před operačním výkonem konzumovat žádné jídlo, tekutiny a nesmí kouřit (Slezáková, 2001). Lačnění před operačním výkonem, a tím tedy před aplikací anestézie, snižuje vznik pooperační nauzey a zvracení. Doba lačnění by se však měla přizpůsobit operačnímu programu, aby klient příliš dlouho netrpěl hladem a žizní a nedošlo k rozvoji hypoglykémie, dehydrataci a jiným komplikacím (Workman, Bennett, 2006).

Při některých operacích se na základě rozhodnutí chirurga provádí důkladné vyprázdnění tlustého střeva. K vyprázdnění se používá očistné klyzma a to opakovaně za sebou. Dalším způsobem vyprázdnění střev je užití glycerinových čípků, mikroklyzmatu, nebo se klientovi podává k vypití roztok (Fortrans). Dle náročnosti operace se zajišťuje i vyprazdňování moče. Jedná-li se o časově náročnější výkon, může být ordinována katetrizace klienta. Katetrizace se provádí den před operací, nebo v den operace, ale i během operačního výkonu. Záleží na zvyklostech oddělení a stavu klienta.

Dále do krátkodobé předoperační péče řadíme hygienickou péči a péči o operační pole. Dle zdravotního stavu klienta sestra pomůže s celkovou hygienickou očistou

a zkontroluje, zda je klient správně umyt. K předoperační očištění celého těla se používají mýdla s dezinfekční složkou. Tímto mýdlem se předchází pooperačním komplikacím, zejména v operační ráně (vznik infekce). Celková hygienická očista se provádí ráno, v den operace (Slezáková, 2001). Zvláštní pozornost se věnuje nehtům. Lak na nehty, umělé nehty a make-up musí být odstraněny. V případě, že by se tyto prostředky neodstranily, nemohl by anesteziologický personál na sále včas zachytit nedostatečné prokrvení tkání (Workman, Bennett, 2006). Jedná-li se o operační výkon, na který je klient připravován v oblasti břišní stěny, dochází k řádné dezinfekci pupku pomocí štětiček a alkoholbenzínu nebo jiné dezinfekce dle zvyku oddělení.

Do krátkodobé přípravy patří celková psychická podpora klienta a jeho uklidnění. Před operačním výkonem se u klienta může objevovat strach z bolesti, ale také z anestézie, ze smrti, z neznámého, z trvalého poškození apod. (Jedličková, 2012). Při hospitalizaci se snažíme u klientů zajistit klidný spánek. Pro tato zajištění nám slouží večerní a ranní premedikace, kterou ordinuje anesteziolog (Slezáková, 2001). Jako večerní premedikace se ordinují léky ze skupin sedativ (Dormicum, Lexaurin, Diazepam), hypnotik, antidepresiv. Pro ranní premedikaci se taktéž používají tyto lékové skupiny, ale ještě se k nim přidávají vagolytika (Atropin) k potlačení vagových reflexů a analgetika, která se ve většině případů podávají až na operačním sále (Fentanyl, Morfin, Dolsin) (Jedličková, 2012).

Den před operací se jako prevence pooperačních komplikací klienti učí základní rehabilitační cviky, které posléze využijí v pooperačním průběhu. Jedná se především o nácvik dýchání a odkašlávání, posazování a pohyb na lůžku celkově. Vždy musíme klást důraz na to, aby si při všech těchto činnostech klient držel operační ránu. Tímto postupem si totiž klient zamezí vznik bolesti v ráně a pooperačním komplikacím spojených zejména s operační ranou na břišní krajině. Na břiše by mohlo při náhlém zvýšení nitrobřišního tlaku dojít k otevření rány, kdy by stehy rány neudržely (Kala, Penka, 2010).

U klientů trpících onemocněním štítné žlázy se den před operací odebírá krev na vyšetření hormonů štítné žlázy a následně se znovu vysvětluje, jak bude operace probíhat. Klient po důkladném vysvětlení podepíše informovaný souhlas (Astl, 2006).

1.1.1.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava je vymezena velmi krátkým časovým úsekem před vlastní operací, ve většině případů je tento časový úsek vymezen na 2 hodiny před operačním zákrokem (Slezáková, 2001). Během této doby dochází ke kontrole dokumentace klienta, prevenci tromboembolické nemoci, odstranění protéz (zubní, ale i končetinové,...), očních čoček a odstranění šperků, apod. Do bezprostřední předoperační přípravy můžeme také zahrnout péči o operační pole. V této době se klient převleče z pyžama do nemocničního empíru. Dále se v tomto období plní speciální požadavky lékaře (např. katetrizace močového měchýře) (Slezáková, 2001).

Jako prevence tromboembolické nemoci se v bezprostřední předoperační přípravě provádí bandáž dolních končetin (buď elastickými obinadly, nebo stahujícími punčochami), aplikace antikoagulačních léků dle ordinace lékaře a dostatečná hydratace, která může být zajištěna parenterálním podáním infuzí (Vyhnálek, 2003).

Dle typu operace (aseptické operace, použití šití) ordinuje lékař antibiotickou profylaxi v podobě podání antibiotik intravenózní cestou ještě před operačním výkonem. Po výkonu se v podávání antibiotik pokračuje (Šváb, 2008).

Před operací je klient velmi nervózní a má strach a úzkost z výkonu. S tímto musí sestra počítat a musí se snažit klienta uklidnit (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012).

1.1.2 Speciální předoperační příprava

„Speciální předoperační příprava je dána typem onemocnění a charakterem chirurgického výkonu“ (Kala, Penka, 2010, s. 19).

U operačních výkonů na gastrointestinálním traktu se jedná o důsledné vyprázdnění tlustého střeva. Důkladné vyprázdnění slouží k tomu, aby tlusté střevo ztratilo své roztažení, a zabraňuje kontaminaci operační rány a peritoneální dutiny. Při plánovaném výkonu se provádí mechanická očista střeva pomocí očistných klyzmat společně

s bezezbytkovou dietou (nebo chemicky definovaná strava). Tímto způsobem se vyprazdňuje distální část tlustého střeva (je-li ve střevě překážka, čistíme takto střevo pod překážkou) (Zeman, Krška, 2011). Potřebujeme-li vyčistit celou trávicí soustavu, používají se perorální roztoky, které klient vypije. Mezi takové roztoky patří Fortrans a Golytely. Potřebné množství k vyprázdnění střev pomocí Fortransu je 1 litr roztoku na 15 - 20 kg klientovy váhy. To odpovídá průměrné dávce 3 - 4 litry. Roztok se může podávat v jedné dávce (4 litry večer před výkonem), nebo ve dvou dávkách (2 litry večer před výkonem a další 2 litry ráno v den výkonu). Doporučuje se, aby měl klient tento roztok vypít již 3 - 4 hodiny před výkonem. Rychlost pití by měla být 1 litr za hodinu (Janíková, Zeleníková, 2013). Tuto metodu ordinuje lékař v případě, že po jejím užití nedojde ke zhoršení zdravotního stavu klienta (ileózní stavy) (Kala, Penka, 2010).

Mezi speciální předoperační přípravu patří i zavedení nazogastrické sondy. Nazogastrická sonda se zavádí převážně u operací na zažívacím traktu, zejména žaludku. Pomocí nazogastrické sondy se může odsát žaludeční a duodenální obsah (nejčastěji při ileózních nebo jiných obstrukcích gastrointestinálního traktu). Odsátím žaludečního obsahu zamezujeme vzniku aspirace během operace a v pooperačním období. V předoperačním období se zavádí především nazojejunální sonda. Pomocí ní se aplikuje enterální strava (Zeman, Krška, 2011).

Velice speciální příprava je u klienta trpícího úplaví cukrovou (diabetes mellitus). Glykémie před operací ve většině případů stoupá. Důvodem tohoto vzestupu je většinou psychická zátěž a onemocnění. Před operací se snažíme glykémii pacienta udržet v hodnotě do 10 mmol/l. Ráno před operačním výkonem se klientovi podává infúze glukózy s jednotkami inzulínu. Tuto infúzi ordinuje lékař. Množství jednotek inzulínu ordinuje lékař po předchozím vyšetření kapilární krve na glykémii. Hlavní důvodem aplikace této infúze je zajištění energetického příjmu a předcházení komplikací spojenými s tímto onemocněním (zejména hypoglykémie) (Zeman, Krška, 2011).

„Podle hladiny krevního cukru podáváme před operací u diabetiků 2. typu infúze 5% glukózy, tj. 25 g glukózy s 6 jednotkami inzulínu, při glykémii vyšší než 10 mmol/l se dávka inzulínu zvyšuje o jednu jednotku na každé zvýšení glykémie o 2 mmol/l nad 10“ (Zeman, Krška, 2011, s. 150).

Důležitá je předoperační příprava u klientů trpících hemokoagulační poruchou. Před operačním zákrokem u těchto klientů je významná spolupráce praktického lékaře, chirurga, hematologa, internisty a popřípadě i dalších specialistů. Základním vyšetřením u klientů trpících hemokoagulační poruchou je důkladné vyšetření krve, se zaměřením na počet trombocytů, protrombinový čas, aktivovaný parciální tromboplastinový čas, stanovení koncentrace fibrinogenu a vyšetření antitrombinu a D - dimerů. K zajištění nemocných s rizikem krvácení před operačním výkonem se podávají transfúzní přípravky, krevní deriváty a hemostatické léky. Podávají se i antitrombotické léky. Ty slouží pro komplexní zajištění nemocného. „Z transfúzních přípravků se nejčastěji využívá čerstvě mražené plazmy, případně kryoproteinu, a také destičkového koncentrátu. Z plazmových derivátů jsou dominantními přípravky koncentráty protrombinového komplexu či koncentráty aktivované tenázy a protrombinázy – tedy komplexu aktivovaného faktoru IX nebo faktoru X“ (Penka, Buliková, Smejkal, Kissová, Matýšková, Gumulec, Králová, Šlechtová, Chlupová, 2008, s. 633).

Speciální předoperační příprava se provádí i u dalších onemocnění jako je epilepsie. U epilepsie se před operací musí udělat neurologická vyšetření jako je video EEG, magnetická rezonance, počítačová tomografie, vyšetření zorného pole, mozková angiografie. V některých případech se ordinuje i iktální jednofotonová emisní výpočetní tomografie. Dále se vykonávají psychologická a neuropsychologická vyšetření (Kuba, 2001).

1.1.3 Plánovaný operační výkon

U plánovaného operačního výkonu je termín operace klientovi znám dopředu. Tento termín je vybírán dle doporučení lékaře, přání klienta, ale také se řídí možnostmi oddělení, na kterém má být výkon proveden. Termín operace se stanovuje i dle stavu klienta. Klient se na některé operační výkony musí speciálně připravit. Takovou speciální přípravou může být i redukce hmotnosti nebo naopak zlepšení nutričního stavu klienta. Před plánovaným výkonem si klient zajistí (většinou

ambulantně) předoperační vyšetření, které však nesmí být starší 14 dní před operačním výkonem. Termín indikované operace by měl být stanoven v nejkratší možné době.

Příliš vzdálený termín operace může způsobit, že u daného onemocnění se mohou rozvinout různé komplikace vyplývající z tohoto onemocnění (např.: u kýly může dojít k jejímu uskřínutí) (Zeman, Krška, 2011).

1.1.4 Akutní operační výkon

„Akutním řešením základního onemocnění a možností časné rehabilitace zabránit zhoršení až dekompenzaci přidružených chorob. Využít příznivější lokální situace k léčení a následnému hojení (operační řešení zlomenin a jiných úrazů pohybového aparátu). U akutních operací lze předem provést a zhodnotit základní vyšetření a uskutečnit alespoň krátkou předoperační přípravu“ (Zeman, Krška, 2011, s. 146).

„Akutní operace je prováděna řádově několik hodin po přijetí (cca do 48 hodin)“ (Zeman, Krška, 2011, s. 146). Akutní operace má za cíl zamezit pokračování onemocnění a vzniku komplikací. V rámci předoperační přípravy se u akutních operací nedělá klyzma, nebo jakékoliv jiné vyprázdnění tlustého střeva. Během předoperační přípravy, kdy čekáme na výsledky laboratorních vyšetření, může lékař naordinovat infuze sloužící k úpravě vnitřního prostředí. U akutních případů probíhá u klienta interní vyšetření s interním konziliem, EKG a další vyšetření dle stavu klienta.

Mezi akutní operačně řešitelné výkony řadíme například ileus, akutní zánět appendixu, traumata bez velké krevní ztráty, zlomeniny a další (Jedličková, 2012).

1.1.4.1 Urgentní operační výkon

Urgentní operace musí být provedena okamžitě po základním nebo alespoň orientačním vyšetření klienta. Tato příprava je vymezena na 2 - 4 hodiny (Valenta, 2007). Vyšetření se provádí buď na ambulanci příslušného oddělení chirurgického typu, na oddělení ARO, JIP, na urgentním příjmu nebo na samotném oddělení.

Urgentní operace je neodkladná operace, při jejímž zdlouhavém řešení může být klient ohrožen na životě. V těchto případech lze zajistit velmi krátkou předoperační přípravu. Krátká předoperační příprava slouží k zajištění základních životních funkcí. V některých případech stav klienta neumožňuje zajistit ani krátkou předoperační přípravu (Zeman, Krška, 2011).

U urgentních případů nečekáme na výsledky vyšetření biologického materiálu. Odběry jsou do laboratoře odesílány jako STATIM. Vyšetřuje se krevní obraz, krevní skupina s Rh faktorem a základní biochemie krve a moče (Slezáková, 2001). Prioritou je řešení základních vitálních funkcí a doplnění objemu cirkulujícího krevního oběhu příslušnými roztoky dle ordinace lékaře, které slouží k částečné optimalizaci stavu (Schein, Rogers, 2011). Ty jsou následně vyměněny za krevní transfúze. U klientů s urgentním operačním výkonem musíme předpokládat, že nejsou lační, neznáme anamnézu a je zde vysoké riziko vzniku komplikací (Jedličková, 2012). Ošetrovatelská péče je v urgentních případech orientována na hygienu. V rámci hygieny se provádí pouze odstranění hrubých nečistot a odstranění protetických náhrad, zejména v dutině ústní. Koupel jako taková je kontraindikována, stejně tak i očistné klyzma a jiné metody vyprazdňování tlustého střeva. Dále se provádí příprava operačního pole a dle ordinace lékaře se zavádí nazogastriční sonda. Tato sonda slouží k odsátí žaludečního obsahu. Snižuje se tím riziko aspirace. Dle ordinace lékaře se také zavádí permanentní močový katétr. Před odjezdem na sál je třeba zajistit žilní vstup, provést bandáže dolních končetin a podání premedikace dle ordinace anesteziologa (Slezáková, 2001).

Mezi urgentní operační výkony můžeme zařadit punkční řešení pneumotoraxu, akutní cévní uzávěr, vypuštění hematomu po operaci strumy způsobujícího dušení

nemocného, tracheotomii, koniotomii a mnoho dalších onemocnění (Zeman, Krška, 2011).

1.2 Příprava operačního pole

Příprava kůže je zaměřena na celkovou hygienu klienta, ale i na operační pole a v neposlední řadě na hygienické mytí a dezinfekce rukou zdravotnického personálu (Zeman, Krška, 2011).

Cílem předoperační přípravy je zbavit kůži nečistot a mikroorganismů (zejména *Staphylococcus aureus*). Mikroorganismy jsou zdrojem raných infekcí. K zamezení těchto komplikací se provádí celková očista osprchováním, ráno, v den operace.

Aby došlo k odstranění mikroorganismů žijících na kůži, používají se mýdla s antiseptickou složkou (Workman a Bennett 2006). U celkové koupele se zaměřujeme na důkladnou hygienu kožních rýh (zejména na inguinální rýhu) pod prsy a u obézních na bříše (Zeman, Krška, 2011). U náhlých příhod břišních se dezinfikuje operační pole v rozsahu od prsních bradavek až do půli stehen. V tomto rozsahu kůži holíme a dezinfikujeme (Paľko, Kabát, Janík, 2006).

Před některými operacemi (otevřené operace na srdci) lékaři vyžadují několikadenní přípravu kůže. Při této několikadenní přípravě operačního pole se využívají antiseptické dezinfekční prostředky. Pomocí těchto prostředků dosáhneme téměř úplného zničení kožní flóry (Workman a Bennett 2006).

Jak u mobilních, tak i imobilních klientů se před operací provádí celková koupel, která by měla obsahovat i mytí vlasů. Nemyté vlasy mohou posléze působit jako zdroj infekce (Workman a Bennett 2006).

V den operace se kůže v místě, kde bude probíhat operační zákrok, zbavuje ochlupení. Dochází tedy k oholení operačního pole (Vyhnálek, 2003). Oholení operačního pole je velmi intimní záležitost, a proto by měla sestra dbát na lidskou důstojnost a klienta odhalovat bez přítomnosti jiných klientů (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková, Slovák, 2012).

Operační pole se holí těsně před operací, nikoliv však večer před operací. Při holení často dochází ke vzniku drobných ran. Velikost oholení operačního pole je závislé na druhu operace a její lokalizaci (příloha 5). Tyto ranky by se mohly kontaminovat bakteriemi, které by se dále rozmnožily (Valenta, 2007). Holení operačního pole se provádí jednorázovými žiletkami, které jsou po použití odloženy do ostrého odpadu. Zbavení ochlupení se provádí za sucha. Na některých odděleních je používán i holicí strojek, který musí být správně udržován a po každém klientovi sterilizován (Workman a Bennett, 2006). Pomocí ručního holicího strojku se především holí operační pole v neurochirurgických oborech. Vlasy se nejdříve ostříhají nůžkami a posléze oholí do hladka pomocí ručního holicího strojku. Ztrátu vlasů špatně nesou především ženy (Pajtlová, Borýsková, 2011). Dalším způsobem odstranění ochlupení, se kterým se můžeme setkat, je pomocí depilačního krému. Výhodou je, že si depilační krém může klient aplikovat sám. Značná nevýhoda ale je, že se po jeho aplikaci mohou dostavit kožní reakce. Depilační krém však nelze použít na všechna místa na těle a jeho používání je finančně náročné, proto se s ním v nemocnicích většinou nesetkáváme (Workman a Bennett, 2006).

Příprava operačního pole dále obsahuje aplikaci kožních dezinfekčních látek. Kožní dezinfekce se volí dle operace (při operaci štítné žlázy by neměly být použity dezinfekce s obsahem jódu) a dle uvedených alergií v anamnéze klienta (Zeman, Krška, 2011).

V přípravě operačního pole, ale zejména zamezení vzniku raných infekcí, má velkou úlohu přiložení samolepící fólie na předem oholenou a vydezinfikovanou kůži operačního pole (Vyhnálek, 2003). Tyto fólie se využívají zejména pro operace kolenních kloubů (Veselý, 2001).

U ortopedických operací, ještě před odjezdem na operační sál, lékař fixem označí místo výkonu na připraveném operačním poli. Toto označení se především provádí u operací kolene (totální endoprotéza kolene nebo endoskopie kolenního kloubu), nebo u kyčelního kloubu (totální endoprotéza kyčelního kloubu nebo cervikokapitální endoprotéze) (Halásková, Panošová, 2010).

1.3 Rána

Rána je označení pro porušení celistvosti kůže, sliznice nebo orgánu (Kala, Penka, 2010). Rány jako takové dělíme na povrchové a hluboké, jednoduché a komplikované, penetrující, čisté a mechanicky znečištěné, infikované a otrávené (Vyhnálek, 2003).

U každé rány je důležité popsat lokalizaci, velikost, tvar, směr a okraje rány a její spodinu.

1.3.1 Péče o operační ránu

U pacienta po chirurgickém výkonu je rána krytá sterilním obvazem. Povinností sestry je kontrolovat tento obvaz a to zejména v prvních hodinách po operaci, kdy může nejčastěji dojít k různým časným komplikacím (Slezáková, 2001). Kontrola obvazu po operaci je taktéž povinností lékaře. U obvazu se kontroluje zejména prosak krve nebo jiné tekutiny. Menší prosaky krve jsou typické pro některé chirurgické výkony.

U vybraných neurochirurgických zákroků je operační rána krytá sterilním mulem s jemnou bariérovou vložkou (Pajtllová, Borýsková, 2011). Při menším prosaku krve nebo jiné tekutiny stačí na dosavadní obvaz přiložit další vrstvu sterilního mulu (Slezáková, 2001). Při větším prosaku nebo dokonce vytékání krve zpod obvazu je potřeba celý obvaz odstranit a operační ránu zkontrolovat. Přivolaný lékař následně rozhodne o dalším postupu. Nejčastěji se provádí zástava krvácení, pochází-li krvácení z okrajů rány. Je-li krvácení příliš velké, může lékař rozhodnout o revizi operačního pole (zavedení drénu), a to na sále nebo na oddělení. Sestra při takovém výkonu nachystá sterilní stůl s pomůckami pro lékaře a lékař asistuje (Vyhnálek, 2003).

Je-li operační rána klidná, dochází k prvnímu převazu rány obvykle do 24 – 48 hodin po operačním výkonu. Důvodem k tomuto převazu je zejména odstranění pojistných drénů z rány. Dalším z důvodů je kontrola rány pro předcházení komplikací, zejména zánětu v ráně. Při infekci v operační ráně vzniká zánětlivý sekret až několik dní po operaci. Stehy, kterými je stažena operační rána, se odstraňují sedmý až devátý den

po operaci (Vyhnálek, 2003). U neurochirurgických operací se odstraňování stehů provádí ve většině případů 8. - 10. den po operaci (Pajtlová, Borýsková, 2010).

Do této doby by rána, která je klidná a bez prosakování krve a jiného sekretu, nemusela být převazována, ale pro zamezení vzniku infekce v ráně a jejím okolí se rána převazuje tři dny po operačním výkonu. U převazu se odstraní dosavadní krycí vrstva, která kryje operační ránu. Okolí rány a rána samotná se ošetří dezinfekcí, očistí (je-li na ráně zaschlá krev, atd.) a znovu kryje (Kala, Penka, 2010). Operační rána se během těchto pravidelných převazů kryje sterilním mulem nebo se může v některých případech sterilní mul nahradit prodyšnou náplastí nebo tekutým obvazem. Každý převaz musí být zaznamenán lékařem i sestrou do příslušné dokumentace. Při ošetřování operační rány musí být dodržen aseptický přístup, aby nedošlo k jejímu infikování. Při péči o ránu se vždy snažíme, aby se rána hojila per primam (Kala, Penka, 2010).

1.4 Hojení ran

Hojení ran je v medicíně definované jako proces, během kterého se postupně nahrazuje odumřelá tkáň novou, živou tkání (Bírešová, 2010). Hojení ran není pouze lokální záležitost, ale jedná se o složitý biologický proces, na kterém závisí stav celého organismu jedince. Na hojení ran má mimo jiné velký vliv medikace i nutrice klienta. Hojení rány se rozeznávají dvě skupiny. První skupinou je hojení prvotní (sanatio per primam intentionem) a druhou skupinou je sekundární hojení ran (sanatio per secundam intentionem) (Zeman, Krška, 2011).

1.4.1 Primární hojení rány

Primární hojení rány je hojení, které se snažíme zajistit během péče o ránu. Jedná se o ideální způsob hojení rány. Aby došlo k hojení per primam, musí na sebe okraje operační rány dokonale naléhat a v ráně nesmí být přítomen zánět. Hojení rány je

proces, který probíhá v šesti fázích. Proces hojení začíná slepením na sebe naléhajících okrajů. Tyto okraje jsou slepeny pomocí fibrinu.

Při porušení kožní nebo tkáňové integrity dochází k nárůstu mitóz v buňkách okolo rány. Příčinou zvýšení mitotického dělení buněk jsou humorální růstové faktory a cytokiny. Během hojení rány je v ráně zvýšená aktivita leukocytů. V průběhu procesu hojení dochází v ráně ke zvýšené anaerobní glykolýze, při které krev stagnuje v žilách. Tím vzniká acidóza v ráně a jejím okolí. Vytváří se vyšší koncentrace oxidu uhličitého a snižuje se parciální tlak kyslíku. Mezi růstové faktory patří velké množství látek a peptidů, jak např.: „inzulín a inzulínu podobný růstový faktor (IGF), transformační růstový faktor (TGF), růstový faktor fibroblastů (FGF), růstový faktor odvozený z leukocytů (LDGF) a trombocytů (PDGF)“ (Zeman, Krška, s. 45). Všechny tyto látky ovlivňují replikaci v buňkách. Dopadem výskytu biogenních aminů (histamin, acetylcholin, atd.), kininů, prostaglandinů a kyselých hydroláz z buněčných lyzozomů je vznik zánětlivé reakce ve velmi krátkém čase (do několika minut). V tento okamžik se uplatňují růstové faktory z rozpadlých trombocytů. Tato fáze se nazývá koagulační. Růstové faktory z rozpadlých makrofágů se využívají při další fázi hojení, kterou je fáze fibroplazie. Při těchto fázích vznikají nové kapiláry, aktivují se endotelie, na okrajích rány se seskupují fibroblasty. Ty se později začínají replikovat. Aktivita fibroblastů je závislá na nízkém pH a působení nízkého parciálního tlaku kyslíku (Zeman, Krška, 2011).

Samotné hojení ran rozdělujeme do 6 fází.

První fází hojení ran je vznik koagulace a zánětu. Prvotním projevem v tomto období je, že se krev začne v ráně srážet. Dále dochází ke slepení obou na sebe naléhajících stran operační rány pomocí fibrinu. V poraněné tkáni, v extravazálním prostoru, se hromadí makrofágy a leukocyty. Za pomoci biochemických reakcí vznikne v ráně aseptický zánět. Aseptický zánět začne produkovat látky jako je histamin, serotonin a další. Tyto látky způsobují v ráně vasokonstrikci cév a tím aktivně podporuje hemostázu.

Po nějaké době však dochází k vasodilataci a to zejména proto, aby se mohly látky potřebné k hojení dostat z plazmy do rány. V tento moment dochází k zarudnutí okrajů rány, edému, erytému, bolesti a může se objevit i zvýšení tělesné teploty.

Z laboratorních hodnot pozorujeme vzestup hladiny leukocytů a CRP (C - reaktivní protein) (Zeman, Krška, 2011).

Druhou fází je fibroplazie a ukládání matrix. Fáze fibroplazie nastupuje do dvou dnů od vzniku rány. Je charakteristická tím, že se vytváří nové fibroblasty.

Nové fibroblasty uvolňují proteoglykany a kolagen. Ty posléze slouží jako podklad pro nové vazivo (matrix). Nově vytvořený matrix slouží k prvotnímu slepení okrajů rány. Denně se této tkáni vytvoří 1 – 2 mm (Zeman, Krška, 2011).

Třetí fází hojení rány je angiogeneze. Nové kapiláry vznikají v ráně již druhý den po vzniku rány. Patrné jsou však až kolem čtvrtého dne. U primárně se hojících ran dochází k tomu, že nové kapiláry, které vznikají po obou stranách rány, se nakonec spojí a tím zajistí průtok krve v ráně. U ran které se hojí druhotně, se kapiláry nespojí, ale tvoří výběžky, okolo kterých dochází ke granulaci pod krustou (Zeman, Krška, 2011).

Čtvrtou fází je epitelizace. Zde se pomocí cytokinů do rány dostávají epitelové buňky, které se zde množí.

Pátá fáze zahrnuje zrání kolagenních vláken. Hlavním znakem této fáze je, že dochází k přestavbě dosavadního matrix. Primární kolagen se za pomoci kolagenázy (produkují ji leukocyty a fibroblasty) odbourává a vzniká definitivní kolagen. Přeměna kolagenu probíhá postupně a pomalu. Tento proces může trvat až 18 měsíců (Zeman, Krška, 2011).

Šestou fází, je dokončení hojení. Zde dochází k útlumu a ubývání fibroblastů a kapilár. Taktéž dochází k uspořádání kolagenových vláken. Postupně vymizí všechny zánětlivé projevy, jako je otok, erytém, bolest. Nejdůležitější je, že se v této fázi opět obnovuje funkce tkáni v místě operační rány (Zeman, Krška, 2011).

Franců a Hodová ve své knize uvádějí 4 fáze hojení rány. První fází jako fází exudativní. Tato fáze obsahuje hemostázu, tvorbu zánětu, kde má vliv fagocytóza. Postupně se přeměňují monocyty na makrofágy. Druhá fáze je fáze proliferační.

V této fázi dochází ke granulaci tkáně, tvorbě nových kapilár, pomocí fibroblastů se vytváří kolagen a proteoglykany. Pomocí nově vytvořených kolagenových vláken dojde ke kontrakci rány. Třetí fází je epitelizační fáze. Tento proces postupuje od okrajů do středu rány. A poslední čtvrtou fází je tvorba jizvy (Franců, Hodová, 2011).

1.4.2 Sekundární hojení rány

Sekundární hojení rány vzniká v případech, v nichž je určitým způsobem přerušeno normální hojení. Hlavní determinanty ovlivňující proces hojení ran, můžeme rozdělit do dvou skupin. A to na místní a celkové.

Místní příčiny způsobující druhotné hojení rány jsou rané infekce, cizí těleso v ráně, špatné naléhání okrajů rány na sebe, špatné prokrvení tkáně, příliš časté převazy. Mezi celkové faktory ovlivňující hojení rány můžeme zařadit věk klienta, přidružená onemocnění (diabetes mellitus), dehydrataci, hypovitaminózu (nedostatek vitamínu C), malnutrici (zejména hypoproteinemie), poruchy imunity, nedostatek některých stopových prvků jako je zinek a měď a mnoho dalších (Kostíková, 2010).

V případech, kdy se rána hojí per secundam, se rána pokryje fibrinem a posléze se takováto rána začne překrývat, dochází k exudaci a k náplavu buněčných elementů podél nově utvořených kapilár. Okolo těchto kapilár se vytvoří nové vazivo.

Vytvořené vazivo vytváří velmi snadno zranitelnou granulační tkáň. V celé ráně se tvoří serózní žlutá tekutina. Pokud se tato tekutina zdržuje ve spodině rány, je podkladem seromu. Nebo může dojít k tomu, že tato žlutavá tekutina zaschne na povrchu rány společně s fibrinem a krevními elementy. Tímto způsobem se vytvoří krusta.

Pod krustou neustále dochází k procesům granulace a epitelizace. Nachází-li se serózní tekutina v ráně, musíme dbát na přísně aseptickém ošetřování, protože serózní tekutina působí jako velmi dobrá živná půda pro bakterie. Dojde-li k infikování rány, tak granulační tkáň ztratí svůj lesk a na povrchu se začne tvořit šedobílý nebo až nazelenavý film.

Neustále však probíhá proces granulace a epitelizace a to ze směru od okraje rány do středu. Často však dochází k rychlejšímu růstu granulační tkáně než tkáně

epitelizační. Epitel následně přeroste přes okraje rány a vzniká stav, který se nazývá „živé maso (caro luxurians)“. Takto narostlý epitel brání epitelizaci rány a je proto důležité tento stav chirurgicky řešit. Epitel musí lékař ostře seříznout. Během hojení rány, ať per primam nebo per secundam, vzniká jizva, která neobsahuje kožní deriváty. Barva jizvy je nejprve růžová, posléze bledne v důsledku zanikání kapilár, které byly v ráně vytvořeny. Stejnou barvu jako okolní kůže má jizva do 4 až 6 měsíců po zhojení. Rána hojící se per secundam se velmi často hojí hypertrofickými jizvami (Zeman, Krška, 2011).

1.5 Komplikace operační rány

„Pooperační komplikace jsou příhody, které narušují normální pooperační průběh, a které vznikají v souvislosti s anestézií nebo operačním výkonem“ (Vyhnálek, 2003, s. 197). Pooperační komplikace rozdělujeme na časné a pozdní (Kala, Penka, 2010).

Mezi časné pooperační komplikace řadíme selhání krevního oběhu, poruchy vědomí, selhání dýchání a krvácení z operačního pole, tedy z operační rány. A mezi pozdní pooperační komplikace, tedy ty, které vznikají po delším časovém odstupu od operačního výkonu, řadíme záněty plic, záněty močových cest, vznik tromboembolické nemoci, komplikace v operačním poli a mnoho dalších. Komplikace spojené s operačním polem, tedy s operační ránou souvisejí, zejména s druhotným krvácením, ranou infekcí v ráně, dehiscencí rány. Velkou úlohu v pooperační péči má sestra, která plní lékařské ordinace a sleduje klienta po operačním výkonu. Právě svým pozorováním může zachytit pooperační komplikace v jejich počátcích (Vyhnálek, 2003).

1.5.1 Krvácení z rány

Jedná se o velmi častou pooperační komplikaci, která vzniká zejména u klientů s poruchou hemokoagulace. Dalšími možnými důvody pro vznik této komplikace je nedostatečné stavění krvácení a pooperačním uvolnění podvazu cévy. Krvácení se může také objevit u operačních ran, ve kterých je přítomna infekce. Většinou se krvácení dostaví po ukončení operace, kdy dojde ke zvýšení krevního tlaku. Krvácení se projeví prosakování krve mezi stehy rány, tuto krev zachytává sterilní obvaz, který kryje ránu. V případě, že je krvácení velké, krev vytéká zpod obvazu. Další možností je, že se krev z krvácející operační rány nahromadí uvnitř rány a vytvoří hematoma. Při tvorbě hematoma se objevuje tlak v ráně, zduření operační rány, ale také mírné zvýšení tělesné teploty (Zeman, Krška, 2011).

Krvácení může být tepenné, žilní nebo kapilární. Při tepenném krvácení je vytékající krev světlá, krvácení je větší a u poranění větší tepny můžeme vidět pulzaci vytékající krve. Tepenné krvácení se řeší přiložením tlakového obvazu a následnou operační revizí, kdy dojde k podvazu tepny. Při tepenném krvácení je klient ohrožen velkou ztrátou tekutin a vznikem anémie (Vyhnálek, 2003).

Hlavní prevencí pro vznik krvácení z operační rány je úprava koagulace. U velkých a náročných operačních výkonů se zavádí do podkoží drén (nejlépe Redonův). Drén se taktéž může zavádět u vypouštění velkých hematomů (Zeman, Krška, 2011).

1.5.2 Infekce v ráně

„Jako rané infekce se hodnotí infekce, které vznikají v souvislosti s operačním výkonem a s porušením celistvosti tělesného povrchu, kůže a sliznic“ (Novák, Chudáček, Neoral, 2001, s. 181). V důsledku operačního výkonu dochází velmi často zanesení infekce do operační rány. Mezi hlavní čtyři zdroje infekce, která se objeví v ráně, jsou zdravotníci (nedostatečná hygienická očista rukou, atd.), sám klient (z jeho kůže, atd.), materiál (šicí materiál, atd.) a nedodržení aseptického prostředí na

operačním sále (Zeman, Krška, 2011). Během pooperační péče může být rána taktéž kontaminována a to nozokomiálními infekcemi. Nozokomiální infekce, tedy infekce, které jsou způsobené zdravotníky během nesprávně prováděných převazech ran, jsou i dnes velkým problémem (Novák, Chudáček, Neoral, 2001). Nozokomiální infekce jsou vyvolané především kmeny stafylokoků, streptokoků, *Escherichia coli* a *Pseudomonas aeruginosa* (Vyhnálek, 2003).

Raná infekce v operační ráně se projeví do jednoho týdne od operačního výkonu. Klostridiové infekce však už do několika hodin po operaci. Typickými prvními celkovými příznaky infekce je zvýšená tělesná teplota, leukocytóza, nebo také paréza střevní pasáže (při laparotomiích nebo operacích na trávicím traktu) (Zeman, Krška, 2011). Mezi lokální příznaky infekce zahrnujeme palpační bolestivost rány, otok kůže, zarudnutí, sekrece z rány, napětí kůže okolo stehů (Novák, Chudáček, Neoral, 2001).

Prevencí infekcí v operační ráně je dodržování aseptických podmínek a ochrana rány před kontaminací již při operaci. U některých typů operací (operace na trávicím ústrojí a operace na tepnách) se již během operace klientovi podávají intravenózně antibiotika. Jedná se o takzvanou antibiotickou profylaxi. Jejím účelem je zamezit vzniku infekce v pooperačním období. Podávání antibiotik pokračuje i v pooperačním období. Nejdříve se podávají antibiotika intravenózně, posléze se přechází na tabletovou, perorální formu (Workman a Bennett 2006). U cévních operací se podává antibiotická profylaxe jako jedna dávka antibiotik před operačním výkonem. Pokud je ale výkon delší jak 4 hodiny, tak se antibiotika podávají i během operace. Je-li klientovi implantován umělý předmět do těla, tak je antibiotická profylaxe prodloužena na 24 hodin (Kala, Kysela, Jedličková, Šilhart, Hamtilová, 2011).

Léčba spočívá v odstranění stehů, odebrání vzorku z rány na bakteriologické vyšetření. Pokud se v podkoží nachází hnis, tak se vypustí. Dále se rána vyčistí, aplikují se do ní protizánětlivé a dezinfekční prostředky (Betadine, Persteril 1%, atd) a rána se nechá otevřená, může se vkládat drén. Rána se znovu nešije. Takto ošetřenou ránu kryjeme sterilním obvazem. Rána se hojí per secundam. Dle výsledků bakteriologického vyšetření lékař ordinuje antibiotika (Zeman, Krška, 2011).

1.5.3 Rozestup rány

Rozestupem (dehiscence) operační rány jsou ohroženi především klienti, kteří byli operováni laparotomickým způsobem. Vyšší riziko, vzniku této komplikace je u klientů trpících nádorovým onemocněním, obezitou, kachexií (zejména nedostatek bílkovin a vitamínu C) (Vyhnálek, 2003). Dehiscenci rány může zapříčinit chybná technika při sešití rány, vyvedené drény z rány, pooperační krvácení a infekce v ráně. Špatné hojení rány a její rozestup mohou zapříčinit i některé lékové skupiny, jako jsou cytostatika a kortikoidy. Dehiscenci náchylné operační rány se nacházejí na břišní stěně. V těchto místech je rozestup vyvolán náhlým zvýšením nitrobřišního tlaku, kašlem, zvracením, enormním meteorismem (Zeman, Krška, 2011).

Při dehiscenci operační rány může dojít k poškození jedné nebo více anatomických vrstev. Dojde-li k rozestupu všech vrstev rány, projeví se to obnažením nebo výhřezem orgánů dutiny břišní. Při takovémto rozestupu je nutná operační revize, kdy se provádí resutura jednotlivých vrstev a zavádí se drén. Ve většině případů však dochází k rozestupu pouze některých vrstev rány (Vyhnálek, 2003). Nejčastěji dochází k rozestupu kožní a podkožní vrstvy, zejména při předčasném odstranění stehů nebo při infekci v ráně. Léčba u rozestupu kožní vrstvy je konzervativní s resuturou po vyléčení infekce, která je v ráně. Při rozestupu fascie a následným působením nitrobřišního tlaku může vzniknout kýla (Zeman, Krška, 2011).

Prevencí dehiscence rány je odstranění všech determinantů, které mají vliv na tuto komplikaci, a to ještě před operací. Během pooperační rekonvalescence se podávají antitusika. Sestra klienta se poučí, aby si během kašle držel operační ránu oběma rukama. Jako prevence zvracení se zavádí nazogastrická sonda a podávají se antiemetika (Zeman, Krška, 2011).

1.5.4 Nekróza rány

Odúmrť (nekróza) tkáně v ráně je zapříčiněna nedostatečným zásobením tkáně živinami. Postižené nekrózou jsou většinou okraje rány. K nekróze může dojít, jsou-li sešité okraje rány v příliš velkém tlaku, nebo je-li operační rána zbavena podkoží a tím i výživy. Okraje rány postupně začnou měnit svoji barvu do fialovočervené, až nakonec zčernají. Těmto stavům lze předejít vytvořením uvolňujících řezů a tím zmírnit napětí v celém okolí rány. Pokud je však na okrajích rány nedostatek kůže a při sešití okrajů k sobě by došlo k velkému tahu, tak se operační rána nešije, pouze se kryje sterilním obvazem. Pokud rána je v napětí a zatím nedochází ke změně barvy tkáně, tak může lékař provést odstranění stehů. Jsou-li okraje rány již černé, provádí se odstranění nekrotické tkáně (Zeman, Krška, 2011).

1.5.5 Infekce okolí rány

Záněty kůže a okolí operační rány, tedy operačního pole, vznikají na alergickém podkladu. Alergie vzniká na použitou dezinfekci k vydezinfikování operačního pole před operací anebo očištění okolí operační rány při převazu operační rány. Dále může vzniknout alergická reakce na náplast, kterou je na operačním poli přichycen obvaz (nebo je rána krytá prodyšnou náplastí s polštářkem). Tyto alergické reakce se projevují na kůži jako erytém, mohou se tvořit v místech, na nichž byl použit alergizující předmět (dezinfekce nebo náplast) papuly a postuly. Postupně může dojít k mokvání a velmi vzácně vzniká nekróza kůže.

Aby se těmto komplikacím předešlo, je důležité při příjmu klienta odebrat anamnézu zaměřenou na alergie, kterými klient trpí a zamezit tak kontaktu klienta s alergenem. Sestra se při každém použití dezinfekce nebo náplasti opětovně ujistí, zda není klient na tyto látky (zejména jód, lepidlo z náplasti) alergický.

Při prvním objevení příznaků alergie se okamžitě odstraní její příčina.

Zasažená oblast kůže se omývá roztokem heřmánku, glycerínem, nebo se aplikují tekuté pudry. Ordinace kortikoidů je nejprve konzultována s dermatologem (Zeman, Krška, 2011).

1.6 Pooperační péče

„Bezprostřední pooperační období – časově se pohybuje od 2 hodin od ukončení nekomplikovaného výkonu, přes interval 4 – 6 hodin (typický pro ambulantní pacienty), až do několika dnů po ukončení operace, kdy má být stabilizován i pacient po náročné operaci“ (Jedličková, 2012, s. 239). Po ukončení operačního výkonu zůstává klient pod neustálým dohledem a to do doby, než je u klienta stabilizovaný krevní oběh, než samovolně dýchá a do návratu všech obranných reflexů (zejména kašel a polykání) (Vyhnálek, 2003). Klient nesmí opustit operační trakt, aniž by neměl tyto všechny aspekty v normě. Za toto zodpovídá anesteziolog (Zeman, Krška, 2011). V nemocnicích je klient po operaci ve většině případů z operačního sálu převezen na dospávací (pooperační) pokoj. Tato zařízení bývají součástí operačního traktu, ale existují i jako samostatné stanice umístěné mimo operační trakt. Zde se o klienta stará anesteziolog a specializované sestry. Hlavní výhodou pooperačního pokoje je, že se snižuje prostor mezi jednotlivými operacemi. Klient na takovém pokoji zůstává většinou 2 hodiny. Po stabilizování stavu klienta a jeho úplného probuzení z anestézie, kdy jsou obnovené všechny obranné reflexy, je klient předán na standardní lůžkové oddělení. Je-li klientův stav komplikovaný, na dospávacím pokoji může být i déle jak 2 hodiny. Nedojde-li ke stabilizování klienta během pobytu na dospávacím pokoji, je klient předán do péče chirurgické jednotky intenzivní péče (Zeman, Krška, 2011).

V pooperačním období se sestra řídí ordinacemi lékaře, které jsou uvedené v chorobopisu.

U klienta přivezeného z operačního sálu nebo pooperačního pokoje sledujeme fyziologické funkce (pulz, dech, tlak krevní), ale také vědomí. U jednotlivých fyziologických funkcí sestra uvádí i čas, kdy tyto hodnoty byly naměřené.

Naměřené hodnoty fyziologických funkcí sestra zapisuje do dekurzu (Vyhnálek, 2003).

Na většině oddělení se k pooperačnímu záznamu fyziologických funkcí používají speciální tištěné dokumenty. Na jednotkách intenzivní péče je klient nepřetržitě monitorován pomocí speciálních monitorů měřících fyziologické funkce (Zeman, Krška, 2011).

Klient po kardiochirurgické operaci je automaticky přijímán na kardiochirurgickou JIP, kde je uložen na resuscitační lůžko. U lůžka musí být přítomny monitory, které snímají vitální funkce klienta. Základním vybavením bývá připravený ventilátor, dávkovače léků a přístroje pro zajištění krevního oběhu (defibrilátor, externí kardiostimulátor) (Dominik, 1998).

Na standardním oddělení je zvýšený dohled nad operovaným klientem po celý zbytek pooperačního dne a zejména noci. Na jednotce intenzivní péče má klient zajištěny základní vitální funkce. Na oddělení intenzivní péče je klient tak dlouho, jak potřebuje do stabilizování zdravotního stavu. Poté se na lékařské doporučení vrací zpět na lůžkové oddělení, ze kterého byl klient odvezen na operační sál (Zeman, Krška, 2011).

Během pooperační péče se zaměřujeme i na polohu pacienta, pooperační bolest, nauzeu a zvracení, močení, odchod plynů a stolice, vodní a elektrolytovou rovnováhu, prevenci tromboembolické nemoci, péči o ránu, pooperační dietu a včasnou rehabilitaci.

Poloha nemocného po operaci je většinou na zádech. Pokud to zdravotní stav a druh operace dovoluje, můžeme lehce zvýšit horní část lůžka, tedy pod hrudníkem a hlavou. Takováto poloha klientovi usnadňuje dýchání i odkašlávání. Po některých operacích (na krku nebo hrudníku) stav klienta vyžaduje polohu v polosedě (Vyhnálek, 2003).

O důvodu dané polohy musí ošetřující personál klienta poučit (Zeman, Krška, 2011).

Po operaci se vždy vyskytuje u klientů pooperační bolest. Pooperační bolest se monitoruje a zaznamenává do zdravotnické dokumentace. Tato bolest se dostavuje po vymizení účinku anestetik z operačního sálu (Málek, Ševčík, 2009). K hodnocení bolesti se nejčastěji užívá vizuální analogová stupnice (VAS), nejčastěji v numerické podobě. U numerické VAS je intenzita bolesti hodnocena od 0 do 10 (0 = žádná bolest, 10 = nesnesitelná bolest). Při VAS 4 je nutné bolest redukovat pomocí léků

(Málek, Ševčík, 2009). Tyto léky (analgetika) sestra podává parenterální cestou (intramuskulárně, intravenózně a per rectum). Analgetika sestra podává dle ordinace lékaře, většinou po 6 až 8 hodinových intervalech (Vyhnálek, 2003). Z analgetických lékových skupin se aplikují opiáty. Ty rozdělujeme na slabé opioidy (kodein, dihydrokodein) a silné opioidy (morfin, fentanyl, metadon) (Nicholls, Wilson, 2006).

Pooperační nauzea a zvracení je pooperační komplikace, která klienta značně obtěžuje. Prvních 24 hodin po operaci se nauzea a zvracení přisuzuje premedikaci a anestézii. V pooperačním období se lékař ordinuje antiemetika a neuroleptika pro snížení těchto nepříjemných komplikací (Kala, Penka, 2008).

Zejména po břišních operacích v malé pánevi velmi často dochází k poruše spontánního vymočení, dochází k retenci moče (Zeman, Krška, 2011). Příčinou jsou bolesti, psychické problémy, ochabnutí stěny močového měchýře. Standardní hranice, do které se má klient vymočit, je 8 hodin po končení operačního výkonu. Nedojde-li k vymočení do této doby, klient je vycévkován. Povinností sestry je sledování diurézy, specifické hmotnosti moče (zejména na jednotkách intenzivní péče) a zapsání těchto naměřených hodnot do příslušné dokumentace (Vyhnálek, 2003).

Odchod plynů a stolice může být po operaci zastaven vlivem dočasné zástavy střevní peristaltiky (Kala, Penka, 2010). K tomuto problému dochází především u klientů po operaci na střevech. Do 24 hodin dojde u klienta k nahromadění plynů a vzednutí břicha. Klient může pociťovat tlak a nevolnost, ale také bolesti (především kolikovitého charakteru) (Zeman, Krška, 2011). Ve většině případů dojde k obnově peristaltiky do 48 – 72 hodin od operace (Kala, Penka, 2010). Během této doby dojde k uvolnění břišní stěny a odchodu plynů a stolice. Nedojde-li k odchodu plynů a stolice ani do 72 hodin, ordinuje lékař medikamenty - parasymptomimetika (Syntostigmin, Ubretid). Tyto léky jsou podávány pravidelně (ve většině případů v 6 hodinových intervalech) a parenterální cestou v infúzi. K odchodu plynů může pomoci zavedení rektální rourky a odchod stolice můžeme zajistit aplikací kapénkového klyzmatu, klyzmatu s glycerínem nebo aplikací glycerínových čípků. Nedojde-li ani tak k odchodu stolice a plynů do pátého dne od operace, může se jednat o pooperační ileus

(paralytický) (Zeman, Krška, 2011). Důležitá je v těchto případech i včasná rehabilitace (Jedličková, 2013).

Při velkých operačních výkonech dochází k velkým ztrátám tělních tekutin. Porucha elektrolytové rovnováhy je především způsobená zadržováním vody a sodíku. Vyrovnání elektrolytové rovnováhy je především důležité u větších operačních výkonů (Jedličková, 2013). V pooperačním období je elektrolytová rovnováha udržována pomocí infuzí (krystaloidy a glukóza). Posléze, když je klient schopen přijímat tekutiny perorálně, snažíme se o dostatečnou hydrataci tímto způsobem. Hlavním ukazatelem, že elektrolytová rovnováha u klienta není v pořádku, jsou především krevní odběry (biochemie – zaměřená na ionty), suchý jazyk, hypotenze, snížení kožního turgoru (Vyhnálek, 2003).

Jako prevence tromboembolické nemoci se kompresivně bandážují dolní končetiny, aplikují se nízkomolekulární hepariny, zajišťuje se dostatečná hydratace a časná mobilizace klienta (Jedličková, 2013). U antikoagulační léčby se snižuje vznik tromboembolické nemoci, ale zvyšuje se riziko krvácení (Skalická, 2007).

V pooperačním období je významná péče o operační ránu. Aby se rána správně hojila, je důležité udržení nutrice klienta po operaci. U některých operací dochází k lačnění pouze první pooperační den. Následující den má klient dietu dle ordinace lékaře (mletou, kašovitou, šetřící,...). Jedná-li se o komplikované a velké operační zákroky, tak je následně kontraindikováno podání stravy per os (Vyhnálek, 2003). Nemůže-li klient přijímat stravu běžným způsobem, tedy ústy, je strava nahrazena dvěma možnými způsoby. Prvním z nich je aplikace enterální výživy pomocí nazogastrické nebo nazojejunální sondy. Druhým způsobem je podání parenterální výživy v podobě infuzí (Jedličková, 2012). Umělá výživa v pooperačním období se klientovi podává do doby, než je schopen přijímat stravu běžným způsobem (Vyhnálek, 2003).

Časná mobilizace klienta po operačním výkonu je velmi důležitá. Zajišťuje normální funkci tělesných funkcí, ale také slouží jako prevence některých pooperačních komplikací (Zeman, Krška, 2011). Pooperační rehabilitaci rozdělujeme na

aktivní a pasivní cvičení. U klientů po operaci totální endoprotézy převažují cviky pasivní a cviky zajišťující klientovi jeho sebeobsluhu (Novotná, Holubová, 2013).

Mezi pasivní cvičení řadíme cvičení, na nichž s klientem cvičí všeobecná sestra nebo fyzioterapeut. Jedná se o cvičení, ve kterém není klient aktivně zapojen. Aktivní cvičení je cvičení, při kterém cvičí sám pacient. Takové cvičení může být prováděno na lůžku (cévní gymnastika, dechová gymnastika a další), nebo mimo lůžko (chůze) (Jedličková, 2012).

2 Empirická část

2.1 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1.1 Cíle práce

- 1) Zmapovat rozdíly v předoperační přípravě operačního pole na odděleních chirurgického typu.
- 2) Zjistit rozdílnost přípravy operačního pole před plánovaným a urgentním výkonem.
- 3) Zjistit zda sestry provádějí předoperační a pooperační péči o operační pole správně.

2.1.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou rozdíly v předoperační přípravě operačního pole na odděleních chirurgického typu?
- 2) Jaký je rozdíl přípravy operačního pole před plánovaným a urgentním výkonem?
- 3) Jak provádějí sestry předoperační a pooperační péči o operační pole?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Ke sběru dat byla použita metoda rozhovorů. Rozhovory byly polostrukturovaného charakteru, s předem připravenými otázkami (příloha 1). K rozhovoru bylo připraveno 19 otázek, které vycházely z předem nastudované literatury, která byla použita v bakalářské práci. Rozhovory byly anonymní, sestry byly rozlišeny označením R1-R4, dle oddělení urologie (dále UROL) nebo chirurgie (dále CHIR). Celý rozhovor byl zaznamenán v písemné podobě a dále přepracován do elektronické podoby (příloha 3).

Pozorování se provádělo skrytě u sester, se kterými byly vedeny rozhovory.

Zápis pozorování byl proveden do předem připravených archů (příloha 2).

Vyplněné pozorovací archy byly přepsány taktéž do elektronické podoby (příloha 4). Hodnocení pozorování bylo zvoleno číslování 1 až 5, kdy číslo 1 je nejlepší hodnocení a číslo 5 je nejhorší hodnocení.

Na základě získaných informací byla provedena analýza těchto dat.

Analýza proběhla metodou kódování v ruce, neboli metodou tužka a papír (Švaříček, Šed'ová a kol, 2007).

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl tvořen osmi sestrami pracujícími v okresní nemocnici na Vysočině, v příspěvkové organizaci. Výzkum byl prováděn se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Polovina respondentek pracuje na urologickém oddělení a druhá polovina na oddělení Chirurgie II. Rozhovory byly provedeny po souhlasu vrchních sester oddělení a se souhlasem respondentek. Rozhovory byly provedeny od února do března 2014 v nemocnici na Vysočině, v příspěvkové organizaci.

4 Analýza rozhovorů a pozorování

Analýza dat byla prováděná ze získaných informací pomocí rozhovorů a pozorování. K výzkumnému šetření byly zvoleny respondentky, tedy sestry z urologického a chirurgického oddělení. Sestry pracující na urologickém oddělení byly velmi vstřícné a milé, proti výzkumnému šetření neměly žádné námitky. I vrchní sestra podpořila samotné výzkumné šetření. Sestry předem seznámila, že na jejich oddělení bude probíhat výzkumné šetření pomocí rozhovorů a, že si přeje, aby nám sestry na veškeré dotazy odpověděly. S opačným přístupem jsme se setkali na chirurgickém oddělení. Zde byla vrchní sestra velmi milá a s výzkumným šetřením souhlasila. Staniční sestra však v dohodnutý termín neumožnila provedení výzkumného šetření. Proto musel být dodatečně domluven další termín a následně ještě jeden. Teprve až na třetí termín bylo staniční sestrou umožněno provedení výzkumného šetření. Sestry na oddělení byly však velmi nepříjemné a odmítaly komunikovat. Po příchodu na oddělení mohl být proveden první rozhovor až několika desítkách minut. Pak následovaly další tři rozhovory. Sestry při rozhovoru dávaly najevo, že je velmi obtěžujeme.

O výzkumném šetření v podobě pozorování nebyly sestry obeznámeny. Věděly o něm pouze vrchní sestry a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Vrchní sestry si nepřály, aby o pozorování byly informovány staniční a řadové sestry. Pozorování bylo zapsáno do připravených pozorovacích archů, o kterých sestry taktéž nevěděly.

Získané rozhovory byly dále doslovně přepsány a vytištěny. Po opakovaném důkladném přečtení byly metodou tužka a papír vyhledávaná stejná slova, která byla barevně odlišena. Z takto vytvořený kódů, byly následně vytvořené podobně tématicky zaměřené celky, kategorie.

Výzkumný vzorek tvořilo celkově 8 respondentek, 4 z urologického oddělení a 4 z chirurgického oddělení. Před každým rozhovorem na odborné téma byly od respondentek zjištěny základní identifikační údaje. Mezi základní zjišťované údaje řadíme věk, délku praxe celkem, délku praxe na daném oddělení (urologie nebo chirurgie) a nejvyšší dosažené vzdělání. Během analýzy identifikačních údajů bylo

zjištěno, že průměrný věk sester na urologii je 34 let. Věkové rozpětí respondentek bylo 27 – 44 let. Průměrná celková doba praxe u těchto respondentek je 13 let a průměrná délka praxe na urologickém oddělení je 12 let. Dvě respondentky z urologického oddělení mají nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné s titulem DiS., a dvě respondentky mají pouze středoškolské vzdělání s maturitou. Na chirurgickém oddělení je věkové rozpětí respondentek 24 – 55 let. Průměrný věk sester na chirurgii činí 38 let. Průměrná celková doba praxe respondentek je 19 let a průměrná doba praxe na chirurgii činí 11 let. Jedna respondentka má vysokoškolské vzdělání s titulem Bc., dále jedna respondentka vyšší odborné vzdělání s titulem DiS., ostatní mají vystudovanou střední školu s maturitou.

Všechny respondentky pracují v nemocničním zařízení v pracovním zařazení všeobecná sestra.

Tabulka 1 – identifikační údaje z urologického oddělení

Respondent	Věk	Délka praxe celkem	Délka praxe na urologii	Nejvyšší dosažené vzdělání	Pracovní zařazení
R1-UROL	44	26	26	středoškolské s maturitou	všeobecná sestra
R2-UROL	27	5	5	vyšší odborné DiS.	všeobecná sestra
R3-UROL	36	16	11	středoškolské s maturitou	všeobecná sestra
R4-UROL	29	6	6	vyšší odborné DiS.	všeobecná sestra

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 – Identifikační údaje z chirurgického oddělení

Respondent	Věk	Délka praxe celkem	Délka praxe na chirurgii	Nejvyšší dosažené vzdělání	Pracovní zařazení
R1-CHIR	35	17	17	vysokoškolské Bc.	všeobecná sestra
R2-CHIR	55	37	2	středoškolské s maturitou	všeobecná sestra
R3-CHIR	24	2	2	vyšší odborné DiS.	všeobecná sestra
R4-CHIR	40	21	21	středoškolské s maturitou	všeobecná sestra

Zdroj: vlastní výzkum

4.1 Předoperační příprava před plánovaným operačním výkonem

V rámci výzkumného šetření byla zjišťována celková předoperační příprava u plánovaného operačního výkonu. Všechny respondentky z obou odborných pracovišť odpověděly na tuto otázku velmi podobně. Ve všech odpovědích se vyskytovaly odběry krve a moče. Rozdíl mezi výpověďmi respondentek se lišil ve způsobu vyprázdnění tlustého střeva. Respondentky R1-UROL až R4-UROL z oddělení urologie odpověděly, že na jejich oddělení vyprazdňují tlusté střevo pomocí očistného klysmatu, za pomoci vlažné vody, nebo za použití glycerínových čípků. Přičemž respondentky R1-CHIR až R4-CHIR z oddělení chirurgie uvedly, že na jejich oddělení provádí vyprázdnění tlustého střeva pomocí Jahnetovy stříkačky a rektální rourky, do které dávají vlažnou vodu a glycerín v poměru 1:1 (50 ml:50 ml). Někdy se však stane, že lékař naordinuje místo klysmatu naordinuje glycerínové čípky. Respondentka R1-CHIR řekla: „*Používáme klyzma pomocí Jahnetky, kde dáváme 50 ml vlažné vody a 50 ml glycerínu, nebo jen glycerínové čípky.*“

Všechny respondentky ohledně předoperační přípravy zmínily ARO a interní konzilium s popisem EKG. Taktéž neopomněly význam rentgenového vyšetření srdce a plic, které se před operacemi provádí a má své místo v předoperační přípravě.

Na základě předoperačního vyšetření sestry uvádějí ordinaci a podání premedikace. Pouze respondentky R1-UROL a R2-UROL se o premedikaci vůbec nezmínily, i když uváděly, že zajišťují ARO konzilium. A sestra, tedy respondent R2-CHIR ve své výpovědi: „*podám večerní premedikaci, pokud je naordinovaná*“ uvedla pouze podání večerní premedikace, ale o ranní se už nezmínila.

Pouze jedna sestra pod označením R1-CHIR uvedla přípravu diabetika před operačním výkonem. Žádná jiná sestra se o přípravě jinak nemocného (než je základní onemocnění klienta) nezmínila. Tato sestra uvedla: „*Pokud je diabetik, tak se dává kapat glukóza s inzulinem, ale to dle ordinace lékaře.*“

Všechny sestry se naopak zmínily o prevenci tromboembolické nemoci, pomocí bandáží dolních končetin. Také všechny uvedly odstranění zubních a jiných protéz a šperků před odjezdem na operační sál.

Taktéž se všechny sestry zmínily o holení operačního pole v předoperační přípravě. Všechny respondentky z chirurgického oddělení, tedy R1 – R4-CHIR se zmínily, že po oholení operačního pole a celkové hygieně u jednotlivých pacientů provádí vyčištění pupku alkoholbenzínem pomocí štětičky, jak např. uvedla respondentka R2-CHIR „*Taky čistíme pupek štětičkou s benzínem.*“ Tento výkon se na urologickém oddělení vůbec neprovádí.

U plánovaného příjmu na oddělení se odebírá biologický materiál. Respondentky se také shodly na odběrech krve, které se odebírají, jak respondentky udávají na krevní obraz, koagulaci a biochemii. Rozpor ve výpovědích je ohledně odběru moče. Odběry moče na kultivaci + citlivost a moč chemicky + sediment uvedly pouze respondentky R1-UROL, R2-UROL, R4-UROL, R1-CHIR.

4.2 Předoperační příprava před akutním a urgentním operačním výkonem

Během rozhovorů bylo zjištěno, že všechny respondentky odpověděly, že před akutním a urgentním příjmem provádějí odběry biologického materiálu – krve.

Mezi krevní odběry odebírané pře akutním a urgentním příjmem respondentky jmenovaly krevní obraz, biochemii, koagulaci a dále odebírají krev na krevní skupinu a Rh faktor. Z biochemických krevních odběrů jmenovaly jaterní testy, ionty (K, Na, Cl, Ca), ureu a kreatinin. Tyto odběry se označují červeným nápisem STATIM, jak např. uvedla respondentka R2-UROL: *„Odebíráme krevní odběry označené STATIM.“* Respondentky, 3-UROL a 1-CHIR, 2-CHIR, 3-CHIR a 4-CHIR neuvedly označení zkumavek tímto nápisem.

Shodně respondentky uvedly, že veškerá péče o klienta přijímaného k akutnímu nebo urgentnímu příjmu se odvíjí od času, který je než dojde k samotnému operačnímu výkonu. Respondentka R1-UROL konstatovala, že: *„Pokud je aspoň chvilka času, tak se snažíme aspoň místo, kde se bude provádět operace alespoň trochu omýt. Někdy je však toho času velmi málo, a tak se snažíme odstranit alespoň hrubé nečistoty. Někdy se opravdu nestihá skoro nic, kromě nutných odběrů.“* Respondentka R2-UROL uvedla kromě statimových odběrů i bandáže dolních končetin, interní a rentgenové vyšetření. Respondentka R3-UROL toto tvrzení ještě doplnila o vyšetření EKG a premedikaci dle ARO.

Velké rozdíly byly uvedeny u vyprázdnění tlustého střeva před akutní a urgentní operací. K vyprázdnění tlustého střeva se nevyjádřila z urologického oddělení pouze jedna z respondentek a to R4-UROL, která uvedla: *„Provádí se odběry, interní a ARO konzilium a samozřejmě vyprázdnění tlustého střeva.“* S touto výpovědí nesouhlasily téměř všechny respondentky z chirurgického oddělení, kromě respondentky R2-CHIR, která se o této činnosti nezmínila. Ostatní respondentky uvedly, že se vyprázdnění tlustého střeva vynechává.

4.3 Příprava operačního pole

Všechny respondentky na dotaz přípravy operačního pole reagovaly odpovědí, že se klientovi provede důkladná hygiena a následně oholí operační pole.

Respondentka, 1-UROL uvedla: „*Dezinfekční mýdlo na oddělení pro pacienty nemáme.*“ Dle výsledků skrytého pozorování můžeme potvrdit, že žádná z respondentek klientům neposkytla k hygieně dezinfekční mýdlo.

Dále respondentka 3-CHIR se zmínila, že: „*Operační pole si pacient umyje, nebo my ho umyjeme, pak se holí, a na sále před operací operační pole odezinfikují.*“ Z pozorování můžeme potvrdit, že dezinfekci operačního pole po oholení nedělala žádná z respondentek. Pouze respondentky z chirurgického oddělení provedly po oholení operačního pole vyčištění pupku pomocí štětičky namočené v alkoholbenzínu.

Na otázku kdy se holí operační pole odpověděly všechny respondentky z urologického oddělení, že ráno před výkonem. S tímto tvrzením se však ztotožnila pouze jedna respondentka R3-CHIR z chirurgického oddělení, ale naopak všechny z urologického oddělení. Respondentky R1-CHIR, R2-CHIR, R3-CHIR odpověděly, velmi podobně, jako respondentka R2-CHIR, a to: „*No holit by se mělo ráno, před operací, to holíme, ale někdy se snažíme holkám na ranních směnách ušetřit čas, tak někdy holíme i večer.*“

Holení operačního pole provádí všechny respondentky dle jejich výpovědí modrou jednorázovou žiletkou. Toto tvrzení můžeme potvrdit na základě provedeného pozorování. Dále můžeme potvrdit u všech respondentek správnou techniku holení operačního pole, kterou je holení na sucho, po směru růstu ochlupení.

Výpovědi respondentek se lišily v otázce kdo holí operační pole. Respondentky R1 až R4-UROL odpověděly, že ženy holí ošetřovatelka, sanitářka nebo sestra. Muže naopak jen sanitář, popřípadě „zdravotní bratr“. Naopak respondentky R1 až R4-CHIR shodně vypověděly jako respondentka R4-CHIR, že: „*U nás na chirurgii holí všechny pacienty sestra nebo sanitářka.*“

Rozsah holení operačního pole respondentky udávají různý. Všechny se ale shodují, že rozsah holení operačního pole se dovíjí od operace, na kterou klient půjde.

R2 až R4-UROL se shodují, že operační pole ve většině případů holí v oblasti genitálií a podbříšku. Respondentky R1 - R4-CHIR uvedly, že standardně holí celé břicho. Respondentky R3-CHIR a R4-CHIR dodaly ještě oholení podbříšku. Holení operačního pole u akutního příjmu sestry komentovaly téměř shodně, a to, že u akutního příjmu holí od prsních bradavek až do poloviny stehen. A u urgentního příjmu neholí, operační pole. To si operační pole holí až sestra na operačním sále. R4-CHIR řekla:

„Při normální operaci holíme břicho, někdy i podbříšek, to záleží, na jakou operaci pacient jde. A u akutního se holí od prsních bradavek až do půlky stehen a u urgentní my neholíme, to holí až na sále.“ Pouze respondentka R1-CHIR odpověděla, že u akutní operace se holí celé břicho.

Na základě pozorování respondentek u jejich práce bylo zjištěno, že všechny respondentky z urologického oddělení provedly holení operačního pole na vyšetřovně, kde zajistili klientovi intimitu. Holení proběhlo u všech klientů na vyšetřovacím lůžku, které bylo pokryté papírovými podložkami, které byly po každém klientovi měněny, a následně byla provedena dezinfekce vyšetřovacího lůžka. Zcela odlišný postup jsme mohli pozorovat na chirurgickém oddělení. Zde respondentky R1-CHIR, R2-CHIR, R4-CHIR holily operační pole na pokoji mezi ostatními klienty. Tyto respondentky nerespektovaly klientovu intimitu a stud. Oholené chlupy padaly klientům přímo do jejich lůžka, protože respondentky pod klienty nedaly žádné papírové nebo jiné podložky. Po oholení operačního pole se snažily oholené chlupy z lůžka vyklepat. Pouze respondentka R3-CHIR provedla přípravu operačního pole u klienta na koupelně, kde na vyšetřovací lůžko, dala jako podložku čisté prostěradlo. Toto prostěradlo následně po oholení operačního pole odnesla do špinavého prádla a lůžko vydezinfikovala. Zajímavé je, že právě tato respondentka v rozhovoru na otázku, kde holí operační pole uvedla: *„No na koupelně nebo na pokoji, což by se asi nemělo“* a jako jediná ze sester z chirurgie holila operační pole na koupelně.

Díky provedenému pozorování byly zjištěny nedostatky v oblasti hygieny rukou před holením operačního pole. Respondentky R3-UROL, R1-CHIR a R4-CHIR před samotným výkonem neprovedly mytí rukou. Respondentky R1-UROL, R2-UROL a R2-CHIR si ruce umyly, ale nesprávným a nedostačujícím způsobem.

Nerespektovaly zásady správného mytí rukou dle postupu, který mají vyvěšený u umyvadla (příloha 6). Pouze R4-UROL a R3-CH si ruce umyly správným postupem. Respondentky R1-UROL a R1-CHIR neprovedly následnou dezinfekci rukou, ostatní respondentky dezinfekci rukou provedly. A na samotný výkon si všechny respondentky navlékly na ruce gumové rukavice.

Během pozorování byla část pozornosti zaměřena na komunikační schopnosti sester, tedy respondentek. Respondentky R2-UROL, R2-CHIR a R3-CHIR byly během komunikace velmi milé a vstřícné ke klientovi. Všechny respondentky s klientem nějakým způsobem komunikovaly, až na respondentky R4-UROL a R4-CHIR, které s klientem komunikovaly jen v případě, že se klient na něco sám zeptal. Jinak s ním dále nekomunikovaly. Respondentky R3-UROL a R2-CHIR velmi ochotně a z vlastní iniciativy klientům vše důkladně vysvětlovaly a zajímaly se o klientovy pocity během holení operačního pole. Zejména je zajímaly o pocit bolesti a tahání během holení ochlupení.

4.4 Péče o operační ránu po operaci

Součástí výzkumného šetření bylo zaměření na péči o operační ránu po příjezdu z operačního sálu. Celkem tři respondentky R1-UROL, R3-UROL a R4-UROL odpověděly, že péče se odvíjí od ordinace lékaře. Pouze respondentka R4-UROL uvedla, že: „*Péče se odvíjí od zákroku, na kterém pacient byl. Ale řídíme se ordinací lékaře.*“

Všechny respondentky zmínily, že po příjezdu z operačního sálu na ráně kontrolují krytí a jeho možný prosak. Tyto informace ještě doplnila respondentka R3-UROL o to, že se zajímá co, prosakuje přes přiložené krytí. Dále respondentky R3-UROL, R1-CHIR, R3-CHIR a R4-CHIR kontrolují v okolí rány možný výskyt hematomu. Kontrolu okolí rány také zmínily respondentky R1-CHIR, R2-CHIR a R4-CHIR. Případné zarudnutí kůže v okolí operační rány zmínily pouze respondentky R3-CHIR

a R4-CHIR. Pouze respondentka R3-CHIR zmínila možnost napnutí kůže v místě operační rány. „*Tak kontroluju prosak toho krytí a při převazech se dívám, jestli tam není nějaké zarudnutí, hematom, napnutí kůže a jestli drén odvádí.*“

Taktéž respondentky R1-CHIR a R3-CHIR uvedly, že po příjezdu ze sálu na oddělení kontrolují funkčnost a vedení drénů. Respondentka R1-UROL zase uvedla, že kontroluje barvu a množství moče.

Samotnou kontrolu krytí respondentky shodně uvedly, že provádějí při měření fyziologických funkcí. Dále všechny respondentky z urologického oddělení uvedly, že krytí kontrolují při každé návštěvě klienta nebo ostatních klientů na pokoji. Pouze respondentka R3-CHIR uvedla: „*No to krytí kontrolujeme, co já vím, každých 30 minut? Asi tak nějak.*“

Respondentky také odpověděly, že nekontrolují pouze krytí operační rány, ale také, jak rána vypadá a zda nekrvácí. Toto tvrzení uvedly všechny respondentky mimo R4-UROL. Také respondentky R1-UROL, R2-UROL a R4-CHIR uvedly, že při zvýšeném prosaku a krvácení ihned informují lékaře. Dále při zvýšeném prosaku respondentky R1-UROL, R2-UROL, R3-UROL, R4-UROL a R2-CHIR provedou nadvázání stávajícího krytí. Respondentka R2-CHIR uvedla i možnou výměnu krytí: „*A pokud krytí prosakuje při příjezdu ze sálu, tak ho buď vyměníme, ale spíš nastavíme dalším a voláme lékaře.*“

První převaz operační rány se dle respondentek R1-UROL, R2-UROL, R3-UROL a R3-CHIR řídí podle ordinace lékaře. Kromě respondentky R3-CHIR, však všechny řekly, že ve většině případů je první převaz proveden první pooperační den. Respondentky R2-UROL a R4-UROL navíc uvedly, že se převaz může provádět i v den operace a to z důvodu velkého prosaku. Respondentka R1-CHIR uvedla, že se první převaz může provádět až druhý pooperační den. „*První převaz standardně provádíme druhý den ráno, po vizitě. Ale záleží na lékaři, někdy chce udělat převaz až druhý pooperační den.*“

Při převazu se provádí výměna krytí rány. Materiál krytí vybírá dle respondentek z urologického oddělení vždy lékař, respondentky z chirurgického oddělení se k této otázce nevyjádřily.

Všechny respondentky uvedly, že při převazu se na ránu dává sterilní krytí s lepením. Respondentka R4-UROL uvedla, že někdy používají sterilní krytí z netkaného textilu. *„Některý lékař chce obyčejné sterilní krytí, některý chce sterilní krytí z netkaného textilu.“* A respondentky R2-CHIR a R4-CHIR používají k lepení Omnifix.

Během převazů dochází i odstranění stehů z operační rány. Odstranění stehů respondentky vytyčily od 6. až 10. pooperačního dne. Nejčastěji se však vyskytovala odpověď 7. - 8. pooperační den. Takto odpověděly respondentky R2-UROL, R4-UROL, R1-CHIR, R2-CHIR a R3-CHIR.

Po odstranění stehů z rány následuje další péče o operační ránu, které podle respondentek R1-UROL a R2-UROL řadíme i důkladnou hygienickou péči.

Dále se všechny respondentky shodly v dezinfekci operační rány a jejím následným krytím. Respondentky R2-UROL, R4-UROL a R2-CHIR uvedly možnost krytí rány pomocí náplasti s polštářkem. Do následné péče o operační ránu uvedlo pět respondentek možnost promašťování operační rány. Respondentka R3-UROL a R2-CHIR zmínily mast na podporu hojení rány, ale více nespecifikovaly jakou mast. Respondentky R1-CHIR a R4-CHIR uvedly kalciovou mast nebo vazelínu a respondentka R3-CHIR neslané vepřové sádlo. *„Po vyndání stehů většinou pacient odchází domů, tak to ránu odezinfikujeme a sterilně kryjeme a doporučíme pacientovi, aby operační ránu promašťoval třeba neslaným sádlem.“*

4.5 Zdravotnická dokumentace

Během výzkumného šetření byla zkoumána i zdravotnická dokumentace.

Pouze respondentka R2-CHIR řekla, že převaz operační rány zaznamenává do ošetřovatelské dokumentace. Všechny ostatní respondentky ještě uvedly kromě ošetřovatelské dokumentace, také zápis lékaře do dekurzu. Respondentky R1-CHIR a R2-CHIR navíc ještě uvedly, že převaz rány zaznamenávají do zvláštního dokumentu, zaměřeného na převaz rány. Do tohoto dokumentu uvádějí lokalizaci rány, okolí

a spodinu rány, čím byla rána dezinfikována, zda klient užívá antibiotika, dále který lékař převaz provedl. Zaznamenává se jaké krytí, obvazový a léčebný materiál, který byl použit. Dále se podepisuje sestra, která lékaři asistovala a tento dokument následně vyplnila. Jak sama respondentka R1-CHIR uvedla: „*My, tedy sestry zaznamenáváme převaz a hodnocení rány do ošetrovatelské dokumentace a ještě do speciálního formuláře na převaz ran, kam píšeme, jak rána vypadá, jaké jsou okraje a spodina rány. Dále zapisujeme, čím byla provedena dezinfekce, co bylo do rány podáno, čím se krylo a jméno lékaře, který ránu převazoval. A pokud je to převaz operační rány, tak jen do ošetrovatelské dokumentace a lékař do dekurzu.*“

Respondentka R1-UROL uvedla, že v nemocnici nemají standard na převaz rány. Následně respondentka R2-UROL sdělila, že standard na převaz rány mají, ale ne na převaz operačních ran. Stejně informace sdělila respondentka R4-UROL a R4-CHIR. Respondentky R3-UROL a R1-CHIR, R2-CHIR, R3-CHIR pouze uvedly, že standard na převaz rány mají.

5 Diskuze

Předoperační příprava a příprava operačního pole je nedílnou součástí každého operačního výkonu. Tato příprava má nezastupitelnou roli v prevenci komplikací během operace, nebo v raném pooperačním období.

Cílem bakalářské práce s tématem „Ošetrovatelská péče o operační pole před operací a po operaci“ bylo zmapovat rozdíly v předoperační přípravě operačního pole na odděleních chirurgického typu. Dále zjistit rozdílnost přípravy operačního pole před plánovaným a urgentním výkonem. A následně zjistit zda sestry provádějí předoperační a pooperační péči o operační pole správně. V této práci jsme se zaměřili i na dodržování bariérové ošetrovatelské péče, intimity klienta a správného postupu holení při přípravě operačního pole. K výzkumným cílům byly zvoleny i výzkumné otázky. Jaké jsou rozdíly v předoperační přípravě operačního pole na odděleních chirurgického typu? Jaký je rozdíl přípravy operačního pole před plánovaným a urgentním výkonem? Jak provádějí sestry předoperační péči o operační pole?

Pro splnění vytyčených cílů byla zvolená kvalitativní forma výzkumného šetření prováděná na urologickém a chirurgickém oddělení nemocničního zařízení na Vysočině. Technikou výzkumného šetření byly rozhovory se sestrami a následným, skrytým pozorováním jejich práce. Otázky kladené během rozhovoru zjišťovaly rozdílnost předoperační přípravy během plánovaného a akutního příjmu klienta.

Dále byly zaměřeny na přípravu operačního pole před operačním výkonem a následnou ošetrovatelskou péči o operační ránu v raném pooperačním období. Získané informace byly zaznamenány písemnou formou, která následně byla přepsána do elektronické podoby. Pozorování bylo zaměřeno na dodržování bariérové ošetrovatelské péče, intimity klienta během přípravy operačního pole a správného postupu holení.

Tyto informace byly zaznamenány do připravených pozorovacích archů.

Na základě získaných informací bylo provedeno otevřené kódování. Na podkladě vytvořených kódů byly vytvořeny kategorie: Předoperační příprava před plánovaným operačním výkonem, Předoperační příprava před akutním a urgentním operačním výkonem, Příprava operačního pole, Péče o operační ránu po operaci

a Zdravotnická dokumentace.

Z identifikačních údajů vyplynulo, že věkové rozmezí respondentek je 24 – 55 let. Délka praxe u těchto respondentek je 2 -37 let. Nejvyšší dosažené vzdělání byl u tří respondentek titul DiS., pouze jedna respondentka měla vysokoškolský titul Bc.. Ostatní respondentky mají středoškolské vzdělání. Dvě ze tří sester s titulem pocházely z urologického oddělení.

Kategorie Předoperační příprava před plánovaným operačním výkonem se zabývala vědomostmi sester v této problematice. V této problematice se výpovědi všech sester téměř shodovaly. Rozdíly v předoperační přípravě byly při vyprázdňování tlustého střeva. I když každé oddělení provádělo vyprázdnění tlustého střeva jiným způsobem, všechny tyto způsoby byly správné. Toto tvrzení potvrzuje Slezáková (2001) ve své publikaci, kde k vyprázdnění tlustého střeva uvádí možnost použití glycerínových čípků, mikroklyzmatu, nebo roztoků k vypití. Zeman a Krška (2011) ještě doplňují možnosti použitím několika očistných klyzmat za sebou. Slezáková (2001) uvádí v předoperační přípravě podání večerní a ranní premedikace. O této skutečnosti se dvě respondentky z urologického oddělení vůbec nezminily a jedna respondentka z chirurgie uvedla podání pouze večerní premedikace. Domnívám se, že na tuto činnost sestry pouze pozapomněly, protože za své přítomnosti na oddělení jsem viděla podání ranních premedikací a v dokumentacích zapsané podání večerních premedikací. V rozhovorech pouze jedna respondentka z chirurgie uvedla, že před samotnou operací provádí i přípravu diabetika a to podáním infuze s jednotkami inzulínu. Jak říká Zeman a Krška (2011) před samotnou operací je důležité kontrolovat hladinu glykémie u diabetika. Glykémie totiž v souvislosti s psychickým rozpoložením klienta může stoupat. Před samotným výkonem musí být klient lačný, z těchto důvodů se podávají infuze glukózy s jednotkami inzulínu. Vyhnálek (2003) uvádí jako součást předoperační přípravy prevenci tromboembolické nemoci v podobě bandáží dolních končetin a aplikací antikoagulancií. Toto tvrzení potvrdily všechny respondentky, které shodně uvedly bandáže dolních končetin. Taktéž všechny respondentky uvedly, že před samotnou operací odstraňují zubní a jiné protézy a šperky. Správnost těchto činností potvrzuje Slezáková (2001).

Odběry biologického materiálu byly provedeny ještě před nástupem do nemocničního zařízení, ale také ihned, při příjmu klienta na oddělení. Sestry odebíraly krev a moč pro aktuálnost výsledků.

Předoperační příprava před akutním a urgentním operačním výkonem je velmi časově omezená oproti přípravě u plánovaného příjmu. Zeman a Krška (2011) specifikovali přípravu akutního příjmu na dobu do 48 hodin a u urgentního příjmu na interval od 2 do 4 hodin. Také sestry uvedly, že příprava před těmito operačními výkony se liší od běžného plánovaného příjmu. Sestry se zmínily, že u takovýchto příjmu odebírají základní odběry biologického materiálu, především však krve a moče. U odběrů krve uvedly vyšetření na krevní obraz, biochemii, krevní skupinu s Rh faktorem a koagulaci. Slezáková uvádí, že při urgentním odběru biologického materiálu by měly být zkumavky popsány červeným nápisem STATIM. Toto označení uvedly ve svých výpovědích pouze tři respondentky z urologického oddělení. Co se týká další přípravy před samotným operačním výkonem, je koupel jako taková a vyprázdnění tlustého střeva kontraindikováno. S tímto tvrzením nesouhlasí jedna respondentka z urologického oddělení, která tvrdí, že tlusté střevo je třeba vždy vyprázdnit, přičemž sama Slezáková (2001) uvádí kontraindikaci jak koupele, tak i vyprázdnění tlustého střeva u urgentních operacích. Předpokládám, že toto pochybení ve vědomostech sestry je z důvodu toho, že ona sama se až tak často neseťká s urgentními příjmy klientů.

Ohledně hygieny respondentky uváděly, že u akutního příjmu zajišťují pouze omytí místa předpokládané operace a u urgentního příjmu provádí jen odstranění hrubých nečistot.

U téměř každého operačního výkonu probíhá před operací příprava operačního pole. Všechny sestry u přípravy operačního pole zmínily důkladnou hygienu a oholení operačního pole. Dle Workman a Bennett (2006) by se měly k hygieně před operačním výkonem používat mýdla s antiseptickou složkou, která má za úkol odstranit mikroorganismy na kůži klienta. Takové mýdlo však ani na jednom z oddělení není přístupno pro klienty. Po důkladné celkové hygieně, která obsahuje i mytí vlasů následuje samotné oholení operačního pole. Tato činnost by neměla být prováděná za

přítomnosti jiných klientů a to z důvodu, že jedná o velmi intimní záležitost, jak uvádí Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková a Slovák (2012). Se zachováním intimity měly respondentky z chirurgie velké obtíže. Tři sestry z chirurgického oddělení holily klienta přímo na pokoji, mezi ostatními klienty. Pod klienty během holení operačního pole však respondentky nedaly žádné papírové, nebo jiné podložky a oholené ochlupení nechaly padat přímo do lůžek klientů. Takovýto postup dle mého uvážení nemá žádné reálně vysvětlení, proč takto postupují. Je to jen snaha o ušetření času během přechodu z pokoje na vyšetřovnu nebo koupelnu? V takovémto případě by si sestra měla uvědomit, jak by se jí zamlouval tento postup, kdyby ona sama byla v roli klienta. Odstranění ochlupení by mělo probíhat ráno před výkonem. Jak Valenta (2007) uvádí, během holení často dochází k tvorbě menších ran, do kterých se mohou dostat bakterie. Tímto postupem bychom zbytečně klienta ohrožovali vznikem pooperačních komplikací v ráně. Tři respondentky z chirurgie se však dobrovolně přiznaly k tomu, že holí operační pole i večer. Večerní holení provádí proto, aby sestřám, které přichází na ranní směnu, ulehčili práci. Neuvědomují si však, že za ulehčenou práci před operací mohou zajistit klientovi pooperační komplikace a tím i práci pro sebe samotné.

K oholení operačního pole shodně všechny respondentky použily jednorázových žilettek. I ve své publikaci uvádí Workman a Bennett (2006) použití jednorázových žilettek k odstranění ochlupení. Zmiňují i možnost využití depilačního krému. Pajtllová a Borýsková (2011) uvádí možnost využití holicího strojku, kterého nejčastěji využívají v neurochirurgických oborech. Velikost a lokalita operačního pole je dána druhem operace. S tímto tvrzením se shodují všechny respondentky, ale i Valenta (2007). Workman a Bennett (2006) definovaly jako správný postup holení operačního pole za sucha a po směru růstu ochlupení. Tímto způsobem byli oholeni všichni respondenti během pozorování.

Zeman a Krška uvádějí, že po oholení operačního pole má následovat odezinfikování oholené plochy. V praxi se tak však nestalo ani jednou. Pouze respondentky z chirurgie provedly vyčištění pupku pomocí štětíčky s alkoholbenzínem. Tento postup popisuje i Jedličková (2012). Domnívám se,

že si sestry neuvědomují důležitost tohoto postupu v zabránění pooperačních komplikací a nevědomě tak ohrožují klienta zvýšením rizika vzniku zejména infekce v operační ráně. Jak uvádí Vyhnálek (2003) a Veselý (2001) před některými operacemi se právě z důvodu zamezení vzniku infekce v ráně dokonce používají samolepicí fólie.

U akutních a urgentních výkonů sestry téměř shodně odpověděly, že u akutního operačního výkonu holí operační pole od prsních bradavek až do poloviny stehén. S tímto tvrzením souhlasí i Pařko, Kabát a Janík (2006). A v případě urgentního příjmu holí ve stejném rozsahu, nebo neholí vůbec.

Na základě provedeného výzkumného šetření jsme zjistili, že značné nedostatky mají sestry v dodržení bariérové ošetrovatelské péče při přípravě operačního pole. Pouze dvě ze všech respondentek si umyly ruce správným způsobem. Ostatní si ruce neumyly, nebo umyly, ale nedostačujícím způsobem. Dvě respondentky nepoužily před navléknutím rukavic dezinfekční roztok na ruce. Přitom na správnou hygienu rukou apeluje i Zeman a Krška (2011) ve své publikaci. Sama nevím, proč zrovna tyto činnosti sestry šidí, protože koho správně dodržené postupy chrání, jsou ony samy. Mimo jiné tímto způsobem sestry porušují metodické opatření č. 6/2005 Hygienické zabezpečení rukou ve zdravotní péči, které je uvedeno ve Věstníku MZ ČR z 9. září 2005. Zde jsou stanoveny zásady osobní hygieny a jejich bezpečná příprava ke zdravotnickým úkonům v rámci ošetrovatelské a léčebné péče o klienty (Vít, 2005).

Další kategorie byla zaměřena na péči o operační ránu po operaci. Slezáková (2001) uvádí, že po příjezdu z operační sálu je povinností sestry kontrolovat operační krytí a jeho možný prosak. Po položení otázky, jaká je péče o operační pole po příjezdu na oddělení, z operačního sálu se všechny respondentky shodly, že péče spočívá v kontrole operačního krytí a jeho prosaku. Pajtlová a Borýsková (2011) také uvádějí, že samotná kontrola krytí na operační ráně není jen povinností sestry, ale také lékaře. Jedna z respondentek uvedla, že ji při prosaku zajímá i druh prosakované tekutiny a téměř všechny respondentky uvedly, že nekontrolují pouze krytí, ale také okolí operační rány. Samotnou kontrolu operačního krytí sestry uvedly, že provádí v pravidelných intervalech, společně s měřením fyziologických funkcí. Také se zmínily,

že při zvýšeném prosaku operačního krytí neprodleně volají lékaře a provedou nadvázání operačního krytí.

Vyhnálek (2003) uvádí, že je-li operační rána klidná, tak se první převaz obvykle provádí do 24 – 48 hodin po operačním výkonu. S tímto výrokem se ztotožnily všechny respondentky, jedna však uvedla možnost převazu ještě v týž den operace a to, při velkém prosaku. Druhá respondentka uvedla možnost převazu až za 48 hodin po operaci. Všechny z respondentek měly v jejich tvrzení tedy pravdu. Je vidět, že péče o operační ránu je jejich každodenním chlebem. Odstraňování stehů z operační rány uvádí Vyhnálek (2003) v rozmezí 7. až 9. dne po operaci. Pajtová a Borýsková tento interval uvedla v rozmezí 8. až 10. pooperačního dne. Podobné intervaly uvedly i všechny respondentky.

Kala a Penka (2010) uvádí, že při pravidelných převazech nebo po odstranění stehů se vždy z rány odstraní krycí vrstva, okolí operační rány a rána samotná se odezinfikuje a očistí. Následně se opět kryje sterilním krytím nebo prodyšnou náplastí. Tuto skutečnost potvrdily všechny respondentky. Některé uvedly, že ke krytí rány používají krytí z netkaného textilu a k lepení Omnifix. Pouze sestry z urologického oddělení a jedna sestra z chirurgie odpověděly, že materiál, který se používá ke krytí rány, vždy vybírá lékař. Ostatní se odmítly k této otázce vyjádřit. Popravdě nám není znám důvod, proč se respondentky odmítly zrovna k této otázce vyjádřit. Nejspíš měly pocit, že materiál, kterým kryjí operační ránu je nevhodný a měly obavy, že by případné negativní výsledky mohly být zveřejněny. Domnívám se však, že jsou jiné oblasti, ze kterých by měly mít respondentky obavy. Zejména z vědomého nesprávného postupu a následného negativního výsledku výzkumného šetření, např. holení večer před operací.

Positivně hodnotíme přístup všech chirurgických sester a jedné urologické ke zhojené operační ráně, kdy doporučovaly různé masti pro promašťování zhojené rány.

Jak Kala a Penka (2010) ve své publikaci uvádějí, je třeba každý vykonaný převaz zaznamenat do příslušné dokumentace. A to jak sestrou, tak i lékařem.

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že lékař každý převaz zapisuje do dekurzu a sestra do ošetrovatelské dokumentace. Jedná-li se však o ránu hojící se druhotně a dlouhodobě, mají k hodnocení sestry na chirurgii speciální dokumenty, kam zapisují každý převaz s popisem rány a použitého materiálu při převazu. Když byla sestřám položena otázka, zda mají standard na převaz rány, tak se nám dostalo několik rozporuplných odpovědí. Na podkladě těchto odpovědí soudím, že sestry vůbec neví, co mají ve vytvořených standardech uvedeno. A to i za předpokladu, že svými podpisy stvrzovaly své seznámení s jejich obsahem.

Myslím si, že by se při vykonávané práci nemělo zapomínat zejména na zdraví klientů a samotných sester. Jak bylo výzkumným šetřením zjištěno, sestry si se svojí nesprávně provedenou prací ušetří pár minut času, ale zároveň ohrozí klientovo nebo své zdraví. A právě k těmto situacím by vůbec nemělo docházet. Otázkou však zůstává, zda tyto chyby sestry dělají vědomě, nebo si je vůbec neuvědomují. A právě k uvědomění si těchto chyb by měla posloužit i tato práce, do které je možno nahlížet, a ze které bude následně po úspěšné obhajobě uveřejněný článek v odborném sesterském časopise.

6 Závěr

Bakalářská práce na téma „Ošetrovatelská péče o operační pole před operací a po operací“ popisuje jednotlivé druhy předoperační přípravy od dlouhodobé, krátkodobé až po bezprostřední. Také je zde zmíněna předoperační příprava klienta před akutním a urgentním výkonem. Samotná předoperační příprava operačního pole je zabezpečena zejména jejím oholením, důkladnou hygienou a dezinfekcí. K holení operačního pole se využívá různých způsobů. Od holení běžnou jednorázovou žiletkou, až po holení holicím strojkem, nebo depilačním krémem. Po samotném operačním výkonu se na operačním poli dále staráme o vzniklou operační ránu. Dle správně zvolené péče o operační ránu a zabránění komplikacím v operační ráně, se rána hojí primárně nebo sekundárně. Sekundárně se operační rána hojí v případě, že nastaly některé z možných komplikací v ráně. Pro předcházení pooperačních komplikací je důležité důkladné předoperační vyšetření a důkladně provedená předoperační příprava, nejeden příprava operačního pole.

Ve výzkumném šetření byly zvoleny tři cíle a k nim i příslušné výzkumné otázky. Na podkladě důkladné analýzy dat získaných během výzkumného šetření došlo ke splnění všech stanovených cílů.

Bakalářskou práci bych chtěla zpřístupnit všem studentům, kteří budou pečovat o klienta před jakoukoliv operací a měli možnost do ní nahlížet v době, když by si nebyli jisti správným postupem. Možnost o nahlížení do této práce by měly mít i sestry, aby si uvědomily, jak má správná péče o klienta před operací a po operaci probíhat. Protože na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že i sestry s několikaletou praxí mají v této oblasti rezervy.

7 Seznam použité literatury

ASTL, Jaromír, 2007. *Chirurgická léčba nemocí štítné žlázy: vyšetření, indikace, podrobné operační postupy*. Vyd. první. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-000-7.

BÍREŠOVÁ, Edita, 2012. *Rány, jejich léčba a hojení*. Sestra [online], roč. 2012, č. 3 [cit. 2013-10-21]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rany-jejich-lecba-a-hojeni-463871>.

DOMINIK, Jan, 1998. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 215 s. ISBN 80-716-9669-2.

DRAHOŇOVSKÝ, Václav, 2000. *Laparoskopie: přehled laparoskopických výkonů a základy předoperační přípravy a pooperační péče v ordinaci praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 103 s. Folia practica. ISBN 80-726-2060-6.

FRANCŮ, Milada a Silvie HODOVÁ, 2011. *Perioperační péče o pacienta v rekonstrukční chirurgii a léčbě popálenin*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 163 s. ISBN 978-80-7013-537-2.

HALÁSKOVÁ, Marie a Věra PANOŠOVÁ, 2010. *Život po endoprotéze kyčelního kloubu*. Praha: Mladá Fronta, *Sestra*, roč. 2010, č. 10. str. 65-67. ISSN 1210-0404.

HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Vyd. první. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-274-3469-9.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 249 s. ISBN 978-802-4744-124.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 268 s. ISBN 978-807-0135-433.

KALA, Zdeněk a Igor PENKA, I, 2010. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 145 s. ISBN 978-807-0135-181.

KALA, Zdeněk, Petr KYSELA, Jaroslava JEDLIČKOVÁ, Zdeněk ŠILHART a Irena HAMTILOVÁ, 2011. *Perioperační péče o pacienta v cévní chirurgii*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 162 s. ISBN 978-807-0135-365.

KOSTÍKOVÁ, Šárka, 2010. Fáze hojení a pooperační infekce. *Sestra* [online], roč. 2010, č. 6 [cit. 2013-10-21]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/faze-hojeni-ran-a-pooperaacni-infekce-452662>.

KUBA, Robert, 2001. Terapie farmakorezistentní epilepsie. *Posgraduální medicína* [online], č. 4 [cit. 2013-12-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/terapie-farmakorezistentni-epilepsie-135735>.

MAIXNEROVÁ, Hana, 2013. Předoperační vyšetření před plicní resekci. *Sestra* [online], roč. 2013, č. 10 [cit. 2013-10-14]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/predoperacni-vysetreni-pred-plicni-resekcii-472278>.

MÁLEK, Jří a ŠEVČÍK, Pavel, 2009. *Léčba pooperační bolesti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 143 s. ISBN 978-802-0419-811.

NĚMEC, Petr, 2006. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 103 s. ISBN 80-244-1303-5.

NICHOLLS, Anthony a Iain WILSON, 2006. *Perioperační medicína*. 1. české vyd. Praha: Galén, 370 s. ISBN 80-726-2320-6.

NOVÁK, Karel, Zdeněk CHUDÁČEK a Čestmír NEORAL, 2001. *Infekce v chirurgii: miniinvazivní radiodiagnostické a chirurgické trendy a další aktuální pohledy*. 1. vyd. Praha: Grada, 225 s., obr. ISBN 80-247-0229-0.

NOVOTNÁ, Jana a Marie HOLUBOVÁ, 2013. Péče o pacienta před TEP a po TEP kyčelního kloubu. *Sestra* [online], roč. 2013, č. 10 [cit. 2013-10-14]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-pred-tep-a-po-tep-kycelniho-kloubu-472280>.

PAFKO, Pavel, Jaromír KABÁT a Václav JANÍK, 2006. *Náhlé příhody břišní: operační manuál*. 1. vyd. Praha: Grada, 135 s. ISBN 80-247-0981-3.

PAJTLOVÁ, Marcela a Hedvika BORÝSKOVÁ, 2011. Péče o ránu v neurochirurgii. Praha: Mladá Fronta, *Sestra* roč. 2011, č. 8. str. 46-48. ISSN 1210-0404.

PENKA, Miroslav, 2008. Příprava pacientů s poruchou hemostázy k invazivním lékařským výkonům. *Vnitř Lék.*, 54(6), s. 632-637.

SKALICKÁ, Hana, 2007. *Předoperační vyšetření: Návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-274-1079-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2001. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 269 s., [8] s. barev. obr. příl. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol, 2012. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy II: Pediatrie, chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 249 s., viii s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3602-0.

ŠVÁB, Jan, 2008. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-802-4726-045.

ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára, ŠEĎOVÁ et al, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Urgentní břišní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgery, 2011. 1. české vyd. Editor Schein, Mosche a Paul N. Rogers. Překlad Ferko, Alexander. Praha: Grada, xxi, 419 s. ISBN 978-802-4723-570.

VALENTA, Jiří, 2007. *Základy chirurgie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, s. 277 ISBN 978-802-4613-444.

VESELÝ, Radek, 2011. *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*. Vyd. první. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-539-6.

VIKLIČKÝ, Ondřej, Libor JANOUŠEK a Peter BALÁŽ, 2008. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 380 s. ISBN 978-802-4724-553.

VÍT, Michael, 2005. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky: Hygienické zabezpečení rukou při zdravotní péči. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online], 9/2005, s. 13-21 [cit. 2014-04-23]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3577_1771_11.html.

VYHNÁNEK, František, 2003. *Chirurgie I: pro střední zdravotnické školy*. 2. přepr. vyd. Praha: Informatorium, 224 s. ISBN 80-733-3005-9.

WAGNER, Robert, 2009. *Kardioanestezie a perioperační péče v kardiochirurgii*.
1. vyd. Praha: Grada Publishing, 336 s. ISBN 978-802-4719-207.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ, a Ivana ŠTEFKOVÁ, 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 117 s. ISBN 978-807-2628-940.

WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*.
1. české vyd.. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, Z, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac.
a dopl. vyd. Praha: Grada, 512 s. ISBN 978-802-4737-706.

8 Seznam příloh

1. Otázky k rozhovoru
2. Pozorovací arch
3. Přepis rozhovorů
4. Záznam pozorování
5. Postup správného mytí rukou
6. Manuál pro holení operačního pole na urologickém oddělení

Příloha 1 - Otázky k rozhovoru

- 1) Jaká je předoperační příprava u plánovaného příjmu?
- 2) Jak provádíte přípravu operačního pole na vašem oddělení před plánovaným výkonem?
- 3) Jaká je předoperační příprava u akutního/urgentního příjmu?
- 4) Jak provádíte předoperační přípravu operačního pole před urgentním výkonem?
- 5) Jaké krevní odběry odebíráte při plánovaném a urgentním příjmu?
- 6) Kdy holíte operační pole před plánovaným výkonem?
- 7) V jakém rozsahu (plochu) holíte operační pole před plánovanou operací a před akutní operací?
- 8) Kdo holí operační pole ze zdravotnického personálu?
- 9) Čím holíte operační pole?
- 10) Jak dále pečujete (co provádíte) po oholení operačního pole?
- 11) Jaká je péče o operační pole po příjezdu na oddělení z operačního sálu?
- 12) Jak často kontrolujete krytí na operační ráně?
- 13) Co kontrolujete na operační ráně po operaci?
- 14) Kdy provádíte první převaz? A převaz provádíte až dle ordinace lékaře, nebo na vlastním uvážení?
- 15) Čím kryjete ránu po převazu? A kdo tento materiál vybírá?
- 16) Kdy dochází k odstranění stehů z rány?
- 17) Jaká je další péče o operační ránu po odstranění stehů?
- 18) Zaznamenáváte převaz a hodnocení rány? Kam?
- 19) Máte standard na převaz rány?

Příloha 2 - Pozorovací arch

Téma: *Dodržení bariérové péče, intimity a správného postupu holení*

Respondent č.:

Oddělení:

Byl klient poučen, proč se holení provádí? 1-2-3-4-5

Proč:

Byl klient poučen jak si má operační pole připravit? 1-2-3-4-5

Proč:

Bylo klientovi poskytnuto dezinfekční mýdlo? 1-2-3-4-5

Proč:

Bylo před holením provedeno správné mytí rukou? 1-2-3-4-5

Proč:

Vydezinfikovala si sestra ruce po umytí? 1-2-3-4-5

Proč:

Bylo holení provedeno na koupelně, nebo v místnosti kde byl klient sám? 1-2-3-4-5

Proč:

Byla při holení použita správná technika holení? 1-2-3-4-5

Proč:

Dala sestra na lůžko, kde byl klient holen papírové podložky? 1-2-3-4-5

Proč:

Respektovala sestra klientovu intimitu? 1-2-3-4-5

Proč:

Byla k holení použita čistá žiletka?

1-2-3-4-5

Proč:

Byla kůže po oholení odezinfikována?

1-2-3-4-5

Proč:

Bylo lůžko po oholení řádně očištěno a odezinfikováno?

1-2-3-4-5

Proč:

Jak komunikovala sestra s klientem?

1-2-3-4-5

Proč:

Příloha 3 - Přepis rozhovorů

Rozhovor 1

Respondent č. 1, oddělení urologie, 44 let, nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnické s maturitou, 26 let praxe na urologii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Jaká je předoperační příprava u plánovaného příjmu?

„Při plánovaném příjmu k nám na oddělení standardně odebíráme krev, a to na krevní obraz, koagulaci a samozřejmě biochemii. Dále odebíráme moč na K+C a M+S.

Jedná-li se o pacienta staršího věku (40-45 let a více), tak se provádí interní vyšetření, a také lékař ordinuje rentgenové snímky srdce a plic. Následuje anesteziologické konzilium, které objednáme v ARO ambulanci, kde nám lékař napíše premedikaci. Dále provádíme vyprázdnění tlustého střeva, většinou očistným klyzmatem. Od večera pacient lační, tzn.: nejí, nepije a nekouří. Ráno před výkonem provádíme oholení operačního pole, které provádíme ve většině případů na vyšetřovně, občas na koupelně. Po oholení a následné hygieně pacientovi zabandážujeme dolní končetiny, podáme ranní premedikaci, odstraníme šperky, zubní náhrady a ostatní protézy. Pokud je něco navíc, tak to vždy ordinuje lékař.“

Jak provádíte přípravu operačního pole na vašem oddělení před plánovaným výkonem?

„Péči o operační pole provádíme takovou, že klient provede důkladnou hygienu mýdlem a následně operační pole oholíme. Dezinfekční mýdlo na oddělení pro pacienty nemáme.“

Jaká je předoperační příprava u akutního/urgentního příjmu?

„U akutního nebo urgentního příjmu se provádí STATIM odběry a dále dle toho, kolik je času. Pokud je aspoň chvilka času, tak se snažíme aspoň místo, kde se bude provádět operace alespoň trochu omýt. U akutního výkonu holieme operační pole, ale u urgentního výkonu neholíme. Někdy je však toho času velmi málo, a tak se snažíme odstranit alespoň hrubé nečistoty. Někdy se opravdu nestíhá skoro nic, kromě nutných odběrů.“

Jaké krevní odběry odebíráte při plánovaném a urgentním příjmu?

„Standardně se odebírá krevní obraz, biochemie (v biochemii zejména jaterní testy, ionty, CRP, urea a kreatinin), dále koagulace. A z odběrů moče je to K+C a moč + sediment. A u urgentního příjmu je to stejné, jen se neodebírá moč, ale z krve se navíc odebírá krev na transfúzní laboratoř, kde vyšetřují krevní skupinu s Rh faktorem.“

Kdy a kde holíte operační pole?

„Operační pole holíme vždy ráno v den operace. Holíme na vyšetřovně nebo v koupelně.“

V jakém rozsahu (plochu) holíte operační pole před plánovanou a před akutní operací?

„Velikost operačního pole je různá, je to podle výkonu, který se bude u pacienta provádět. A u akutní operace tak se holí preventivně od prsou až do půli stehů.“

Kdo holí operační pole ze zdravotnického personálu?

„Muže holí sanitář nebo zdravotník „bratr“ a ženy sanitářka, ošetrovatelka nebo sestra.“

Čím holíte operační pole?

„Holíme jednorázovou, modrou žiletkou.“

Jak dále pečujete po oholení o operační pole?

„Po oholení dbáme na důkladnou hygienu, kterou provádíme my, nebo sám pacient. To záleží na jeho zdravotním stavu.“

Jaká je péče o operační pole po příjezdu na oddělení z operačního sálu?

„Tak péče se odvíjí od ordinací lékaře. Běžně se však provádí kontrola krytí, jestli není prosáklé, kontrolujeme, zda drény odvádí tekutinu z rány a samozřejmě i na barvu a množství moče. A jako všude na operačních odděleních se měří fyziologické funkce.“

Jak často kontrolujete krytí na operační ráně?

„Krytí kontrolujeme vždy, jak jdeme k pacientovi, takže minimálně stejně často, jako se měří tlak a puls.“

Co kontrolujete na operační ráně po operaci?

„Tak hlavně prosak krytí a pokud krytí měníme, tak samozřejmě se díváme, jak ta rána vypadá a popřípadě odkud krvácí.“

Kdy provádíte první převaz? A převaz provádíte až dle ordinace lékaře, nebo na vlastní uvážení?

„Převaz provádíme dle ordinace lékaře. Pokud je nějaký velký prosak, tak obvaz nadvazujeme a ihned voláme lékaře, který se přijde na ránu podívat. Běžně se první převaz provádí ráno následující den po operaci.“

Čím kryjete ránu po převazu? Kdo tento materiál vybírá?

„Operační ránu vždy kryjeme sterilním krytím, nebo náplastí z netkané textilie.

Tento materiál vždy vybírá lékař, který převaz provádí.“

Kdy dochází k odstranění stehů z rány?

„Ve většině případů to je 7. - 10. den, ale může to být i déle, záleží na tom, jak ta rána vypadá, jak se hojí.“

Jaká je další péče o operační ránu po odstranění stehů?

„Důležitá je hygiena, aby se do rány něco nedostalo a samozřejmě pravidelná dezinfekce a výměna krytí, pokud se rána dále kryje, třeba jen tou náplastí.“

Zaznamenáváte převaz a hodnocení rány? Kam?

„Lékař zaznamenává převaz a stav rány do dekurzu a my do ošetrovatelské dokumentace.“

Máte standard na převaz rány?

„Standard na převaz ran nemáme.“

Rozhovor 2

Respondent č. 2, oddělení urologie, 27 let, nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné, DiS., 5 let praxe na urologii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Jaká je předoperační příprava u plánovaného příjmu?

„Při plánovaném příjmu odebíráme krevní a močové odběry. Dále klienta edukujeme o dietním režimu, tedy od půlnoci nejíst, nepít a nekouřit. Dle ordinace lékaře provádíme vyprázdnění tlustého střeva. Nejčastěji pomocí klyzmatu s vlažnou vodou nebo aplikujeme glycerínové čípky. A podle věku pacienta a ordinace lékaře

objednáváme interní konzilium a rentgenové snímky srdce a plic. A objednáme ARO konzilium. Ráno se provádí oholení operačního pole a bandáže dolních končetin.

Další vyšetření a výkony se provádí dle ordinace lékaře.“

Jak provádíte přípravu operačního pole na vašem oddělení před plánovaným výkonem?

„Operační pole jen holíme, dezinfekce se provádí až na sále. Před oholením klient provádí hygienu ve sprše.“

Jaká je předoperační příprava u akutního/urgentního příjmu?

„Odebíráme krevní odběry označené STATIM, bandáže DK, oholení operačního pole, interní vyšetření a rentgenové vyšetření srdce a plic.“

Jaké krevní odběry odebíráte při plánovaném a urgentním příjmu?

„Při plánované příjmu odebíráme krev, na krevní obraz, koagulaci, biochemii. Standardně v biochemii necháváme vyšetřovat ionty, CRP, jaterní testy, močovinu a kreatinin. U odběrů moče odebíráme moč na kultivaci a citlivost a dále na moč chemicky + sediment. A při akutním a urgentním příjmu se jedná o odběry krve a ty jsou stejné jako u plánovaného příjmu, jen jsou označeny STATIM a doplněny o monovetty na krevní skupinu s Rh faktorem. A operační pole u akutního příjmu holíme a u urgentního neholíme.“

Kdy a kde holíte operační pole?

„Holení operační pole děláme ráno před výkonem. A to na vyšetřovně.“

V jakém rozsahu (plochu) holíte operační pole před plánovanou a před akutní operací?

„Rozsah oholené plochy je různý. Je to podle operace, na kterou klient jde. Běžně však genitálie a podbříšek. A před akutní operací se klient holí od prsních bradavek až ke stehnům.“

Kdo holí operační pole ze zdravotnického personálu?

„U nás na oddělení ženy holí sanitářky, ošetrovatelky nebo my, sestry. Muže zase sanitář.“

Čím holíte operační pole?

„Holí se žiletkou na jedno použití.“

Jak dále pečujete po oholení o operační pole?

„Když je klient oholený, tak ho poučíme o hygieně.“

Jaká je péče o operační pole po příjezdu na oddělení z operačního sálu?

„Péče o operační pole zejména spočívá v kontrole krytí na ráně. Pokud rána příliš krvácí, tak nastavujeme obvaz a neprodleně voláme lékaře.“

Jak často kontrolujete krytí na operační ráně?

„Krytí kontrolujeme při každé příležitosti, minimálně však při měření fyziologických funkcí.“

Co kontrolujete na operační ráně po operaci?

„Po operaci na operační ráně kontrolujeme prosak.“

Kdy provádíte první převaz? A převaz provádíte až dle ordinace lékaře, nebo na vlastní uvážení?

„Běžně se provádí převaz první den po operaci. Ale také i v den operace, při velké sekreci z rány. Pokud je převaz prováděn jinak, tak je to vždy dle ordinace lékaře.“

Čím kryjete ránu po převazu? Kdo tento materiál vybírá?

„Krycí materiál vybírá lékař, ale ránu kryjeme ve většině případů sterilními čtverci nebo sterilním lepením se savou částí.“

Kdy dochází k odstranění stehů z rány?

„Odstranění stehů záleží na ordinaci lékaře, ale nejčastěji je to 7. den od operace.“

Jaká je další péče o operační ránu po odstranění stehů?

„Tak hlavně dezinfekce, řádná hygiena a ze začátku krytí rány, třeba jen náplastí s polštářky.“

Zaznamenáváte převaz a hodnocení rány? Kam?

„Převaz a hodnocení rány píšeme do naší ošetrovatelské dokumentace a lékař do dekurzu.“

Máte standard na převaz rány?

„Standard na převaz ran máme, ale na převaz pooperačních ran ne.“

Rozhovor 3

Respondent č. 3, oddělení urologie, 36 let, nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnické s maturitou, 6 let praxe na chirurgii a 11 let na urologii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Jaká je předoperační příprava u plánovaného příjmu?

„Jedná se hlavně o předoperační odběry krve a moče, rentgenové vyšetření srdce a plic, ale to jen dle věku pacienta a ordinace lékaře. Interní předoperační vyšetření s vyšetřením EKG, které se vyšetřuje také dle věku pacienta a ordinace lékaře. Dále se jedná o dietní doporučení, myslím tím lačnění od půlnoci a s ním i nepít a nekouřit. Vyprázdnění tlustého střeva pomocí očistného klyzmatu. Premedikace dle ARO, oholení operačního pole a bandáže dolních končetin.“

Jak provádíte přípravu operačního pole na vašem oddělení před plánovaným výkonem?

„Tak zejména se provádí oholení operačního pole. A hygiena, která musí být před samotným oholením a výkonem provedena důkladně. Musí si umýt i vlasy.“

Jaká je předoperační příprava u akutního/urgentního příjmu?

„Tak dělají se STATIM odběry, rentgenové vyšetření srdce a plic, interní vyšetření s vyšetřením EKG, oholení operačního pole, premedikace dle ARO a následně se dělají bandáže dolních končetin. A holení toho operačního pole se provádí jen u akutního příjmu, u urgentního ne.“

Jaké krevní odběry odebíráte při plánovaném a urgentním příjmu?

„U plánovaného příjmu to jsou odběry krve a to krevní obraz + diferenciál, koagulace, biochemie. Z biochemie nás zajímají ionty, kreatinin, urea, jaterní testy, glukóza. A u urgentního příjmu to je totožné, někdy se ještě některé hodnoty doplňují, ale to je vždy dle ordinace lékaře. A u urgentního příjmu se ještě navíc odebírá krev na krevní skupinu a pro případ transfúze.“

Kdy a kde holíte operační pole?

„Operační pole holíme ráno v den operace. No a holíme na vyšetřovně.“

V jakém rozsahu (plochu) holíte operační pole před plánovanou a před akutní operací?

„Rozsah oholení se vždy odvíjí od toho, o jakou operaci se jedná, ale ve většině případů se holí genitálie a podbříšek. A u akutní operace se holí celé břicho i s genitáliemi.“

Kdo holí operační pole ze zdravotnického personálu?

„U nás na oddělení holí ženy žena, tedy sanitářka, ošetřovatelka nebo zdravotní sestra a muže zase muž, takže sanitář.“

Čím holíte operační pole?

„K holení používáme jednorázové žiletky.“

Jak dále pečujete po oholení o operační pole?

„Dále jen důkladnou hygienou.“

Jaká je péče o operační pole po příjezdu na oddělení z operačního sálu?

„Péče se hlavně odvíjí od ordinací lékaře. Na operačním poli si kontrolujeme krytí přes operační ránu.“

Jak často kontrolujete krytí na operační ráně?

„Kontrola krytí probíhá vždy, když jdeme měřit fyziologické funkce.“

Co kontrolujete na operační ráně po operaci?

„Kontrolujeme krytí rány, jestli není krvavé, nebo prosáklé. Pokud ano, tak jaký má prosak charakter, nebo co prosakuje. Dále kontrolujeme okolí rány a třeba jestli se ne vytvořil hematom.“

Kdy provádíte první převaz? A převaz provádíte až dle ordinace lékaře, nebo na vlastní uvážení?

„První převaz provádíme dle ordinace lékaře, ale běžně druhý den ráno, po vizitě. Pokud je však prosak rány velký, tak děláme navázání krytí.“

Čím kryjete ránu po převazu? Kdo tento materiál vybírá?

„Ránu kryjeme sterilním krytím, a pokud něčím jiným, tak je to vždy podle přání doktora.“

Kdy dochází k odstranění stehů z rány?

„U nás je to ve většině případů 7. -10. den.“

Jaká je další péče o operační ránu po odstranění stehů?

„Nejčastěji se operační rána odezinfikuje a kryje sterilním krytím, ale občas můžeme přidat na ránu masti pro podporu hojení, ale je to vždy na lékaři.“

Zaznamenáváte převaz a hodnocení rány? Kam?

„Sestry zaznamenávají převaz do ošetrovatelské dokumentace a lékaři do dekurzu.“

Máte standard na převaz rány?

„Standard na převaz ran máme.“

Rozhovor 4

Respondent č. 4, oddělení urologie, 29 let, nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné, DiS., 6 let praxe na urologii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Jaká je předoperační příprava u plánovaného příjmu?

„Při plánovaném příjmu odebíráme krev a moč, zajišťujeme interní konzilium, ke kterému přikládáme EKG záznam. Interní vyšetření a EKG se však dělá jen u pacientů starších 45 let nebo dle ordinace lékaře. Dále se zajišťuje ARO konzilium. Důležité je vyprázdnění před operací. To zajišťujeme pomocí očistného klyzmatu a nebo glycerínových čípků, ale spíš děláme klyzma. Od 24 hodin pacient lační, nepije a nekouří. Ráno se provádí oholení operačního pole, hygiena, bandáže dolních končetin a podání premedikace.“

Jak provádíte přípravu operačního pole na vašem oddělení před plánovaným výkonem?

„Tak příprava operačního pole spočívá v jeho důkladné hygieně a následném oholení. Před oholením se jde pacient vykoupat do koupelny. Celý se pořádně umyje mýdlem. Umyje si i vlasy. Mýdlo používá svoje, dezinfekční mýdlo nemáme “

Jaká je předoperační příprava u akutního/urgentního příjmu?

„Tak příprava je stejná jako u plánovaného příjmu. Provádí se odběry, interní a ARO konzilium a samozřejmě vyprázdnění tlustého střeva. A u holení je to rozdílné.

U urgentního se neholí a u akutního se holí.“

Jaké krevní odběry odebíráte při plánovaném a urgentním příjmu?

„Při odběrech moče vyšetřujeme kultivaci + citlivost a moč chemicky + sediment.

A u krve krevní obraz, koagulace, biochemie. V biochemii jsou to hodnoty jaterních testů, Na, K, Cl, Ca, urea a kreatinin. A u urgentního příjmu jsou to jen krevní odběry, ale označené STATIM a ještě odebíráme krev na krevní skupinu a Rh faktor, pro případ, kdyby se podávaly transfuze.“

Kdy a kde holíte operační pole?

„Ráno před výkonem. A holí se na vyšetřovně nebo někdy v koupelně. Ale spíš na vyšetřovně.“

V jakém rozsahu (plochu) holíte operační pole před plánovanou a před akutní operací?

„V jakém rozsahu se holí, tak to záleží na druhu operace. Ale standardně se vždy holí genitál a podbříšek. A před akutní operací holíme celé břicho.“

Kdo holí operační pole ze zdravotnického personálu?

„Sanitářky, ošetřovatelky, nebo zdravotní sestry holí ženy a muže holí sanitář.“

Čím holíte operační pole?

„Holíme modrou žiletkou, takovou na jedno použití.“

Jak dále pečujete po oholení o operační pole?

„Tak jen nějaká ta hygiena.“

Jaká je péče o operační pole po příjezdu na oddělení z operačního sálu?

„Péče se odvíjí od zákroku, na kterém pacient byl. Ale řídíme se ordinací lékaře. Péče o operační pole je samozřejmě kontrola krytí.“

Jak často kontrolujete krytí na operační ráně?

„Krytí kontrolujeme při každém měření fyziologických funkcí. Ale i kdykoliv jindy třeba, když jdeme na pokoj za jiným pacientem, tak to krytí zkontrolujeme “

Co kontrolujete na operační ráně po operaci?

„Kontrolujeme možný prosak toho krytí. Pokud by bylo prosáklé, tak ho musíme nastavit.“

Kdy provádíte první převaz? A převaz provádíte až dle ordinace lékaře, nebo na vlastní uvážení?

„První převaz provádíme 1. pooperační den, eventuelně při prosaku i dříve, ale to dle ordinace lékaře.“

Čím kryjete ránu po převazu? Kdo tento materiál vybírá?

„Ránu kryjeme běžným sterilním krytím. A toto krytí vybírá lékař. Některý lékař chce obyčejné sterilní krytí, některý chce sterilní krytí z netkaného textilu.“

Kdy dochází k odstranění stehů z rány?

„Odstranění stehů záleží na uvážení lékaře, ale většinou 7. - 8. pooperační den.“

Jaká je další péče o operační ránu po odstranění stehů?

„Další péče se odvíjí od ordinace lékaře, ale většinou tu ránu odezinfikujeme a sterilně kryjeme, buď krytím, nebo lepením.“

Zaznamenáváte převaz a hodnocení rány? Kam?

„Ano, zaznamenáváme. Lékař do dekurzu a sestry do ošetrovatelské dokumentace.“

Máte standard na převaz rány?

„Standard na operační ránu ne, ale na chronickou ránu ano.“

Rozhovor 5

Respondent č. 1, oddělení chirurgie, 35 let, nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, Bc., 17 let praxe na chirurgii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Jaká je předoperační příprava u plánovaného příjmu?

„U plánovaného příjmu se hned odebírají krevní odběry a to krevní obraz, biochemie a koagulace. Z biochemie nás zajímají jaterní testy, glukóza, CRP a ionty. Dále se odebírá moč na kultivaci a citlivost a ještě moč chemicky + sediment.

Potom zajišťujeme vyprázdnění tlustého střeva. Používáme klyzma pomocí Jahnetky s rektální rourkou, kde dáváme 50 ml vlažné vody a 50 ml glycerínu, nebo jen glycerínové čípky.

Podle věku pacienta voláme interní konzilium a dělá se RTG srdce a plic.

Dále zajišťujeme ARO konzilium, které nám napíše premedikaci. Od půlnoci je pacient lačný, nepije a nekouří.

Ráno a někdy i večer holíme operační pole. To podle toho kolik jde na ráno pacientů na sál, tak aby se ráno stíhalo. Ráno dáme pacientovi po koupeli premedikaci, zabandážujeme dolní končetiny a vyčistíme pupek benzínem. Pacient se převleče do empíru, vyndá zubní protézu a šperky. To je tak vše. Pokud je diabetik, tak se dává kapat glukóza s inzulinem, ale to dle ordinace lékaře.“

Jak provádíte přípravu operačního pole na vašem oddělení před plánovaným výkonem?

„Ráno se jde pacient vysprchovat do koupelny, kde si umyje i vlasy. Prostě se celý pořádně umyje a pak se oholí operační pole.“

Jaká je předoperační příprava u akutního/urgentního příjmu?

„U akutního příjmu se v podstatě postupuje stejně jako u plánovaného, jen se vynechává vyprázdnění tlustého střeva, protože bychom tím mohli ten pacientův stav ještě zhoršit. Ale jinak se odebírají odběry, snažíme se zajistit nějakou hygienu, oholení toho operačního pole, což holíme celé břicho a pak je to všechno podle času. A u urgentního příjmu jsme většinou rádi, že odebereme krevní odběry. Většinou si holí pacienty až na sále.“

Jaké krevní odběry odebíráte při plánovaném a urgentním příjmu?

„Při plánovaném příjmu to jsou z krve krevní obraz, biochemie, koagulace a samozřejmě z moče M+S a K+C. A u urgentního příjmu jsou to krevní odběry na krevní obraz, na biochemii, koagulaci a krevní skupina a na tranfúzku. “

Kdy a kde holíte operační pole?

„Operační pole holíme večer, den předem, nebo ráno v den operace. Jak už jsem řekla podle počtu pacientů, kteří budou operováni. A holí se na koupelně.“

V jakém rozsahu (plochu) holíte operační pole před plánovanou a před akutní operací?

„Ve většině případů se holí celé břicho a to je stejné u akutního výkonu.“

Kdo holí operační pole ze zdravotnického personálu?

„Pacienty před operací holí sanitářka nebo sestra. Je jedno, jestli je pacient muž nebo žena.“

Čím holíte operační pole?

„K holení používáme jednorázové žiletky.“

Jak dále pečujete po oholení o operační pole?

„Jak už jsem říkala, jedná se hlavně o hygienu pacienta a čistíme pupek benzínem.“

Jaká je péče o operační pole po příjezdu na oddělení z operačního sálu?

„Po operaci si pacienta hlídáme po stránce fyziologických funkcí. Takže měříme tlak, puls, saturaci kyslíku. Kontrolujeme, jak vedou drény a jestli něco vůbec odvádějí.

A kontrolujeme krytí na operační ráně.“

Jak často kontrolujete krytí na operační ráně?

„Při každém měření těch fyziologických funkcí.“

Co kontrolujete na operační ráně po operaci?

„Tak zajímá nás, jestli krytí neprosakuje, jestli je okolí klidné, jestli tam není modřina.“

Kdy provádíte první převaz? A převaz provádíte až dle ordinace lékaře, nebo na vlastní uvážení?

„První převaz standardně provádíme druhý den ráno, po vizitě. Ale záleží na lékaři, někdy chce udělat převaz až druhý pooperační den.“

Čím kryjete ránu po převazu? Kdo tento materiál vybírá?

„Dáváme sterilní krytí, které přilepíme lepením a nebo Omnifixem.“

Kdy dochází k odstranění stehů z rány?

„To je různé, podle toho jak rána vypadá, ale většinou 7. den po operaci.“

Jaká je další péče o operační ránu po odstranění stehů?

„Pokud jsou stehy odstraněny, tak ránu dezinfikujeme, promazáváme – Kalciovou masťou nebo vazelínou a ze začátku kryjeme sterilními čtverci.“

Zaznamenáváte převaz a hodnocení rány? Kam?

„My, tedy sestry zaznamenáváme převaz a hodnocení rány do ošetřovatelské dokumentace a ještě do speciálního formuláře na převaz ran, kam píšeme, jak rána vypadá, jaké jsou okraje a spodina rány. Dále zapisujeme, čím byla provedena dezinfekce, co bylo do rány podáno, čím se krylo a jméno lékaře, který ránu převazoval. A pokud je to převaz operační rány, tak jen do ošetřovatelské dokumentace a lékař do dekurzu.“

Máte standard na převaz rány?

„Standard na převaz ran máme.“

Rozhovor 6

Respondent č. 2, oddělení chirurgie, 55 let, nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnické s maturitou, 15 let praxe na LDN, 20 let praxe u obvodního lékaře a 2 roky praxe na chirurgii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Jaká je předoperační příprava u plánovaného příjmu?

„Při plánované operaci odebíráme krev u pacienta a moč. Pak jde do ARO ambulance, kde na základně zhodnocení zdravotního stavu pacienta napíše lékař premedikaci.

Dále vyprázdníme tlusté střevo a to klyzmatem z Jahnetky s rektálkou. Pak poučím pacienta, aby od půlnoci nejedl a nepil a nechodil kouřit a podám večerní premedikaci, pokud je naordinovaná. Pacient se jde vykoupat, dále ráno oholíme operační pole, vyčistíme pupek benzínem, zabandážujeme dolní končetiny a vyndáme zubní protézy a šperky.“

Jak provádíte přípravu operačního pole na vašem oddělení před plánovaným výkonem?

„Před plánovaným výkonem operační pole pořádně umyjeme a oholíme.“

Jaká je předoperační příprava u akutního/urgentního příjmu?

„Veškerá předoperační příprava u akutního příjmu se odvíjí od času, který máme, než přijde pacient na sál. Takže odebíráme krevní odběry, zajistíme alespoň základní hygienu a oholení operačního pole. A pokud je čas tak i interní konzilium, konzilium anesteziologa a rentgenové snímky. Dále vyčištění pupku benzínem a bandáže dolních končetin. U urgentního příjmu odebereme krev a odstraníme hrubé nečistoty a ani neholíme, na to není čas.“

Jaké krevní odběry odebíráte při plánovaném a urgentním příjmu?

„Při plánovaném příjmu se odebírá krev na krevní obraz, koagulaci a biochemii, ve které necháváme základně vyšetřovat ionty, glukózu, jaterní testy, CRP a dále dle ordinace lékaře. A z moče se vyšetřuje K+C a moč + sediment. A u urgentního příjmu

se odebírá z krve totéž, ale ještě se odebírá krev pro případ objednání transfuzí, takže krev na krevní skupinu a Rh faktor. Moč nevyšetřujeme.“

Kdy a kde holíte operační pole?

„No holit by se mělo ráno před operací, to holíme, ale někdy se snažíme holkám na ranních směnách ušetřit čas, tak někdy holíme i večer. A holení se dělá na koupelce.“

V jakém rozsahu (plochu) holíte operační pole před plánovanou a před akutní operací?

„Standardně holíme celé břicho a u akutních operací se holí od prsních bradavek až do půlky stehen.“

Kdo holí operační pole ze zdravotnického personálu?

„Holí sanitářky, ale i my. Sanitáři u nás pacienty neholí, nemají na to čas, tak to děláme my a sanitářky.“

Čím holíte operační pole?

„K holení používáme modrou žiletku na jedno použití, asi jako všude tady v nemocnici.“

Jak dále pečujete po oholení o operační pole?

„Pak jde už jen o nějakou drobnou hygienu. A taky čistíme pupek štetíčkou s benzínem.“

Jaká je péče o operační pole po příjezdu na oddělení z operačního sálu?

„Na operačním poli kontrolujeme krytí operační krytí, jestli není prosáklé.“

Jak často kontrolujete krytí na operační ráně?

„Prvně kontrolujeme krytí každých 15 minut, pak po 30 minutách. Je to vlastně interval, jak se chodí měřit tlak a pulz.“

Co kontrolujete na operační ráně po operaci?

„Na té ráně kontrolujeme to krytí z operačního sálu. Jestli není prosáklé. Ale taky se dívám, jak vypadá okolí té rány.“

Kdy provádíte první převaz? A převaz provádíte až dle ordinace lékaře, nebo na vlastní uvážení?

„První převaz probíhá první pooperační den, po vizitě. A pokud krytí prosakuje při příjezdu ze sálu, tak ho buď vyměníme, ale spíš nastavíme dalším a voláme lékaře.“

Čím kryjete ránu po převazu? Kdo tento materiál vybírá?

„Materiál, kterým bude rána krytá, vybírá lékař a většinou kryjeme sterilním krytím, které přichytíme proužky Omnifixu a nebo ránu kryjeme sterilní náplastí s polštářkem.“

Kdy dochází k odstranění stehů z rány?

„Stehy doktor odstraňuje přibližně 7. - 8. den po operaci.“

Jaká je další péče o operační ránu po odstranění stehů?

„Tak další péče spočívá v tom, že ránu odezinfikujeme a kryjeme a pokud je rána suchá, tak nekryjeme, ale můžeme promašťovat.“

Zaznamenáváte převaz a hodnocení rány? Kam?

„Převaz klidné operační rány zapisujeme do ošetrovatelské dokumentace. Pokud se operační rána nehojí a její hojení je složité, tak péči o ni zaznamenáváme do papíru, určeného na hodnocení ran.“

Máte standard na převaz rány?

„Standard na převaz ran máme.“

Rozhovor 7

Respondent č. 3, oddělení chirurgie, 24 let, nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné, DiS., 2 roky praxe na chirurgii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Jaká je předoperační příprava u plánovaného příjmu?

„U plánovaného příjmu? Tak to jsou odběry, vyšetření internistou a anesteziologem. Pak je to vyprázdnění. U nás na oddělení vyprazdňujeme tlusté střevo vlažnou vodou s glycerínem, které nasajeme do Jahnetky a aplikujeme přes rektálku. Pak musí být pacient od půlnoci lačný a nepije. Ráno oholíme operační pole, pacient se vykoupe ve sprše. Pak mu dám zapít trochou čaje premedikaci. Dál zabandážujeme nohy a vyčistím pupek štětičkou

s benzínem. A převleču pacienta do „anděla“. A pokud má vyndávací zuby pacient, tak vyndáme zuby a třeba i řetízky a prstýnky a hodinky sundáme“

Jak provádíte přípravu operačního pole na vašem oddělení před plánovaným výkonem?

„Operační pole si pacient umyje, nebo my ho umyjeme, pak se holí, na sále před operací operační pole odezinfikují.“

Jaká je předoperační příprava u akutního/urgentního příjmu?

„Tak u akutního příjmu se snažíme zajistit to stejné jako u plánovaného, ale velmi rychle. Neděláme teda vyprázdnění tlustého střeva. A hygienu většinou stihneme jen základní, třeba umýt jen to břicho. A u urgentního příjmu odebereme krevní odběry, očistíme pacienta od velkých nečistot, jestli nějaké má a operační pole se holí až na sále.“

Jaké krevní odběry odebíráte při plánovaném a urgentním příjmu?

„Takže při plánovaném příjmu to je biochemie, krevní obraz a koagulace. Z biochemky to je glukóza, jaterní testy, ionty, CRP a někdy i močovina a kreatinin. To je na lékaři, co vše chce z té krve vyšetřit. A u urgentního příjmu je to to stejný, jen se ještě odebírá krev na tranfúzku, aby vyšetřili krevní skupinu a Rh faktor.“

Kdy a kde holíte operační pole?

„To už jsem říkala, ráno před operací. A kde? No na koupelně nebo na pokoji, což by se asi nemělo.“

V jakém rozsahu (plochu) holíte operační pole před plánovanou a před akutní operací?

„Před normální operací holíme celý břicho i podbříšek. A před akutní operací je to stejné, jen se holí už od poloviny hrudníky, do poloviny steh.“

Kdo holí operační pole ze zdravotnického personálu?

„Holí sestry nebo sanitářky. Podle toho, kdo má čas, jestli sestra nebo sanitářka.“

Čím holíte operační pole?

„Modrá žiletka, která se pak vyhodí.“

Jak dále pečujete po oholení o operační pole?

„To už jsem taky říkala! Pak jen nějaká ta hygiena a vyčištění pupku benzínem.“

Jaká je péče o operační pole po příjezdu na oddělení z operačního sálu?

„Po příjezdu na oddělení kontrolujeme, jestli není prosáklé krytí, kterým je zakryta operační rána, a třeba se dívám, jestli není okolo rány nějaký velký hematom.“

Jak často kontrolujete krytí na operační ráně?

„No to krytí kontrolujeme, co já vím, každých 30 minut? Asi tak nějak.“

Co kontrolujete na operační ráně po operaci?

„Tak kontroluju prosak toho krytí a při převazech se dívám, jestli tam není nějaké zarudnutí, hematom, napnutí kůže a jestli drén odvádí.“

Kdy provádíte první převaz? A převaz provádíte až dle ordinace lékaře, nebo na vlastní uvážení?

„Převaz je vždy ordinován lékařem.“

Čím kryjete ránu po převazu? Kdo tento materiál vybírá?

„Na ránu dáváme sterilní krytí, které přilepíme náplastí, nebo Omnifixem.“

Kdy dochází k odstranění stehů z rány?

„Stehy naši doktoři vyndávají tak 7. - 8. den po operaci. Ale někdy je to i později.“

Jaká je další péče o operační ránu po odstranění stehů?

„Po vyndání stehů většinou pacient odchází domů, tak to ránu odezinfikujeme a sterilně kryjeme a doporučíme pacientovi, aby operační ránu promašťoval třeba neslaným sádlem.“

Zaznamenáváte převaz a hodnocení rány? Kam?

„Převaz zapisujeme do ošetrovatelské dokumentace a doktor do dekurzu.“

Máte standard na převaz rány?

„Ano, standard na převaz rány máme.“

Rozhovor 8

Respondent č. 4. oddělení chirurgie, 40 let, nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnické s maturitou, 21 let praxe na chirurgii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Jaká je předoperační příprava u plánovaného příjmu?

„Předoperační příprava je hned u příjmu pacienta, to se odebírají krevní odběry a pak

i moč. Pak jde pacient do ARO ambulance, kde je vyšetřen anesteziologem, který nám napíše premedikaci, kterou podáme večer a ráno před operací. Pak se to všechno odvíjí od toho, co nám lékař napíše, takže se dělá vyprázdnění tlustého střeva mikroklyzmatem z Jahnety s nasazenou rektálkou. A pokud lékař naordinuje, tak domlouváme interní konzilium a natočení EKG. No a od půlnoci je pacient nalačno a ráno se oholí operační pole, pacient se vykoupe. A těsně před odjezdem na sál se vyčistí pupek benzínem a zavážou se nohy elastickými obinadly. A ještě musíme odstranit šperky a zubní protézy. A pacient na sál jede v „andělovi“.

Jak provádíte přípravu operačního pole na vašem oddělení před plánovaným výkonem?

„Tak operační pole připravujeme tak, že dbáme na jeho důkladné hygieně, a pak ho oholíme.“

Jaká je předoperační příprava u akutního/urgentního příjmu?

„Tak pokud si dobře vzpomínám, tak u akutního se snažíme zajistit to stejný jak u normálního, jen to děláme tak spíš za poklusu, protože na to všechno máme málo času oproti plánovanému příjmu. A u urgentního odebereme jen krevní odběry, a pokud je pacient špinavý, tak odstraníme jen ty největší hrubé nečistoty, ale neholíme. A ani u jednoho neděláme vyprázdnění tlustého střeva.“

Jaké krevní odběry odebíráte při plánovaném a urgentním příjmu?

„U plánovaného příjmu odebíráme krev na biochemii, krevní obraz a koagulaci. A u urgentního příjmu je to stejné, ale ještě se odebere do dalších dvou monovett krev na krevní skupinu a Rh faktor.“

Kdy a kde holíte operační pole?

„Tak holit by se mělo ráno před operací, ale vždycky to tak není, co si budeme říkat. Takže někdy i večer před operací. A holí se na koupelně.“

V jakém rozsahu (plochu) holíte operační pole před plánovanou a před akutní operací?

„Při normální operaci holíme břicho, někdy i podbříšek, to záleží, na jakou operaci pacient jde. A u akutní se holí od prsních bradavek až do půlky stehen a u urgentní my neholíme, to holí až na sále.“

Kdo holí operační pole ze zdravotnického personálu?

„U nás na chirurgii holí všechny pacienty sestra nebo sanitářka.“

Čím holíte operační pole?

„Na holení máme na oddělení žiletky na jedno použití.“

Jak dále pečujete po oholení o operační pole?

„Dále o oholené operační pole pečuje jen tak, že pak štětičkou a benzínem odmastíme a vyčistíme pupek.“

Jaká je péče o operační pole po příjezdu na oddělení z operačního sálu?

„Péče je asi taková, že ti to celé operační pole prohlídnu a zkontroluju si krytí na ráně.“

Jak často kontrolujete krytí na operační ráně?

„Krytí a i vědomí kontroluju vždy, když jdu k pacientovi, takže bych řekla, že ten interval je stejný, jak při měření tlaku a pulzu po operaci.“

Co kontrolujete na operační ráně po operaci?

„Co kontroluju? Tak kontroluju, jestli rána krvácí a jak moc krvácí, pak jestli je zarudlá, takže známky infekce a třeba i barvu okolí, protože tam může být modřina a může do té okolní tkáně téct krev.“

Kdy provádíte první převaz? A převaz provádíte až dle ordinace lékaře, nebo na vlastní uvážení?

„První převaz se většinou dělá druhý den ráno. Ale pokud rána moc krvácí po příjezdu ze sálu, tak se volá lékař a převaz se dělá ještě v den, kdy byl pacient operován.“

Čím kryjete ránu po převazu? Kdo tento materiál vybírá?

„Ke krytí rány používáme sterilní krytí. A když to jsou jen malé rány, třeba po laparoskopii, tak je kryjeme náplastí, podobné Omnifixu, která má i savou vrstvičku.“

Kdy dochází k odstranění stehů z rány?

„Stehy z rány u nás lékaři vyndávají okolo 6. - 10. pooperačního dne, záleží to na tom, jak ta rána vypadá.“

Jaká je další péče o operační ránu po odstranění stehů?

„Pokud pacient i po vyndání stehů zůstává u nás na oddělení, tak se rána odezinfikuje a kryje sterilním krytím, ale pokud je rána klidná a neprosakuje, tak se to jen odezinfikuje a dál už se nekryje a třeba 2x za den se promašťuje vazelínou nebo kalciovou masťou.“

Zaznamenáváte převaz a hodnocení rány? Kam?

„Tak převaz a hodnocení rány samozřejmě zaznamenáváme. My to píšeme do sesterské, teda ošetrovatelské dokumentace a doktor do dekurzu.“

Máte standard na převaz rány?

„Standard máme na převaz ran, ale ne přímo operačních ran.“

Příloha 4 - Záznam pozorování

Pozorování 1

Respondent č. 1, oddělení urologie, 44 let, nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnické s maturitou, 26 let praxe na urologii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Byl klient poučen, proč se holení provádí?

Během rozhovoru, který sestra s klientem vedla, bylo řečeno, že se holení provádí jen z důvodu toho, že to musí být k operaci uděláno. Tato odpověď je velmi nedostačující a pro klienta nic neříkající, proto byla odpověď ohodnocena známkou 4.

Byl klient poučen jak si má operační pole připravit?

Poučen klient o přípravě operačního pole před oholením byl, ale až se sestry sám přišel zeptat, jestli se má jít před operací vykoupat. Z tohoto důvodu hodnotíme známkou 4.

Bylo klientovi poskytnuto dezinfekční mýdlo?

Klientům nebylo poskytnuto dezinfekční mýdlo na umytí, protože takové mýdlo pro klienty na oddělení vůbec nemají. Klasifikujeme tedy známkou 5.

Bylo před holením provedeno správné mytí rukou?

Ano, mytí rukou bylo provedeno, ale nebylo podle předepsaných postupů, proto hodnotíme známkou 2.

Vydezinfikovala si sestra ruce po umytí?

Ne, po umytí si sestra ruce neodezinfikovala, pouze si je osušila a ihned si navlékla rukavice. Tento bod hodnotíme známkou 5.

Bylo holení provedeno na koupelně, nebo v místnosti kde byl klient sám?

Samotné holení bylo provedeno na vyšetřovně, kde byl klient sám a byla zajištěna jeho intimita. Proto hodnotíme známkou 1.

Byla při holení použita správná technika holení?

Ano, samotné holení probíhalo na sucho, po směru růstu chlupů, aby posléze nedocházelo k jejich zarůstání, hodnocení je tedy 1.

Dala sestra na lůžko, kde byl klient holen, papírové podložky?

Ano, papírové podložky byly již nachystány. Sestra je chystají po každém umytí vyšetřovacího lůžka, na kterém probíhá i holení. Hodnotíme známkou 1.

Respektovala sestra klientovu intimitu?

Klientova intimita byla sestrou respektována. Holení probíhalo pouze za přítomnosti sestry, která odhalovala pouze místa, která byla třeba. Klasifikujeme tento postup za 1.

Byla k holení použita čistá žiletka?

K holení byla použita jednorázová modrá žiletka, kterou sestra po použití vyhodila do kontejneru na ostré předměty. Hodnotíme tedy taktéž 1.

Byla kůže po oholení odezinfikována?

Kůže po oholení odezinfikována nebyla, hodnotíme tedy známkou 5.

Bylo lůžko po oholení řádně očištěno a odezinfikováno?

Ano, vyšetřovací lůžko, na kterém klient ležel, bylo odezinfikováno Desprejem a řádně otřeno. Na odezinfikované lůžko byly nachystány nové papírové podložky. Tento výkon hodnotíme známkou 1.

Jak komunikovala sestra s klientem?

Komunikaci sestry s klientem hodnotíme číslem 2. Sestra byla velmi milá, ochotná, ale nezajímala se nonverbální projevy, z tohoto důvodu hodnotíme známkou 2.

Pozorování 2

Respondent č. 2, oddělení urologie, 27 let, nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné, DiS., 5 let praxe na urologii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Byl klient poučen, proč se holení provádí?

Ano, sestra velmi vstřícně a srozumitelně vysvětlila klientovi proč je třeba operační pole oholit. Tento bod hodnotíme známkou 1.

Byl klient poučen jak si má operační pole připravit?

Klient byl ihned ráno informován o tom, jak bude vše probíhat a byl poučen o tom,

že se má jít vysprchovat a posléze mu bude oholeno operační pole. Celkovou edukační schopnost sestry hodnotíme známkou 1.

Bylo klientovi poskytnuto dezinfekční mýdlo?

Dezinfekční mýdlo klientovi poskytnuto nebylo, protože ho nemají na oddělení pro klienty. Klient používá svoje vlastní mýdlo. Tento nedostatek hodnotíme známkou 5.

Bylo před holením provedeno správné mytí rukou?

Před samotným holením bylo provedeno mytí rukou, ale ne podle předepsaných postupů, z tohoto důvodu hodnotíme známkou 2.

Vydezinfikovala si sestra ruce po umytí?

Po samotném mytí rukou následovala jejich dezinfekce a po zaschnutí dezinfekce si sestra navlékla rukavice. Tento postup hodnotíme známkou 1.

Bylo holení provedeno na koupelně, nebo v místnosti kde byl klient sám?

Samotné holení proběhlo na vyšetřovně, za přítomnosti sestry.

Byla při holení použita správná technika holení?

Při holení byla použita technika suchého holení. Sestra holila po směru růstu ochlupení, což je správně, proto hodnotíme takovýto postup známkou 1.

Dala sestra na lůžko, kde byl klient holen papírové podložky?

Tyto papírové podložky byly pravidelně měněny po každém klientovi. Tudiž musíme též hodnotit velmi pozitivně, tedy známkou 1.

Respektovala sestra klientovu intimitu?

Ano, sestra velmi dbala, aby na vyšetřovnu nikdo jiný nechodil a snažila se klienta co nejméně odhalovat. Hodnocení tohoto postupu je 1.

Byla k holení použita čistá žiletka?

Ano, byla použita jednorázová žiletka a byla i správně vyhozena do boxu na ostré předměty. Zde udělujeme též známku 1.

Byla kůže po oholení odezinfikována?

Nebyla. Kůži po oholení na oddělení nedezinfikují. Z toho vyplývá hodnocení známkou 5.

Bylo lůžko po oholení řádně očištěno a odezinfikováno?

Vyšetřovací lůžko bylo po každém klientovi řádně odezinfikováno dezinfekcí ve spreji a následně otřeno. Na čisté lůžko byly dány čisté jednorázové papírové podložky. Klasifikace tohoto postupu je za 1.

Jak komunikovala sestra s klientem?

Komunikaci hodnotíme velmi pozitivně. Sestra byla milá, vstřícná, zajímalo ji, zda klienta něco nebolí, nebo jestli ho něco zajímá, než půjde na operační výkon. Hodnotíme tedy 1.

Pozorování 3

Respondent č. 3, oddělení urologie, 36 let, nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnické s maturitou, 6 let praxe na chirurgii a 11 let na urologii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Byl klient poučen, proč se holení provádí?

Klient byl poučen hned dvakrát. Jednou od noční sestry a následně ráno od sestry z denní směny. Tento postup hodnotím velmi pozitivně, za 1. Klient tak věděl, proč se oholení provádí a sám vnímal zájem sester velmi kladně.

Byl klient poučen jak si má operační pole připravit?

Taktéž byl poučen dvakrát. Hodnocení za 1.

Bylo klientovi poskytnuto dezinfekční mýdlo?

Dezinfekční mýdlo na oddělení nemají, proto tento postup v péči o operační pole hodnotíme známkou 5.

Bylo před holením provedeno správné mytí rukou?

Mytí rukou před holení operačního pole sestra vůbec neprovedla. Tento značný nedostatek musíme ohodnotit známkou 5.

Vydezinfikovala si sestra ruce po umytí?

Ano, na neumyté ruce si nanasla dezinfekci, kterou vmasírovala do kůže. Následně po zaschnutí dezinfekce si na ruce navlékla rukavice. Klasifikujeme postup známkou 1.

Bylo holení provedeno na koupelně, nebo v místnosti kde byl klient sám?

Ráno před operací proběhlo holení na vyšetřovně, kde byl pouze klient a sestra.

Proto zdě udělujeme známku 1.

Byla při holení použita správná technika holení?

Sestra holila operační pole na sucho, i technika byla zvolena správně, tudíž výkon hodnotíme za 1.

Dala sestra na lůžko, kde byl klient holen papírové podložky?

Již při příchodu klienta na vyšetřovnu, byly na vyšetřovacím lůžku nachystány čisté papírové ubrousky. Takovýto systém hodnotíme velmi kladně, tedy za 1.

Respektovala sestra klientovu intimitu?

Sestra respektovala klientovu intimitu. Před holením zajistila, aby při samotném holení byla na vyšetřovně sama s klientem. I za předpokladu, že na vyšetřovně byla sestra s klientem sama, tak se snažila klienta neodhalovat více, než bylo nutné. Z tohoto důvodu hodnotíme zvolený postup sestry za 1.

Byla k holení použita čistá žiletka?

K oholení operačního pole byla použita jednorázová čistá žiletka. Klasifikace postupu je tedy na výbornou, tedy známku 1.

Byla kůže po oholení odezinfikována?

Kůže po oholení nebyla nikterak dále ošetřena, tento postup je značně nevyhovující a hodnotíme ho známkou 5.

Bylo lůžko po oholení řádně očištěno a odezinfikováno?

Vyšetřovací lůžko, na kterém byl klient oholen bylo následně očištěno a odezinfikováno dezinfekcí na povrchy ve spreji (Desprej). Posléze osušeno a dále na něj byly nachystány čisté papírové podložky. Hodnocení je za 1.

Jak komunikovala sestra s klientem?

Sestra s klientem hovořila velmi přátelsky a snažila se vysvětlit, jak celý den bude probíhat a zajímaly ji dotazy klienta. Snažila se klienta uklidnit a zbavit pochybností před operačním výkonem. Postup sestry hodnotíme kladně, známkou 1.

Pozorování 4

Respondent č. 4, oddělení urologie, 29 let, nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné, DiS., 29 let praxe na urologii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Byl klient poučen, proč se holení provádí?

Klient byl ihned ráno, jak přišla sestra do služby poučen, že se má jít vysprchovat a poté mu oholí operační pole, aby mohl lékař operaci provést. Sestra mu i vysvětlila, že chlupy musí být oholeny důvodu, aby se zamezilo vzniku infekce. Celkový rozhovor hodnotíme výborně, za 1.

Byl klient poučen jak si má operační pole připravit?

Ihned ráno byl poučen o řádné hygieně pře oholením a dalším postupu. Hodnotíme též 1.

Bylo klientovi poskytnuto dezinfekční mýdlo?

Ne, klientovi nebylo poskytnuto dezinfekční mýdlo. Na oddělení ho pro klienty vůbec nemají. Z tohoto důvodu za tento bod udělujeme známku 5.

Bylo před holením provedeno správné mytí rukou?

Sestra si jako jedna z mála ruce umyla a to i správným postupem. Je to tedy důvod, hodnocení známkou 1.

Vydezinfikovala si sestra ruce po umytí?

Ano, sestra si po umytí ruce odezinfikovala a po zaschnutí dezinfekce si oblékla rukavice. Takový postup hodnotíme známkou 1.

Bylo holení provedeno na koupelně, nebo v místnosti kde byl klient sám?

Holení operačního pole bylo provedeno na koupelně, kde je vyšetřovací lůžko. Holení proběhlo před tím, než byli ostatní klienti vysláni do koupelny. Na dveřích sestra nastavila cedulku na OBSAZENO. Hodnotíme tedy známkou 1.

Byla při holení použita správná technika holení?

Ano, holení bylo provedeno na sucho a po směru růstu chlupů. Zvolený postup hodnotíme známkou 1.

Dala sestra na lůžko, kde byl klient holen papírové podložky?

Na lůžku již byly nachystány čisté papírové ubrousky, které byly po každém klientovi měněny. Toto je správný postup, proto hodnotíme známkou 1.

Respektovala sestra klientovu intimitu?

Ano, sestra klientovu intimitu respektovala. Neodhalovala ho více, než bylo třeba. Respektovala jeho stud. Takový postup hodnotíme známkou 1

Byla k holení použita čistá žiletka?

K holení sestra použila modrou, jednorázovou žiletku. Hodnotíme též za 1.

Byla kůže po oholení odezinfikována?

Po oholení sestra kůži neodezinfikovala, sdělila klientovi, že kůže bude odezinfikována až na operačním sále pomocí jodové dezinfekce.

Bylo lůžko po oholení řádně očištěno a odezinfikováno?

Vyšetřovací lůžko bylo po každém pacientovi řádně očištěno a odezinfikováno dezinfekcí na povrchy. Tento postup je správný, proto hodnotíme za 1.

Jak komunikovala sestra s klientem?

:

Sestra komunikovala velmi přívětivě a klidně, ale po všech poučení, která klientovi sdělila, tak komunikace vážla. Sestra se během komunikace nezajímala o případnou bolest a tahání při holení, z tohoto důvodu hodnotíme známkou 3.

Pozorování 5

Respondent č. 1, oddělení chirurgie, 35 let, nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, Bc., 17 let praxe na chirurgii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Byl klient poučen, proč se holení provádí?

Sestra klientovi sdělila: „je to potřeba, aby mohl pak doktor operaci udělat“.

Takovou edukaci hodnotíme jako nedostatečnou, tedy známkou 5.

Byl klient poučen jak si má operační pole připravit?

Klient byl informován o hygieně v koupelně před operací a oholením. V tomto případě postup sestry hodnotíme známkou 1.

Bylo klientovi poskytnuto dezinfekční mýdlo?

Dezinfekční mýdlo klientovi poskytnuto nebylo

Bylo před holením provedeno správné mytí rukou?

Ruce si sestra neumyla ani na vyšetřovně při přípravě pomůcek, tak ani na pokoji klienta. Hodnocení je tedy za 5.

Vydezinfikovala si sestra ruce po umytí?

Sestra si ruce nevydezinfikovala a ani nepoužila rukavice. Z tohoto důvodu nemůžeme hodnotit jinak, než známkou 5.

Bylo holení provedeno na koupelně, nebo v místnosti kde byl klient sám?

Holení bylo provedeno na pokoji, mezi ostatními klienty, bez použití pleny. Za tento postup sestře udělujeme známku 5.

Byla při holení použita správná technika holení?

Ano, sestra provedla holení na sucho, po směru růstu chlupů. Sestra po oholení vyčistila pupek benzínem. Udělujeme za to známku 1.

Dala sestra na lůžko, kde byl klient holen papírové podložky?

Ne, klient byl holen u sebe v lůžku na pokoji, proto hodnotíme známkou 5.

Respektovala sestra klientovu intimitu?

Žádný respekt ke klientovu studu sestra neměla. Nesnažila se klienta zakrýt, aby na jeho obnažené tělo ostatní klienti neviděli. Toto je důvod, proč sestře udělujeme známku 5.

Byla k holení použita čistá žiletka?

Ano k oholení byla použita jednorázová žiletka. Za tento postup hodnotíme sestru známkou 1.

Byla kůže po oholení odezinfikována?

Kůže odezinfikována nebyla, proto hodnotíme známkou 5.

Bylo lůžko po oholení řádně očištěno a odezinfikováno?

Lůžko nebylo po oholení řádně očištěno, protože holení bylo provedeno na lůžku pacienta, na pokoji. Oholené chlupy smetla rukou z lůžka na zem. Takový postup hodnotíme známkou 5.

Jak komunikovala sestra s klientem?

Sestra s klientem hovořila velmi arogantně a povýšeně, proto celkovou komunikaci sestry hodnotíme známkou.

Pozorování 6

Respondent č. 2, oddělení chirurgie, 55 let, nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnické s maturitou, 15 let praxe na LDN, 20 let praxe u obvodního lékaře a 2 roky praxe na chirurgii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Byl klient poučen, proč se holení provádí?

Ano, klient byl velmi důkladně edukován sestrou proč a za jakým účelem se kůže musí oholit. Proto si sestra zaslouží známku 1.

Byl klient poučen jak si má operační pole připravit?

Ano sestra klienta poučila o důkladné hygieně a vysvětlila i dezinfekci operačního pole na operačním sále. Z tohoto důvodu sestře udělujeme známku 1.

Bylo klientovi poskytnuto dezinfekční mýdlo?

Klientovi nebylo umožněno umýt se dezinfekčním mýdlem, protože toto mýdlo není na oddělení k dispozici. Tento bod tedy hodnotíme negativně, tedy známkou 5.

Bylo před holením provedeno správné mytí rukou?

Mytí rukou provedla sestra na převazovně, ale byl použit předepsaný postup, z tohoto důvodu udělujeme známku 3.

Vydezinfikovala si sestra ruce po umytí?

Ano, sestra si ruce vydezinfikovala na pokoji pacienta, teprve až pak si navlékla rukavice. Udělujeme tedy známku 1.

Bylo holení provedeno na koupelně, nebo v místnosti kde byl klient sám?

Holení sestra provedla na pokoji pacienta, kde byli ještě další 2 klienti. Hodnotíme tento postup nedostatečnou, tedy 5.

Byla při holení použita správná technika holení?

Ano, při holení sestra použila správnou techniku. Holila na sucho a po směru růstu ochlupení. Pupek byl po oholení ještě očištěn štětičkou s benzínem. Zde sestru hodnotíme známkou 1.

Dala sestra na lůžko, kde byl klient holen papírové podložky?

Na lůžko, žádné papírové podložky nedala, z tohoto důvodu známkuje sestru za 5.

Respektovala sestra klientovu intimitu?

Žádný respekt ke klientově intimitě sestra neměla, během holení nebyla použita ani plenta. Tento postup též hodnotíme negativně a rovněž známkou 5.

Byla k holení použita čistá žiletka?

Žiletka pro oholení byla použita nová, čistá, jednorázová. Ovšem, za tento postup udělujeme známku 1.

Byla kůže po oholení odezinfikována?

Kůže po oholení odezinfikována nebyla. Sestra neměla ani dezinfekci připravenou v pomůckách na holení. Zde opět udělujeme známku 5.

Bylo lůžko po oholení řádně očištěno a odezinfikováno?

Lůžko být odezinfikováno nemohlo, jednalo se o povlečené lůžko klienta na pokoji. Oholené chlupy sestra sklepala na zem. Zde opět hodnotíme známkou 5.

Jak komunikovala sestra s klientem?

Na klienta sestra byla velmi milá a vše se snažila klientovi vysvětlit. Za její milý přístup udělujeme známku 1.

Pozorování 7

Respondent č. 3, oddělení chirurgie, 24 let, nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné, DiS., 2 roky praxe na chirurgii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Byl klient poučen, proč se holení provádí?

Ano, sestra klientovi sdělila: „dělá se to proto, aby Vám po operaci nevznikly komplikace kvůli chlupům“.

Byl klient poučen jak si má operační pole připravit?

Ano, ráno sestra klientovi vysvětlila zásady správné hygieny a upozornila i na umytí vlasů, zde také udělujeme známku 1.

Bylo klientovi poskytnuto dezinfekční mýdlo?

Na oddělení se dezinfekční mýdlo nepoužívá, tedy hodnocení je za 5.

Bylo před holením provedeno správné mytí rukou?

Sestra si na vyšetřovně umyla ruce dle obrázků správného postupu mytí rukou. Ta to jí udělujeme známku 1.

Vydezinfikovala si sestra ruce po umytí?

Ruce si sestra odezinfikovala na pokoji u pacienta a následně si v koupelně navlékla rukavice. Zde také udělujeme známku 1.

Bylo holení provedeno na koupelně, nebo v místnosti kde byl klient sám?

Ano, holení proběhlo na koupelně, kde byla s klientem pouze sestra. Hodnotíme za 1.

Byla při holení použita správná technika holení?

Ano, sestra holila po směru růstu ochlupení a holila na sucho, následně byl očištěn pupek benzínem, proto udělujeme známku 1.

Dala sestra na lůžko, kde byl klient holěn papírové podložky?

Ne, sestra na vyšetřovací lůžko nedala papírové podložky, ale čisté prostěradlo, které pak dala do pytle na špinavé prádlo. Za to sestře udělujeme 1.

Respektovala sestra klientovu intimitu?

Sestra respektovala klientovu intimitu tím, že na holení klienta vzala na koupelnu, kde s ním byla sama, z tohoto důvodu její postup hodnotíme známku 1.

Byla k holení použita čistá žiletka?

K holení byla správně zvolena čistá, jednorázová žiletka, která po použití byla vyhozena do kontejneru na ostré předměty. Zde udělujeme známku 1.

Byla kůže po oholení odezinfikována?

Kůže po oholení odezinfikována nebyla. Známkuje tedy za 5.

Bylo lůžko po oholení řádně očištěno a odezinfikováno?

Vyšetřovací lůžko byla odezinfikováno Incidurem na povrchy. Za správný postup udělujeme známku 1.

Jak komunikovala sestra s klientem?

Sestra s klientem komunikovala velmi mile a příjemně. Zajímala se i o klientovy pocity před operací. Za tuto péči udělujeme známku 1.

Pozorování 8

Respondent č. 4. oddělení chirurgie, 40 let, nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnické s maturitou, 21 let praxe na chirurgii, pracovní zařazení – všeobecná sestra.

Byl klient poučen, proč se holení provádí?

Klient ekudován nebyl. Sestra mu sdělila: „musí se to udělat před operací“, z tohoto důvodu ji hodnotíme známkou 4.

Byl klient poučen jak si má operační pole připravit?

Klientovi sestra ihned ráno sdělila: „jděte se umýt a pak Vás sestra oholí“. Za tento postup poučení sestru hodnotíme známkou 4.

Bylo klientovi poskytnuto dezinfekční mýdlo?

Dezinfekční mýdlo klient nedostal, protože ho na oddělení nemají k dispozici pro klienty. Z tohoto důvodu hodnotíme známkou 5.

Bylo před holením provedeno správné mytí rukou?

Sestra si před samotným holením ruce neumyla, za to ji hodnotíme známkou 5.

Vydezinfikovala si sestra ruce po umytí?

Ruce si sestra vydezinfikovala bez předchozího umytí a po zaschnutí dezinfekce si navlékla rukavice. Za to ji hodnotíme taktéž za 5, protože chybělo předchozí umytí rukou.

Bylo holení provedeno na koupelně, nebo v místnosti kde byl klient sám?

Holení proběhlo na běžném lůžkovém pokoji, na lůžku klienta, za přítomnosti jiného klienta. Za to hodnotíme sestru rovněž známkou 5.

Byla při holení použita správná technika holení?

Zvolená technika holení byla správná, jednalo se o holení na sucho, po směru růstu ochlupení. Následně byl vyčištěn pupek benzínem. Zde hodnotíme práci sestry známkou 1.

Dala sestra na lůžko, kde byl klient holen papírové podložky?

Sestra na lůžko, kde byl klient holen, nedala žádné papírové podložky. Oholené chlupy rukou shodila na podlahu. V tomto případě hodnotíme sestru známkou 5.

Respektovala sestra klientovu intimitu?

Nerespektovala, holila klienta za přítomnosti jiného klienta, proto ji hodnotíme známkou 5.

Byla k holení použita čistá žiletka?

K holení operačního pole sestra použila jednorázovou, novou, čistou žiletku. Za toto ji hodnotíme známkou 1.

Byla kůže po oholení odezinfikována?

Kůže po oholení odezinfikována nebyla. Hodnotíme tedy za 5.

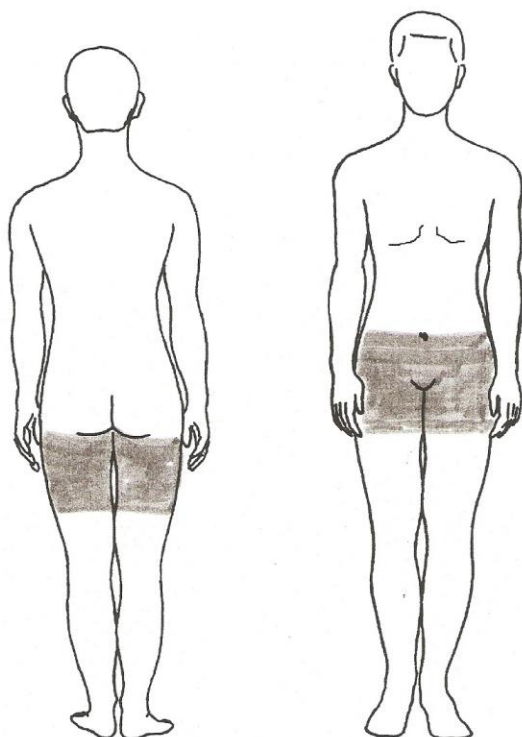
Bylo lůžko po oholení řádně očištěno a odezinfikováno?

Lůžko nebylo a nemohlo být řádně odezinfikováno a očištěno, protože se jednalo o lůžko klienta na pokoji. Za tento postup sestru hodnotíme známkou 5.

Jak komunikovala sestra s klientem?

Sestra s klientem nekomunikovala. Komunikovala jen, když se jí klient na něco zeptal. Z tohoto důvodu hodnotíme komunikační schopnost sestry za nedostatečnou, tedy známkou 5.

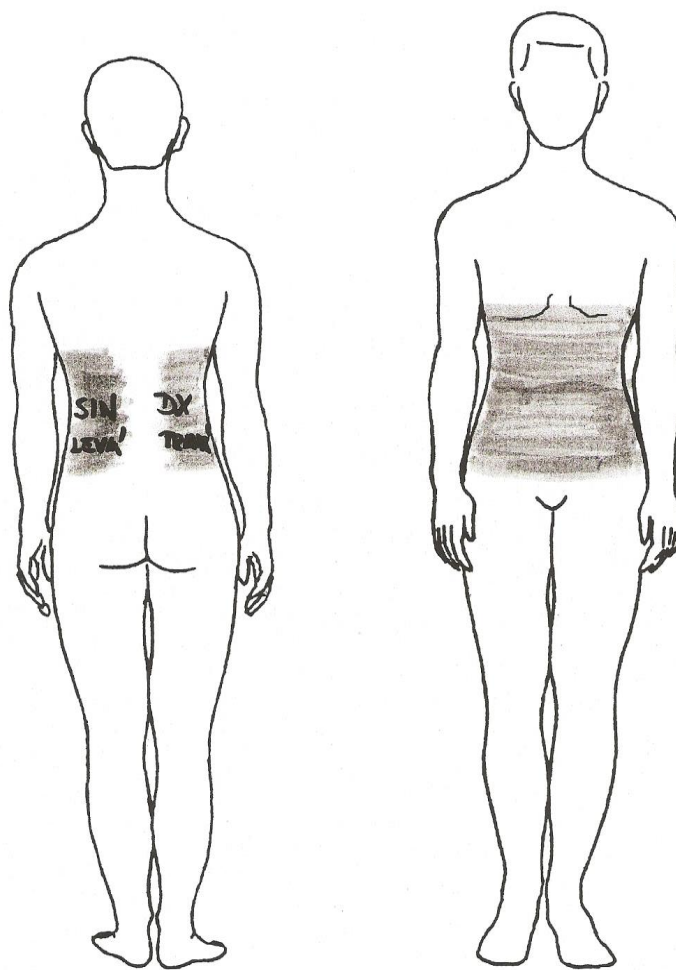
Příloha 5 - Manuál pro holení operačního pole na urologickém oddělení



Holení : od pupku do poloviny stehen
zadní část stehen
+ hráz

Operační výkony: TUPE, TURP, TUIP, cystolithotrypse
TUR(**neholit** - info sestra)
circumcisio, frenulum breave, abraze condylomat
orchiectomie
varicocoele, spermatoceale, hydrocoele, lymphocoele
probatorní excize z penisu
extirpatio ateroma scroti
aplikace teflonu
plastika hypospadie
uretroscopia, uretrectomia
biopsie varlet
uretroplastika, prostotubulboneoanastomosa
meatoplastika

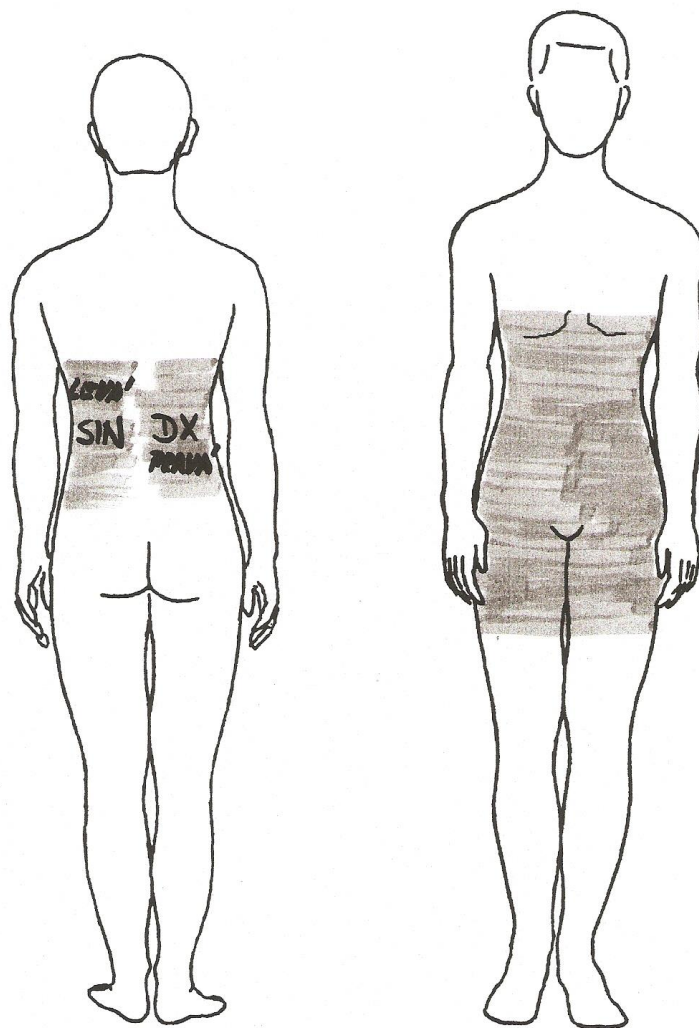
Zdroj: Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.



Holení : od bradavek po podbřišek
 + strana zad podle strany výkonu **l.dx** =. vpravo
l.sin. = vlevo

Operační výkony: biopsie renis
 nephrectomia
 PCNL + 10cm za páteř
 nephrostomia
 revize retroperitonea

Zdroj: Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.



Holení : od bradavek do půlky stehen
 + strana zad podle strany výkonu **l.dx** =. vpravo
l.sin. = vlevo

Operační výkony: RAPE
 RACE
 prostatectomia
 lymphadenectomia
 suprapubická prostatectomia
 adrenalectomia
 nephroureterectomia

Zdroj: Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Příloha 6 – Postup správného mytí rukou



Zdroj: Chirurgické oddělení nemocničního zařízení na Vysočině