

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Pavína Mazalová

Zásady a přístupy v perioperační péči se zaměřením na všeobecné sestry

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Blažena Ševčíková

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené zdroje.

V Olomouci dne

.....

Děkuji Mgr. Ševčíkové za odborné vedení, poskytnuté rady při vytváření a zpracování bakalářské práce.

Anotace

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Ošetrovatelská péče u pacientů s chirurgickým onemocněním

Název práce: Zásady a přístupy v perioperační péči se zaměřením na všeobecné sestry

Název práce v AJ: Principles and approaches in perioperative care focused on general nurses

Datum zadání: 30. 9. 2021

Datum odevzdání: 19. 4. 2022

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Pavlína Mazalová

Vedoucí práce: Mgr. Blažena Ševčíková

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou perioperační ošetrovatelské péče se zaměřením na všeobecné sestry. Jejím cílem bylo sumarizovat aktuální dohledatelné publikované poznatky o zásadách perioperační ošetrovatelské péče a možných přístupech všeobecných sester během poskytování této péče. Práce je zaměřená především na přístupy k zajištění bezpečnosti pacienta a na zásady při komunikaci. Ta je důležitá jak pro spolupráci všeobecných sester s ostatními členy zdravotnického personálu, tak pro spolupráci s pacientem a péči o něj. Dále je práce zaměřená na vzdělávání všeobecných sester pro perioperační péči a moderní přístupy v tomto vzdělávání. K dohledání publikovaných poznatků byly využity databáze PubMed, GOOGLE Scholar, Ovid Medline a EBSCO a získané informace byly rozděleny do tří dílčích cílů.

Abstrakt v AJ: This bachelor thesis deals with the issue of perioperative nursing care focused on general nurses. Its aim was to summarize current traceable published knowledge about the principles of perioperative nursing care and possible approaches of general nurses in providing this care. This work is focused mainly on approaches to ensuring patient safety and principles of communication. This is important both for the cooperation of general nurses with other members of the medical staff and for the cooperation with the patient and his care. This work is also focused the education of general nurses for perioperative care and modern approaches in this education. The PubMed, GOOGLE Scholar, Ovid Medline and EBSCO

databases were used to find published knowledge, and the information obtained was divided into three subgoals.

Klíčová slova v ČJ: ošetrovatelská péče, perioperační, předoperační, peroperační a pooperační péče, sestry, vzdělání, chirurgie, operační sál, chirurgické výkony, komunikace, bezpečnost pacienta

Klíčová slova v AJ: nursing care, perioperative, preoperative, peroperative and postoperative care, nurse, education, surgery, operating room, surgical procedures, communication, patient safety

Rozsah: 37 stran/ 1 příloha

Obsah

ÚVOD	6
1 REŠERŠNÍ ČINNOST	9
2 Zásady a přístupy v perioperační péči	11
2.1 Zásady a přístupy v peroperační péči	11
2.2 Zásady a přístupy v pooperační péči	20
3 Zásady komunikace v perioperační péči	23
3.1 Týmová komunikace a překládání pacienta v perioperační péči.....	23
3.2 Komunikace s pacientem v perioperační péči	27
4 Vzdělávání všeobecné sestry v perioperační péči v ČR i zahraničí	30
4.1 Moderní přístupy ke vzdělávání a školení	32
4.2 Význam a limitace dohledaných poznatků	34
ZÁVĚR.....	36
REFERENČNÍ SEZNAM.....	38
SEZNAM ZKRATEK.....	42

ÚVOD

Všeobecné sestry jsou nedílnou součástí celého spektra oborů ve zdravotnictví, operační prostředí nevyjímaje. Na operačních sálech vykonávají práci sestry anesteziologické a sestry pro perioperační péči. Kvalita poskytované ošetrovatelské péče sestrami pro perioperační péči se pak odráží i na samotném zdravotním stavu pacienta (Ševčíková, 2019, s. 15–16).

Chirurgické výkony jsou pro pacienta menší či větší zátěží, ať už se jedná o výkony terapeutické, či diagnostické, a každý výkon má svá specifika spojená s danou chirurgickou specializací (všeobecná chirurgie, gynekologie, urologie atd.) (Wichsová, 2020, s. 31). Práce sestry je však ve všeobecném měřítku u všech výkonů stejná – stejně náročná a zodpovědná. Každá sestra by měla být relativně samostatná, měla by mít komunikační dovednosti, umět koordinovat a měla by být schopna spolupráce během celého chirurgického procesu se všemi členy týmu včetně pacienta (Ševčíková, 2019, s. 12–13).

Péče týkající se operačního výkonu, tzv. perioperační, se nevztahuje pouze na daný výkon, ale můžeme do ní zahrnout celkem tři části: *předoperační (preoperační)*, *peroperační (intraoperační)*, *pooperační (postoperační)*. Tyto tři části na sebe navazují a každá vyžaduje odlišnou ošetrovatelskou péči (Kudrličková a kol., 2014, s. 235; Wichsová, 2020, s. 32).

Předoperační fáze je zaměřená na přípravu pacienta před výkonem. Její součástí je přijetí pacienta k hospitalizaci, komplexní odebrání pacientovy anamnézy a kontrola předoperačního vyšetření, včetně podepsaných souhlasů s plánovaným výkonem. Pacient by měl být v této fázi řádně edukován o zákroku, rizicích a následné péči. V rámci komunikace je důležitá snaha zmírnit pacientův strach a obavy. Je prováděna kontrola operačního místa, krátce před výkonem se zajišťuje intravenózní vstup a podává se předepsaná medikace (profylaktická antibiotika, sedativa, infuze atd.). V této fázi provádějí péči zejména sestry s chirurgickou specializací. Peroperační fáze zahrnuje čas, který pacient stráví na operačním sále, a to od převzetí personálem sálů až do fáze předání po výkonu. Na péči se podílí společně sestry anesteziologické a sestry pro perioperační péči. Provádí se také kontrola identifikace pacienta, přeměřují se vitální funkce, kontrolují se přístroje a chirurgická instrumentária, dbá se na aseptické a bezpečné prostředí. I v této fázi je důležitá psychologická podpora pacienta ke snížení strachu z výkonu. V pooperační fázi je pacient krátce po výkonu v péči anesteziologických sester k dohlídání po provedené anestezii, obvykle ještě na operačním sále. Poté je pacient předán podle zdravotního stavu a podle prováděného výkonu k další péči na pooperační oddělení (dospávací pokoj, jednotky intenzivní péče, standardní oddělení atd.), kde sestry nadále monitorují vitální funkce,

na základě ordinací lékaře podávají analgetika či jiné medikace, pomáhají pacientovi s rekonvalescencí po výkonu a s přípravou na propuštění domů, případně na následnou péči (Ševčíková, 2019, s. 17–19).

Pokud v perioperační péči dochází ke komplikacím, v jejich důsledku může dojít k poškození pacienta od banálních záležitostí, např. prodloužení hospitalizace, až po záležitosti zdravotně závažné, jako je invalidita, nebo dokonce smrt pacienta (Wichsová, 2020, s. 32).

Je ale nemožné zajistit bezchybné prostředí a nejde se vyhnout lidským chybám. Toto riziko lze však minimalizovat pomocí trénování, monitoringem a analyzováním (Ugur a kol., 2016, s. 595).

V souvislosti s výše uvedenou problematikou byla položena výzkumná otázka. Jaké jsou aktuální dohledatelné informace popisující zásady a přístupy v perioperační péči u dospělých pacientů pro všeobecné sestry.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledatelné publikované poznatky o zásadách a přístupech v perioperační péči. Práce je členěna podle jednotlivých dílčích cílů:

1. Sumarizace aktuálních dohledatelných publikovaných poznatků o zásadách a přístupech v perioperační péči.
2. Sumarizace aktuálních dohledatelných publikovaných poznatků o zásadách komunikace v perioperační péči.
3. Sumarizace aktuálních dohledatelných publikovaných poznatků o možnostech vzdělávání všeobecných sester v perioperační péči v ČR i zahraničí.

Jako vstupní studijní literatura byly prostudovány tyto publikace:

1. KUDRLIČKOVÁ Dagmar, SOMROVÁ Jana a BRABCOVÁ Iva, 2014. *Rizika v intraoperační ošetrovatelské péči* [online]. *Pediatric pro praxi*, 15(4), 235–237 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/ped-201404-0015_Rizika_v_intraoperacni_osetrovatelske_peci.php
2. ŠEVČÍKOVÁ Blažena. *Kapitoly z ošetrovatelské péče v chirurgii a traumatologii* [online]. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. ISBN 978-80-244-5361-7 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/2019-0444_Sevcikova.pdf
3. UGUR Esra, KARA Sevim, YILDIRIM Songul, AKBAL Elif, 2016. *Medical errors and patient safety in the operating room* [online]. *The Journal of the Pakistan Medical Association*. 66. 593–597 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/301657073_Medical_errors_and_patient_safety_in_the_operating_room
4. WICHISOVÁ Jana. *Bezpečnost a etika v perioperační péči* [online]. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2020. ISBN 978-80-271-1816-8 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/bezpecnost-a-etika-v-perioperacni-peci-494718/#>
5. WICHISOVÁ Jana. *Sestra a perioperační péče* [online]. 1. vydání: Praha: Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-8610-0 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/sestra-a-perioperacni-pece-652389/>

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

V následující části je sepsána rešerše, na jejímž základě byly vyhledávány zdroje, jež byly použity k tvorbě této práce.

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: ošetrovatelská péče, perioperační, předoperační, peroperační a pooperační péče, sestry, vzdělání, chirurgie, operační sál, chirurgické výkony, komunikace, bezpečnost pacienta

Klíčová slova v AJ: nursing care, perioperative, preoperative, peroperative and postoperative care, nurse, education, surgery, operating room, surgical procedures, communication, patient safety

Jazyk: český, anglický

Období: 2012–2021

Další kritéria: recenzovaná periodika, neplacené přístupy



POUŽITÉ DATABÁZE

PubMed, GOOGLE Scholar, Ovid Medline, EBSCO



Nalezeno 361 článků

VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

Duplicity, kvalifikační práce, články netýkající se tématu, placené články



SUMARIZACE DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

PubMed	12 článků
GOOGLE Scholar	11 článků
Ovid Medline	5 článků

SUMARIZACE PERIODIK A DOKUMENTŮ

Journal of cardiothoracic surgery	1 článek
Journal of wound care	1 článek
EORNA	1 článek
Medicine	1 článek
International journal of nursing studies	1 článek
Scandinavian journal of caring science	1 článek
Pakistan Journal of Medical Sciences	1 článek
Revista da Escola de Enfermagem da U S P	1 článek
PLoS ONE	1 článek
Pediatric pro praxi	1 článek
Profese online	1 článek
Journal of educational evaluation for health professions	1 článek
American journal of surgery	1 článek
Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses	2 články
Nursing inquiry	1 článek
The Journal of thoracic and cardiovascular surgery	1 článek
Journal of Clinical Nursing	1 článek
Journal of nursing management	1 článek
Hygiena	2 články
The Journal of the Pakistan Medical Association	1 článek
Urologie pro praxi	1 článek
Praktický lékař	1 článek
Patient education and counseling	1 článek
Postmodern Openings	1 článek
Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia	1 článek
Medicína pro praxi	1 článek

Pro tvorbu přehledové práce bylo použito **28** dohledaných článků

2 Zásady a přístupy v perioperační péči

Ošetrovatelská péče je založena na principu „neuškodíš“. I přes technologický rozvoj však dochází k chybám, jež ohrožují bezpečnost pacienta. Chyby jsou analyzovány ve 4 skupinách: chyby diagnostické, chyby v léčbě, v prevenci a ostatní chyby. Každé zdravotnické zařízení odpovídá za zajištění bezpečné péče o pacienta, která je výsledkem hodnot, postoje, vnímání, kompetencí a vzorců chování jak jednotlivců, tak i celého pracovního týmu. Prvním krokem k vytvoření bezpečné „kultury“ je přijmout bezpečnost jako základní problém a společnou hodnotu pro zdravotnické zařízení. Jedná se ale o komplexní problém, který potřebuje spolupráci na všech úrovních – od vedoucích pracovníků (ředitel, náměstci) přes zaměstnance (sestry, sanitáři, lékaři atd.) až po pacienty. Zaměstnanci odpovídají za identifikaci a kontrolu rizikových procedur, management zdravotnických zařízení za zajištění zdrojů a měl by podporovat edukaci svých zaměstnanců (Ugur a kol., 2016, s. 593).

World Health Organization (*Světová zdravotnická organizace*, dále jen WHO) se zabývá studiem bezpečnostních procedur, včetně dodržování hygienických pravidel na operačních sálech již dlouhodobě. Jelikož v poslední době dochází k velkému rozvoji chirurgických postupů, technologií a přístrojů, je nutné aktualizovat i pravidla, která pomáhají dodržovat bezpečnostní zásady. WHO tak ke zlepšování podmínek určila tři důležité body:

1. Čistá péče je bezpečnější (*Clean Care is Safer Care*).
2. Bezpečnější chirurgie zachraňuje životy (*Safe Surgery Saves Lives*).
3. Problematika antimikrobiální rezistence (*Tackling Antimicrobial Resistance*).

(Wichsová, 2014, s. 271–272)

Pro perioperační péči jsou důležité stejné etické principy, jako platí i pro celou péči ve zdravotnictví, a to:

- princip nonmaleficence (*neuškodíš*),
- princip beneficence (*pro dobro pacienta*),
- princip autonomie (*respektování pacientova přání*),
- princip spravedlnosti (Wichsová a kol., 2018, s. 191).

2.1 Zásady a přístupy v peroperační péči

Operační sály patří mezi oblasti s vysokým rizikem chyb v ošetrovatelské péči (např. záměna strany, záměna léků, riziko pádu) a jejich prevence je důležitou součástí práce na operačním sále. Nežádoucí události se vyskytují na operačním sále často, a to ve 47,7 – 50,3 %. Prostředí operačních sálů je zatíženo přítomností personálu

z různých oborů i odborností (sestry, lékaři, techničtí pracovníci atd.). Každá odbornost i každý obor mají odlišné edukační cíle, často tak vážne spolupráce mezi jednotlivci. Negativní dopad na bezpečnost ošetrovatelské péče na operačním sále má také rotace sester, nedostatečně vyškolený či nekvalifikovaný sesterský personál a nedostatek odborně způsobilých sester (Ugur a kol., 2016, s. 593).

Na vzniku nežádoucích událostí se během výkonu podílí mnoho rizikových faktorů. Mezi tato rizika patří např. operování více lokalit v jedné době, nečitelná dokumentace, omezená spolupráce pacienta pro mentální či fyzický handicap atd. K prevenci rizika pádu pacienta na operačním sále je důležité ho neustále hlídat a během výkonu pacienta řádně zajistit např. použitím bezpečnostních omezovacích prostředků. Ke snížení rizika ischemie a vzniku dekubitu peroperačně se doporučuje používat polohovací a antidekubitální podložky. Pro zvýšené riziko výskytu alergických reakcí (např. alergie na jódové dezinfekce, alergie na antibiotika) je kladen důraz na kontrolu v dokumentaci i cílené dotazování pacienta. K prevenci podchlazení se používají např. termoizolační fólie nebo vyhřívací podložky a fukary. Poškození nastává také při zapomenutí chirurgického instrumentária či operační roušky v těle pacienta, které můžou způsobit až závažné komplikace. Pacient může být dále poškozen porušením asepse, laserem, rentgenovým zářením či elektrokoagulační technikou, může být popálen při špatném uzemnění přístrojů, použitím hořlavých dezinfekčních prostředků atd. Míra poškození a tolerance je dána i celkovým zdravotním stavem pacienta. Nárůst nežádoucích účinků je ovlivněn náhlou změnou výkonu, výkonem při akutním stavu pacienta, či střídáním operačního týmu během výkonu. Další nežádoucí událostí, na kterou se příliš nemyslí, je poškození pacientů nerespektováním soukromí, když si personál operačních sálů hlasitě vykládá před pacientem o problémech dalších pacientů (Kudrličková a kol., 2014, s. 235–237).

Bezpečnost na operačním sále je ovlivněna i samotnou zodpovědností personálu operačních sálů, tj. i sester pro perioperační péči. Jejich prohřešky však nejsou nikde zaznamenávány. Wichsová a kol. (2018, s. 185–194) proto provedli kvalitativní etnografickou studii s cílem zjistit, k jakému porušování dochází peroperačně při hygienických opatřeních a při provádění bezpečnostní kontroly a kdo z personálu operačních sálů tato opatření porušuje. Výzkumná studie probíhala ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a v nemocnici ve Švédsku. Pozorování probíhalo po dobu 52 dní (3–6 hodin denně) a bylo doplněno také krátkými rozhovory s jednotlivými sestrami. Porušování opatření bylo odlišné u různých odborností. U anesteziologických sester bylo např. zjištěno, že nenosí důsledně ochranné čepice a ústní roušky, že nosí vlastní oblečení na operační sály a že neodkládají šperky. Sestry

pro perioperační péči měly často nedostatečně ukryté vlasy pod ochrannou čepicí, měly ponechané šperky, nevhodnou obuv a také nosily vlastní oblečení. Jako argumenty k provedeným prohřeškům byly nejčastěji uváděny důvody ekonomické a nedostatek času. Neprovedení bezpečnostní kontroly a dostatečné hygieny rukou je často způsobeno podceňováním důležitosti těchto úkonů. Vliv má také postoj managementu, motivace zdravotnického personálu, dostatečné informování a nepřetěžování nepodstatnými záležitostmi. Velký problém ze strany managementu spočívá v tom, že je pro něj jednodušší řešit komplikace, které hradí pojišťovna, než řešit a provádět preventivní programy, které by management musel hradit z vlastních zdrojů.

Ke zvýšení kvality a bezpečnosti práce na operačních sálech přispívají faktory, jako jsou mnohaletá spolupráce členů operačního týmu, komunikace, pracovní zkušenosti, schopnost předvídat a odhalovat systémové chyby (Kudrličková a kol., 2014, s. 237). Stresující prostředí, vyrušování během chirurgického výkonu, nedostatečně školený personál a netýmové jednání jedince tak vedou ke zhoršení poskytované ošetrovatelské péče. Je důležité zajistit snížení úrovně stresu a rozptylování, zajistit týmovou spolupráci, a to zejména v situacích, kdy se odehrává „něco špatně“. Pro bezpečnost pacienta a perioperační péči je důležité, aby sestra pro perioperační péči byla disciplinovaná, uměla se soustředit, aby měla organizační schopnosti, intuici, flexibilitu a kreativitu. Měla by být také schopná pracovat pod stresem a umět se s ním vypořádat. Na tyto dovednosti by měl být kladen důraz již v rámci výuky a i během opakovaných školení sester. Sestry na operačním sále fungují jako navigátorky, provádí ošetrovatelskou péči a zajišťují všechny záležitosti, které se týkají výkonu (jako např. organizaci práce během výkonu, chystání operačního materiálu, zajištění pacienta atd.). Aby byla ošetrovatelská péče dostatečná a kvalitní, měly by si sestry sdělovat veškeré informace o pacientovi a o plánovaném výkonu mezi sebou a s ostatními členy operačního týmu. Tyto informace by měly být snadno dostupné. Také neúplnost těchto informací vede k negativnímu ovlivňování spolupráce a kvality ošetrovatelské péče (Ingvarsdottir a Halldorsdottir, 2018, s. 955–956).

Ke zlepšení ošetrovatelské péče přispívají standardizované postupy a pravidelné interní audity (Kudrličková a kol., 2014, s. 237). K prevenci chyb by měla být vytvořena standardizace chirurgických procesů skrze celé perioperační období od přijetí až po propuštění. Každá chyba při chirurgickém procesu by měla být zaznamenána v dokumentaci a tyto záznamy by měly být v kompetenci sester. Při detailním záznamu chyby lze odhalit její příčinu, možné důsledky a zabránit tak jejímu opakování. Až v 80 % však nikdo ze zdravotnického personálu operačních sálů (sestry, ale ani lékaři) tento záznam

o chybě neprovádí. Používá se spíše jen slovní varování, protože panují obavy z postoje managementu k zaznamenané chybě. Management se totiž často místo analýzy a zlepšování ošetrovatelské péče uchyluje k trestání jednotlivců. Zkvalitňováním pracovního prostředí a zdůrazněním sesterské autority v praxi je možné přispět ke zvýšení bezpečnosti pacienta. Ke zlepšení ošetrovatelské péče přispívají také opakovaná školení, jež umožňují nabytí teoretických znalostí i praktických zkušeností, které sestřím pomáhají při řešení problémů, zvyšují jejich autonomii a upevňují jejich pozice v operačním týmu (Ugur a kol., 2016, s. 595–596).

Peñataro-Pintado a kol. (2020, s. 1–11) provedli kvalitativní studii s cílem zjistit názory a zkušenosti sester pro perioperační péči ohledně faktorů ovlivňujících bezpečnost pacienta. Výzkumné studie se zúčastnilo 50 sester pro perioperační péči ze čtyř nemocnic ve Španělsku. Mezi faktory, které ovlivňovaly schopnost sester plnit pracovní povinnosti a zajišťovat pacientovu bezpečnost, sestry uváděly stres spojený s prací na operačním sále, časovou náročnost práce a neefektivní komunikaci mezi členy operačního týmu. Školení zaměřená na tyto faktory by mohla přispět k profesionálnímu rozvoji sester a ke snížení výskytu nežádoucích událostí na operačním sále. Nedostatek času způsobený pracovní zátěží a nátlakem managementu zdravotnických zařízení označily sestry jako další faktor snižující úroveň bezpečnosti. Uváděly, že pokud by měly více času k přípravě potřebných věcí k výkonu (např. chirurgických instrumentárií, operačního oblečení atd.), mohly by poskytovat kvalitnější ošetrovatelskou péči, zajistit tak lépe bezpečí pacienta a měly by možnost více komunikovat se členy operačního týmu. Čas hrál také důležitou roli v nedostatečném vyplňování kontrolních protokolů (dále jen check-list). Tyto check-listy sestry vnímaly jako nástroj ke zkvalitnění komunikace a shodovaly se, že by byl užitečný check-list na celou perioperační fázi. K efektivní implementaci check-listů by podle autorů této výzkumné studie mohly přispět simulace z prostředí operačních sálů. Ty by bylo možné také použít k vytvoření situací, při kterých se nejčastěji vyskytují chyby při práci na operačních sálech. Tento způsob edukace by mohl vést ke zvýšení povědomí o vyskytujících se chybách a současně ke snížení výskytu nežádoucích událostí spojených s těmito chybami. Sestry se s chybami během perioperačního období setkávaly často, ale nikam tyto chyby nezaznamenávaly. Neprovedení záznamu sestry zdůvodňovaly tím, že jim řekla vrchní sestra nebo ostatní členové operačního týmu, aby chybu nikde neuváděly. Nejčastěji se jednalo o chyby způsobené lidskými faktory (např. chyba v označení strany výkonu), jimž bylo možné zabránit, pokud by byly dodrženy doporučené postupy. Dále z výsledků výzkumné studie vyplynulo, že základem pro zvládnutí komplexních a neočekávaných situací je podle sester umění sebekontroly a schopnost

adaptace na změny. Ke zlepšení důvěry a spolehlivosti mezi členy operačního týmu by podle nich přispěla práce ve stabilním operačním týmu. Pokud se jeho jednotliví členové mezi sebou dobře znají, můžou tak budovat mezi sebou kvalitní pracovní vztahy.

Praxe, která ignoruje peroperačně pacientovu bezpečnost, a chyby, které se vyskytují, jsou tak hlavním důvodem vážných komplikací (pády, dekubity, infekce atd.). Více než polovina nežádoucích událostí v nemocnicích je spojena s chirurgickou ošetrovatelskou péčí a minimálně polovině lze prevencí zabránit. WHO zahájila roku 2008 kampaň „*Safe Surgery Saves Lives*“ (Bezpečná chirurgie zachraňuje životy), aby upozornila na tyto nežádoucí události a aby se zlepšila bezpečnost a konzistence ošetrovatelské péče (Kisacik a Cigerci, 2019, s. 614). V roce 2009 WHO vytvořila doporučení tzv. Surgical Safety Checklist (SSC), který pak v roce 2010 převzalo i Ministerstvo zdravotnictví České republiky (ČR). Není ale stanoveno, jakou má mít SSC v ČR přesnou podobu a jak má být přesně provedeno. Tyto aspekty SSC upřesňuje management jednotlivých nemocnic svými vnitřními směrnici, a proto jsou v českých nemocnicích různé SSC (Vácová a Brabcová, 2016, s. 139). Všeobecně ale SSC obsahuje body kritické pro bezpečnou péči o pacienta, body k určení správné strany a výkonu, k prevenci infekce a efektivní spolupráci (Kisacik a Cigerci, 2019, s. 615).

V České republice je SSC více známý jako tzv. předoperační bezpečnostní protokol (PBP). PBP by měl být součástí každého výkonu a měl by ověřovat důležité informace před výkonem, během něj i bezprostředně po něm (Langerová a kol., 2015, s. 25). V rámci PBP probíhá identifikace pacienta a výkonu, v případě rizika stranové záměny se provádí viditelné označení. Dále se provádí kontrola dostupnosti a funkčnosti zdravotnických prostředků a technologií. Výsledkem této činnosti by pak mělo být snížení výskytu nežádoucích událostí během operačního výkonu a také by PBP měl vést ke zlepšení komunikace mezi členy operačního týmu. Zavedením PBP do praxe se navýšilo množství dokumentace při pracovním procesu, což je ze strany personálu operačních sálů vnímáno negativně. Samotný PBP je složen ze tří částí: 1. **Sign in fáze** – tuto fázi provádí běžně anesteziologická sestra. Kontroluje se identita pacienta s jeho aktivním zapojením, pokud je schopen spolupráce. Dále se kontrolují souhlasy s výkonem, medikace a anesteziologické přístroje. Hodnotí se plánovaný výkon, rizika a případné krevní ztráty. Je-li zjištěna neshoda, neměl by být pacient navezen na operační sál. 2. **Time out fáze** – provádí se těsně před kožní incizí. Opět se kontroluje identifikace pacienta, strana výkonu a místo incize. Dále se kontroluje, zda byla např. profylakticky podána antibiotika. Členové operačního týmu by v této fázi měli uvést svá jména a funkci. I v této fázi se procházejí možná rizika výkonu,

krevní ztráty a kontrolují se chirurgická instrumentária (Vácová a Brabcová, 2016, s. 140; Langerová a kol., 2015, s. 28). Tuto fázi zajišťuje nejčastěji sestra pro perioperační péči. V českých nemocnicích time out fáze není úplně běžná. Při kvalitativní studii bylo z rozhovorů se sestrami pro perioperační péči zjištěno, že time out fáze byla provedena pouze u jedné ze šesti sledovaných nemocnic v Kraji Vysočina (Vácová a Brabcová, 2016, s. 141). Pokud by během této fáze došlo k neshodě, operační výkon by měl být okamžitě zrušen.

3. **Sign out fáze** – při této fázi probíhá početní kontrola použitých materiálů, zejména chirurgických instrumentárií a operačních roušek, kontrolují se odebrané vzorky (histologické, mikrobiologické atd.). Tuto část sign out fáze provádí sestry pro perioperační péči. Dále je v této fázi rozhodováno o tom, kam bude operovaný pacient po výkonu uložen (standardní oddělení, intenzivní péče) (Langerová a kol., 2015, s. 28).

Většinu práce v rámci PBP provádějí sestry anesteziologické a sestry pro perioperační péči, které si jsou plně vědomy, že jsou bezpečnostní kontroly důležité a že je nutné je perioperačně provádět. I přes snahu sester vykonávat svou práci poctivě a zodpovědně však dochází při perioperační ošetrovatelské péči k chybám (Vácová a Brabcová, 2016, s. 141–142). Problematika bezpečnostních kontrol je již zařazena i ve vzdělávacím programu perioperační péče a je častým tématem diskutovaným na zdravotnických kongresech pro sestry pro perioperační péči. Při důsledném provedení bezpečnostní kontroly dochází ke snížení počtu perioperačních komplikací (např. dekubitů, perioperačních infekcí) i mortality. Je také důležité zaznamenat, pokud nemůže být PBP proveden např. z důvodu nespolupráce pacienta nebo v případě neodkladného výkonu. PBP byl sestrami hodnocen v některých případech i negativně. Negativně bylo hodnoceno zejména jeho provedení (např. opakování otázek), komplikování PBP pro non-compliance lékařů (např. neochota spolupracovat, vyplňovat PBP), nebo z důvodu časové náročnosti (Langerová a kol., 2015, s. 28). Problematická implementace PBP do praxe je také důsledkem neefektivního postoje managementu zdravotnických zařízení. Management sestrám pro perioperační péči neposkytuje dostatek školení zaměřených na PBP, nevysvětluje jim důležitost a správnost jeho provedení (Vácová a Brabcová, 2016, s. 141).

Kisacik a Gigerici (2019, s. 614–618) provedli deskriptivní průřezovou studii s cílem zjistit názor sester pro perioperační péči na SSC a jeho aplikaci na operačních sálech v tureckých nemocnicích. Výzkumné studie se zúčastnily sestry pro perioperační péči v celkovém počtu 102. Pouze 3,9 % vnímalo úroveň bezpečnosti jako výbornou, za vyhovující ji označilo 59,8 %. Sestry pro perioperační péči v Turecku vnímaly SSC jako důležitý nástroj k zajištění bezpečné ošetrovatelské péče a prevence komplikací během výkonu. Použití SSC bylo podle

68,6 % sester efektivní také ve zlepšení spolupráce a komunikace mezi členy operačního týmu. Výsledky výzkumné studie potvrdily, že sestry mají větší povědomí o důležitosti a významu SSC než ostatní členové operačního týmu. Žádné vyplnění SSC nebylo úplné a často byly některé úseky SSC vyplňovány sestrou místo jinými členy operačního týmu. Z dotazovaných sester 11,8 % uvedlo, že bylo SSC použito se zamýšleným účelem. V 82,4 % bylo správné použití SSC jen částečně splněno. Sestry měly problém s vyplněním SSC (64,7 %) zejména pro neochotu chirurgů, kteří nechtěli vyčkat dokončení kontroly, a to až ve 40 %. Z dalších faktorů komplikujících provedení SSC uváděly také intenzivní pracovní vytížení (80,4 %), nedostatek času na vyplnění (13,8 %), nedostatečnou komunikaci (13,8 %) či nesouhlas (69,6 %) ostatních členů operačního týmu s vyplňováním SSC.

Při nedodržení vyplnění check-listů pak může dojít k nedostatečné kontrole chirurgických instrumentárií, k jejich absenci, nebo k přípravě nesprávných materiálů a velikostí implantátů. Kvalita ošetrovatelské péče se také odvíjí od zkušenosti sestry pro perioperační péči. Nezkušená sestra často neví, kde se jednotlivé pomůcky nacházejí nebo jaké podat speciální vybavení. Pokud není sestra dostatečně zaučena v manipulaci s chirurgickým instrumentáři, nebo je-li instrumentárium obtížné k obsluze, může nastat patová situace při výkonu. K limitaci těchto potíží je doporučeno např. časné zaučení se speciálním vybavením, dostatečná komunikace s lékaři a s managementem zdravotnických zařízení k zajištění jednodušších konstrukcí instrumentárií. Dále ke zkvalitnění ošetrovatelské péče vede adekvátní školení sester a zajištění kompetentního personálu operačních sálů. Je také doporučeno vytvoření individualizovaných check-listů pro chirurgické výkony zvlášť podle jejich typu a zjednodušení formy otázek v check-listu (Raman a kol., 2016, s. 585–591). Management zdravotnických zařízení by se měl zaměřit na motivaci sester a personálu operačních sálů k používání SSC. Dále by měl motivovat personál ke zvýšení týmové komunikace a provádět frekventovaněji audity poskytované péče (Kisacik a Gigerici, 2019, s. 614–618).

Hygiena rukou je nedílnou součástí ošetrovatelské péče a patří k zásadním opatřením ke snížení přenosu a šíření infekcí. Nozokomiální infekce jsou významnou komplikací ošetrovatelské péče, a proto se hodnocení infekcí řadí mezi indikátory kvality péče. Nozokomiální infekce mají vliv na vyšší mortalitu a morbiditu. Při jejím rozvoji u pacienta se také zvyšují náklady na péči a může dojít i k ovlivnění kvality života pacienta (bolestivost, delší hospitalizace atd.). Velmi důležitá je prevence infekčních komplikací peroperačně, neboť je zvýšená vnímavost k přenosu v důsledku narušené integrity kůže. Na hygienu rukou je kladen velký důraz již při výuce studentů zdravotnických škol. Často se ale stává,

že po nastoupení do práce převezmou nové sestry naučené zlovyky starších kolegyně za své a je pak velkým problémem „vyskočit z rozjetého vlaku“ dopouštění se těchto chyb (Wichsová a kol., 2020, s. 94–97). Obecně je doporučováno provést vždy hygienu rukou před kontaktem s pacientem, po něm, s okolím pacienta, jeho tělesnými tekutinami, dále po sejmutí rukavic a před manipulací s invazivními pomůckami (Wichsová, 2014, s. 272). Wichsová a kol. (2020, s. 94–97) provedli kvantitativní analytickou studii s cílem zjistit teoretické znalosti i praktické dovednosti sester z hlediska hygieny rukou v perioperačním prostředí, jestli sestry dodržují předepsané bezpečnostní zásady hygieny rukou a zda mají správně upravené nehty. Výzkumné studie se zúčastnilo 48 sester pro perioperační péči. K provedení průzkumu Wichsová a kol. zvolili metodu skrytého pozorování a dotazníkového šetření. Z výsledků výzkumné studie vyplývá, že informovanost sester je vyhovující, nicméně problém spočívá v jejím převedení do praxe. Compliance sester v dodržování bezpečnostních zásad se pohybuje mezi 62–81 %. Jako příčina nedostatečného provádění hygieny rukou je zvažována pracovní vyčerpání sester, nízká informovanost o následcích infekce a také nedostatečný zájem o dodržování bezpečnostních zásad ze strany managementu operačních sálů. Chyby se vyskytly ve všech 3 skupinách – hygienické dezinfekce rukou, chirurgické dezinfekce rukou i úprava nehtů. Z výsledků výzkumné studie bylo zjištěno, že při vstupu na operační sál 38 % sester neprovedlo hygienickou dezinfekci rukou, ale v dotazníku to přiznalo pouhých 12 %. Že se má hygienická dezinfekce rukou provádět po manipulaci s pacientem, věděly všechny sestry, ale reálně ji provedlo jen 69 % pozorovaných. Většina sester věděla o povinnosti mít krátké a čisté nehty a také nenosit na ruku hodinky ani šperky. I přesto mělo 13 % sester nehty dlouhé, 6 % disponovalo umělými nehty a 6 % je mělo nalakované. Při chirurgické dezinfekci rukou uváděly sestry v dotazníku délku mechanického mytí v 90 % případů 60 vteřin i déle, ale jen 31 % ji provedlo správně. Stejně tak délku samotné chirurgické dezinfekce 100 % uvedlo správně nebo s delším časovým intervalem. Tuto dobu ale reálně dodrželo 56 %. Že se dezinfekce vtírá do suchých rukou, odpověděly všechny sestry správně, chybně odpověděla pouze jedna. Nicméně pouze 15 % tak ve skutečnosti udělalo. Uspokojivých výsledků dosahovaly sestry v použití správného množství dezinfekce (73 %), v provedení dezinfekce také palců na ruku (81 %) a špiček prstů (85 %). Naopak velký nedostatek teoretický i praktický byl zjištěn ve správném postupu výměny rukavic při jejich narušení. Rukavice by 52 % sester vyměnilo bez použití jakékoli dezinfekce, 8 % uvedlo, že by provedlo hygienickou dezinfekci rukou a 38 % by provedlo chirurgickou dezinfekci rukou. Během pozorování by 9 z 10 sester neprovedlo při výměně rukavic žádnou dezinfekci rukou. Pravděpodobným důvodem tohoto opomíjení a nepoužívání

dezinfekce před navlečením rukavic může být nedostatek času (např. při výkonu by bylo nutné vyměnit i sterilní plášť, což by vedlo k 3–5 minutovému vyřazení pracovníka) a nepříjemný pocit při navlékání rukavic na ruce ještě mokré po provedení dezinfekce. Důvodem může být také následek mylné myšlenky, že samotné rukavice fungují jako dostatečná ochrana. V důsledku provedeného pozorování, kdy se sestry snažily pracovat podle očekávání, tedy nikoliv tak, jak jsou za běžného provozu zvyklé, mohou být výsledky výzkumné studie zkreslené směrem k lepším hodnotám. Pro dodržování hygieny rukou by ve větší míře mohly přispět častější a důkladnější audity a kontroly. Hygiena rukou je standardem pro získání akreditace, a proto se snaží akreditovaná zdravotnická zařízení provádět pravidelná školení. Ve 44 % sestry uvedly, že mívají školení 2×ročně, v 16 % pak 1×ročně. Vzhledem k výše uvedeným výsledkům však zůstává otázkou, zda jsou školení dostatečně kvalitní a zda ovlivňují samotnou praxi.

S ohledem na bezpečnost pacienta peroperačně je nutné zmínit alespoň obecně péči o chirurgická instrumentária, jež je součástí práce sester pro perioperační péči. Taliánová a kol. (2017, s. 119–122) provedli kvantitativní výzkumnou studii s cílem zjistit, jak sestry pro perioperační péči dodržují doporučené postupy v péči o chirurgická instrumentária. Při nedostatečné péči se snižuje kvalita instrumentária, zkracuje se jeho životnost a zvyšuje se riziko poškození pacienta během operačního výkonu (např. nedostatečné uchopení cévy při poškozeném zavření svorky a tím vyšší riziko krvácení). Chirurgická instrumentária jsou konstruována z různých materiálů a každý typ vyžaduje odlišný přístup v péči, zejména při opakovaných použití. Podle doporučených postupů by měla být instrumentária tříděna do kontejnerů před sterilizací podle typu materiálu a také podle stáří. Do výzkumné studie bylo zapojeno 64 sester pro perioperační péči z 10 zdravotnických zařízení z Pardubického a Královéhradeckého kraje. Metodou průzkumu výzkumné studie bylo zvoleno dotazníkové šetření. Z výsledků výzkumné studie bylo zjištěno, že většina dotazovaných sester instrumentária podle stáří netřídí (82,8 %). Jen malá část sester třídí instrumentária alespoň podle materiálu (37,5 % je třídí podle materiálu pokaždé, 10,9 % občas). Než sestry pro perioperační péči odešlou instrumentárium po výkonu ke sterilizaci, musí se instrumentárium dekontaminovat, mechanicky očistit a musí se zkontrolovat jeho funkčnost a kvalita. Suché, čisté a zabalené jej sestry zasílají k provedení sterilizace. Mytí instrumentária může být prováděno ručně, či strojově. Je ale důležité, aby bylo instrumentárium umýváno správně (např. otevřené na 120°, protože při malém otevření nejsou umyta dostatečně). Z výsledků výzkumné studie vyplynulo, že správné mytí instrumentária s plným otevřením provádí 71,9 % sester, 15,6 % sester ponechává nástroje

otevřené méně než na 90° v kloubu a 12,5 % sester nechává instrumentária zavřená. Naložení instrumentária do dezinfekce bývá většinou provedeno podle doporučených postupů, a to včetně doby expozice. Dále by sestry měly podle doporučených postupů promazávat zámky instrumentárií a důkladně kontrolovat, zda instrumentárium nekoroduje. V případě nálezu koroze musí sestra instrumentárium poslat na technickou kontrolu. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že necelá 1/5 dotazovaných sester tuto technickou kontrolu instrumentárií před sterilizací neprovádí pravidelně. To zvyšuje riziko výskytu nekvalitního instrumentária během operačního výkonu. Většina sester se ale snaží o dodržování doporučených postupů v této péči. Existují však ještě značné rezervy ke zkvalitnění této péče jak ze strany sester (např. dodržovat pravidelné kontroly instrumentárií, vkládat instrumentária do sít na mytí plně otevřená), tak i ze strany managementu zdravotnických zařízení (např. zajistit dostatek operačních sít).

2.2 Zásady a přístupy v pooperační péči

Operační rána je nejčastější ránou akutní péče. Péče o ni je mezioborová, ale převážně se jí věnují sestry. Operační rána se pojí s různými komplikacemi jako krvácení, dehiscence a nejčastější komplikací je infekce rány. Do 14 dnů po operačním výkonu se rozvine komplikace rány u 1 ze 4 pacientů (Gillespie a kol., 2019, s. 1–2). Infekce operační rány (dále jen SSI z anglického *Surgical Site Infection*) patří mezi vážné komplikace, které vedou ke zhoršení pooperačních výsledků, mohou prodloužit hospitalizaci, zvyšují morbiditu a mortalitu a zvyšují náklady na zdravotní péči (Ding a kol., 2016, s. 232). Z nozokomiálních infekcí lze raným infekcím nejlépe zabránit jejich prevencí (Gillespie a kol., 2019, s. 1–2). Prevence rané infekce by se měla soustředit na hodnocení operační rány a management péče o operační ránu ve všech perioperačních oblastech. Celosvětově se usiluje o snížení morbiditě spojené se SSI. Zvyšuje se povědomí o důležitosti posuzování a dokumentování operační rány v rámci prevence infekce a byly vydány mezinárodní doporučené postupy založené na důkazech (*evidence-based guidelines*) (Ding a kol., 2016, s. 232–233). Gillespie a kol. (2019, s. 13) provedli metaanalýzu s cílem shrnout a vyhodnotit doporučené postupy ošetrovatelské péče se zaměřením na předoperační profylaxi prováděnou sestrami (11 článků splňujících kritéria určená autory metaanalýzy) a na pooperační intervence při péči o operační ránu (12 článků splňujících kritéria určená autory metaanalýzy). Z výsledků metaanalýzy bylo zjištěno, že většina doporučení byla spíše orientační a že většina sester ošetřovala rány na základě intuice, pracovních zkušeností a norem, na základě názoru vrstevníků a předchozí edukace.

Ding a kol. (2016, s. 232–238) provedli metaanalýzu s cílem vyhodnotit současné doporučené postupy zaměřené na hodnocení operačních ran a dokumentaci sester při péči o operační ránu. Kromě doporučených postupů ohledně péče o ránu je otázkou, jak má být rána hodnocena a jak často ji posuzovat. Na základě přesného popisu rány je pak vybrána léčba a je možné identifikovat problém při léčebném procesu, tzn. jestli se rána zlepšuje a zda dosahuje vytouženého cíle. Praxe naráží na nedostatečně určenou strukturu popisu operační rány a není také stanoveno, jaké nástroje mají být k hodnocení použity. Sestry přikládají větší prioritu praktické péči o ránu před vedením dokumentace, ale správně vedená dokumentace je základem pro kontinuitu péče o ránu a je hodnotnou pomůckou v rozpoznávání SSI a zahájení časných intervencí proti SSI. Z výsledků metaanalýzy bylo zjištěno, že až 15 % ran nebylo vůbec dokumentováno a prováděná dokumentace byla často inkompletní a nedůsledná. V 73 % sestry nepoužívaly k hodnocení nástroje určené k popisu rány a 81 % sester nehodnotilo ránu při každém převazu. Jako nejdůležitější faktor hodnocení rány uvedlo 75,6 % sester její vzhled. Rozměry rány, lůžko a okolní kůže nebyly vůbec při přijetí pacienta do péče po výkonu popisovány. V 58 % ovlivnil výsledky hodnocení rány výběr materiálu. Sebejistotu v péči o ránu vyjádřilo jen 6 % dotazovaných sester, 16 % se hodnotilo jako nejisté a 9 % by potřebovalo více tréninku. K aktualizaci znalostí využívalo 80 % sester dealery produktů pro péči o ránu, 73 % využívalo k asistenci při převazu své kolegy. Použití standardizovaného prospektu by mohlo sestřím pomoci ve výběru správného materiálu při převazu. Ucelené hodnocení rány je nezbytné pro management péče o operační ránu, k prevenci infekce operační rány a podpoře hojení. Důsledkem kvalitnějšího managementu péče o operační ránu může dojít ke zlepšení kvality života pacienta (např. menší bolestivost), ke snížení nákladů na péči a ke zkrácení doby léčby. Při hodnocení je důležité popisovat také známky SSI jako bolest, zarudnutí, citlivost a otok. Dále jsou k prevenci a managementu SSI důležité aktuální znalosti, evidence-based doporučené postupy a vzdělávací programy zaměřené na péči o operační ránu.

Kocaçal a Karadag (2020, s. 1–7) provedli průřezovou deskriptivní studii s cílem vyhodnotit ošetřovatelské diagnózy použitím NANDA-I klasifikačního systému a ošetřovatelské intervence využitím klasifikačního systému Nursing Interventions Classification (dále jen NIC) u pacientů po radikální prostatektomii v časném pooperačním období. Do výzkumné studie bylo zapojeno 54 dospělých pacientů. Klasifikační systém NANDA-I je klíčem ošetřovatelského procesu a klasifikační systém NIC umožňuje pojmenování a identifikaci činností k zachování a zlepšení individuálního, rodinného a komunitního zdraví. Komplexní ošetřovatelská péče využitím klasifikačních systémů

NANDA-I a NIC může přispět ke zkvalitnění zdravotní péče o pacienta. Z výsledků výzkumné studie vyplynulo, že by pacienti měli být časně po výkonu edukováni o základních bodech v oblasti péče o operační ránu, o známkách a prevenci krvácení a infekce. Edukace pacientů by měla zahrnovat také management bolesti a v rámci urologie péči o permanentní močový katétr (PMK), zvládání fyzických dopadů jako inkontinence a erektilní dysfunkce. Pokud je to možné, měli by být edukováni i partneři či rodina. Mezi vhodné NIC intervence pro všechny pacienty zařadili autoři této výzkumné studie: aktivní poslouchání, poradenství, ochrana před infekcí, management léků, cvičení svalů pánve, pomoc při sebepéči a péče o PMK. Z hlediska ošetrovatelské péče o pacienta měly největší přínos tyto intervence: monitoring vitálních funkcí, koupání (pro větší komfort pacienta a jako pomoc zmírnění bolesti a zlepšení spánku), podávání analgetik a dalších léků (např. antiemetik), snížení úzkosti, podpora při rozhodování a diskuze o průběhu nemoci. Z výsledků výzkumné studie bylo zjištěno, že komplexní a individualizovaná ošetrovatelská péče posílená celistvým a spolupracujícím přístupem je klíčem ke zvládnutí obtíží po dimisi pacientů a pomáhá jim naplánovat si nové životní cíle i přes fyzické a psychosociální změny po operačním výkonu. Pro snížení počtu rehospitalizací doporučují autoři této výzkumné studie dispenzarizaci pacienta i po dimisi. Při ošetrovatelské péči je důležité používat standardizovaný ošetrovatelský jazyk, např. NANDA-I a NIC. Usnadňují tak viditelnou a objektivní péči mezi sestrami a zajišťují mezi sesterským personálem neustálou komunikaci.

3 Zásady komunikace v perioperační péči

Základem ošetrovatelské péče je bezpečnost pacienta (Ingvarsdottir a Halldorsdottir, 2018, s. 951). V rámci všech tří perioperačních fází bývá pacient předáván mezi zdravotnickým personálem a pro jeho bezpečnost je důležité, aby bylo toto předání efektivní. Každý překlad s sebou nese riziko dyskomunikace, ať už ve smyslu dezinterpretace, či ztráty určité informace. Není-li tedy komunikace efektivní, může vzniknout nežádoucí událost, které bylo možné zabránit (Robinson, 2016, s. 245–246). Až polovině chyb na operačních sálech lze zabránit dostatečnou komunikací, upozorňováním na chyby a lepší týmovou spoluprací. Jejím prostřednictvím se lze vyvarovat např. záměny strany, výkonu či zapomenutí roušky v operačním poli. Chyby vyvolané nedostatečnou komunikací vedou k neefektivní ošetrovatelské péči, k napětí v celém operačním týmu, k omezení a zpomalení operačního výkonu, ke zbytečnému plýtvání finančních i materiálních zdrojů, a to až ve třetině případů (Ugur a kol., 2016, s. 593). Také komunikace s pacientem je v průběhu všech perioperačních fází důležitá. Poskytováním předoperační edukace a psychologického konzultování i v pooperačním období může dojít ke zlepšení kvality života u pacienta podstupujícího operační výkon (Chen a kol., 2020, s. 4–5).

3.1 Týmová komunikace a překlad pacienta v perioperační péči

Týmová spolupráce je důležitým prvkem k zajištění bezpečné ošetrovatelské péče. Členové perioperačního týmu musí spolupracovat, musí spolu komunikovat a správně koordinovat péči. Nekolegiální chování některého z členů týmu vede k negativním výsledkům ošetrovatelské péče o pacienta. Nedostatečná kontinuita péče perioperačního týmu je potenciálem k oslabení individuálního i týmového výkonu. Neefektivní komunikace mezi členy týmu může vést k vážným komplikacím (např. poranění pacienta, podání nesprávné medikace), nebo až k riziku smrti. Neefektivní komunikace je také příčinou chyb během perioperační fáze a může docházet např. ke zpoždění transportu pacienta, operačního výkonu atd. Ve zvýšené míře je pozorován jako faktor oslabující týmovou spolupráci také stres. Faktory, jež ho zvyšují, jsou běžnou součástí práce sester – vysoká pracovní zátěž, personální vztahy, časový tlak atd. Vysoce rizikovým prostředím nežádoucích událostí je práce na operačním sále. V prostředí operačních sálů je potenciální riziko vážných poranění i úmrtí pacienta a velkou část nežádoucích událostí je možné přičíst ošetrovatelské péči. Operační tým je tvořen několika odlišnými profesemi, např. všeobecné sestry, chirurgové, anesteziologové (Sonoda a kol., 2017, s. 66–67). Zejména ve větších nemocnicích

(např. fakultních) jsou tyto odbornosti rozdělené a je podporováno tzv. silo myšlení (každý z oborů myslí sám za sebe), což může vést k různorodým cílům a prioritám personálu (Sandelin a kol., 2019, s. 2636). Sestry pro perioperační péči vykonávají na operačním sále roli tzv. „obíhající“ sestry (pracují mimo sterilní zónu, zajišťují potřeby chirurgického týmu) anebo tzv. „instrumentářky“ (poskytují asistenci chirurgovi, jsou zodpovědné za počítání použitých instrumentárií během a na konci výkonu). Předpokladem bezpečné a dostatečné perioperační péče je spolupráce všech členů operačního týmu (Sonoda a kol., 2017, s. 66–67). Péče na operačním sále je nákladná a vyžaduje účinný management podložený správností informací o zdraví pacienta a plánovaném výkonu. Podle sester pro perioperační péči je pro bezpečnou ošetrovatelskou péči důležitý předoperační rozhovor mezi členy operačního týmu, který by obsahoval spolehlivý a ucelený předoperační plán s adekvátními informacemi. Pro sestry pro perioperační péči jsou tyto informace velmi důležité, protože na jejich základě připravují k výkonu pacienta a operační vybavení. Informace získané z počítačového systému často nejsou komplexní, sestry se proto musí dožadovat informací od ostatních členů operačního týmu (Sandelin a kol., 2019, s. 2636).

Sonoda a kol. (2017, s. 68–70) provedli kvantitativní analytickou studii s cílem zjistit postoj sester pro perioperační péči k týmové práci, jak tyto sestry vnímají stres a jaké jsou faktory, jež ho ovlivňují. Jako metoda průzkumu bylo zvoleno dotazníkové šetření. Do výzkumné studie byly po provedené selekci vybrány dotazníky 248 sester pro perioperační péči (124 instrumentářek a 124 obíhajících sester). Z výsledků výzkumné studie bylo zjištěno, že úroveň stresu byla u obíhajících sester, i instrumentářek shodná a že psychický stres během výkonu vnímá asi 30–40 % sester pro perioperační péči. Faktory ovlivňující stres sester pro perioperační péči byly odlišné. Sestry pro perioperační péči v roli instrumentářky pocítovaly větší stres při ošetrovatelské péči o pacienta na základě hodnoty Body mass indexu pacienta (BMI); např. čím vyšší BMI, tím obtížnější manipulace s pacientem, krevní ztráty či anesteziologického hodnocení pacienta (ASA skóre). Sestry pro perioperační péči v roli obíhajících sester měly větší psychickou zátěž při provádění kontroly správné strany výkonu a při endoskopických výkonech. Uváděly větší míru stresu před výkonem, kdy jsou na ně kladeny četné požadavky (na pozornost, dovednosti atd.). Nadměrný psychický stres u sester pro perioperační péči ovlivňuje technický výkon i netechnické dovednosti (komunikace, úsudek, rozhodnutí). Je tedy nezbytné provést intervence ke snížení negativních dopadů způsobených stresem a ke snížení úrovně psychického stresu celého operačního týmu. Dále je důležité, aby personál chirurgie

a anestezie pochopil, jak se sestry pro perioperační péči cítí, a jaké faktory ovlivňují jejich výkon, a aby je v jejich práci podporoval.

Sandelin a kol. (2019, s. 2638–2641) provedli kvalitativní deskriptivní studii s cílem zjistit zkušenosti sester pro perioperační péči se zajištěním bezpečné ošetrovatelské péče a s týmovou spoluprací. Výzkumné studie se zúčastnilo 16 zkušených sester pro perioperační péči (tj. nejméně 2 roky praxe na operačních sálech) ze 4 různých nemocnic ve Švédsku, se kterými byly vedeny narativní rozhovory. Sestry ve svých odpovědích zdůrazňovaly důležitost znát členy operačního týmu, detaily výkonu (jako pozice, potřebné technické vybavení atd.). Dále bylo pro sestry důležité mít dostatečné a ucelené informace pro dobrou připravenost před operačním výkonem, protože při nečekaném vývoji dochází ke stresující situaci a tím k časovým prodlevám. Sestry preferovaly možnost přípravy již den před výkonem, aby si prostudovaly veškeré informace a mohly připravit vše potřebné k výkonu (např. instrumentárium, implantáty). Často však docházelo k přesunu sestry na jiný operační sál nebo ke změně operačního programu, což mělo za následek nedostatečné předoperační plánování. To vedlo k navýšení stresu, frustraci sestry a k nejistotě. Management operačních sálů by měl být v koordinaci práce vždy o krok napřed, aby byl průběh hladký a aby byl čas efektivně využitý. Vrchní sestra operačních sálů by měla dodržovat jasné standardy, rutiny a operační cíle. Lepších výsledků dosahovaly vrchní sestry se zjevnou autoritou. Sestry pracují na operačním sále obvykle ve dvojici. Za nejlepší variantu sestry považovaly možnost, kdy pracovaly společně dvě sestry pro perioperační péči. Při této kombinaci se mohly vzájemně nahradit v souladu s výkonem, mohly mezi sebou konzultovat různá rozhodnutí během výkonu, tím také mohly lépe vyhovět požadavkům operačního týmu. Když spolupracovala sestra pro perioperační péči ve dvojici s praktickou sestrou, pociťovala sestra pro perioperační péči menší bezpečnost poskytované péče. Během výkonu byly v tomto případě sestry pro perioperační péči odkázané na vlastní dovednosti a neměly se koho jiného zeptat. Dále byla z výsledků výzkumné studie zjištěna nespokojenost sester kvůli nedostatečnému setkávání operačního týmu před výkonem. Předoperační diskuze mezi členy týmu se uskutečňovaly jen zřídka a stávalo se, že sestry musely opakovaně volat chirurgům k získání kompletních informací o výkonu. O předoperační sezení a diskuzi je však v rámci operačního týmu kromě sester malý zájem, pravděpodobně je to z důvodu odlišných cílů a priorit jednotlivých odborností. Výsledky výzkumné studie také dokazují, že operační tým lépe reaguje na neočekávané situace, pokud se jeho členové vzájemně znají a jsou dostatečně seznámeni s prováděným výkonem. Při složení týmu z lidí, kteří se vzájemně neznají anebo

nemají přehled o chirurgické technice, se zvyšuje riziko nežádoucích událostí a může dojít k ohrožení pacienta.

Efektivní komunikace je vyžadována také při překladu pacienta v rámci perioperačního období. Při každém překladu je riziko dyskomunikace, zániku důležité informace či dezinterpretace (Robinson, 2016, s. 245). Péče a komunikace se odvíjí od zdravotnického personálu (všeobecné sestry, praktické sestry), který je do procesu překladu zapojen. Ne všechny sestry pocítují dostatečnou důležitost překladu pacienta (McElroy a kol., 2015, s. 630–631). Kombinuje se při něm nutná ošetrovatelská péče o pacienta a komunikace ohledně informací o pacientovi, výkonu atd. (např. o komplikacích při výkonu, kardiopulmonální stabilitě pacienta), aby byla poskytnuta bezpečná pokračující péče. Předávání pacienta bývá stručné, nestrukturované, často nekompletní a neformální, obvykle bez psané dokumentace. Významnou bariéru kvalitního překladu představuje také nedostatek času (Robinson, 2016, s. 246–247). Vyšší výskyt chyb při překladech pacienta se objevuje na jednotkách intenzivní péče a při překladech během noci. Svou roli v nedůsledném předávání mají také interpersonální vztahy. Potenciální strategií ke zlepšení komunikace při překladu může být edukace a interaktivní výuka zaměřená na spolupráci sester. V rámci komunikace je důležité dbát více na rizika a komplikace ošetrovatelské péče o pacienta než na předávání informací o výkonu. Mělo by se dbát na omezení roztržitosti a vyrušování během překladu (McElroy a kol., 2015, s. 629–632). Dalším možným zkvalitněním překladu je také standardizace práce a vytvoření specifického předávacího protokolu, který by obsahoval důležité body týkající se překladu. Nevýhodou předávacího protokolu by však bylo psaní dalšího „papíru“ (McElroy a kol., 2015, s. 630–631; Robinson, 2016, s. 247–248). Pro standardizaci předávacího protokolu by měl být použitý formát, kterému porozumí každý příjemce. Při překladech pacienta je často využívána strukturovaná pomůcka SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*). Pro prostředí operačních sálů byla vytvořena pomůcka PEARLS, která sice není akronymem jako SBAR, ale každé písmeno koresponduje se základním prvkem péče o pacienta peroperačně. Po zavedení PEARLS protokolu dosáhly všechny sestry 100 % při edukačním testu, z čehož vyplývá větší sebedůvěra sester s obsahem překladu. Došlo k viditelnému zlepšení efektivní komunikace ohledně základních bodů péče v časně pooperační fázi. Pozitivní odezva na používání PEARLS byla jak ze strany sester operačního sálu, tak sester na tzv. „dospávací“ jednotce. PEARLS byl vyhodnocen jako efektivní doporučený postup pro komunikaci při překladu pacienta (Robinson, 2016, s. 247–253).

3.2 Komunikace s pacientem v perioperační péči

Pooperační bolest je nejčastější příčinou bolesti. Díky rostoucímu množství prováděných výkonů se postupně zvyšuje i počet pacientů s pooperační bolestí. Bolest vzniká jako důsledek poškození tkáně, hojícího procesu či probíhajícího zánětu. Management bolesti je pro sestry, které provádí ošetrovatelskou péči po výkonu, jednou z největších klinických výzev. I přesto že jsou dostupná školení a vytvořené doporučené postupy, není management pooperační bolesti dostatečný. Neefektivní management bolesti pak může vést k horším výsledkům pacienta, ke zhoršení pocitů úzkosti, k nespavosti, zvýšení stresové zátěže a může limitovat pohyblivost. Nedostatečný management bolesti může také snížit schopnost pacienta vrátit se brzy do práce a to vede k finančním a emocionálním dopadům pro pacienta a jeho rodinu. Zaléčení bolesti je důležité také pro prevenci dalších komplikací, jako jsou hluboká žilní trombóza, plicní atelektáza, plicní embolie či chronická bolest. Nedostatečný management bolesti je často v důsledku nedostatečné komunikace mezi pacientem a ošetřující všeobecnou sestrou, neúplné edukace pacienta a nesplnění jeho očekávání. K dalším překážkám efektivního managementu bolesti patří také nedostatečné komplexní posouzení zdravotního stavu, neadekvátní a nedostatečná dokumentace, nevhodné možnosti k tišení bolesti a překážky ze strany sester (např. nedostačující znalost léčby bolesti) (O'Donnell, 2015, s. 221–222).

Byly vytvořeny doporučené postupy managementu pooperační bolesti, které se snaží, aby byla analgetizace tzv. „ušitá na míru“. Zahrnuje multimodální analgezii, edukaci a informování pacienta. Je snaha minimalizovat používání opiátů po dimisi pacienta ze zdravotnického zařízení. Doporučené postupy managementu pooperační bolesti umožňují zlepšit komunikaci mezi pacientem a sestrou (Yajnik a kol., 2018, s. 383). Edukace pacientů by měla zahrnovat cíle léčby, informovat pacienta o důležitosti kontrol bolesti a měl by být vysvětlen farmakologický i nefarmakologický přístup k managementu bolesti. V rámci edukačního programu by měli být pacienti informováni o správném užívání analgetik, o možných nežádoucích účincích a měli by být edukováni o varovných signálech (O'Donnell, 2015, s. 222–223).

Yajnik a kol. (2018, s. 385–386) provedli retrospektivní kohortovou studii s cílem zjistit, jaký má vliv předoperační edukace zaměřená na analgetickou léčbu na pacienta v souvislosti s mírou užívání analgetik po provedené artroplastice kolene. Vytvořili pro pacienty edukační kartu, kde byla zepředu vysvětlena všechna analgetika a na zadní straně byla uvedena škála bolesti. Pacienti byli edukováni, že nemusí využít veškerá analgetika, karty byly denně aktualizovány podle změn analgetického plánu po konzultaci sestry s pacientem.

Do výzkumné studie bylo zapojeno celkem 40 pacientů, z toho 20 pacientů bylo analyzováno měsíc před zavedením edukační karty (kontrolní skupina) a 20 pacientů bylo analyzováno měsíc po implementaci (intervenční skupina). Z výsledků výzkumné studie bylo zjištěno, že mezi skupinami nebyly rozdíly v hodnocení míry bolesti, ale v intervenční skupině byla v menší míře užívána opiátová analgetika. Výsledky výzkumné studie tak dokázaly, že lepší komunikace mezi pacientem a sestrou může vést ke snížení užívání opiátů. Edukační materiály by měly být pro pacienty snadno čitelné a pochopitelné a měly by být snadno aplikovatelné.

O'Donnell (2015, s. 223–226) provedla randomizovanou studii s cílem zjistit efekt předoperační edukace u pacientů podstupujících laparoskopickou cholecystektomii. Výzkumné studie se zúčastnilo 24 pacientů, kteří byli rozděleni do dvou skupin – kontrolní skupina (bez předoperační edukace analgetické léčby, celkem 11 pacientů) a intervenční skupina (předoperační edukace byla poskytnuta, celkem 13 pacientů). Při kontrole provedené za 2 týdny po výkonu vyplňovali pacienti dotazník. Z výsledků výzkumné studie vyplynulo, že u obou skupin byli pacienti limitováni v různých činnostech (chůze, vstávání z postele, spánek atd.). Pacienti z intervenční skupiny ale vykazovali časnější mobilizaci i lepší spánek, měli méně nežádoucích účinků analgetizace a mnohem častěji používali i nefarmakologické metody k léčbě bolesti (nejčastěji využívali chlazení bolestivé oblasti). Dále bylo z výsledků výzkumné studie zjištěno, že pacienti bez edukace nevěděli, jak analgetika správně užívat, a nepochopili důležitost plánované analgetizace, aby bolest nebyla příliš silná. Každý pacient by měl mít možnost být před výkonem dostatečně edukován. Při komunikaci sestry s pacientem by bylo výhodné využití moderních technologií (např. telefonu, nahrávek), které by umožnily posílení získaných informací během předoperačních návštěv.

Předoperační návštěvy prováděné sestrami jsou jedny z nejefektivnějších a nejbezpečnějších metod k poskytnutí edukace a psychologické podpory pro pacienty. Umožňují tak pacientovi zvýšit jeho informovanost a znalosti o plánovaném výkonu. Edukace také pomáhá pochopit důležitost spolupráce při léčbě a pomáhá pacientům zvládat neočekávané komplikace. Takto připravený pacient trpí předoperační úzkostí a strachem mnohem méně. Úzkost je dočasným emočním stavem a manifestuje se pomocí autonomního nervového systému. U pacientů je předoperační úzkost většinou běžná a postupně narůstá od určení data výkonu až do jeho zahájení. Při úzkosti může pacient vnímat bolest silněji, což vede k vyššímu užívání analgetik a k možnému prodloužení hospitalizace, což má přímý dopad na finanční náklady léčby (Xu a kol., 2020, s. 1–2).

Chen a kol. (2020, s. 2–5) provedli randomizovanou studii s cílem zjistit, jaký je dopad ošetrovatelské péče jako intervence ke snížení pocitu úzkosti u pacientů, kteří podstoupili výměnu srdeční chlopně. Nepřetržitě „klikání“ po náhradě chlopně může obtěžovat pacienty stejně jako jiné komplikace po výkonech a může ovlivnit kvalitu života. Do výzkumné studie bylo zapojeno celkem 90 pacientů, kteří byli rozděleni do dvou skupin. Oběma byla poskytnuta běžná ošetrovatelská péče 1–2 dny před výkonem (všeobecné informace o výkonu, trvání výkonu, o pooperační léčbě bolesti, pobytu na jednotce intenzivní péče po výkonu, potřebě výživy, antikoagulace a rehabilitaci a o potenciálních pooperačních komplikacích). U jedné ze skupin poté ošetrovatelská péče pokračovala i pooperačně a pacienti měli možnost konzultovat svůj zdravotní stav ještě rok po výkonu (intervenční skupina). Tuto ošetrovatelskou péči poskytovaly sestry, které navštěvovaly pacienty, komunikovaly s nimi telefonem a pomocí mobilních aplikací. Před výkonem a zavedením intervence dosahovaly obě skupiny stejného skóre v dotazníku úzkosti a deprese. Pooperačně však dosahovala lepších výsledků intervenční skupina. V intervenční skupině pacienti mnohem méně rušily zvuky chlopně při spaní a méně vnímali zvuky chlopně, pokud se na poslouchání nezaměřili. Signifikantně významný rozdíl byl v celkovém zdravotním stavu, emocích a mentálním zdraví, kdy pacienti z intervenční skupiny dosahovali vyššího skóre v dotazníku kvality života SF-36 (čím vyšší skóre, tím lepší kvalita života). Z výsledků výzkumné studie bylo zjištěno, že předoperační intervence zlepšují kvalitu života pacientů. Sestry by měly dbát na předoperační edukaci pacientů a měly by pacientům poskytnout příležitost k pooperačním konzultacím ohledně zdravotního stavu po výkonu.

4 Vzdělávání všeobecné sestry v perioperační péči v ČR i zahraničí

Je nemožné zajistit bezchybné perioperační prostředí a nelze se vyhnout lidským chybám. Toto riziko lze však minimalizovat tréninkem, monitorováním, analyzováním a vzděláváním (Uqur a kol., 2016, s. 595). Pro poskytování kvalitnější ošetrovatelské péče představuje základ vyšší dosažené vzdělání sester (Mikšová a kol., 2013, s. 12). Kromě vzdělání by „dobrá“ sestra pro perioperační péči měla mít zájem o péči o pacienta a své povolání by měla provádět tělem i duší. Povolání sestry pro perioperační péči je nádherná práce kombinovaná s vědou a uměním (Pavlová a kol., 2016, s. 52–53). Evropské sdružení sester na operačním sále (dále jen EORNA) zajišťuje udržování vysokého standardu perioperační péče (Higgins a kol., 2012, s. 1–24).

Aby sestra mohla být zařazena do specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče, musí nejdříve získat způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. V České republice je možné dosáhnout kvalifikace povolání všeobecné sestry dvojím způsobem studia. Prvním způsobem je vystudování vyšší odborné školy (dále jen VOŠ) s dosažením titulu diplomované všeobecné sestry (DiS.). Druhým způsobem je pak studium na vysoké škole (dále jen VŠ) v bakalářském vzdělávacím programu pro všeobecné sestry s dosažením titulu bakaláře (Bc.). V obou typech studia musí být splněné požadavky na kvalifikační přípravu všeobecné sestry dané směrnicí Evropského parlamentu a Rady 36/2005/ES o uznání odborných kvalifikací a zákonem č. 96/2004 Sb., v aktuálním znění. Připravenost absolventek VOŠ a VŠ je k vykonávání povolání z pohledu manažerů pro nelékařské profese zdravotnických zařízení shodná. Pokud se tedy diplomovaná všeobecná sestra rozhodne pokračovat ve studiu na VŠ, studuje identický obor. Titul bakaláře jí však nezaručuje získání větších kompetencí při výkonu povolání. Tento způsob vzdělávání je tak ekonomickou zátěží pro studující všeobecné sestry, ale i pro společnost (Mikšová a kol., 2013, s. 11–12).

Obor perioperační péče je jako samostatný obor mladý, vznikl v 90. letech 20. století. Do té doby se vzdělávání všeobecných sester pro perioperační péči měnilo spolu s historickým vývojem. Postupem času rostla také prestiž profese sestry pro perioperační péči. Změnil se i samotný charakter náplně její práce a byly odbourány zastaralé postupy (připravování mulových materiálů, motání tamponů, broušení jehel, testy propustnosti rukavic a zapravování perforací rukavic kaučukovým roztokem atd.). V dnešní době jsou přísnější hygienické podmínky, ošetrovatelské procesy jsou snadnější a rychlejší, některé zásady však vydržely stejné (např. početní kontroly instrumentářií a operačních roušek) (Pavlová a kol., 2016, s. 49–53). K získání způsobilosti v odbornosti všeobecné sestry pro perioperační péči

musí sestra absolvovat specializační vzdělávání v oboru perioperační péče a úspěšně složit atestační zkoušku, viz § 55 odst. 1 zákona č. 96/2004 Sb. Délka specializačního vzdělávání je optimálně 18–24 měsíců. Pokud je ale zachována kvalita vzdělávání a je-li dodržen stanovený počet hodin vzdělávacího programu, může vzdělávání trvat kratší nebo i delší dobu, než je jeho optimální délka. Pro přihlášení k atestační zkoušce musí sestra splnit podmínky stanovené vzdělávacím programem. Musí absolvovat 560 hodin teoretické přípravy a odborné praxe v průběhu tří ucelených částí vzdělávacího programu, tzv. modulů. Každý z modulů je zakončen testem a ústní zkouškou. Další podmínkou pro přihlášení k atestační zkoušce je získání stanoveného počtu kreditů (celkem 195) a výkon povolání v perioperační péči po dobu minimálně 1 roku. Průběh vzdělávání (splnění počtu stanovených výkonů, odborné praxe atd.) je zaznamenáván do tzv. Logbooku. Na odbornou praxi dohlíží přidělený školitel, který také průběžně testuje dovednosti a znalosti sestry. Absolvováním vzdělávacího programu perioperační péče je sestra plně způsobilá např. instrumentovat při operačních výkonech, asistovat u méně náročných výkonů, zajišťovat a doplňovat chirurgická instrumentária, implantáty či jiné zdravotnické prostředky a materiály, udržovat aseptické perioperační prostředí atd. (MZ ČR, Věstník č. 5/2020). Je ale nezbytné celoživotní vzdělávání sester pro perioperační péči, aby byla zajištěna plynulost a bezpečnost ošetrovatelských procesů (Pavlová a kol., 2016, s. 49–53).

K zajištění vysokého standardu perioperační péče vzniklo v roce 1980 sdružení EORNA. Cílem EORNA je, aby existovala spolupráce mezi evropskými a mezinárodními organizacemi a aby se rozvíjely vzdělávací programy perioperační péče. V rámci vzdělávání by měla všeobecná sestra dosáhnout minimálně bakalářského titulu. Není ale vyžadována zkušenost na operačním sále. Poskytnuté vzdělávání v rámci vzdělávacích programů by mělo být závazné pro všechny zapojené země. Je snaha, aby byla praxe neustále hodnocena jak studenty, tak i vyučujícími, což by mělo umožnit včasné reagování na obtížné oblasti vzdělávání. Během něj by sestra pro perioperační péči měla získat dovednosti, aby se dokázala postarat o pacienta v perioperačním období, aby byla schopna mu zajistit morální i fyzickou podporu a zároveň dodržovat jeho práva. Měla by se řádně naučit dodržování asepsy a bránit šíření nozokomiálních infekcí. V roli obíhající sestry a instrumentářky by měla umět základní chirurgické techniky, umět pečovat o chirurgická instrumentária a obratně s nimi manipulovat. Cílem EORNA je také získání schopných, samostatně fungujících sester pro perioperační péči na profesionální úrovni, které jsou zkušené v současných trendech a k pacientovi přistupují bez předsudků (Higgins a kol., 2012, s. 1–24).

4.1 Moderní přístupy ke vzdělávání a školení

Larti a kol. (2018, s. 1–6) provedli výzkumnou srovnávací studii s cílem zjistit, jaký je efekt edukačních programů s využitím tzv. role-play (hraní rolí) na empatickou komunikaci s pacienty. Empatie je zásadní částí vztahu mezi pacientem a sestrou. Předpokládá se, že usnadňuje navození vzájemné důvěry, zvyšuje pacientovu spokojenost, tím vede i k lepším výsledkům léčby. Úbytek empatie v dnešní době je zřejmě v důsledku pracovního přetížení, nedostatku času a rozvoj technologií v léčbě. Operační sály jsou oblastí, kde je léčba pomocí technologií evidentní. Většina pacientů se před výkonem cítí opuštěna a vstup na operační sál je často spojen s pocitem strachu a úzkosti. Sestry v této fázi selhávají v poskytnutí psychologické podpory pacientovi. Vytvoření empatické atmosféry se ukázalo jako důležitý faktor, díky kterému došlo ke snížení pocitů úzkosti pacientů a k ovlivnění komunikace mezi nimi a sestrami. O důležitosti empatie by měli být edukováni již studenti nelékařských oborů, kteří jsou potenciálním personálem zdravotnických zařízení. Byly navrženy různé techniky ke zkvalitnění interpersonální komunikace, např. audio-/videonahrávky setkání s pacienty, prožití vlastní hospitalizace, studování literatury a umění, zapojení se do divadelního představení a role-play. Role-play je typem simulace, při které jsou studenti aktivně zapojeni do procesu učení a jež pomáhá vyzkoušet a zažít proces rozhodování v obtížných situacích. Do výzkumné studie bylo zapojeno 77 studentů v oboru perioperační péče, kteří byli rozděleni náhodně do dvou skupin. U studentů první skupiny nebyly provedeny žádné intervence, které by zlepšily jejich empatickou komunikaci (kontrolní skupina, 41 studentů). Studenti druhé skupiny (intervenční skupina, 36 studentů) absolvovali 3 tréninková sezení (každé 4 hodiny), kde jim byla vysvětlena samotná definice empatie, důsledky empatického chování a byly jim předvedeny příklady empatické komunikace. Následně byly studentům intervenční skupiny vysvětleny techniky, jak projevit empatii, jak se vcítit do role pacienta a jak pacientovi věnovat pozornost. Při posledním sezení pak tyto studenti prováděli role-play podle scénářů. Metodou průzkumu výzkumné studie bylo dotazníkové šetření, jehož součástí byly položky z Jeffersonovy škály empatie (dále jen JSE z anglického *Jefferson Scale of Empathy*). Z výsledků výzkumné studie bylo zjištěno, že před implementací intervenční strategie nebyly mezi skupinami rozdíly v celkovém skóre JSE. Ke zvýšení skóre JSE intervenční skupiny došlo ihned po implementaci intervence a trvalo i při hodnocení s odstupem 1 měsíce po implementaci. Pravděpodobným důvodem tohoto zlepšení skóre JSE je, že role-play umožnilo studentům lépe pochopit pacientovy potřeby v určitých situacích. I pro studenty samotné může být technika role-play užitečná. Trénováním situací z peroperačního prostředí

využitím role-play techniky by mohlo studentům pomoci odbourat nervozitu před nastoupením do praxe. Implementace edukačních programů typu role-play může být efektivní metodou v tréninku empatického chování. Larti a kol. také doporučují provést změny vzdělávacích osnov tak, aby byli studenti edukováni o důležitosti empatie. Dále doporučují motivovat studenty, aby věnovali pozornost lidskému přístupu v péči o pacienta.

Kryklywy a kol. (2021, s. 1–14) provedli komparativní studii s cílem zjistit efektivitu použití tabletů při edukaci chirurgických instrumentářií. Je nezbytné, aby o nich sestry měly dostatečné znalosti a aby byly edukovány v zacházení s nimi s časovou i prostorovou přesností. Nejčastěji se edukace provádí prakticky se supervizorem a studiem textů, to ale může vést k nepatřičnému riziku pro pacienta během výkonu, a to z důvodu nedostatečných znalostí sestry a její nezkušenosti v manipulaci s instrumentáriem. Při edukaci chirurgických instrumentářií jen pomocí textu a obrázků mimo operační sál je pacient chráněn před možným poškozením (např. při prodlení podání správného instrumentária). Tímto způsobem edukace je ale limitována syntéza konkrétních informací s praktickou aplikací a není tak umožněna haptická edukace. Dále je obtížné nabýt znalosti a zkušenosti s chirurgickými instrumentářií u výkonů, které se provádí jen zřídka. Je tedy snaha vytvořit efektivní edukační protokoly, které by připravily sestry na vzácné a nebezpečné situace. S rozvojem digitálních simulací se nabízí slibná cesta, kam expandovat edukaci (např. využitím tabletů, virtuální reality). Pomocí digitálních simulací se snižuje riziko poškození pacienta neznalostí instrumentária a umožňuje více příležitostí k tréninku pro vzácné výkony. Mohly by také umožnit domácí studium, usnadnit studium při dojíždění, mohly by také přispět k rychlému připomenutí informací před skutečným operačním výkonem. Autoři dohledali pouze 7 studií, které se věnovaly tématu začlenění tabletů do edukačních programů. V rámci této výzkumné studie byla srovnávána efektivita 3 odlišných typů studijních prostředí (1. studium textu a obrázků, 2. studium pomocí simulace na tabletu, 3. skutečná praxe) zaměřených na výuku pseudochirurgických instrumentářií (napodobeniny skutečných instrumentářií, se kterými pracují sestry pro perioperační péči). Důvodem použití pseudochirurgických instrumentářií bylo zajištění počáteční nulové znalosti účastníků. Pseudochirurgickým instrumentářiím dali autoři výzkumné studie také nové názvy zahrnující informace o struktuře, funkci či fiktivním vývoji instrumentária a vytvořili jejich funkční a lingvistické podskupiny. Tato instrumentária pak byla rozdělena do 3 odlišných setů po 35 kusech, aby byla zajištěna unikátnost pro každý typ studia. Vždy po ukončení 30minutového nácviku v rámci každého typu studia pak měli studenti správně určit a podat 21 vybraných položek na nasimulovaném operačním sále do natažené dlaně „chirurga“,

a to co nejrychleji a nejpřesněji. Výzkumné studie se zúčastnilo 42 studentů. Hodnocení efektu všech studijních prostředí bylo provedeno ihned po edukaci a poté s odstupem týdne. Podle předpokladu byla neprodleně po edukaci jako nejefektivnější a nejpřesnější způsob edukace označena skutečná praxe, mezi studiem s využitím tabletu a textu nebyl shledán žádný rozdíl. Při hodnocení s časovým odstupem celkově poklesl výkon u všech typů studijních prostředí, ale došlo překvapivě ke srovnání efektu edukace mezi skutečnou praxí a simulací na tabletu. U tabletových simulací stihli studenti provést více opakování než při skutečné praxi, a proto pravděpodobně došlo k částečnému vyrovnání výsledků těchto dvou typů studijních prostředí. Větší počet provedených opakování tak poukazuje na možnost stálejšího efektu studia. I přesto že je skutečná praxe hodnocena jako nejlepší možnost edukace, není vždy možné ji reálně provést. Studium s využitím tabletu nebo textu může být implementováno jako pomocný edukační nástroj, ale skutečnou praxi nenahradí, neboť tyto typy studia nemůžou poskytnout možnost manipulace s instrumentáři a netrénují tak stejné neurokognitivní mechanismy učení. Učení textu může vést k vylepšení pro získání specifitějších informací pro jednotlivá instrumentária a může umožnit jejich bohatší kognitivní prezentaci. Výsledky výzkumné studie tak naznačují, že k získání dostatečných znalostí je důležité používat kombinaci více edukačních nástrojů.

4.2 Význam a limitace dohledaných poznatků

Hlavní zásadou perioperační ošetrovatelské péče je zajištění pacientovy bezpečnosti. Operační sály jsou zatíženy častým výskytem nežádoucích událostí, na kterých se podílí mnoho rizikových faktorů (např. porušování hygienických opatření, rotace sester, nedostatečná komunikace). Z výsledků výzkumných studií vyplynulo, že sestry pro perioperační péči mají přiměřené teoretické znalosti o zásadách perioperační péče a že problematické je dodržování těchto zásad v praxi (např. nedostatečná úprava nehtů, nošení šperků). Důležité je sestry motivovat k dodržování zásad perioperační péče a umožnit jim opakovaná školení.

Ve snaze limitovat množství nežádoucích událostí byly zavedeny tzv. check-listy, které jsou z velké části v kompetenci sester pro perioperační péči. Sestry vnímají tyto check-listy jako důležitý nástroj k zajištění bezpečné ošetrovatelské péče. Výsledky výzkumných studií ale poukázaly, že je pro sestry obtížné check-listy vyplňovat kompletně, např. pro nespolupráci lékařů, z důvodu časové náročnosti či kvůli provedení check-listů (opakující se otázky atd.). Ke zlepšení by mohlo vést zjednodušení check-listů a jejich

individualizace pro jednotlivé chirurgické výkony, motivování sester a personálu operačních sálů k používání check-listů a podpora týmové spolupráce.

Komunikace je důležitým prvkem v průběhu celého perioperačního období. V důsledku neefektivní komunikace mezi zdravotnickým personálem může dojít k nežádoucí události, které bylo možné zabránit. Z výsledků výzkumných studií vyplynulo, že z hlediska týmové komunikace je pro sestry pro perioperační péči důležitý předoperační rozhovor s ucelenými informacemi o výkonu a také práce v operačním týmu, kde se členové vzájemně znají. Sestry pozitivně hodnotily také využití strukturované pomůcky PEARLS k usnadnění komunikace při překlada pacienta. Efektivní komunikace sestry s pacientem může vést ke zlepšení kvality života u pacienta podstupujícího operační výkon. Výsledky výzkumných studií potvrdily, že možnost předoperační edukace či pooperační psychologické konzultace vede ke snížení stresu vnímaného pacientem, k lepšímu managementu pooperační bolesti a k časnějšímu návratu do plnohodnotného života.

I přes snahu o sjednocení stále existují v rámci Evropské unie rozdíly ve vzdělávání všeobecných sester, tím i rozdílnosti v získání specializace pro perioperační obor. O určitou standardizaci kvality vzdělávání sester pro perioperační péči se snaží mezinárodní sdružení sester na operačním sále EORNA. Autoři výzkumných studií se také shodují, že je důležité celoživotní vzdělávání sester a snaha modernizovat stávající vzdělávání. Je nezbytné, aby se pomocí výzkumných studií zkoušely nové metody vzdělávání, které by mohly být přínosné zejména z hlediska získávání praktických dovedností. Jako užitečné intervence se z výsledků výzkumných studií ukázaly např. využití simulátorů, edukace se zapojením role-play nebo používání tabletů.

Významnou limitací bakalářské práce je využití zejména zahraničních zdrojů k tvorbě práce (použito celkem 9 výzkumných studií pocházejících z České republiky). To může být překážkou při implementaci některých intervencí (např. předoperační edukace pacientů) pro jinou pracovní vytíženost sester, jelikož v ČR má jedna sestra na standardních odděleních na starosti větší počet pacientů než v zahraničí. Další významnou limitací jsou malé vzorky respondentů výzkumných studií (do 100 účastníků) a sami autoři těchto studií doporučují provedení dalších výzkumů s větším počtem respondentů. Z hlediska zásad perioperační ošetrovatelské péče se nepodařilo dohledat adekvátní výzkumné studie předoperační fáze zaměřené na všeobecné sestry. Dohledání aktuálních publikovaných poznatků ke vzdělávání v ČR bylo významně limitováno, jelikož většina byla z nepovolených či nerecenzovaných zdrojů.

ZÁVĚR

Kvalita poskytované perioperační ošetrovatelské péče se odráží i na zdravotním stavu pacienta, a proto je důležité, aby všeobecné sestry znaly a dodržovaly zásady jednotlivých součástí této péče. Hlavním cílem přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledatelné publikované poznatky o zásadách a přístupech v perioperační péči o dospělého pacienta poskytované všeobecnými sestrami.

První dílčí cíl byl zaměřen na sumarizaci aktuálních dohledatelných publikovaných poznatků o zásadách a přístupech v perioperační péči. Základním principem ošetrovatelské péče je neuškodit a zajistit bezpečnost pacienta. Během perioperační péče dochází k nežádoucím událostem (např. záměna pacienta, pád pacienta). Až polovině těchto událostí lze zabránit dostatečnou komunikací, dodržováním doporučených postupů a omezením rizikových faktorů, které by k nežádoucí události mohly vést (např. nečitelná dokumentace, neprovádění bezpečnostních kontrol). Všeobecné sestry si jsou vědomy důležitosti poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, ale i přesto nedokážou zásady a doporučení vždy zcela dodržet. Častým důvodem bývá pracovní vytíženost sester a nedostatek času. První dílčí cíl byl splněn.

Druhý dílčí cíl byl zaměřen aktuální dohledatelné publikované poznatky o komunikaci všeobecných sester s ostatními členy zdravotnického personálu a s pacientem v perioperační péči. Nedostatečná komunikace může vést k nežádoucím událostem (např. podání nesprávné medikace). Je důležité zajistit efektivní týmovou spolupráci a mít dostatečné a ucelené informace o pacientovi a plánovaném výkonu. Ke zlepšení komunikace může dojít také pomocí strukturovaných pomůcek, jako je např. PEARLS. Komunikace mezi sestrou a pacientem může ovlivnit kvalitu života pacienta, např. snížení úzkosti a stresu při poskytnutí psychologické konzultace. Také implementace intervencí (např. předoperační edukace pacienta) vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Druhý dílčí cíl byl splněn.

Třetí dílčí cíl se věnuje vzdělávání sester v současné době. Popisuje možnosti dosažení titulu všeobecné sestry a průběh specializace všeobecné sestry pro obor perioperační péče v České republice. Část kapitoly se také věnuje moderním přístupům ve vzdělávání sester (např. využití role-play, tabletových simulací). Ty se ukazují jako přínosné pro zkvalitnění vzdělávání a umožňují lepší nabytí praktických dovedností. Je však důležité, aby se sestry vzdělávaly celoživotně. Třetí dílčí cíl byl splněn.

Dohledané publikované poznatky je možné využít jako návod pro management zdravotnických zařízení, na které oblasti péče je nutné se ve větší míře zaměřit, aby se

minimalizovaly nežádoucí události během perioperační péče. Přínosem také může být zavedení edukačních prospektů pro pacienty (např. management bolesti, informace o výkonu a pooperační péči), které umožní zapojení pacienta do procesu péče a jež by mohly pacientovi pomoci snížit pocity úzkosti a strachu spojených s hospitalizací a výkonem. Popisované moderní přístupy vzdělávání by mohly vést k efektivnějšímu studiu a větší motivaci studentů nelékařských zdravotnických oborů.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. CHEN Q. Y., XU N., HUANG S. T., LIN Z. W., CAO H., CHEN L. W., & CHEN Q., 2020. *Effect of continuous nursing interventions on valve noise-related anxiety and quality of life in patients who underwent mechanical mitral valve replacement* [online]. Journal of cardiothoracic surgery, 15(1): 72 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13019-020-01117-y>
2. DING S., LIN F., a GILLESPIE B. M., 2016. *Surgical wound assessment and documentation of nurses: an integrative review* [online]. Journal of wound care, 25(5): 232–240 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/jowc.2016.25.5.232>
3. GILLESPIE B. M., WALKER R. M., MCINNES E., MOORE Z., ESKES A. M., O'CONNOR T., HARBECK E., WHITE C., SCOTT I. A., VERMEULEN H., a CHABOYER W., 2020. *Preoperative and postoperative recommendations to surgical wound care interventions: A systematic meta-review of Cochrane review* [online]. International journal of nursing studies, 102, 103486 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103486>
4. HIGGINS C., OBRIEN A., BRETT M. a MORTON S., EORNA. *Společné základní curriculum pro perioperační sestry* [online]. Překlad Jedličková J., FN Brno, COS: 2012 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: http://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/education/eorna/eorna-vseobecne-informace.pdf
5. INGVARSDOTTIR E., a HALLDORSDDOTTIR S., 2018. *Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses* [online]. Scandinavian journal of caring sciences, 32(2): 951–960 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: doi.org/10.1111/scs.12532
6. KISACIK O. G., a CIGERCI Y., 2019. *Use of the surgical safety checklist in the operating room: Operating room nurses' perspectives* [online]. Pakistan Journal of Medical Sciences; 35(3), 614–619 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.12669/pjms.35.3.29>
7. KOCAÇAL E., a KARADAĞ E., 2020. *Nursing diagnoses and NIC interventions in adult males undergoing radical prostatectomy* [online]. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, 54, e03541 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018038003541>

8. KRYKLYWY J. H., ROACH V. A., TODD R. M., 2021. *Assessing the efficacy of tablet-based simulations for learning pseudo-surgical instrumentation* [online]. PLoS ONE 16(1): e0245330. [cit. 23. 1. 2022]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245330>
9. KUDRLIČKOVÁ D., SOMROVÁ J. a BRABCOVÁ I., 2014. *Rizika v intraoperační ošetrovatelské péči* [online]. *Pediatric pro praxi*, 15(4), 235–237 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/ped-2014040015_Rizika_v_intraoperacni_oseetrovatske_peci.php
10. LANGEROVÁ T., TALIÁNOVÁ M. a PAVLOVÁ P., 2015. *Perioperační bezpečnostní proces v praxi: studentský příspěvek* [online]. *Profese online*, 8(1) [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: ISSN 1803-4330
11. LARTI N., ASHOURI E., a AARABI A., 2018. *The effect of an empathy role-play program for operating room nursing students* [online]. *Journal of educational evaluation for health professions*, 15, 29 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3352/jeehp.2018.15.29>
12. McELROY L. M., MACAPAGAL K. R., COLLINS K. M., ABECASSIS M. M., HOLL J. L., LADNER D. P., a GORDON E. J., 2015. *Clinician perceptions of operating room to intensive care unit handoffs and implications for patient safety: a qualitative study* [online]. *American journal of surgery*, 210(4), 629–635 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.05.008>
13. MIKŠOVÁ M. Z., ŠAMAJ M. M., MACHÁLKOVÁ P. L. a KAMENÍČKOVÁ M. J., 2013 [online]. *Dualita kvalifikační přípravy všeobecných sester v ČR*. *Medicína pro praxi*, 10(11–12): 401–402 [cit. 14. 2. 2022]. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201311-0014_Dualita_kvalifikacni_pripravy_vseobecnych_sester_v_CR.php
14. MZ ČR. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru všeobecná sestra – perioperační péče*. Věstník č. 5/2020. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: SEVT, vydáno 28. 4. 2020 (posl. aktualizace 13. 7. 2020), s. 220–252 [cit. 14. 2. 2022]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/19099/41057/Vestnik%20MZ_5-2020.pdf
15. O'DONNELL K. F., 2015. *Preoperative pain management education: a quality improvement project* [online]. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 30(3): 221–227 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2015.01.013>

16. PAVLOVÁ P., HOLÁ J. a ŠILLER J., 2016. *Historické mezníky ošetrovateľskej perioperačnej péče od poloviny 20. storočia po súčasnosť: literárny prehľad* [online]. Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2014-, (6): 49–53 [cit. 14. 2. 2022] ISSN 1339-5920. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/elektronicka_knihovna/2_Elektronicke_casopisy/Osetrovatelstvo_a_porodna_asistencia/1606-osetrovatelstvo-a-porodna-asistencia.pdf
17. PEÑATARO-PINTADO, E., RODRÍGUEZ, E., CASTILLO, J., MARTÍN-FERRERES, M. L., DE JUAN, M. Á., & DÍAZ AGEA, J. L., 2021. *Perioperative nurses' experiences in relation to surgical patient safety: A qualitative study* [online]. Nursing inquiry, 28(2): e12390 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/nin.12390>
18. RAMAN, J., LEVESON, N., SAMOST, A. L., DOBRILOVIC, N., OLDHAM, M., DEKKER, S., a FINKELSTEIN, S., 2016. *When a checklist is not enough: How to improve them and what else is needed* [online]. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery, 152(2): 585–592 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2016.01.022>
19. ROBINSON N. L., 2016. *Promoting Patient Safety With Perioperative Hand-off Communication* [online]. Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses, 31(3): 245–253 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.08.144>
20. SANDELIN A., KALMAN S., GUSTAFSSON BÅ., 2019. *Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork - Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study* [online]. Journal of clinical nursing. 28: 2635–2643 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.14850>
21. SONODA Y., ONOZUKA D., a HAGIHARA A., 2018. *Factors related to teamwork performance and stress of operating room nurses* [online]. Journal of nursing management, 26(1): 66–73 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jonm.12522>
22. TALIÁNOVÁ M. a KAŠPAROVÁ I., 2017. *Péče o chirurgické nástroje v rámci předsterilizační přípravy* [online]. Hygiena, 62(4): 119–122 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/hygiena.a1551>
23. UGUR E., KARA S., YILDIRIM S., AKBAL E., 2016. *Medical errors and patient safety in the operating room* [online]. The Journal of the Pakistan Medical Association. 66: 593–597 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/301657073_Medical_errors_and_patient_safety_in_the_operating_room

24. VÁCOVÁ J. a BRABCOVÁ I., 2016. *Předoperační bezpečnostní procedura na operačním sále* [online]. *Urologie pro praxi*, 17(3): 139–142 [cit. 31. 12. 2021]. ISSN 12131768. Dostupné z: doi: 10.36290/uro.2016.036
25. WICHISOVÁ, J., 2014. *Bezpečnost pacienta na operačním sále v českých a švédských nemocnicích* [online]. *Praktický lékař*, 94(6): 271–274. ISSN 0032-6739 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=100324740&lang=cs&site=ehost-live>
26. WICHISOVÁ J. a HORÁKOVÁ A., 2018. *Perioperative Ethics and Patient Safety. Postmodern Openings* [online], 9(4): 184–196 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.18662/po/51>
27. WICHISOVÁ J., HORÁKOVÁ A., TALIÁNOVÁ M., 2020. *Dodržování pravidel hygieny rukou v perioperační péči* [online]. *Hygiena*. 65(3): 93–98 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/hygiena.a1758>
28. XU Y., WANG H., a YANG M., 2020. *Preoperative nursing visit reduces preoperative anxiety and postoperative complications in patients with laparoscopic cholecystectomy: A randomized clinical trial protocol* [online]. *Medicine*, 99(38): e22314 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022314>
29. YAJNIK M., HILL J. N., HUNTER O. O., HOWARD S. K., KIM T. E., HARRISON T. K., a MARIANO E. R., 2019. *Patient education and engagement in postoperative pain management decreases opioid use following knee replacement surgery* [online]. *Patient education and counseling*, 102(2): 383–387 [cit. 31. 12. 2021]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.09.001>

SEZNAM ZKRATEK

ASA skóre – American Society of Anesthesiologists skóre (anesteziologické hodnocení pacienta)

Bc. – bakalář

BMI – Body mass index

ČR – Česká republika

DiS. – diplomovaný specialista

EORNA – Evropské sdružení sester na operačním sále

ERAS – Enhanced Recovery After Surgery

EU – Evropská unie

JSE – Jefferson Scale of Empathy (*Jeffersonova škála empatie*)

NIC – Nursing Interventions Classification

PBP – předoperační bezpečnostní protokol

PMK – permanentní močový katétr

SBAR – Situation, Background, Assessment, Recommendation

SSC – Surgical Safety Checklist

SSI – Surgical Site Infection (*Infekce chirurgické rány*)

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

WHO – World Health Organization (*Světová zdravotnická organizace*)