

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Vztah, komunikace a spolupráce perioperační sestry s lékařem na operačním sále a negativní následky pro pacienta vyplývající z nesouhry operační skupiny

Autor: Martina Junková

Vedoucí práce: Marečková Marie PhDr., PhD.

Obor studia: Všeobecná sestra

Rok odevzdání: 2015

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

Mohelnice 9. 4. 2015

.....

podpis

Děkuji Marečkové Marii PhDr., PhD., za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Vztahy na pracovišti

Název práce v ČJ: Vztah, komunikace a spolupráce perioperační sestry s lékařem na operačním sále a negativní následky pro pacienta vyplývající z nesouhry operační skupiny

Název práce v AJ: Relationship, communication and collaboration of a perioperative nurse with a doctor in the operating theatre and the adverse consequences for the patient resulting from the lack of coordination of the staff of the operating theatre.

Datum zadání: 2015 – 01 – 30

Datum odevzdání: 2015 – 04 – 09

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

Autor: Junková Martina

Vedoucí práce: Marečková Marie PhDr., PhD.

Oponent:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá vztahem, komunikací a spoluprací mezi perioperační sestrou a lékařem na operačním sále během operace. Předkládá publikované poznatky, jak jsou sestry vnímány lékařem a jak sestry hodnotí a vnímají svoji roli v operačním týmu. Dále předkládá poznatky o rozsahu kompetencí perioperační sestry. Práce přináší také informace o negativních důsledcích, rizikových faktorech vyplývajících z nesouhry, špatné komunikace a negativního vztahu mezi perioperační sestrou a lékařem a také o dopadu všech těchto faktorů na pacienta. Poznatky byly dohledány z recenzovaných

českých a anglických článků publikovaných v periodikách Journal of Clinical Nursing, Journal of Advanced Nursing, AORN Journal, Sestra, Časopis českých lékařů a další.

Abstrakt v AJ: This overview thesis deals with communication, collaboration and relationship between perioperative nurses and doctors in the operating theatre during surgery. It presents published findings on how nurses are perceived by doctors and how nurses evaluate and perceive their own role in the staff of the operative theatre. It also presents findings on the extent of competence of perioperative nurse. Furthermore it presents findings concerning negative consequences, risk factors resulting from the lack of collaboration, poor communication and negative relationship between perioperative nurses and doctors and about negative impact of all aforementioned on the patient. The presented findings were obtained using the literary database overview of Czech and English reviewed articles published in the following journals: Journal of Clinical Nursing, Journal of Advanced Nursing, AORN Journal, Sister magazine, Magazine of Czech doctors and other.

Klíčová slova v ČJ: vztahy, operační sál, kompetence, perioperační sestra, komunikace, lékař, týmová spolupráce, rizikové faktory

Klíčová slova v AJ: relationships, operating theatre, competence, perioperative nurse, communication, doctor, teamwork, risk factors

Rozsah práce: 38 stran, 0 příloh

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 ROLE PERIOPERAČNÍ SESTRY V OPERAČNÍM TÝMU	10
2 KOMPETENCE PERIOPERAČNÍ SESTRY PRO EFEKTIVNĚ ODVEDENOU PRÁCI	12
3 VZTAH, KOMUNIKACE A SPOLUPRÁCE PERIOPERAČNÍ SESTRY, LÉKAŘE A CELÉHO OPERAČNÍHO TÝMU V OPERAČNÍM PROSTŘEDÍ.....	15
4 RIZIKOVÉ FAKTORY V OPERAČNÍM PROSTŘEDÍ	21
5 SITUACE VYPLÝVAJÍCÍ PRO PACIENTA ZE ŠPATNÉ KOMUNIKACE A NEGATIVNÍCH VZTAHŮ V OPERAČNÍ SKUPINĚ.....	24
SHRNUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM	27
ZÁVĚR.....	29
REFERENČNÍ SEZNAM	33
POUŽITÉ ZKRATKY	38

ÚVOD

Vztah mezi lékařem a sestrou ovlivňuje pracovní vztahy, spolupráci a předávání informací. Chybně předané informace mohou mít negativní dopad na pacienta. Kladný vztah, dobrá komunikace a spolupráce vede ke zkvalitňování poskytovaných ošetrovatelských služeb (Chloubová, Bártlová, Třešlová, 2010, s. 15). V operačním prostředí je uplatňována spolupráce mezi lékařem, sestrou, anesteziologem a pomocným personálem. Důležitou součástí při spolupráci všech složek operačního týmu je respekt, chuť učit od svých kolegů, vnímat své role a řídit se příslušnými právními normami, standardy a etickými zásadami (Osiston, 2013, s. 111 – 112). Úkolem sestry operačního sálu je chránit pacienta před vznikem rizikových faktorů, situací a spolupracovat nejen s týmem ošetrovatelským, ale i lékařským. (Jedličková, 2012, s. 11). Neprofesionální přístup, nekompetentnost perioperační sestry, negativní vztah a nevhodná komunikace mezi lékařem a sestrou vede k nesouhře v týmu a vzniku negativního dopadu na pacienta během operačního výkonu. Komunikace mezi lékařem a sestrou musí být uplatňovaná ve všech třech fázích poskytované péče a to v předoperační, perioperační i pooperační péči a je nedílnou součástí pro dobře odvedenou práci (Kaplan, Mestel, Feldman, 2010, s. 496). Dodržování bezpečnostních zásad je ustanoveno v chirurgickém kontrolním seznamu vydaném Světovou zdravotnickou organizací WHO (Wichsová et al., 2013, s. 160). Rizika nevznikají pouze v souvislosti s pacientem, ale také v souvislosti s ošetřujícím personálem (Wichsová et al., 2013, s. 166–168). Za nesouhrou celého operačního týmu nemusí být pouze špatné vnímání svých rolí, kompetencí, problematická komunikace a rivalita v operačním týmu, ale také vnější faktory. Ty mohou způsobovat nervozitu celého operačního týmu, jež by mohla být přenesena na pacienta a tím ovlivněn průběh a výsledek operace (Dobrovodská, 2009, s. 36–40).

Cílem přehledové práce je odpovědět na otázku, jak může ovlivnit neprofesionální přístup, nekompetentnost perioperační sestry vztah mezi lékařem a sestrou a jaké rizikové faktory či situace mohou nastat při nesouhře sestry, lékaře a zbytku operačního týmu ve vztahu k pacientovi během operačního výkonu.

Stanovené dílčí cíle:

- 1) Jakou roli zaujímá perioperační sestra v operačním týmu?
- 2) Jaké jsou její kompetence pro vykonávání efektivní práce na operačním sále?
- 3) Jak probíhá komunikace, spolupráce a jaký je vztah perioperační sestry, lékaře a operačního týmu na operačním sále?
- 4) Jaké mohou vzniknout rizikové faktory na operačním sále?
- 5) Jaké situace pro pacienta mohou vyplynout při špatné komunikaci a negativních vztazích v operační skupině?

Vstupní studijní literatura:

DUŠKOVÁ, L. 2005. *Pracovní vztahy*. Praha: Oeconomica. ISBN 80-245-0946-6.

MCCONNON, S. MCCONNON, M. 2009. *Jak řešit konflikty na pracovišti*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3003-5.

POKORNÁ, A. 2007. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-466-5.

MEIER, M. 2009. *Úspěšná práce s týmem*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2308-2.

WICHSOVÁ, J., PŘIKRYL, P., POKORNÁ, R., BITTNEROVÁ, Z. 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3754-6.

Rešeršní strategie:

Pro rešeršní strategii byla využita klíčová slova: vztahy, operační sál, kompetence, perioperační sestra, komunikace, lékař, týmová spolupráce, rizikové faktory, relationships, operating room, competence, perioperative nurse, communication, doktor, teamwork, risk faktory. Vyhledávací období rešerše bylo stanoveno od roku 2000 do roku 2014. Bylo použito

fulltextové vyhledávání, klíčová slova byla doplněna o specifikaci AND, OR. Rešerše byla provedená v elektronických informačních zdrojích - databázích EBSCO a Bibliografica medica Čechoslovaka. Bylo dohledáno celkem 238 dokumentů. Ze zahraniční databáze bylo vyhledáno 78 dokumentů. Po prostudování dokumentů bylo ze zdroje EBSCO v bakalářské práci použito celkem 13. Z nepoužitých dokumentů bylo 15 duplicitně vyskytujících se a 50 neodpovídalo zadaným kritériím stanovených cílů. V BČM bylo nalezeno 160 dokumentů. Pro bakalářskou práci bylo použito 10 dokumentů. Ze zdrojů EBSCO a BČM bylo v bakalářské práci použito 23 dokumentů. Z tohoto počtu bylo 13 článků přeloženo z anglického jazyka. V českém jazyce bylo pro téma bakalářské práce relevantních 10 článků. Kritéria výběru pro začlenění dohledaných dokumentů do textu bakalářské práce byla stanovena specifikací jednotlivých cílů práce.

1 ROLE PERIOPERAČNÍ SESTRY V OPERAČNÍM TÝMU

Perioperační sestra je sestra, která poskytuje předoperační péči, perioperační a pooperační péči. Smyslem poskytované práce je chránit pacienta, spolupracovat s ošetrovatelským i lékařským týmem v závislých i nezávislých rolích (Jedličková, 2012, s. 11).

Role perioperační sestry je podmíněna dosaženým vzděláním v oboru, dostatečnou délkou vykonávané praxe a charakterovými předpoklady, které by měla splňovat sestra operačních sálů. Vzdělání pro kvalifikovanou sestru operačních sálů je splněno za předpokladů, že sestra ukončila SZŠ, VOŠ, VŠ - bakalářské studium. Na základě písemné přihlášky může být zařazena do specializačního vzdělávání ukončeného atestační zkouškou. Studium obsahuje část teoretickou i praktickou, za kterou je udělen určitý počet kreditů. Počet kreditů je určen dle vzdělávacího programu (Wichsová et al., 2013, s. 44).

Práce sestry na operačním sále je velmi náročná a měla být patřičně oceněna, a to jak po finanční stránce, tak i po stránce morální. Motivace ze strany vedoucích sester i lékařů je nesmírně důležitou součástí a má velmi pozitivní vztah k poskytované péči pacientovi. Roli v poskytované péči hraje psychika, odborné znalosti, získané zkušenosti a také dobrý fyzický stav sestry (Lukáč, 2005, s. 1–2).

Prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc., ve své knize Práce sestry na operačním sále napsal: „Instrumentování se lze naučit, je k tomu třeba dobrých znalostí, zkušeností i zručnosti. Ale dobrou instrumentářkou se může stát jen sestra, která má ve své anonymitě ušlechtilý zájem o osud nemocného a prožívá a naplňuje smysl svého povolání nejen dovedností a kulturou ducha, ale i kulturou srdce.“ (Lukáč, 2005, s. 2).

Sestra pracující v operačním prostředí nese vysokou dávku odpovědnosti a mimo všeobecné charakterové vlastnosti sester by měla sestra pro perioperační péči splňovat nadstandardní předpoklady pro práci na operačním sále. Měla by poskytovat vysoké fyzické nasazení a zdatnost, výdrž, zručnost a kreativitu (Wichsová et al., 2013, s. 48). Profese sestry na operačním sále je náročnou disciplínou, která má za úkol skloubit několik činností a vlastností najednou. Sestra musí v maximální míře používat paměť, vnímat okolí a přizpůsobovat se vykonávaným činnostem a akutním stavům vyvozeným během operačního výkonu. Samozřejmostí jsou odborné vědomosti na vysoké úrovni a profesionální vystupování. Sestra je důležitým členem operačního týmu a svým chováním, vzděláním a postojem ovlivňuje klidný průběh operace (Balková, Fürstová, 2012, s. 41–42). Náplň práce

perioperační sestry je tvořena vykonáváním velmi rozmanité a odborné ošetrovatelské činnosti spojené s přípravou operace a operací vlastní. Sestry asistují u operací, zajišťují technický stav instrumentária a dohlíží nad hygienickým provozem operačních sálů (Balková, Fürstová, 2012, s. 41–42). Perioperační sestry jsou důležitými spojenci pro poskytování kvalitní péče o pacienty mezi chirurgy a anesteziology a dalšími členy operačního týmu, kteří jsou přítomni během operace (Kirkman et al., 2009, s. 1056).

Perioperační ošetrovatelství by mělo být vnímáno jako ošetrovatelská profese, kde je kladen důraz na kontinuitu poskytované péče a tím tak vytvářeno bezpečné ošetrovatelství (Rauta et al., 2013, s. 1392). Nezbytností perioperační sestry je úloha, která probíhá v souladu s potřebami pacienta a základními principy ošetrovatelství. Snahou by mělo být umírnění výrazných tlaků ze strany vedení nemocnice, používaných technologií a lékařského povolání (Rauta et al., 2013, s. 1392).

2 KOMPETENCE PERIOPERAČNÍ SESTRY PRO EFEKTIVNĚ ODVEDENOU PRÁCI

Kompetence stanovují právní normy a jde o souhrn povinností a oprávnění (Pacovský, Jurásková, Horová, 2008, s. 434–436). Do platné legislativy uvedené na stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ ČR), která ustanovuje kompetence perioperační sestry patří: Věstník MZ ČR 9/2004 Sb. o koncepci ošetřovatelství, kde je uveden hlavní cíl ošetřovatelství a tím je uspokojování všech potřeb pacienta vedoucí k udržení nebo navrácení jeho zdraví. Zároveň je zde uvedeno, že je nutná spolupráce s nemocným, ale i ošetřujícím zdravotnickým personálem, který se na péči o pacienta podílí. Součástí věstníku o koncepci ošetřovatelství je také poukázáno na vzdělávání, registraci sester a ošetřovatelský výzkum (MZ ČR, Věstník MZ ČR č. 9/2004, 2004). Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) (MZ ČR, Zákon č. 96/2004, 2004). Vyhláška č. 424/2004 Sb., novelizována roku 2011, nyní uvedená jako Vyhláška č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Rozsah vykonávaných činností všeobecné sestry je zahrnut v §4, který dále pro vykonávání činností perioperační sestry rozšiřuje §54, §56. Zde je stanoven rozsah činností po dosažení specializace v oboru perioperační sestra (MZ ČR, Vyhláška č. 55/2011, 2011).

Kompetence jsou souborem znalostí, dovedností a postupů, které jsou nezbytnou nutností při poskytování péče pacientovi perioperační sestrou. Aby sestra byla plně kompetentní k vykonávání této činnosti, je zapotřebí získání specializace v oboru. Specializace je získávána pomocí pomaturitního specializačního studia. Toto studium zahrnuje teoretickou i praktickou část a je zakončeno atestační zkouškou. Na tomto vzdělávání se podílí Asociace evropských sálových sester (EORNA) a cílem asociace je podporovat dosažený vysoký standard perioperační péče pacientovi, spojit spolupráci s jinými evropskými zeměmi a rozvinout vzdělávací programy pro ostatní sestry a členy. Během specializačního studia by si sestra měla osvojit znalosti a dovednosti určené pro výkon jejího povolání. Měla by být kompetentní při poskytování péče v oblasti: obíhající sestry, sestry instrumentářky, sestry pro pooperační péči. Měla by být k dispozici anesteziologovi nebo anesteziologické sestře v případě akutního zásahu. Do kompetencí a dovedností sestry

operačních sálů patří i organizování a řízení provozu operačních sálů. Samozřejmostí je udržování si odborných znalostí a celoživotní vzdělávání sester. Analýza událostí, porozumění, správné rozhodnutí sestry, přijímání odpovědnosti, dodržování právních norem, poskytování perioperační ošetrovatelské péče holistickým a individuálním přístupem k pacientovi, znalost operačních postupů, anatomie, fyziologie, znalost instrumentářií a jejich použití a využití, znalost a dodržování hygienicko-epidemiologického režimu operačních sálů, komunikativnost a týmová spolupráce vede k efektivnímu odvedení práce (Jedličková, 2012, s. 3–21).

Perioperační sestra má v rámci svých kompetencí za povinnost zajišťovat instrumentária potřebná k operacím, dohlížet na stav technického vybavení potřebného během operačního výkonu, dodržovat, kontrolovat a zajišťovat prováděnou asepsi a antisepsi na operačním sále. Dále do jejích kompetencí spadá doplňování spotřebovaného materiálu, spotřebovaných implantátů. Zajišťuje bezpečnost jak svoji, operačního týmu, tak i pacienta. Instrumentuje u klasických i miniinvazivních výkonů. Provádí početní, nástrojovou kontrolu a početní kontrolu spotřebovaných roušek a materiálu. Kontroluje stav a funkčnost operačních nástrojů před operačním výkonem. Dohlíží na dekontaminaci nástrojů a sterilizační proces (Wichsová et al., 2013, s. 50–51).

Mezi kompetencemi lékařů a sester jsou základní rozdíly při poskytování péče. Obě tyto složky tvoří nedílnou součást medicíny a vzájemně se doplňují. (Pacovský, Jurásková, Horová, 2008, s. 434–436). Obecně platí, že si perioperační sestry uvědomují rozsah svých kompetencí i přesto, že mají dosaženo určitého stupně vzdělání. Také si ale uvědomují, že status lékařů je i přes jejich získané vzdělání vyšší a respektují to. Dosažené znalosti sester mají pozitivní vliv na vztah se zdravotnickým personálem a celým operačním týmem. Další profesní vzdělávání je požadavkem současné ošetrovatelské praxe po celém světě. Sestry by se měly dále vzdělávat, protože to přispěje k jejich osobnímu i profesnímu rozvoji a také ke zvýšení kvality péče o pacienty (Tame, 2012, s. 817–827). Pacovský et al., ve svém článku Lékaři a sestry – Dialog o profesních rolích a kompetencích uvádí: „Sesterské role představují soubor samostatných činností, za které kompetentní sestry přejímají odbornou odpovědnost.“ (Pacovský, Jurásková, Horová, 2008, s. 435).

Stanovit si rozsah kompetencí je nezbytností k dosažení dobrých, optimálních výsledků. Nejen odborné znalosti, ale také technické dovednosti sester jsou předností každé instrumentářky. Hlavním cílem k dosažení optimálních výsledků během perioperační péče jsou odborně vykonávané činnosti perioperační sestry, dobré interpersonální vztahy a dodržování etických zásad u pacienta během celého ošetrovatelského procesu perioperační

sestry (Rauta et al., 2013, s. 1393). Povinnosti a kompetence jsou v operačním týmu jasně stanoveny, a aby bylo dosaženo optimálního výsledku, je zapotřebí, aby se všichni v operační skupině drželi svých povinností a neovlivnili tak průběh, výsledek operace a nevystavili pacienta případným rizikům (Wichsová et al., 2013, s. 57).

Sestra pro perioperační péči je dělena na sestru instrumentářku a sestru obíhající. Sestra instrumentářka asistuje během operačního výkonu chirurgovi, poskytuje péči o pacienta během operace a bezprostředně po operaci. Obíhající sestra zajišťuje instrumentária k operaci a zabezpečuje jejich sterilitu, provádí přípravu operačního sálu před zahájením operačního výkonu, slouží jako „pomocná ruka“ pro sestru instrumentářku a rozbaluje jí sterilní materiál, instrumentária a komponenty. Obíhající sestra také zajišťuje potřebnou dokumentaci k operačnímu výkonu a dohlíží na hygienicko-epidemiologický režim operačního sálu (Jedličková, 2012, s. 29). Obíhající sestra operačních sálů stanovuje plán ošetrovatelské péče o pacienta, vyplňuje dokumentaci, zajišťuje a kontroluje technické vybavení potřebné k operaci, asistuje u prováděných poloh k operaci a kontroluje provedení jejich bezpečnosti, chystá operační sál k operaci, kontroluje implantáty a léčivé přípravky používané během operačního výkonu a usměrňuje chirurgickou trpělivost mezi operačními výkony (Edel, 2010, s. 420).

Motivace, ambice sester, samostatnost a jejich dobrý psychický stav velmi úzce souvisí s kompetencemi. Taková sestra má zájem na rozšiřování svých kompetencí a činností spojených s prací. Na druhé straně jsou sestry, které si „jedou ve starých kolejích“ a požadavky na zvyšování kompetencí nechtějí být zatěžovány (Pacovský, Jurásková, Horová, 2008, s. 434–436). Potíže nastávají při dlouhodobém vykonávání pracovních povinností. Balková, Fürstová (2012, s. 41-42) ve své práci uvádí, že kladené vysoké nároky na sestry, adaptace k prostředí, zdravotní, psychický stav a zvýšená zátěž vede po 16 letech práce na operačním sále k rozvoji syndromu vyhoření (Balková, Fürstová, 2012, s. 41–42).

3 VZTAH, KOMUNIKACE A SPOLUPRÁCE PERIOPERAČNÍ SESTRY, LÉKAŘE A CELÉHO OPERAČNÍHO TÝMU V OPERAČNÍM PROSTŘEDÍ

Klíčovou součástí v týmové spolupráci lékaře a sestry je komunikace. Komunikaci lze chápat jako proces, který přijímá, zpracovává a odesílá informace, myšlenky, což umožňuje vztah a spolupráci mezi pracovníky a prostředím. Za efektivní komunikaci považujeme komunikaci, kdy je informace předána od odesílatele příjemci a ten informaci porozumí, provede patřičná opatření a dojde k vyplnění úkolů, které informace obnáší. Dobrá a snadná komunikace je jedním z faktorů pro dosažení lepšího léčebného úspěchu (Aredes et al., 2013, s. 458–466). Komunikace mezi sestrami a lékaři umožňuje vzájemné pochopení a již zmíněnou spolupráci (Pacovský, Jurásková, Horová, 2008, s. 434–436). Komunikace mezi operačním týmem lékařů a sester je nezbytnou součástí při poskytování perioperační péče a musí být uplatňovaná po celou její dobu (Kaplan, Mestel, Feldman, 2010, s. 496). Komunikaci mezi operačním týmem zlepšuje jejich souhru během operačního výkonu a pomáhá tak dosáhnout lepšího výsledku v poskytované péči (Edel, 2010, s. 424).

Komunikace na sále může probíhat verbálně, neverbálně, písemně i elektronicky. Pokud má být péče na operačním sále poskytována na profesionální úrovni, je třeba dodržovat všechna stanovená pravidla. Používání kontrolních seznamů, spolupráce, komunikace a kladný vztah mezi členy operačního týmu vede k dobře a efektivně odvedené práci a zamezuje tak i vzniku stresových situací a vzniku nežádoucích komplikací poškozujících pacienta (Osiston, 2013, s. 112).

Efektivní týmová práce začíná s dobrou komunikací. Všichni pracovníci operačního týmu by spolu měli komunikovat. Konfrontace jejich názorů má totiž pozitivní vliv na chirurgickou péči o pacienta. A základem kvalitní péče jsou dobré vztahy. Je nezbytné, aby byl tým soudržný, kritika i výtky nedokonalosti by tu neměly mít místo. Operační týmy jsou dnes vysoce profesionalizované a je třeba využívat každou příležitost k tomu, aby se jedna složka učila od druhé. Navíc dnes existuje řada míst, kde se lze vzdělávat (Spratt et al., 2012, s. 78–84). Sestry si v dnešní době doplňují kvalifikaci, přesto je lékaři stále vnímají jako odborně podřízené (Chloubová, Bártlová, Třešlová, 2010, s. 15).

Ve studii zaměřené na pracovní vztahy mezi operačním sálem a oddělením sterilizace perioperační sestra poukazuje na spolupráci mezi týmem na operačním sále a na

sterilizačním oddělení. Pro budování profesionálních a kolegiálních vztahů je důležitá komunikace, důvěra a vzájemný respekt. Správné vztahy mohou fungovat díky tomu, když každý člen týmu zná práci dalšího. To vede k širší odbornosti. Navíc čím více víme, tím spíše můžeme pochopit a ocenit práci druhých. Týmová práce je zásadní součástí každého chirurgického zákroku. Cílem všech je zdraví pacienta (Spratt et al., 2012, s. 78–84).

Tame (2012) charakterizuje vztah sestry – lékaře jako jakousi hru. Lékař je autoritou a sestra představuje podřízenou osobu. Jejich vztah není rovnocenný. Článek zaměřený na efekt dalšího profesního vzdělávání a na vztah mezi perioperačními sestrami a zdravotnickým personálem vychází z kvalitativní studie, jež je založena na metodě nestrukturovaných rozhovorů pořádaných v letech 2006 až 2007 a trvaly 40 až 90 minut. Studie byla zaměřena na třiatdvacet perioperačních sester zaměstnaných v National Health Service Trust v severní Anglii, které mají vlastní zkušenost s dalším profesním vzděláváním. Praxi mají v rozmezí 2,5 až 25 let. Sestry byly seznámeny se skutečností, že mohou od studie kdykoliv odstoupit, vše navíc probíhalo důvěrně. Sestry byly vyzývány, aby popisovaly své zkušenosti a ilustrovaly je vhodnými příklady. Nahrávky byly poté přepsány a zpracovány pomocí konstantní srovnávací analýzy. Na základě rozhovorů bylo zjištěno, že některé sestry stále vnímají, že jsou jen pomocnou rukou lékaře, jiné připustily, že personál reflektuje, že se sestra akademicky vzdělává, nicméně to nepovažuje za důležité pro její práci. Zaznělo také, že lékař sestru ve vzdělávání podporuje, protože ví, že znalosti znamenají i lepší praktické dovednosti. Nicméně mnohdy za zdánlivou podporou stály i skryté obavy z ohrožení lékařské pozice, přitom by podle mnohých mohlo být jejich vzdělání při práci pro lékaře přínosem. Podle dalších názorů však pocit ohrožení u lékařů souvisel s jejich věkem a také s jejich postavením vůči sestram. Z průzkumu dále vyplynulo, že vyšší vzdělání poskytuje sestram zvýšené sebevědomí při práci s kolegy, kde své znalosti uplatní, ale s chirurgy či anesteziology se stále mnohé z nich cítily být podřízené (ve shodě s dřívějšími studii). Některé sestry však uvedly, že díky akademickému vzdělání jsou lékaři při práci s nimi otevřenější, protože vědí, že jim sestry porozumí. Jiné vyjádřily naději, že díky vzdělání na ně lékaři pohlížejí s větším respektem. Na poli odborné diskuze panuje názor, že i přes vyšší počet žen – lékařek a stírání nadřazených a podřazených rolí v medicíně a narůstajícího vzdělávání sester jsou profesní rozdíly mezi nimi patrné. Zároveň také odborníci konstatují, že sestry musí dále „hrát svou roli“, protože je lékaři ani díky vzdělání nedoceňují a že k lepšímu vztahu lékař – sestra přispívají spíše nové vědomosti a znalosti získané studiem, tedy pocity namísto jiného vnímání sester lékaři. Nicméně participantky průzkumu vyjádřily spíše přechod od vztahu učitel – žák ke kolegialitě a respektu, i když pozice vyrovnané rozhodně nejsou. Výzkum ukázal, že si sestry se

vzděláním více věří a jsou asertivnější v jednání se zdravotnickým personálem. Díky znalostem tak mizí image sester jako jakýchsi služek lékaře. Ze závěru této studie vyplývá, že díky vzdělání roste sebedůvěra sester, komunikace mezi sestrami a lékaři a snižuje se tak patriarchální vnímání vztahu sestra – lékař. Dochází tak i ke zkvalitnění péče poskytované pacientovi (Tame, 2012, s. 817–827).

Nefunkční vztah mezi lékařem a sestrou ovlivňuje pracovní vztahy, spolupráci a předávání informací. Chybně předané informace mohou mít negativní dopad na pacienta, což vede až k fatálním následkům. Obecně tedy platí, že kladný vztah a dobrá komunikace směřuje ke zkvalitňování poskytovaných ošetrovatelských služeb (Chloubová, Bártlová, Třešlová, 2010, s. 15).

I další studie se věnuje komunikaci jako klíčovému úspěchu správného a profesionálního fungování zdravotnického týmu. Poukazuje se tu na velmi podstatný faktor - tým má na starost jak péči o pacienta, tak vzdělávání nově příchozího personálu. Obě činnosti vyžadují komunikaci a vzájemnou interakci. Do provedené studie prováděné na základě semistrukturovaných rozhovorů, které byly po nahrávání přepisovány, se zapojilo 52 členů týmu, kteří byli rozděleni do 14 skupin. Tým se skládal z 13 lékařů, 19 sester, 9 anesteziologů a 11 stážistů. Studie se týkala formováním profesionální identity ve zdravotnickém týmu. Důležitou roli v socializaci nově příchozího personálu hraje komunikace, a to jak verbální, tak neverbální. Dohromady tvoří diskurz, v němž se „nováčci“ vzdělávají. Nejde jen o přenos informací, ale také o tvoření profesionálních vztahů na pracovišti. Díky komunikaci si noví zaměstnanci operačního sálu uvědomují podstatu své práce, její hodnoty, povinnosti, ale také hranice. Členové týmu mají tendenci zjednodušovat a narušovat roli a motivaci toho druhého. Výsledky vyplývající z této studie se různily v závislosti na vnímání situace všemi členy operačního týmu. Názory se lišily obzvláště v otázce toho, kdo nese vinu na nedorozumění a napětí v týmu. Je uváděn příklad s přílišnou teplotou na operačním sále, kdy sestra tuto teplotu obhajuje ve prospěch pacienta (ale neřekne to), zatímco lékaři si to interpretují tak, že jí nejde o jejich pohodlí a musí mít pravdu a být tou, která jediná zná, co se jak dělá. Tato situace se v pracovním procesu běžně opakuje. Střetává se tu totiž ohled na pacienta a touha po moci v kolektivu. Chirurgové vnímají sami sebe jako lídry týmu, zastánce pacienta, týmové hráče. Sestry je však vnímají jako členy týmu, kteří nemají na nic čas a nemají ponětí, co bude jak dlouho trvat. Sestry se vnímají jako řešitelky potíží, obhájkyne pacienta a efektivní pracovnice, kdežto lékaři jsou chápány jako ty, které si odpracují počet hodin a odchází domů. Stážisté pohlížejí na sestry jako na ty, které se domnívají, že dělají práci, kterou si lékaři dle svých kompetencí nechtějí plnit a jako na ty,

kteře si rády si dávají pauzy a práci ulehčují. Všichni tedy vnímají druhé jinak, než se vidí oni sami. Nejspíše proto, že nedostatečně chápou roli druhých a nedokážou se do jejich role vžít. Nedokážou správně interpretovat komunikaci. Na druhou stranu to může být hrané nepochopení (z touhy po prvenství v týmu). Tradičně vnímaná hierarchie lékař-anesteziolog-sestra bývá zpochybňována. Na příkladu komunikace, jež je uvedena ve studii, je vidět, že chirurgové se vnímají jako jediní, komu jde o pacienty, sestry neplní práci na plno, kdežto sestry vnímají lékaře jako ty, kterým jde jen o peníze (pokud se pacient nedostaví – případ je zrušen, přijdou tedy o peníze za výkon). Zajištění péče je tak motivováno ekonomicky. Ovšem tato zjednodušení práce na obou stranách vyplývají ze selektivního vnímání komunikace na pracovišti. Pokud chirurg zjednodušuje roli sester, zároveň tak zvyšuje pravděpodobnost, že

i jeho role bude vnímána jinak, než si přeje. Je tak narušena týmovost i kolegiálna a tým nekomunikuje efektivně. Členové týmu by měli rozumět práci druhého. Ve školení všech pracovníků by měla fungovat interdisciplinárna. Zatímco je vychvalován multidisciplinární přístup k péči o pacienta, v praxi to tak není. Dysharmonické prostředí je problematické zejména pro nově přichozí personál, který by měl poznat, jak má správně fungovat tým, uvědomovat si profesní role ve vztahu k roli ostatních z týmu. V týmu při každodenní práci a každodenní komunikaci se totiž nejlépe formuje profesní identita a získává profesionalita (Lingard et al., 2002, s. 728–734).

Operační prostředí je typickým příkladem multidisciplinárního prostředí. Znamená spolupráci mezi lékařem, sestrou, anesteziologem a pomocným personálem. V mezioborové spolupráci je důležitý respekt, chuť učit od svých kolegů, vnímat své role a řídit se příslušnými právními normami, standardy a etickými zásadami. Důležitou součástí je také neustálé sebevzdělávání. Získávání, udržování a osvojování si nových poznatků vede ke zvyšování si kvalifikace. Jedině tak lze dosáhnout efektivně odváděné práce bez rizik poškození pacienta (Osiston, 2013, s. 111 – 112).

V perioperační péči je týmová spolupráce zásadní součástí. Není ale výjimkou agresivní, nevhodné chování mezi sestrou a lékařem i agresivita a rivalita mezi lékaři z různých oborů (Rauta et al., 2013, s. 1393). Chloubová, Bártlová, Třešlová (2010) provedly výzkum v nemocnicích, kde se snažily odhalit problémy, které předcházely konfliktům mezi lékařem a sestrou. Osloveno bylo 500 lékařů, 500 sester a 60 manažerů. Výzkum se týkal otázek vztahů mezi lékařem a sestrou, zabýval se kompetencemi, spoluprací a negativním vztahem mezi lékařem a sestrou s ovlivněním kvality poskytované péče. Mezi nejčastěji uvedené důvody dysharmonických vztahů mezi lékařem a sestrou patří: nadřazenost lékaře

nad sestrou, častá spolupráce mezi těmito jedinci, osobnostní vlivy lékaře a sester, pověřování sester úkony, které nejsou v rámci její kompetence (Chloubová, Bártlová, Třešlová, 2010, s. 16).

Bártlová, Hejduchová (2009) provedly studii v českých nemocnicích, kde oslovily 535 lékařů a 537 sester. Otázky se týkaly pohledu lékařů a sester na sexuální obtěžování na pracovišti. Výzkum byl směřován samostatně na sestry i lékaře. Dotazovaní lékaři uvedli, že v 11, 2 % případů k sexuálnímu obtěžování na pracovišti dochází. Z výzkumu u zkoumaného počtu lékařů také vyplynulo, že je výskyt sexuálního obtěžování v operačních oborech a na operačních sálech vyšší a rizikovější než na standardních odděleních (Bártlová, Hajduchová, 2009, s. 133). Dle výzkumu u zvolené otázky týkající se sexuálního obtěžování směřované na sestry vyplynulo, že 15 % sester se setkalo se sexuálním obtěžováním ze strany lékařů a to mělo vliv na jejich přátelské chování během pracovního procesu. Sestry, které nebyly sexuálně obtěžované, hodnotily vztah mezi lékařem a sestrou čistě na profesionální úrovni a jako rovnocenný (Bártlová, Hajduchová, 2009, s. 136). Obavy z postihu a nespravedlivě uplatňovaná odplata bývá často důvodem ignorování a tolerování nevhodného chování členů operační skupiny (Kaplan et al., 2010, s. 495).

Neshodami a agresí v týmu na operačním sále se zabývá také studie Coe, Gouldové (2008). Využívá k tomu výsledky dotazníkového šetření, které bylo provedeno v roce 2002 v Anglii. Vychází se z celkem 391 odpovědí sester, lékařů, anesteziologů a pomocného personálu z 37 oddělení. Polovina respondentů zažívá neshody na pracovišti. Jednotliví členové týmu dost často nerozumí roli druhého a dochází k nepochopení společných cílů v oblasti péče o pacienty. Operační sál je příkladem multiprofesní týmové spolupráce. Jedná se o velmi náročné pracovní prostředí, kde je zapotřebí vedle nezbytného pracovního nasazení také nekonfliktnost, navíc musí personál čelit neustálému vývoji technologií a reagovat na ně. Za základní kámen efektivní práce na operačním sále je považována týmová spolupráce, která vede k bezpečnosti a zvýšení efektivity na operačním sále, i proto je třeba podporovat multidisciplinární týmovou práci, přestože operační sál je místem, kde mohou vznikat konflikty. Často se v týmu řeší neshody mezi lékaři a sestrami, co se týče komunikace s pacientem. Další neshody můžou vyplývat z rozdílného vnímání pravidel. Neshody jsou vnímány jako rozdílné pohledy na věc, za agresí je považován křik, hrubost, pomluvy nebo ignorance. Dotazníky byly sepsány srozumitelně, byly testovány na dvou odděleních, které nebyly zahrnuty do výsledné analýzy. Z výsledků vyplynulo, že k neshodám dochází zejména mezi lékaři a sestrami. Mezi příčiny neshod patří zejména chod operačního sálu, přeházené pořadí pacientů, dostupnost personálu a zařízení. Dle sester je toto vše na denním pořádku.

Předejít potíží se dá tak, že každý člen bude znát práci toho druhého. Agrese brání efektivní práci. Neshody mohou vyplývat i z faktu, že sestry jsou ženy, zatímco mezi lékaři je více mužů (Coe, Gould, 2008, s. 609–618).

Kvalita spolupráce mezi lékařem a sestrou je v dnešní hektické a rychlé době u těchto jedinců ovlivněny způsobem života, problémy spojenými s bydlením a finančním zabezpečením, zanedbáváním svých koníčků a zájmů. Jejich špatné interpersonální vztahy se odráží také na péči o pacienta. Znamé jsou i případy, kdy ve zdravotnickém týmu dochází k šikaně. Za šikanu na pracovišti je považováno chování projevující se činy, slovním urážením a gesty snižovatele. Je narušena psychická i fyzická stránka poškozovaného jedince. Tento psychický nátlak a ponižování vede k zvýšenému počtu chyb, které ve zdravotnickém prostředí může mít negativní dopad na pacienta (Bártlová, Hajduchová, 2009, s. 129). Nezdrovilost, zastrašování, šikana spadá do nesprávného modelu chování v chirurgickém týmu a je nutné toto chování jedinců v operačním týmu řešit. Negativní chování, nízký plat, zanedbávání povinné péče bývá po nahromadění těchto problémů zdrojem frustrace (Kaplan, Mestel, Feldman, 2010, s. 498).

Mobbing, bossing a bullying jsou výrazy charakterizující šikanu, zastrašování, které se nevyhýbá ani zdravotnictví a vzniká většinou při dlouhé spolupráci členů týmů. Šikanu provádí jednotlivec nebo skupina. Mobbing pochází z anglického výrazu „to mob“, napadení. To může být prováděno jak verbálně, tak neverbálně. Mohou být použity vulgarismy, ale i psychický nátlak. Je zde uplatňována nepřátelská a neetická komunikace, kterou na „postiženého“ uplatňuje jedinec nebo skupina lidí. Bossing je rozšířenou formou mobbingu a je charakteristický pro zastrašování, šikanu zaměstnance ze strany jeho nadřízeného. Bullying je nejtvrďší formou šikany, jedná se totiž o šikanu doprovázenou fyzickými útoky (Plevová et al., 2012, s. 101–102).

Urážlivé, zastrašující chování v operačním týmu má negativní vliv také na pacienty. Brání totiž zdravotnickému personálu poskytnout pacientovi bezpečnou péči (Kaplan, Mestel, Feldman, 2010, s. 495).

4 RIZIKOVÉ FAKTORY V OPERAČNÍM PROSTŘEDÍ

Perioperační péče je v procesu podpory a navrácení zdraví nesmírně důležitá. Jejím hlavním cílem je vytvoření optimálních podmínek ke zvládnutí operační zátěže, nekomplikovanému hojení operační rány a následné rekonvalescenci pacienta a především poskytnuté bezpečné péče bez nežádoucích událostí během pobytu pacienta na operačním sále (Kováčiková, Janečková, 2009, s. 61–62).

Udržení bezpečnosti pacienta by mělo být jedním z hlavních úkolů při poskytování péče v perioperačním prostředí. V průběhu péče může dojít k řadám příhod, kterým lze díky preventivním opatřením předcházet. Dle Světové zdravotnické organizace WHO byly stanoveny zásady, které podporují zajištění bezpečnosti pacienta a jsou zaznamenány v chirurgickém kontrolním listu (Wichsová et al., 2013, s. 160). Kontrolní seznam obsahuje seznam otázek a procedur, které bezpečností rizika pomáhají minimalizovat, pokud jsou prováděny správně. Zabývá se předoperační a perioperační péčí o pacienta. Jsou v něm zahrnuty kontroly totožnosti pacienta, kontrola operovaného místa, které musí být řádně označené, kontrola dokumentace, zajištění správné a bezpečné polohy pacienta, kontrola implantátů, histologického materiálu, zobrazovacích vyšetřovacích metod. Kontroly jsou prováděny ve třech krocích a vždy podepsány chirurgem, anesteziologem a obíhající sestrou (O'Connor et al., 2013, s. 2).

Kontrolní seznam o kontrolní činnosti před operací probíhá i ze strany anesteziologa. Ten kontroluje průchodnost dýchacích cest, dotaz ohledně lačnosti pacienta, přiložení pomůcek pro sledování fyziologických funkcí. Před incizí se provede identifikace operačního týmu a anesteziolog provádí záznam do dokumentace, opětovně se provede kontrola operované strany a provede se identifikace pacienta. Po operačním výkonu je provedena ze strany perioperační sestry početní kontrola nástrojů a materiálu a ze strany obíhající sestry kontrola odebíraných vzorků a dokumentace pro provedení vyšetření. Lékař anesteziolog předává pacienta s kompletní dokumentací k pooperační péči (Wichsová et al., 2013, s. 160–163).

Bezpečnostní rizika u pacientů vznikají nejčastěji u akutních operací. U plánovaných operací jsou tato rizika minimalizována z důvodu většího časového prostoru. Komplikacím vyplývajícím z náročných a akutních situací pro lékařský a sesterský tým se dá předcházet používáním kontrolních seznamů vydaných Světovou zdravotnickou organizací. Do používání kontrolních seznamů je nutné zapojit celý operační tým - operátéra, anesteziologa, obíhající

i instrumentující sestru. Aby kontrolní seznam plnil svoji funkci, je zapotřebí plnit všechny uvedené intervence. (O'Connor et al., 2013, s. 1–2).

Jedním z rizikových faktorů ohrožujících pacienta bývá infekce v ráně. Přibližně do 30 dnů od operace se může infekce v souvislosti s operačním výkonem u pacienta rozvinout a postihuje všechny anatomické vrstvy od kožního řezu až po nejhorší postižení kloubů, kostí a rozvinutí sepse celého organismu. Většina infekcí bývá u pacienta způsobena endogenními vlivy. Zdrojem mohou být i pracovníci operačního sálu, kteří nedodržují bariérovou ošetřovatelskou péči, nepoužívají správně ochranné pomůcky a nedodržují aseptické operační postupy. Za zdroj infekce lze považovat používání šperků, hodinek a krátkých rukávů. V pokynech v prevenci infekce z roku 2004 AORN bylo uvedeno, že používáním dlouhých rukávů na operačním sále se mohou zachytit šupiny z kůže a tím tak snížit bakteriální kontaminaci. Zaměstnanci operačního sálu, porušování aseptických postupů a používání ochranných pomůcek jsou jednou z hlavních příčin vzniku bakteriální kontaminace na operačním sále. Hraje zde roli také údržba operačního sálu, odvětrávání, laminární systémy a dezinfekce prováděná ultrafialovým zářením (Salassa, Swiontkowski, 2014, s. 1485–1492).

Rizika však nejsou spojována vždy pouze s pacienty. Zdravotnický personál operačních sálů je během vykonávání svého povolání ohrožen vznikem nemoci z povolání a pracovními úrazy. Wichsová et al. (2013, s. 166) v knize *Sestra a perioperační péče* uvádí: „Nemoc z povolání je nemoc vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických faktorů nebo jiných škodlivých faktorů související s prací, pokud je uvedena v seznamu nemocí z povolání v příslušném právním předpise a pokud vznikla za podmínek, za nichž nemoc z povolání vzniká, a dosáhla klinického stupně závažnosti, který je jako nemoc z povolání uznán.“ (Wichsová et al., 2013, s. 166).

Mezi nejčastější pracovní úrazy vznikající na operačním sále patří poranění ostrými předměty, potřísnění biologickým materiálem a pády. Tyto nejčastější pracovní úrazy vznikají vlivem nedodržování bezpečnostních opatření a nevhodným používáním ochranných pomůcek (Wichsová et al., 2013, s. 166–168).

Lékaři i ostatní zdravotnický personál jsou denně vystavováni řadě rizikových faktorů, které je na operačním sále ohrožují. Patří sem riziko přenosů infekcí na kůži a sliznice, poranění infikovanými ostrými předměty. Studie provedená ve dvou akademických nemocnicích ve Faghihi a Nemazee zkoumala použití magnetu během operace, který má eliminovat možnost poranění ostrými předměty. Do studie bylo zapojeno 33 chirurgů během 90 operací. Účinnost zařízení měli možnost chirurgové hodnotit pomocí dotazníků. 85% dotázaných chirurgů se shodlo na tom, že magnetické zařízení pomůže snížit riziko poranění

ostrými předměty během operace i po ní, a byli se zařízením spokojeni. 15% dotázaných chirurgů se domnívá, že použití tohoto zařízení prodlužuje čas operace a může způsobovat technické problémy v průběhu operace (Rahmati, Sharif, Davarpanah, 2014, s. 220–223).

5 SITUACE VYPLÝVAJÍCÍ PRO PACIENTA ZE ŠPATNÉ KOMUNIKACE A NEGATIVNÍCH VZTAHŮ V OPERAČNÍ SKUPINĚ

V dokumentu týkajícím se výzkumů a praxe založené na důkazech je uvedena část, kde se hodnotí spolupráce mezi členy operačního týmu. Výzkum uvádí, že péče o pacienta v operačním prostředí je optimální v případě, že je zajištěna spolupráce mezi všemi členy operačního týmu. Znalost operačního postupu a předoperační příprava pacienta zajišťuje snadný průběh před plánovanou operací (Kirkman et al., 2009, s. 1056). Operační tým se musí spolehnout na to, že nástroje jsou sterilní, že mají na sále k dispozici správné sady nástrojů. Tato jistota je zásadní pro pozitivní atmosféru na operačním sále, a tedy i pro bezpečnou a profesionální péči o pacienta (Spratt et al., 2012, s. 78–84). Cílem pro zlepšení bezpečnosti pacienta během perioperačního procesu je zlepšit komunikaci mezi poskytovateli perioperační péče (Edel, 2010, s. 421).

Pacientům přicházejícím na operační sál je poskytována ošetrovatelská péče ve všech třech fázích ošetrovatelského procesu. Pacienti mohou být více zranitelní a emocionálně nevyrovnaní vlivem léků v rámci premedikace. I přesto mají právo být ošetřováni s respektem, bez kompromisů, důstojně a na profesionální úrovni s maximální možnou mírou poskytované péče. Dodržování postupů, znalost operačních postupů vede ke snazší spolupráci, komunikaci, lepším vztahům v multidisciplinárním týmu a také zabraňuje vzniku nežádoucích situací či vzniku nežádoucích rizikových faktorů poškozující pacienta (Osibiston, 2013, s. 110).

Bezpečnost pacientů hraje v perioperační péči velký význam a pozornost v této oblasti je zaměřena především na preventivní opatření tak, aby nedošlo ke komplikacím (Rauta S. et al., 2013, s. 1394). Rauta et al. (2013) provedli malý výzkum zaměřený na bezpečnost pacienta na operačním sále. Došli k výsledku, že je většina pacientů vystavena riziku vzniku infekce v souvislosti s porušením kožní integrity kůže a rizikem fyzického zranění. Do rizika fyzického zranění zahrnuje transporty pacienta a popálení elektrickým proudem. Dodržování asepse, porušení kožní integrity z důvodů polohování a zranění vzniklá při polohování byly zařazeny mezi 10 nejčastěji vyskytujících se rizik pro pacienta v perioperačním prostředí (Rauta et al., 2013, s. 1392–1393). Je zřejmé, že se perioperační ošetrovatelství zaměřuje stále více na fyziologickou a fyzickou bezpečnost pacienta. Světová zdravotnická organizace

zveřejnila bezpečnostní postupy, jejichž cílem je zajistit lepší komunikaci a týmovou spolupráci mezi obory (Rauta et al., 2013, s. 1397). Pacientovi by měly být uspokojovány bio-psycho-sociální potřeby. Rozrušený pacient ovlivněný nemocí je více zranitelný, trpí úzkostí a depresemi. Stres vznikající v této souvislosti a nerovnováha lidských potřeb může negativně ovlivnit výsledek chirurgického výkonu (Aredes et al., 2013, s. 458–466).

Na negativní vztahy v týmu a na problematickou komunikaci mezi členy operačního týmu nemusí mít nutně vliv rivalita či špatné vnímání rolí lékařů, sester či anesteziologů, jak bylo popsáno výše, ale do jisté míry mohou situaci na operačním sále ovlivnit i vnější faktory, které mají za následek nervozitu, jež by se mohla přenést na pacienta. Dobrovodská (2009) přeložila z angličtiny do časopisu Florence článek zabývající se studií na téma Hluk na operačním sále a jeho vliv na pohodu pracovníků a komunikaci. Studie byla provedena v 9 nemocnicích na různých chirurgických operačních sálech. Bylo dokázáno, že zvýšený hluk na operačních sálech vede k vyvolávání stresu u členů operačního týmu. Zvyšuje se napětí mezi lékařem a sestrou a je zhoršena komunikace mezi těmito dvěma složkami. Popsána je také zvýšená únava a rychlejší vyčerpání u členů operační skupiny během operace. Vyčerpanost, únava, stres mají vliv na udržení pozornosti celého operačního týmu a to může mít negativní vliv na poskytování bezpečné perioperační péče pacientovi. Bylo prokázáno, že slova, příkazy ze strany lékařů či sester musí být vysloveny o 10 až 15 dB hlasitěji, než je průměrně naměřená hodnota. Důvodem byl jak hluk na operačním sále, tak i maska, kterou má lékař nebo sestra přes ústa, kvůli dodržování hygienicko-epidemiologických zásad. Zvýšený hluk byl objektivně nejvýše naměřen na ortopedických operačních sálech. Zde je používáno různé technické vybavení usnadňující operaci a nástroje zvyšující naměřenou frekvenci. Průměrná hodnota naměřená v denních hodinách na různých operačních chirurgických sálech se v roce 2004 pohybovala okolo 72 dB. Na ortopedickém sále se naměřená hodnota z roku 2004 pohybovala v rozmezí od 74,8 do 82,1 dB. Další místa zaujala dle studie z roku 2007 neurologie a urologie (Dobrovodská, 2009, s. 36–40).

Komunikace je tedy po zajištění bezpečnosti pacienta životně důležitou součástí při poskytování péče zejména na začátku operace. Provádí se všechny bezpečnostní procedury, aby nedošlo k záměně pacienta, špatné identifikaci pacienta a k záměně operované strany. Tyto kontroly se provádí opakovaně, aby nedošlo k pochybení. Komunikace hraje důležitou součást také pro psychiku pacienta, kdy v předoperační péči je poslední chvíle na rozhovor, poslední dotazy mezi operátorem a pacientem. Pokud není operační tým v „dobrém rozpoložení“, ale naopak na sále vládne nepohoda, členové týmu jsou rozladění, nedokážou spolu efektivně a účinně komunikovat v nejlepším zájmu pacienta, bezpečnost

pacienta a výsledek zákroku mohou být negativně ovlivněny. Na místě je tedy především kolegiální, znalost práce ostatních členů týmu, což vede i k naplněné komunikaci a pozitivnímu ovzduší. Jen směřovaný kolektiv může podávat profesionální výkon a péče o pacienta je tak odváděna kvalitně (Edel, 2010, s. 421).

SHRNUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK A JEJICH VÝZNAM

Bakalářská práce se zabývá vztahem, komunikací a spoluprací perioperační sestry s lékařem na operačním sále a negativními následky pro pacienta vyplývajícími z nesouhry operační skupiny.

První kapitola bakalářské práce se věnuje roli perioperační sestry v operačním prostředí. V této části považuji za zajímavé, že nejen vzdělání, psychické, fyzické vypětí sester a finanční nedocení a nespolupráce lékaře a zbytku operačního týmu může vést k neuspokojení potřeb pacienta v operačním prostředí, ale také že neposkytnutí kontinuální péče a nepřiměřený tlak ze strany vedení bývá zdrojem nedosažení optimálních výsledků a tím může dojít k ohrožení pacienta.

V druhé kapitole byly předloženy poznatky týkající se kompetencí perioperační sestry pro efektivně odvedenou práci na operačním sále. Za nejzajímavější považuji, že si i přes dosažené vzdělání a neustálé sebevzdělávání se sestry uvědomují rozsah svých kompetencí a respektují lékaře a operační tým při jejich práci, i když s jejich rozhodováním ne vždy úplně souhlasí.

Třetí kapitola se zabývá vztahem, komunikací a spoluprací perioperační sestry, lékaře a celého operačního týmu. Uvádí nejčastější důvody dysharmonických vztahů mezi lékařem, sestrou a celým operačním týmem, sexuální obtěžování, agresivitu ze strany lékaře a uplatňovaný mobbing a bossing na pracovišti.

Čtvrtá kapitola se týká rizikových faktorů v operačním prostředí. Rizikové faktory se neuvádějí pouze ve spojitosti s pacientem, ale také s personálem. Mezi nejčastější rizika v souvislosti s ošetřujícím personálem patří: poranění ostrými předměty, potřísnění biologickým materiálem a pády. Zajímavostí v této kapitole je používání magnetického zařízení, které pomáhá snížit riziko poranění ostrými předměty během operace i po ní.

Poslední kapitola se věnuje situacím vyplývajícím pro pacienta ze špatné komunikace a negativních vztahů v operační skupině. Za zajímavé považuji to, že nejen problematická komunikace, rivalita či špatné vnímání rolí, ale i vnější faktory mohou zvýšit nervozitu na operačním sále, přenést ji na pacienta a tím zvýšit riziko potenciálních komplikací. Mezi další zjištění patří i pojednání o nepřiměřeném hluku na operačním sále a jeho vlivu na pohodu pracovníků a komunikaci během operačního výkonu.

Téma bakalářské práce týkající se vztahů na pracovišti jsem si zvolila, protože od svých kolegyň neustále na pracovišti poslouchám, jak jsme přetěžované, neoceněné a jak si nás lékaři, se kterými spolupracujeme, málo váží, nerespektují nás a děláme jim pouze „podavačky a holky pro všechno“. Pro některé lékaře sestra byla, je a bude brána jen jako jejich pomocnice a ne jako rovnocenný partner. To bohužel nezmění ani dosažené vzdělání, znalost operačních technik a aktivní přístup k práci.

Překvapilo mě ale zjištění, že nás lékaři tímto způsobem ve většině případů nevnímají, oceňují naše znalosti a oceňují naši chuť se dále v oboru vzdělávat. Uvědomují si tak, že jim v rámci našich kompetencí můžeme i my sestry být dobrými spojenci v někdy obtížných a stresem vyhrocených situacích a pomáháme jim zajistit snadný průběh operace a eliminovat co nejvíce negativních následků ohrožujících pacienta v operačním prostředí.

ZÁVĚR

Perioperační sestra poskytuje péči ve všech třech fázích ošetrovatelského procesu. Aby mohla efektivně vykonávat svoji práci, je zapotřebí dosaženého vzdělání. Úkolem sestry je chránit pacienta před vznikem rizikových faktorů, situací a spolupracovat nejen s týmem ošetrovatelským, ale i lékařským (Jedličková, 2012, s. 11; Wichsová et al., 2013, s. 44). Mezi kompetencemi sester a lékařů jsou značné rozdíly, ale obě tyto složky operačního týmu se vzájemně doplňují při poskytování péče. (Pacovský, Jurásková, Horová, 2008, s. 434–436; Jedličková, 2012, s. 3–21). Efektivní a dobře odvedená práce na operačním sále začíná správnou komunikací a musí být uplatňována ve všech třech fázích poskytované péče (Spratt et al., 2012, s. 78–84; Kaplan, Mestel, Feldman, 2010, s. 496). Urážlivé, zastrašující, agresivní chování hraničící se šikanou na pracovišti jak na straně ošetrovatelského týmu, tak i ze strany lékařů či vedoucích pracovníků má negativní dopad na poskytovanou péči o pacienta. Problémem bývá také soutěživost a soupeřivost mezi lékaři (Kaplan, Mestel, Feldman, 2010, s. 495; Rauta et al., 2013, s. 1393; Plevová et al., 2012, s. 101–102). Dodržování bezpečnostních zásad je ustanoveno v chirurgickém kontrolním seznamu vydaném Světovou zdravotnickou organizací WHO (Wichsová et al., 2013, s. 160). Rizika nevznikají pouze v souvislosti s pacientem, ale také v souvislosti s ošetřujícím personálem (Wichsová et al., 2013, s. 166–168). Vznik nežádoucích situací, rizik pro pacienta je pravděpodobnější u akutních operací, kdy není prostor pro časové rezervy tak jako u plánovaných operací (O'Connor et al., 2013, s. 1–2). Pro budování vztahů profesionálních a kolegiálních je zapotřebí správná komunikace, důvěra a respekt (Spratt et al., 2012, s. 78–84).

Prvním cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o roli perioperační sestry v operačním prostředí. V dohledaných zdrojích autoři vyzdvihují nezbytnost kvalifikace sester a vhodnost doplňování vzdělání perioperačních sester. Sestra by měla využívat svých načerpaných odborných znalostí a ty vhodně přizpůsobovat akutním situacím. Je zapotřebí také vysokého fyzického nasazení a zdatnosti, výdrže, zručnosti a kreativity (Jedličková, 2012, s. 11; Wichsová et al., 2013, s. 44; Balková, Fürstová, 2012, s. 41–42; Wichsová et al., 2013, s. 48). Další autor uvedl, že náročnou práci na operačním sále je zapotřebí také dostatečně ocenit a svou roli tu hraje i motivace – a to jak ze strany lékařů, tak vedoucích sester. Jedině pak může perioperační sestra ve svém psychicky i fyzicky náročném povolání poskytovat potřebnou péči pacientovi (Lukáč, 2005, s. 1–2). Další autoři

se zmiňovali ve svých článcích nezbytnost týmové spolupráce mezi členy operačního týmu, aby sestra mohla poskytovat odbornou kvalitní péči pacientovi ve všech fázích ošetrovatelského procesu. Důraz je také kladen na kontinuitu poskytované péče. Poznamenali, že by úloha sestry operačního sálu měla být v souladu s potřebami pacienta a základními principy ošetrovatelství (Balková, Fürstová, 2012, s. 41-42; Kirkman et al., 2009, s. 1056; Rauta et al., 2013, s. 1392). Stanovený cíl byl splněn.

Druhým cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o kompetenci sestry pro vykonávání efektivní práce na operačním sále. Kompetence stanovují právní normy a jde o souhrn povinností a oprávnění. Jsou také souborem znalostí, dovedností a postupů, které sestra poskytuje během všech fází ošetrovatelského procesu pacientovi a dále plní svoje povinnosti při práci obíhající sestry a sestry instrumentářky. Součástí kompetencí je dosažené specializační vzdělání v oboru perioperační sestry, které je ukončeno atestační zkouškou (Pacovský, Jurásková, Horová, 2008, s. 434–436; Jedličková, 2012, s. 3-21; Wichsová et al., 2013, s. 50-51; Jedličková, 2012, s. 29; Edel, 2010, s. 420). Mezi kompetencemi lékařů a sester jsou základní rozdíly. Obě tyto složky tvoří nedílnou součást medicíny a vzájemně se doplňují. Autoři ve svých článcích uvádějí, že si perioperační sestry uvědomují rozsah svých kompetencí i přesto, že mají dosažen určitý stupeň vzdělání, a lékaře během práce na operačním sále respektují. Dále konstatují, že jedním z hlavních cílů pro dosažení optimálních výsledků je odborné vykonávání činnosti, dobré interpersonální vztahy a dodržování etických zásad u pacienta během celého ošetrovatelského procesu (Pacovský, Jurásková, Horová, 2008, s. 434–436; Tame, 2012, s. 817–827; Rauta et al., 2013, s. 1393). Motivace, ambice sester, samostatnost a jejich dobrý psychický stav velmi úzce souvisí s jejich kompetencemi. Takové sestry totiž mají zájem své kompetence rozšiřovat. Dále však autoři uvádějí, že kladené vysoké nároky na sestry či zvýšená zátěž vede po 16 letech práce na operačním sále k rozvoji syndromu vyhoření (Balková, Fürstová, 2012, s. 41–42; Pacovský, Jurásková, Horová, 2008, s. 434–436). Stanovený cíl byl splněn.

Třetím cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o probíhající komunikaci, spolupráci a vztahu perioperační sestry, lékaře a operačního týmu na operačním sále. Autoři článků se shodují v názoru, že při správné komunikaci mezi lékařem a celým operačním týmem lze dosahovat optimálních výsledků. Konfrontace názorů vede k lépe poskytované péči pacientovi. Je nutné, aby se jedna složka učila od druhé a aby všichni vzájemně svoji práci respektovali a nepodceňovali ji. Kladný vztah mezi lékařem, sestrou a operačním týmem spolu se správnou komunikací vede ke zkvalitňování poskytované péče (Aredes et al., 2013, s. 458–466; Pacovský, Jurásková, Horová, 2008, s. 434–436; Kaplan,

Mestel, Feldman, 2010, s. 496; Edel, 2010, s. 424; Spratt et al., 2012, s. 78–84; Chloubová, Bártlová, Třešlová, 2010, s. 15; Osbiston, 2013, s. 111–112). Další autor článku charakterizuje vztah sestra – lékař jako jakousi hru. Lékař je autoritou a sestra představuje podřízenou osobu. Avšak sestra si díky prohlubování znalostí ve svém oboru získává důvěru lékaře (Tame, 2012, s. 817–827). Špatně fungující komunikace mezi lékaři a sestrami je i nově příchozími zaměstnanci či studenty chápána jako důvod dysharmonického prostředí. Přitom při každodenní práci a komunikaci se v týmu nejlépe formuje profesní identita a profesionalita (Lingard et al., 2002, s. 728–734). Jiní autoři ve svých člancích připouštějí, že není výjimkou nevhodné, agresivní chování mezi lékařem a sestrou a rivalita mezi samotnými lékaři. K vytvoření dysharmonického vztahu mezi sestrou a lékařem také přispívá nadřazenost lékařů vůči sestrám, šikana, sexuální obtěžování a v dnešní hektické době také způsob života, osobní či finanční problémy (Rauta et al., 2013, s. 1393; Chloubová, Bártlová, Třešlová, 2010, s. 16; Bártlová, Hajduchová, 2009, s. 133; Kaplan, Mestel, Feldman, 2010, s. 495; Bártlová, Hajduchová, 2009, s. 129; Kaplan, Mestel, Feldman, 2010, s. 498; Plevová et al., 2012, s. 101–102; Coe, Gould, 2008, s. 609–618). Stanovený cíl byl splněn.

Čtvrtým cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o rizikových faktorech vznikajících na operačním sále, které mohou ohrožovat buď pacienta, nebo personál. Autoři se shodují, že udržení bezpečnosti pacienta je hlavním cílem během poskytované péče. Nezbytné je používání zavedeného chirurgického kontrolního seznamu Světovou zdravotnickou organizací WHO. Ten slouží v předoperační, perioperační i pooperační fázi péče a umožňuje minimalizovat bezpečnostní rizika. Autoři se shodují, že vznik rizik je minimalizován u plánovaných výkonů, kdy je dostatečný časový prostor pro přípravu pacienta k operaci a časový prostor pro správně provedenou bezpečnostní kontrolu všemi členy týmu (Wichsová et al., 2013, s. 160–163; O'Connor et al., 2013, s. 1–2). Rizikem ohrožujícím pacienta je infekce v operační ráně, která se může vyvinout buď v průběhu operace, nebo po ní. Infekce se rozvíjí během prvních 30 dní od operace. Autoři konstatují, že zdrojem infekce jsou jak vlivy endogenní, tak vlivy exogenní (Salassa, Swiontkowski, 2014, s. 1485–1492; Kováčiková, Janečková, 2009, s. 61–62). Autoři shodně uvádí, že rizika na operačním sále postihují také personál. Zdravotnickému týmu hrozí nemoci z povolání, ale především pracovní úrazy (Wichsová et al., 2013, s. 166–168; Rahmati, Sharif, Davarpanah, 2014, s. 220–223). Stanovený cíl byl splněn.

Posledním, pátým cílem bakalářské práce bylo nastínit publikované poznatky o situacích vyplývajících pro pacienta ze špatné komunikace a negativního vztahu v operační skupině. Autoři článků se shodují, že dobrá spolupráce a vhodná komunikace, vzájemný

respekt v operačním týmu přináší optimální výsledky operace. Dále se tvrdí, že znalost operačních postupů, zajištění funkčnosti nástrojů a přístrojů zlepšuje lepší spolupráci a komunikaci mezi jednotlivci v týmu a snižuje tak výskyt stresových situací (Kirkman et al., 2009, s. 1056; Spratt et al., 2012, s. 78–84; Edel, 2010, s. 421; Rauta et al., 2013, s. 1394–1397; Osbiston, 2013, s. 110). Stres a nerovnováha lidských potřeb může negativně ovlivnit výsledek chirurgického výkonu (Aredes et al., 2013, s. 458–466). Další autor uvádí, že na negativní vztah v týmu má vliv rivalita, špatné vnímání rolí, nadřazenost ze strany lékařů, ale vztah mezi perioperační sestrou a lékařem mohou ovlivňovat vnější faktory, zejména hluk na operačním sále. Ten vede k rychlejší vyčerpanosti operačního týmu, unavenosti. Tím se zvyšuje nervozita a napětí. Všechny tyto faktory mohou mít negativní vliv na pacienta během poskytované péče (Dobrovodská, 2009, s. 36–40). Stanovený cíl byl splněn.

Význam využití pro teorii a praxi

Poznatky, které přináší přehledová práce o vztazích na operačních sálech mezi lékařem a sestrou, může přispět k minimalizaci rizikových faktorů a nežádoucích situací, jež mohou vyplynout v případě negativních vztahů mezi lékařem a perioperační sestrou a nevhodné komunikaci, nespolečnosti mezi členy operačního týmu během operačního výkonu. Na základě prostudovaných materiálů, ať už z českých, nebo anglicky psaných zdrojů, lze konstatovat, že v operačním prostředí nejsou tak častá multioborová školení, která by měla vést k vyšší profesionalitě týmu a vzájemnému pochopení práce jednotlivých členů týmu. Přitom tato skutečnost společně se zlepšením komunikace by vedla ke zlepšení práce operačních týmů, eliminovala by nedorozumění a prospěla by i vztahům na pracovišti.

REFERENČNÍ SEZNAM

AREDES, M. A., BAHIA, L. A., CARVALHO DA SILVA, C. S. M., ARAGÃO, D., MELLO, R. 2013. Communication between the health team in a surgical clinic: the look of professionals of a program of multiprofessionals residence in health. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental* [online], 2013, 5(4), 458-466. [cit. 2014-12-08]. DOI: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p458

Dostupné z:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=16&sid=cffce54f-dd0c-485c-b7fb-098a4f328d31%40sessionmgr4005&hid=4211&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210ZT11ZHMtbG12ZQ%3d%3d#db=edo&AN=91576991>

BALKOVÁ, H., FÜRSTOVÁ, L. 2012. Vyhoření perioperačních sester. *Sestra*, 2012, 22 (7-8), 41–42. ISSN: 1210-0404.

BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H. 2009. Šikana a sexuální obtěžování na pracovišti z pohledu lékařů a sester. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2009, 5(2), 128–139. ISSN: 1801-0261.

COE, R., GOULD, D. 2008. Disagreement and aggression in the operating theatre. *Journal of Advanced Nursing* [online], 2008, 61(6), 609–618. [cit. 2014-12-10]. ISSN: 0309-2402.

Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009897928&lang=cs&site=ehost-live>

DOBROVODSKÁ, L. 2009. Hluk na operačním sále a jeho vliv na pohodu pracovníků a komunikaci. *Florence*, 2009, 5(12), 36–40. ISSN: 1801-464X.

EDEL, E.M. 2010. Increasing patient safety and surgical team communication by using a count/time out board. *AORN Journal* [online], 2010, 92, 420–424. [cit. 2014-12-10]. ISSN: 0001-2092.

Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010838037&lang=cs&site=ehost-live>

CHLOUBOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S., TREŠLOVÁ, M. 2010. *Manažerské intervence a jejich vliv na vztah sestry - lékař*. Praha: Cesta k modernímu ošetrovatelství, s.14–19. ISBN: 978-80-87347-03-4

JEDLIČKOVÁ, J. 2012. Společné základní curriculum pro perioperační sestry. *Eorna* [online], 2012, 2-29. [cit. 2014-12-18].

Dostupné z: http://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/education/eorna/eorna-vseobecne-informace.pdf

KAPLAN, K., MESTEL, P., FELDMAN, DL. 2010. Creating a culture of mutual respect. *AORN Journal* [online], 2010, 91, 495-510. [cit. 2015-01-07]. ISSN: 0001-2092.

Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010626252&lang=cs&site=e=ehost-live>

KIRKMAN, M., STAKER, B., SMITH, J., DAVIS, T. J. 2009. Research, Evidence-Based Practice and Clinical Poster Presenters Win Awards and Recognition Culture your communication. *AORN Journal* [online], 2009, 89, 1055-1056. [cit. 2015-01-15]. ISSN: 0001-2092.

Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010357334&lang=cs&site=e=ehost-live>

KOVÁČIKOVÁ, J., JANEČKOVÁ, K. 2009. Ošetrovatelská dokumentace v perioperační péči. *Sestra*, 2009, 19(7–8), 61–62. ISSN 1210-0404.

LINGARD, L., REZNICK, R., DEVITO, I., ESPIN S. 2002. Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the 'other' in the operating room. *Medical Education* [online], 2002, 36(8), 728–734. [cit. 2014-12-08 18]. ISSN: 0308-0110.

Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2003017143&lang=cs&site=e=ehost-live>

LUKÁČ, J. 2005. Práce sestry na operačním sále z pohledu lékaře. *Moderní babičtví*. 2005, 7, 33-34. ISSN: 1214-5572.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. 2004. [online]. © 2010 MZ ČR. Poslední aktualizace 06. 02. 2013, [cit. 2014-12-09].

Dostupné z:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=57523&fulltext=o~20podm~C3~ADnk~C3~A1ch~20z~C3~ADsk~C3~A1v~C3~A1n~C3~AD~20a~20uzn~C3~A1v~C3~A1n~C3~AD~20zp~C5~AFsobilosti~20k~20v~C3~BDkonu~20nel~C3~A9ka~C5~99sk~C3~BDch~20zdravotnick~C3~BDch~20povol~C3~A1n~C3~AD~20a~20k~20v~C3~BDkonu~20~C4~8Dinnost~C3~AD~20souvisej~C3~ADc~C3~ADch~20s~20poskytov~C3~A1n~C3~ADm~20zdravotn~C3~AD~20p~C3~A9~C4~8De~20a~20o~20zm~C4~9Bn~C4~9B~20n~C4~9Bkter~C3~BDch~20souvisej~C3~ADc~C3~ADch~20z~C3~A1kon~C5~AF~20~28z~C3~A1kon~20o~20nel~C3~A9ka~C5~99sk~C3~BDch~20zdravotnick~C3~BDch~20povol~C3~A1n~C3~ADch~29&nr=96~2F2004&rpp=15#local-content>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Věstník 9/2004*. 2004. [online]. © 2010 MZ ČR. Poslední aktualizace 13. 3 2008, [cit. 2014-12-09].

Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Vyhláška č. 55/2011 Sb., která stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. 2011. [online]. © 2010 MZ ČR. Poslední aktualizace 26. 05. 2014, [cit. 2014-12-09].

Dostupné z: http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlisce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html

OSBISTON, M. 2013. Interprofessional collaborative teamwork facilitates patient centred care: a student practitioner's perspective. *Journal Of Perioperative Practice* [online], 2013, 23(5), 110-113. [cit. 2015-02-16]. ISSN: 1750-4589.

Dostupné z:

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/results?sid=abad8a01-f99e-4224-a849-4a0b6472a24b%40sessionmgr198&vid=0&hid=127&bquery=TI+%28Interprofessional+collaborative+teamwork+facilitates+patient+centred+care%29&bdata=JnR5cGU9MCZzaXRIPWVkey1saXZI>

O'CONNOR, P., REDDIN, C., O'SULLIVAN, M., O'DUFFY, F., KEOGH, I. 2013. Surgical checklists: the human factor. *Patient Safety in Surgery* [online], 2013, 7(1), 14. [cit. 2014-12-10]. DOI: 10.1186/1754-9493-7-14.

Dostupné z:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=9bf689bf-12bd-4cfa-bdfd-2627d02ec0ac%40sessionmgr4003&hid=4211&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210ZT11ZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edsehc&AN=edsehc.2-52.0-84877624978>

PACOVSKÝ, V., JURÁSKOVÁ, D., HOROVÁ, H. 2008. Lékaři a sestry - dialog o profesních rolích a kompetencích. *Časopis lékařů českých*, 2008, 147(8), 434–436. ISSN: 0008-7335.

PLEVOVÁ, I., BABIČOVÁ, M., BĚČÁKOVÁ, M., DOLANOVÁ, D., MACHOVÁ, A., POLOCHOVÁ, M., SLÍVOVÁ, E., SLOWIK, R., STASKOVÁ, V., RŮŽKOVÁ, D. 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s., s. 101-102. ISBN: 978-80-247-3871-0.

RAHMATI, H., SHARIF, F., DAVARPANAH, M. A. 2014. Surgeon's satisfaction on the use of invented needle magnet in reducing the risk of sharp injuries in the operating room. *Nigerian Medical Journal* [online], 2014, 55(3), 220-223. 4p. [cit. 2015-02-15]. DOI: 10.4103/0300-1652.132044

Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&hid=4108&db=a9h&AN=96195438&lang=cs&site=eds-live>

RAUTA, S., SALANTERÄ, S., NIVALAINEN, J., JUNTILA, K. 2013. Validation of the core elements of perioperative nursing. *Journal of Clinical Nursing* [online], 2013, 22(9–10), 1391–1399 [cit. 2014-12-10]. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04220.x.

Dostupné z:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=18&sid=cffce54f-dd0c-485c-b7fb-098a4f328d31%40sessionmgr4005&hid=4211&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edseic&AN=edseic.2-52.0-84876193359>

SALASSA, T., SWIONTKOWSKI, MF. 2014. Surgical Attire and the Operating Room: Role in Infection Prevention. *Journal of Bone & Joint Surgery, American Volume* [online], 2014, 96(17), 1485-1492. [cit. 2015-02-15]. DOI: 10.1016/S0021-9355(14)74350-4

Dostupné z:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=20&sid=cffce54f-dd0c-485c-b7fb-098a4f328d31%40sessionmgr4005&hid=4211&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=edselp&AN=S0021935514743504>

SPRATT, D., ELLIS, J., STRATTON, M., KIRCHNER, BA., PETTIS, AM., LIND, N. GROAH, L. 2012. Developing Good Working Relationships Among Personnel in the OR and SPD. *AORN Journal* [online], 2012, 95, 78–84. [cit. 2015-01-12]. ISSN: 0001-2092.

Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2011434213&lang=cs&site=e=ehost-live%20Vymout%20a%20vlo%C5%BEit>

TAME, S. L. 2013. The effect of continuing professional education on perioperative nurses' relationships with medical staff: findings from a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2013, 69(4), 817–827, 11p. [cit. 2014-12-12]. DOI:10.1111/j.1365-2648.2012.06065.x.

Dostupné z:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=cffce54f-dd0c-485c-b7fb-098a4f328d31%40sessionmgr4005&hid=4211&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=86048228>

WICHSOVÁ, J., PŘIKRYL, P., POKORNÁ, R., BITTNEROVÁ, Z. 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada Publishing a.s., s. 44-168. ISBN: 978-80-247-3754-6.

POUŽITÉ ZKRATKY

AORN	Association of periOperative Registered Nurses
dB	Decibel
EORNA	European Operating Room Nurses Association
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
SZŠ	Střední zdravotnická škola
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
WHO	World Health Organization