

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Monika Dražanová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČNOSTI PACIENTA PŘI REALIZACI
OPERAČNÍ POLOHY NA OPERAČNÍM SÁLE Z POHLEDU
SESTRY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Polanová

Autor:

Monika Dražanová

2011

Abstract

The Bachelor Thesis deals with “Ensuring patient safety in setting the operation position at an operating theatre from nurse’s point of view”.

The text deals among others with the present situation of the issue of perioperation care for patient’s safety. This applies to operation theatres, where a patient comes premedicated, in stress and fear, we never know what the patient will intend doing; just a small movement on a narrow operation table may result in patient’s fall. The setting into the operation position itself is often performed in anaesthesia, with an inert body, the patient feels nothing, no pain and we do not know whether the patient feels insufferable pressure of the bed, burning, etching etc. This is why a perioperative nurse has to be emphatic, forecast and prevent possible problems to avoid patient’s injury.

The aim of the work is to identify the possibilities and obligations of a perioperative nurse in setting operation position during the whole operation, to find if the nurses’ knowledge related to patient safety in setting the operation position corresponds to the present recommended procedures, to find how patient safety in operation position on an operation table is ensured.

To gain the necessary data qualitative research was applied in the form of semi-structured interview with perioperative nurses with completed specialization at PSS Brno in the field of operation instrumentation working in the České Budějovice Hospital. A semi-structured interview with patients hospitalized after operation in the České Budějovice Hospital is also used in the Thesis.

This work outlines the problem of poor knowledge among perioperative nurses, whose main nursing care priority is to ensure patient’s safety and comfort when setting the operation position. Even though they try to adhere to all these aspects an unfavourable fact results from the research, namely pain of a shoulder of the arm anaesthesia is applied to.

The Bachelor Thesis will be provided to the Hospital management, may serve as a supplementary resource of information for studying the issues, may be used for better information of perioperative nurses and familiarization of students with the problems. The research results will be published on instrumentarky.cz website if possible.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Zajištění bezpečnosti pacienta při realizaci operační polohy na operačním sále z pohledu sestry“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 3. 5. 2011

.....
Podpis studenta

Poděkování:

Děkuji Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení bakalářské práce, za její cenné rady i podněty a všem, kteří mi umožnili uskutečnit výzkumné šetření. Mé poděkování patří též mému manželovi za podporu, kterou mi se syny v průběhu celého studia poskytli.

OBSAH

ÚVOD	3
1 SOUČASNÝ STAV	4
1.1	<i>Vyhláška 55/2011</i>	4
1.2	<i>Operační tým</i>	5
1.2.1	<i>Komunikace na operačním sále</i>	6
1.2.2	<i>Komunikace s pacientem</i>	8
1.2.3	<i>Kritické myšlení</i>	9
1.3	<i>Klasifikace a prevence pádů na operačním sále</i>	10
1.3.1	<i>Prevence vzniku dekubitů na operačním sále</i>	11
1.3.2	<i>Prevence popálenin na operačním sále</i>	12
1.3.3	<i>Prevence záměny operované strany</i>	13
1.4	<i>Operační stoly</i>	14
1.4.1	<i>Transport pacienta</i>	15
1.4.2	<i>Pomůcky k operačním polohám</i>	16
1.4.3	<i>Před zahájením operačního výkonu</i>	17
1.5	<i>Operační polohy při výkonech v peritoneu</i>	18
1.5.1	<i>Operační polohy při výkonech v oblasti hrudníku</i>	18
1.5.2	<i>Operační polohy při výkonech na dolních končetinách</i>	19
1.5.3	<i>Operační polohy při výkonech na horních končetinách</i>	21
1.5.4	<i>Operační polohy při výkonech na krku</i>	22
1.5.5	<i>Operační polohy při výkonech na hlavě</i>	22
1.5.6	<i>Operační polohy při výkonu v retroperitoneu</i>	24
1.5.7	<i>Operační polohy při výkonech v malé pánvi</i>	24
1.5.8	<i>Operační polohy v dětské chirurgii</i>	25
1.6	<i>Bezprostředně po operaci</i>	26
1.7	<i>Záznamy perioperační sestry</i>	28
1.8	<i>Vzdělávání perioperačních sester</i>	29

2	CÍLE PRÁCE	31
2.1	<i>Výzkumné otázky pro perioperační sestry</i>	31
2.2	<i>Výzkumné otázky pro pacienty</i>	31
3	METODIKA	32
3.1	<i>Metodika a technika šetření</i>	32
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	32
4	VÝSLEDKY	33
4.1	<i>Polostrukturovaný rozhovor s perioperačními sestrami</i>	33
4.2	<i>Polostrukturovaný rozhovor s pacienty po operačním výkonu</i>	48
4.3	<i>Tabulky</i>	55
5	DISKUZE	60
6	ZÁVĚR	71
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	73
8	KLÍČOVÁ SLOVA	76
9	PŘÍLOHY	77

ÚVOD

Zajištění bezpečnosti pacienta je v dnešní době jednou z nejdůležitějších priorit každého zdravotnického zařízení. Dvojnásobně to platí pro operační sály, kam přijíždí pacient zpremedikován, ve stresu a v obavách co, se ním bude dít. Nikdy nevíme, co bude mít pacient v úmyslu udělat a jen malé otočení na úzkém operačním stole může znamenat jeho pád.

Polohování pacienta na samotný operační výkon je důležitou součástí perioperační ošetrovatelské péče. Ačkoli se to může stát rutinou, neměl by v žádném případě být její význam opomíjen, protože nesprávným uložením pacienta do dané operační polohy může přinést komplikace během operačního výkonu, ale i pooperační komplikace u pacienta.

Perioperační sestry jsou zodpovědné za bezpečnost svých pacientů a za bezpečné uložení do dané operační polohy, což se řadí vysoko na seznamu priorit. Bezpečné polohování musí být týmová práce, každý člen operačního týmu hraje významnou roli a sdílí odpovědnost za zavedení a udržování správné polohy pacienta, přináší své znalosti z anatomie a fyziologie, stejně jako zkušenosti s používáním různých polohovacích pomůcek a s příslušenstvím pro bezpečné uložení pacienta.

Primárním cílem těchto aktivit je optimální chirurgická expozice s prevencí zranění či diskomfortu klienta v souvislosti s polohováním před začátkem a během operačního výkonu. V českobudějovické nemocnici se perioperační tým s polohováním pacientů setkává ve všech chirurgických oborech.

1 SOUČASNÝ STAV

Pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení je řazen mezi pobyty ve vysoce rizikovém prostředí. Jeho časté přirovnání k létání dopravními letadly poněkud pokulhává. V nemocnici se pacienti ocitávají vesměs nedobrovolně, pod tlakem okolností, zato do dopravního letadla usedá jedinec dobrovolně. Zdravotní obtíže, které vedly pacienta k hospitalizaci, vesměs zhoršují jeho schopnost soustředění, komunikace či adekvátní reakci na daný problém. Vezmeme-li v potaz fakt, že u pacienta je nutná operační léčba jeho soustředění, strach a obavy se vyšplhají na maximum (16).

Prvním bodem jakéhokoliv obecně intervenčního programu je edukace personálu zdravotnického zařízení o rizikovosti nežádoucích událostí. Navzdory tomu, že v řadě zdravotnických zařízení v České republice je skrínink rizika nežádoucích událostí a následné intervenční programy zavedeny, existuje stále mnoho zdravotnických zařízení řídicích se spíše podivným heslem, že pacienti v nemocnicích padají a padat budou, s tím se nedá nic dělat. Takové postoje svědčí o nedostatečném pochopení významu snížit rizika nežádoucích událostí pro pacienty jakéhokoliv zdravotnického zařízení jako jsou ambulance, lůžková oddělení, operační sály, léčebny (16, 24).

Zajištění bezpečnosti pacienta je jednou z priorit Ministerstva zdravotnictví ČR. Předpokládá se, že většině nežádoucích událostí (jako je pád z operačního stolu, záměna operované strany, popálení pacienta apod.) lze předejít, nebo alespoň snížit závažnost dopadu na pacienta. V České republice je uváděn nulový výskyt uvedených událostí, což svědčí o popírání reality a neochotě zjednat nápravu (16, 24).

1.1 Vyhláška 55/2011

„Vyhláška ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 90 odst. 2 písm. e) zákona 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), ve znění zákona č. 125/2005 Sb.“(str.482, 30)
„§ 54 Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí: Všeobecná sestra uvedená v § 55 až 67 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
2. sledovat a vyhodnocovat stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílet se na jejich řešení,
3. koordinovat práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace,
4. hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče“ (str. 509, 30)

„§ 56 Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 54 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. připravuje instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu,
2. zajišťovat manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. zajišťovat polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace“ (str. 510, 30).

1.2 Operační tým

Každý operační výkon je kolektivní prací, jejíž výsledek je společným dílem. Každý z týmu musí dobře znát svůj úkol a spolehlivě ho plnit. Operační tým se skládá ze tří oborů zdravotní péče (chirurgie, anesteziologie a ošetrovatelství), občasné

zastoupení zde má radiologie, patologie či jiné zdravotnické obory. Vedle lékařů zde pracují všeobecné sestry, sestry specialistky, sanitáři, sanitářky a další pomocný personál. Chirurg, čili operatér, je vedoucí operačního týmu, zodpovídá za průběh celého operačního výkonu (2, 32).

Perioperační sestry, zajišťují všechny směry ošetrovatelské péče, z nichž jedna je bezpečnost o pacienta vztahující se k polohování a realizaci operační polohy. Představuje koordinační vazbu mezi potřebami pacienta a chirurgického týmu, a proto musí zajistit, aby všichni členové operačního týmu byli na nejvyšší úrovni v souladu s národními přijatými standardy, doporučenými postupy a pokyny (19, 32).

Perioperační sestra je zodpovědná za koordinaci činností, v určování polohy je aktivní účastník a zodpovídá za bezpečné polohování pacienta. Kromě toho zajišťuje dostatečný počet pracovníků na bezpečné a efektivní polohování pacienta při realizaci operační polohy. V rámci manuálních a technických zručností by měla ovládat práci s různými přístroji a operačními pomůckami, které potřebuje během realizace určité polohy (19, 32).

Nedílnou součástí každého operačního týmu je sálový sanitář, který pod dozorem perioperační sestry ukládá pacienta na správný operační stůl, provádí kurtování pacienta popruhem v pase (zamezující případného posunu až pádu pacienta), provádí transport pacienta mezi operačním filtrem na operační sál za přítomnosti perioperační nebo anesteziologické sestry. Sálový sanitář je nedílnou součástí při ukládání pacienta do operační polohy a stejně jako perioperační sestra musí znát úskalí, složitost a specifika každé operační polohy (2, 32).

1.2.1 Komunikace na operačním sále

Velmi důležitá je komunikace mezi všemi zdravotními obory, mezi jednotlivci (či zástupci), kteří jsou přítomni během daného operačního výkonu. Dobrá komunikace na operačním sále je zásadní pro bezpečnou péči o pacienta (26).

„Ve zdravotnických zařízeních dochází znepokojivě často k záměně pacienta, výkonu či lokalizace provedeného výkonu. Tato pochybení jsou výsledkem neúčinné,

nebo nepřiměřené komunikace mezi členy operačního týmu, nedostatečné účasti pacienta na označování místa výkonu a absenci postupů pro verifikaci místa výkonu. Dalšími faktory přispívajícími k pochybení jsou: nesprávný rozsah vyšetření pacienta, nedostatečná kontrola zdravotnické dokumentace, prostředí které neumožňuje otevřenou komunikaci mezi členy operačního týmu, problémy spojené s nečitelnými záznamy a používání zkratk“ (str. 52, 7).

Podle výzkumů, které byly prováděny na operačních sálech, tato komunikace velice pokulhává a to jak mezi zdravotními obory, tak i mezi lékařem, sestrou či sálovým sanitářem. Přitom komunikace je nezbytná, nezvratná, neopakovatelná a náročná situace, kterou se zdravotníci a především sestry učí zvládat v průběhu celého studia, ale také během své praxe. Právě proto by měly být vedeny k dalšímu vzdělávání nejen ve svém oboru či specializaci, ale také v psychologii vzájemného vztahu s pacientem. Cílem dalšího vzdělávání na úseku komunikace by měla být organizace odborných seminářů o komunikaci, etice a psychologii v ošetrovatelství, které by pomohly zdravotníkům zhodnotit vlastní způsob komunikace (7, 26).

V moderně pojímaném ošetrovatelství se klade požadavek na aktivní úlohu sestry, individualizovaný a celostní přístup k pacientovi a porozumění sociálnímu fungování člověka ve zdraví a nemoci. Přitom holistický pohled na nemocného a jeho potřeby se nevyhýbá ani operačnímu oddělení. Práce sestry na operačním sále je odlišná od práce sestry u lůžka nejen náplní, ale i minimálním kontaktem sestry s pacientem. Perioperační sestra vidí pacienta často až na operačním sále, nezná většinou pacienta osobně, zná však jeho diagnózu a postup operačního výkonu, který ho čeká. Perioperační sestra by měla vzbudit v nemocném pocit důvěry, umět podporovat naději a pozitivní náhled na jeho situaci. Nabízí se proto možnost před operačním obdobím zavést do praxe edukační program, který by operovaným nabízely péči perioperační sestry. Sestrám by umožnil zvýšit kontakt s operovaným a realizovat ošetrovatelský proces. U nemocných by tento program pomohl zvýšit informovanost, a tak snížit i jejich negativní pocity v souvislosti s operací. Ošetrovatelský proces vede sestru k samostatné práci, zvyšuje odpovědnost a kompetence, vyvolává u ní pozitivní zpětnou

vazbu (5, 17, 26).

1.2.2 Komunikace s pacientem

Ošetrovatelská praxe klade schopnost komunikace ošetrovatelského personálu s pacienty na významné místo. Perioperační sestra používá dovednost komunikace s pacientem jako součást profesionálního vybavení k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Perioperační sestra používá hlavně specifickou (strukturovanou) komunikaci, kdy sděluje důležitá fakta pacientovi. Zde jsou zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, nutné ověření, zda pacient sdělení rozuměl a akceptuje ho. Tato oblast komunikace je problematická u pacientů se sníženou schopností porozumění obsahu sdělení, což můžeme čekat u každého zpremedikovaného pacienta, proto perioperační sestra klade důraz na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělení informací týkajících se pobytu pacienta na operačním sále i při realizaci samotné operační polohy. U této komunikace je důležité zdůraznit, že nejde o monolog, nestačí vychrlit na pacienta všechny informace, které je perioperační sestra povinna pacientovi dát, ale pohovořit s pacientem o jejich významu a také hlavně o tom, jestli jim pacient rozuměl (5, 26, 31).

Nedílnou součástí komunikace jsou uzavřené otázky, které klade perioperační sestra pacientovi. Jsou zaměřené na jeden bod, na upřesnění informace. Není vhodné klást otázky pro otázky, jen aby řeč nestála. „I v tichu se něco děje a z psychologického hlediska je ticho stejně důležité jako řeč“ (31- str. 32).

Pro perioperační sestru je velmi důležitá schopnost citlivě vnímat projevy bolesti. Ty se ve tváři pacienta odrážejí zcela mimovolně i například ve stavu anestezie. Může vzniknout situace, kdy gesto pacienta je pravým opakem toho, co je vyřčeno ústy. Perioperační sestra nesmí zapomínat ani na neverbální komunikaci u sebe vůči pacientovi. Z jejího operačního úboru jsou viditelné pouze oči a některé pohledy jsou u pacienta vnímány příjemně a jiné nepříjemně (26, 31).

1.2.3 Kritické myšlení

Práce na operačním sále staví na znalostech perioperačních sester nejen z oblasti oborové medicíny související s operačními výkony, ale vychází i z humanitních věd. Z intelektuálních schopností by perioperační sestra měla ovládat řešení problémů pomocí kritického myšlení a utváření přesných a realistických ošetřovatelských úsudků. Perioperační sestra, která umí kriticky myslet, je schopna předvídat, a tudíž i předcházet problémům a to jak vůči pacientovi tak i svému okolí. Kriticky myslící perioperační sestra neudělá ukvapené závěry, protože její myšlení je založeno na faktech a dostupných informacích, neustále zvažuje rizika a možné výhody svých rozhodnutí. Perioperační sestra si je vědoma role intuice a kreativity, je motivována, a proto je ochotna do každé situace investovat čas a námahu (2, 25).

Kritické myšlení je dimenzí ošetřovatelské inteligence, která je potřebná pro ošetřovatelský proces. Podle Rubenfelda a Scheffera na základě výsledků výzkumu, který byl zaměřen na zjišťování názorů sester na to, čím je tvořeno kritické myšlení v ošetřovatelství je sestavena následující definice, která má sloužit jako základ pro pochopení kritického myšlení ve vztahu k ošetřovatelskému procesu: „ Kritické myšlení v ošetřovatelství je základní složkou profesionální zodpovědnosti a kvalitní ošetřovatelské péče. Kritičtí myslitelé v ošetřovatelství projevují tyto návyky myšlení: důvěru, kontextovou perspektivu, kreativitu, flexibilitu, zvědavost, intelektovou integritu, intuici, objektivitu, vyrovnanost a úvahu. Kritičtí myslitelé v ošetřovatelství praktikují kognitivní dovednosti analyzování, používání norem, rozlišování, hledání informací, logického uvažování, předvídání a transformace znalostí“ (str. 74, 25). Předpokládá se, že sestry a to nejen perioperační sestry, mají velice rozdílné schopnosti kritického myšlení vzhledem k plynulosti, flexibilitě a propracovanosti. Tyto schopnosti myšlení však je možno zlepšovat pomocí pokynů a praxe. Perioperační sestry mají potenciál neustále zlepšovat ošetřovatelské praktiky, a to i v oblasti zajištění bezpečnosti pacienta na operačních sálech, ovšem pouze pokud mají znalosti o procesech kritického myšlení (2, 25).

1.3 Klasifikace a prevence pádů na operačním sále

„Pád – mimořádná událost vyústující v nezamýšlené spadnutí pacienta na zem nebo na jiný níže položený povrch“ (str.16, 21). Tato definice se týká celého nemocničního zařízení a také operačních sálů. Pacienti na operačních sálech jsou převážně ve vstupním filtru uloženi na operační stůl, nebo sálový vozík, kde jim při chybném či žádném zajištění hrozí pád na podlahu. Nesmí se ovšem zapomínat na pacienty, jejichž operační výkon je prováděn v místní anestezii. Pacient je zcela mobilní, přichází na operační sál v doprovodu sestry z daného lůžkového oddělení bez jakékoliv premedikace. Pacienta si přebírá perioperační sestra a po vstupních náležitostech jej odvádí na operační sál (21, 24).

Aby sestry lépe pochopily příčiny pádů, založila mnohá zdravotnická zařízení při hledání parametrů pádů svou klasifikaci, která je založena na faktorech fyziologických a na faktorech prostředí. Americká výzkumná pracovnice Janice Morse navrhuje pády rozdělit na náhodné pády, znamenají neúmyslné upadnutí pacienta jako je zakopnutí, uklouznutí apod. K nepředvídaným fyziologickým pádům dochází, když fyzická příčina pádu není součástí pacientova rizikového faktoru pro pád jako je mdloba, epileptický záchvat apod. Předvídané fyziologické pády se stávají pacientům, kteří jsou pro pád rizikováni, jako je anamnéza, porucha duševních funkcí, apod. (16, 22).

Další oblíbená klasifikační metoda pádu je založena na předpokladu, že pád může být zapříčiněn komplexní interakcí vnitřních a vnějších faktorů, přičemž vnitřní rizikové faktory závisí na typu poskytované péče. Mnohé z nich jsou spjaty se změnami závislými na věku pacientů, předchází pád, porucha zraku, duševní stav, akutní onemocnění, chronické onemocnění apod. Oproti tomu vnější rizikové faktory nevycházejí přímo z organismu, mají vztah k prostředí, léky, kvalita povrchu, špatné osvětlení, typ a stav obuvi, tvar nábytku, nevhodné pomůcky apod. (16, 22).

Pádům z operačního stolu lze předejít správnou fixací pacienta a to již ve vstupním filtru, po celou dobu operačního zákroku a samozřejmě po vykonané operaci a před buzením pacienta z anestezie. U pacientů jejichž výkon je prováděn v místní

anestezii je bezpečnější jejich přesunutí provádět na sálovém pojízdném sedacím vozíku (12, 24).

1.3.1 Prevence vzniku dekubitů na operačním sále

Riziko vzniku dekubitů vzniká, jestliže protiklad podložky a tlak těla působí v místě kostních výběžků, kde je tenká svalová a tuková vrstva. Dekubity nacházíme vždy nad tvrdým kostním podkladem, jsou to tzv. predilekční místa vzniku proleženin (10,18, 22).

Intraoperační výskyt dekubitů je přímo úměrný délce operačního výkonu. Většina pacientů snáší tlak na krátkou dobu, poté dochází ke snížení průtoku krve v dané lokalitě. Určití pacienti jsou náchylnější ke vzniku dekubitů, jako je - věk nad 70 let, srdeční poruchy, diabetes, špatný předoperační nutriční stav, fyzické omezení, cévní onemocnění, atd.

Závisí také na poloze nemocného:

V poloze na zádech - nejsilnější tlak je na oblast krajiny křížové a na paty

- oblast trnu 7. krčního obratle
- hřebeny lopatek
- hrbol kosti týlní
- lokty

V poloze na boku - nejsilnější tlak je v oblasti nad hřebenem kosti kyčelní

- nad velkým trochanterem
- nad ramenním kloubem
- nad zevním tibiálním kondylem
- spánkové krajíně
- zevního kotníku

V poloze na břiše - čelo

- ramena
- kolena
- trny kosti kyčelní (10, 18, 22).

Polohování pacienta je základní a nejučinnější prostředek proti vzniku dekubitů. Bohužel to při operačním výkonu je nemyslitelné, proto musí perioperační sestra s pomocí sálového sanitáře uložit pacienta do správné operační polohy a vypodložit všechna predilekční místa, bez ohledu na délku operačního výkonu. Při delším plánovaném operačním výkonu jako jsou neurochirurgické či rekonstrukční operace, ukládá perioperační sestra pacienta na antidekubitální podložku, kterou včas připraví na operační stůl. Perioperační sestra také kontroluje stav kůže nemocného v oblastech náchylné k poškození, rozvíjí individuální plán ošetrovatelské péče o nemocného, aby zabránila vzniku dekubitů (2, 10).

Po skončení operačního výkonu perioperační sestra kontroluje stav kůže hlavně v oblastech náchylným k proleženinám a jakékoliv změny jako je zčervenání kůže puchýř či stržení kůže ošetří a napíše záznam do perioperačního protokolu (29).

1.3.2 Prevence popálenin na operačním sále

Perioperační sestra musí zabránit nechtěnému popálení pacienta vztahující se k použití elektrokoaguce či jiných zdravotnických pomůcek nezbytných k danému operačnímu výkonu (2).

Přítom elektrokoagulace je v dnešní době nezbytným vybavením na operačním sále. Elektrochirurgie je průchod vysokofrekvenčního elektrického proudu tkání za účelem jejího řezání nebo koagulace. Během elektrochirurgie prochází vysokofrekvenční proud z generátoru do aktivní elektrody, která přivádí proud do pacienta. Odpor, který proud klade tkáň pacienta anebo vzduch mezi aktivní elektrodou a tkání, vytváří teplo, které je nezbytné pro chirurgický efekt. Vysokofrekvenční proud prochází z aktivní elektrody tkání pacientova těla do zpětné elektrody, která obnovuje proud a vrací ho do generátoru. Množství tělesné tkáně, které je zapojeno do elektrického obvodu, závisí na typu elektrokoaguce monopolární či bipolární (2, 12, 19).

Při používání této přístrojové techniky je nezbytný řádně vyškolený tým, který zajišťuje správný chod přístroje, a tím i bezpečí pacienta. Perioperační sestra je při

převzetí nového přístroje seznámena s použitím a manipulací, to vše stvrzuje svým podpisem do technické knihy přístroje. Při používání přístrojové techniky je samozřejmostí i vedení provozní dokumentace - každý zdravotnický přístroj, který je používán při poskytování zdravotní péče, musí být evidován v centrální evidenci zdravotnických prostředků. Musí u něj být posouzena shoda uvedeného zdravotnického prostředku, prokazatelně udržován a kontrolován, musí být bezpečný a vhodný pro dané použití a vybaven předepsanou uživatelskou a provozní dokumentací podle zákona č. 123/2000 Sb. a vyhlášky č. 11/2005 Sb. (2,12,19).

Velmi důležité je správné přiložení neutrální elektrody elektrokoagulace, aby nedošlo k útlaku tkáně, zatečení desinfekčního roztoku pod elektrodu, atd. Proto vždy elektrodu přikládá perioperační sestra na neoperovanou část těla, nejčastěji pod ramena, záda, hýždě či stehna. Do perioperačního záznamu slovy popíše na jakou část těla, neutrální elektrodu přiložila, jaký typ a výrobní číslo elektrokoagulační elektrody byl pro pacienta použit (2, 12, 29).

1.3.3 Prevence záměny operované strany

Výkony na nesprávném místě těla, včetně nesprávné strany, nesprávného orgánu, nesprávného místa, nesprávného implantátu a nesprávné osoby, nejsou časté, avšak ani tak vzácné, jak ostatně dokládají neustále narůstající počty hlášených případů. Uváží-li se, že výskytu záměny by se dalo předejít, jsou tyto případy většinou důsledkem nesprávné komunikace. Z podrobných analýz těchto případů vyplývá, že hlavním faktorem přispívajícím k pochybení je okolnost, že přístupy k předoperačnímu rutinnímu kontrolnímu postupu postrádají standardizovaný předoperační proces a pravděpodobně i určitý stupeň automatismu (automatická kontrola bez přemýšlení) ze strany personálu (7, 17).

Principy vztahující se k řešení by se měly uplatnit ve všech oblastech, kde se provádějí intervence, a v případě, že se jich použije, měla by se strategie uplatňovat jednotně a nepřetržitě ve všech oblastech výkonů, aby se dosáhlo konzistence a zvýšené

míry shody. Zabezpečit, aby organizace zdravotní péče mohly zajistit identifikaci zamýšleného pacienta ještě ve fázi před operačním výkonem, případně jakéhokoliv implantátu, nebo protézy. Osoba provádějící výkon vyznačila za účasti pacienta jednoznačně operační pole a správně identifikovala zamýšlené místo incize nebo inserce (7, 17).

Místo výkonu se má označovat stanoveným a jednoznačným způsobem za účasti pacienta. Používaná značka by měla být v rámci nemocničního zařízení standardizována, označování by měla provádět osoba, která bude provádět daný výkon. Pokud to lze, mělo by označování probíhat v době, kdy je pacient lucidní a je si vědom probíhajícího procesu. Značka by měla být viditelná i po zarouškování. Označení místa výkonu je nutné vždy, když se jedná o výkon prováděný na párových orgánech či na straně odlišných částech těla, na vícečetných lokalizacích (prsty na ruce či nohou, vícečetné patologické struktury) či na různých úrovních (osový skelet) (7, 9, 17).

1.4 Operační stoly

K základnímu vybavení operačních sálů patří univerzální operační stůl, který je možno upravit pro většinu operačních výkonů (obr. 1.1). Jde o stavebnicový systém a jednotlivé části stolu lze kombinovat, doplňovat a uzpůsobit tak pro speciální operace, například extenční stůl pro traumatologické či ortopedické operace. Konstruuji se i zvláštní operační stoly pro určité druhy operací (2, 19).

Operační stůl je buď pevně zakotven v podlaze, nebo je pojízdný. Jeho nejdůležitější součástí je podložní deska, na níž je pacient uložen. Skládá se z několika zaměnitelných a navzájem pohyblivých dílů. Je možno je zvedat a naklánět v různých směrech a nastavit požadovanou polohu pro uložení operovaného. Ovládací prvky – buď mechanické (kola, páky, pedály), nebo elektrické – jsou umístěny u hlavy nemocného. Moderní stoly mají dálkový přenosný ovladač, který umožňuje úpravu polohy i během operace. Pro užití rentgenového přístroje během operace je nutné, aby část desky nebo celá deska byla z materiálu propustného paprskům X (plexisklo) (2, 19).

Moderní operační stoly, které jsou nedílnou součástí operačního sálu, jsou vyráběny z nejbezpečnějších materiálů (výrobci kladou velký důraz na bezpečí a komfort pacienta), bez ostrých hran s možností individuálních úprav podle konkrétních požadavků operátora, se snadnou manipulací pro sálového sanitáře a perioperační sestru. Operační stoly jsou používány podle druhu operační polohy s možností přidání či ubrání příslušenství operačního stolu. Perioperační sestra nesmí nikdy zapomínat na funkčnost daného operačního stolu. S rostoucí obezitou populace i výrobci změnili strategii výroby, na dnešním trhu je brána v potaz i nosnost operačního stolu a to od 120kg pacienta až do 480kg, proto perioperační sestra musí brát i tento fakt, na jaký operační stůl uloží pacienta (2, 19).

1.4.1 Transport pacienta

Transport pacienta na operační sál se děje přes vstupní filtr, kam je dovezen na lůžku nebo na transportním vozíku. Zde si pacienta s potřebnou dokumentací převezme sálový personál (sálový sanitář, perioperační sestra, anesteziologická sestra a anesteziolog). Je nutné ověřit totožnost pacienta, což je důležité zejména u dětí. U těch je vhodné již na oddělení provést zřetelné označení jejich totožnosti nápisem na stehno či předloktí. V současnosti jsou všichni pacienti a to jak děti tak dospělí první den hospitalizace označeni identifikačními štítky na nedominantní horní končetině, aby nemohlo dojít k záměně. Je nanejvýše žádoucí, aby pacient přicházel na operační sál již utlumen a co nejméně vnímal okolní, pro něho rušivé prostředí (6, 17).

Hlavní příprava pacienta musí být provedena již před jeho příjezdem na operační sál. Týká se to zejména osobní hygieny, oholení operačního pole, potřebné zavedení močového katétru, žaludeční sondy atd. Sálový sanitář, perioperační a anesteziologická sestra provedou kontrolu přípravy pacienta a co je potřebné, doplní. Pacient ve vstupním filtru odloží veškerý oděv a je přeložen na vozík sloužící jen pro operační sál, nebo na odnímatelnou desku operačního stolu. Pacienta okamžitě kryje perioperační sestra čistým a suchým prostěradlem, nebo operační rouškou, po celou dobu překlada respektuje jeho intimitu. Vlasy kryje operační čepicí nebo šátkem, někdy provádíme u

pacienta specifický účes a to na neurochirurgické či plastické operace hlavy a obličeje. Po uložení pacienta na operační stůl či sálový vozík ve vstupním filtru perioperační sestra spolu se sálovým sanitářem okamžitě fixuje bezpečnostním třmenem v oblasti pasu, neklidné pacienty může ještě perioperační sestra zabezpečit popruhem přes ramena a nohy. Na operační sál je pak transportován nahý, zabalený do prostěradla či operační roušky, zabezpečen proti pádu. Pacient je z filtru na operační sál vždy doprovázen sálovým sanitářem, perioperační a anesteziologickou sestrou, a dle stavu pacienta i anesteziologickým a chirurgickým lékařem. Nikdy nesmí perioperační sestra nechat pacienta stát na chodbě, na operačním sále či ve výtahu samotného, musí být stále pod dohledem perioperační, nebo anesteziologické sestry (6, 12, 17).

Z počátku ukládá perioperační sestra pacienta na operační stůl vždy do základní polohy (obr. 1.2) vodorovně na zádech s mírně podloženou hlavou, ruce jsou připoutány volně podél těla nebo je jedna ruka uložena na držáku pro horní končetinu, což usnadňuje anesteziologovi přístup k žíle a případné přiložení manžety tonometru. Po celou dobu je pacient z bezpečnostních důvodů fixován popruhem podél pasu do doby navození anestezie. Velmi často je nutno tuto základní polohu různým způsobem upravit nebo ho uložit do speciální polohy, podle plánovaného výkonu. Úpravu operační polohy provádí perioperační sestra spolu se sálovým sanitářem až když je pacient uveden do celkové, svodné, epidurální anestézie (6, 12, 17).

1.4.2 Pomůcky k operačním polohám

Perioperační sestra musí vždy uložit pacienta na měkkou pryžovou podložku, která je kryta čistou a suchou operační rouškou nebo prostěradlem. Hrany stolu a vzpěry musí být podloženy pryžovou vložkou, polštářem či molitanem, aby nedošlo k otlacení kůže, kompresi nervů či cév, což by mohlo mít za následek poškození pacienta, např. parézy horních končetiny, dekubity apod. Zejména při delších operačních výkonech nebo při operaci dětských pacientů je vhodné na ně podložit vyhřívací podušku. Operační poloha může rovněž ovlivnit dýchání a krevní oběh, proto u pacienta je nutno se vyvarovat nepřiměřené komprese hrudníku a břicha (28, 32).

K polohování perioperační sestra používá klínky, válečky, podložky, vaty, roušky, zarážky, kladky, popruhy, nedráždivé náplasti, obvazy a jiné pomůcky, které jsou buď na jedno použití, nebo jsou snadno omyvatelné s možností dezinfekce a následného použití pro dalšího pacienta. Polohování pacienta provádí, až když je pacient uveden do stavu anestezie. Poloha musí být stabilní, ale zároveň upravena tak, aby se mohlo s pacientem částečně manipulovat. Uložení pacienta do operační polohy nemůže provádět pouze jedna osoba. Jsou zapotřebí minimálně dvě i více osob z důvodu bezpečnosti (pád, jiná poranění), neboť polohy k určitému typu operace jsou velmi složité. Nutné je brát v úvahu i hmotnost pacienta. Některé bychom sice mohli obracet lehce, ale zato na jiné je zapotřebí celý operační tým. Principem uložení pacienta do správné operační polohy je stabilní, rovnoměrně rozložený tlak těla pacienta se snížením posuvných sil (28, 32).

1.4.3 Před zahájením operačního výkonu

Po uložení pacienta do stabilní operační polohy nikdy nesmí perioperační sestra zapomenout zkontrolovat vypodložení všech možných predilekčních míst, upevnit bezpečnostní pás přes tělo pacienta tak, aby během operačního výkonu nedošlo k pádu pacienta, zkontrolovat uložení elektrokoagulační neutrální elektrody a spolu s celým operačním týmem provést verifikaci pacienta (6, 7).

Předoperační bezpečnostní procedura umožňuje vyjasnění všech nezodpovězených otázek či vyjasnění případných nedorozumění, jako je záměna pacienta, záměna operační strany či alergie u pacienta. Procedura probíhá v místě, kde je operační výkon proveden v našem případě na operačním sále. Provádí se bezprostředně před zahájením jakéhokoliv operačního výkonu nad pacientem, kterého se daný operační výkon bezprostředně týká. Účastní se jí celý operační tým, který bude přítomen celého nebo jen části operačního výkonu. Nemocnice stanoví způsob stručné dokumentace proběhlé procedury. Po těchto nezbytných procedurách sloužících pro bezpečnost pacienta a celého operačního týmu, může dát operatér souhlas k operaci a začít dezinfikovat operační pole pacienta (6, 7).

1.5 Operační polohy při výkonech v peritoneu

Perioperační sestra pacienta ukládá naznak na rovný operační stůl do tzv. univerzální operační polohy. Pro potřeby anesteziologa ponechává obvykle upaženou horní končetinu na opačné straně, než stojí operatér, aby vedle něj byl dostatek místa pro druhého asistenta. Na některých pracovištích přetrvává zvyk podložit nemocnému bedra či pánev, podle toho, zda jde o výkon v horní, nebo v dolní polovině břicha. Polohu pacienta lze dále upravit nakláněním stolu či polohováním jeho jednotlivých částí (1, 2, 13, 32).

Poloha pacienta naznak s upažením levé horní končetiny je vhodná k laparotomii v horní polovině břicha, například při operaci na žaludku nebo ke střídavému či perarektálnímu řezu v pravém podbřišku, např. při apendektomii (obr. 1.3). Naproti tomu poloha pacienta naznak s upažením pravé horní končetiny se využívá pro operace z dolní střední laparotomie, což je univerzální přístup k operacím na střevech či z levého pararektálního řezu (obr. 1.4). Neúplná gynekologická poloha umožňuje současný přístup k břišní a perineální krajině, vhodná pro kombinované abdominoperineální operace rekta (obr. 1.5). Při transhiatální exstirpaci jícnu perioperační sestra podloží dolní část hrudníku pacienta a zajistí záklon vybočení hlavy vpravo (obr. 1.6). Je-li nutný rozsáhlejší přístup do oblasti kardie a dolního jícnu, je vhodná torakofrenolaparotomie, kdy je pacient uložen naznak s podložením levé dolní poloviny hrudníku a natočený vpravo (obr. 1.7). Operace na abdominální aortě, na portálním systému, či na artro- ilicko-femorálním úseku je provedena u pacienta, který je perioperační sestrou uložen na záda s mírným podložením beder (obr.1.8) (2, 13, 32).

1.5.1 Operační polohy při výkonech v oblasti hrudníku

Poloha pacienta při laterální torakotomii je pro perioperační sestru velice náročná a to jak při její realizaci, tak i vypodlození všech predilakčních míst na těle pacienta. Pacienta perioperační sestra uloží na opačný neoperovaný bok s rotací 30°

dozadu, paže je abdukována do 90° a vyvázána na hrazdu. Na některých pracovištích s mírně lomeným stolem s hranou pod úroveň lopatky (obr. 1.9). Tato operační poloha se využívá jak při operaci na plicích, jícnu, bránici či při operaci hrudní páteře. Při těžkých hrudních traumatech se provádí torakosternotomie, kdy je poloha pacienta na zádech na podložení ve tvaru H (válec perioperační sestry umístěn pod rameny, pod páteří a pod pánví) (2, 8, 14).

Při operaci na otevřeném srdci či cévách kardiochirurg provádí sternotomii. Pacienta perioperační sestry uloží do univerzální polohy s upaženými horními končetinami, na některých pracovištích s podložení pod lopatkami (obr. 1.10) (2, 8, 14).

1.5.2 Operační polohy při výkonech na dolních končetinách

Nejčastějším výkonem na venózním systému je operace primárních varixů dolních končetin. Pacienta ukládá perioperační sestry na operační stůl na znak, operovanou končetinu ponechává nepřipoutanou (obr. 1.11) (2, 32).

Při amputacích dolních končetin uloží perioperační sestry pacienta v poloze na zádech, zdravou dolní končetinu připoutá, nemocnou ponechá volnou, postižená část je kryta sterilním obvazem. Při amputacích ve stehně je vhodné podložit stehno polštářem (2, 32).

Nejčastějším operačním výkonem v ortopedii je náhrada kyčelního kloubu úplnou protézou – arthroplastica coxae totalis. Pro tuto operaci se používají dva druhy operačního přístupu: a) Přední přístup: pacienta uloží perioperační sestry na záda, opěrky umístí ze zdravé strany na protilehlou crista ilica, horní část těla - hrudník a hlavu uloží tak, aby bylo možné klopat operační stůl v podélné ose, a operovaná kyčel stůl poněkud přesahovala. b) Zadní přístup: používá se častěji, pacienta uloží na neoperovaný bok (obr. 1.12). Při ortopedických operacích musí perioperační sestry klást velký důraz na správné zabezpečení pacienta proti pádu. Operátor používá velké fyzické

síly a snadno může pacienta strhnout s sebou i přes zarážky, proto je pacient fixován popruhem přes neoperovanou dolní končetinu (2, 3, 21).

Operační polohy při úrazech dolních končetin jsou velice rozmanité, perioperační sestra pracující na traumatologii musí hned ve filtru uložit pacienta na správný operační stůl. Používá se univerzální operační stůl, extenční, nebo prosvětlovací operační stůl, kterým prostoupí RTG x paprsky (2, 15, 21).

Při zlomeninách proximálního konce stehenní kosti, ukládá pacienta na extenční operační stůl v poloze na zádech, fixuje končetiny třmeny na extenčních ramenech operačního stolu, při řezu v horní části stehna je vhodné horní končetinu na operované straně vzpažit či upažit (obr.1.13). C-rameno rentgenového zesilovače je nastaveno tak, aby bylo možno dokonale zrentgenovat proximální část femuru v laterální a předozadní projekci. Aby RTG-zesilovač během operace nebránil přístupu k ráně, abdukuje perioperační sestra trup pacienta asi o 10-15° k neoperované straně nebo abdukuje neoperovanou dolní končetinu také o 10-15° (2, 15, 21).

Z mnoha možností poloh, které se mohou vyskytnout při operacích na dolní končetině je zde vybrána poloha při zlomeninách diafýzy stehenní kosti, jelikož tyto operační polohy vyžadují velkou zručnost perioperační sestry a sálového sanitáře, který umí zacházet s extenčním stolem a přítomnost operátora, který si za pomoci RTG přístroje dopraví operační polohu pacienta. Pacient je uložen perioperační sestrou na extenční operační stůl v poloze na zádech, operátor zavede Kirschnerovu extenzi za tuberositas tibiae, nasadí podkovu a poté sálový sanitář upraví extenční stůl odstraněním podložek dolních končetin, vložením kolíku a připevněním končetin na extenční ramena stolu podle požadované polohy (obr. 1.14) (2, 15, 21).

Jedna z dalších operačních poloh, která vyžaduje technickou znalost perioperační sestry, je operace kolenního kloubu. Poloha pacienta je vleže na zádech, dolní končetina je ohnuta v koleni do 90° a fixována svorkou podpěrou v horní části podkolenní jamky (obr. 1.15) (2, 3, 15).

Poloha pacienta při operační léčbě zlomeniny bérce je vleže na extenčním stole s dolní končetinou ohnutou do 90° flexe v kyčli i koleni a s podpěrkou v podkolenní

jamce. Noha je upevněna na extenční rameno pomocí Kirschnerovy extenze za patní kost nebo ve třmeni. Druhá končetina je uchycena za nohu ve třmenu druhého ramena stolu a podle potřeby uložena podélně nebo silně obdukována. Nesmí vadit peroperačně pohyblivému rameni RTG přístroje (obr. 1.16) (2, 15, 21).

Při zlomeninách kotníků ukládá perioperační sestra pacienta na záda, pod poraněnou končetinu uloží stoličku či molitanový polštář, tělo na zdravé straně zajišťuje opěrkami na pánev, na hrudník, eventuálně hlavu, aby bylo možno pacienta natáčet kolem podélné osy těla (1.17) (2, 15, 21).

1.5.3 Operační polohy při výkonech na horních končetinách

Důležitá je zde domluva s anesteziologickou sestrou, protože při aplikaci flexily do kubity horní končetiny musí vždy zvolit neoperovanou horní končetinu (2).

Při operaci ramenního kloubu či proximální části humeru ukládá perioperační sestra pacienta do polohy tzv. plážové lehátko. Pacienta v poloze na zádech vytočí do polosedu, hlavu odkloní od operované strany nebo uloží do speciálního korýtka na hlavu, zde musí perioperační sestra věnovat zvýšenou pozornost poloze krku a vyhnout se nadměrnému natažení krku. Podloží hrudní páteř polštářkem, tím se dorzalizuje poloha lopatky a ramena, a lze dosáhnout správného osového postavení. Paži uloží v abdukci na postranní stolek či klín, aby se uvolnil deltový sval. Při používání RTG zesilovače musí umožňovat operační poloha vizualizaci proximálního humeru ve dvou projekcích, AP a laterální/axiální. Paže by měla být v průběhu operace mobilizována (obr. 1.18) (2, 15, 21).

Polohu pacienta při operaci na lokti si volí chirurg podle svých preferencí, zde musí perioperační sestra včas kontaktovat operátora a domluvit se o poloze pacienta. Pacienta ukládá na záda a operovanou horní končetinu ukládá na pomocný stolek nebo může operovanou horní končetinu položit přes hrudník nemocného. Pacienta může také perioperační sestra uložit na bok, operovaná paže spočívá na měkké opěrce, která

umožňuje flexi v lokti 120°. Jedna z variant je také uložit pacienta do polohy na břicho s paží v abdukci a ohnutím v lokti do 90°s podpěrou v loketní jamce (2, 15, 12).

Pro operaci na ruce a distální části předloktí uloží perioperační sestra pacienta na záda a operovanou horní končetinu pokládá v upažení na pomocný stolek (obr.1.19) (2).

1.5.4 Operační polohy při výkonech na krku

Mezi malé chirurgické zákroky na krku řadíme tracheostomii, poloha pacienta je vleže s podloženými zády, maximálně zakloněnou hlavou a staženými rameny směrem dolu (obr. 1.20). Tato poloha se používá i při parciální resekci hrtanu, extirpaci krčních cyst, osteosyntéze dolní čelisti, i při operaci na krční páteři v neurochirurgii s tím rozdílem, že pacienta ještě fixujeme náplastí k zajištění stability operační polohy (2, 11, 19, 32).

Nejčastější operací v oblasti krku ve všeobecné chirurgii je operace strumy a příštítných tělísek. Pacienta perioperační sestra ukládá do polohy na zádech se záklonem hlavy a podloženou horní částí zad. Podle zvyklostí operátéra zvedá v různé míře horní polovinu těla až do polohy v polosedě (obr. 1.21). Při operaci horního jícnového svěrače či arterie caritis je poloha pacienta obdobná jako při operaci strumy s otočením hlavy na opačnou stranu od operačního řezu (obr. 1.22). V neurochirurgii při operaci krční páteře či zadní jámy může také perioperační sestra uložit pacienta do polohy na břicho v třibodové fixaci neboli do polohy concord, záleží na prioritách operátéra. Pacienta podkládáme molitanovými válci, aby nedošlo ke kompresi dutiny břišní (obr. 1.23) (2, 11, 19, 32).

1.5.5 Operační polohy při výkonech na hlavě

Dentoalveolární výkony ve stomatochirurgii se provádějí v ústní dutině na zubech, měkkých tkáních a čelistních kostech, a to většinou v lokální anestezii. Pacient

při operaci zpravidla sedí v zubolékařském křesle, které umožňuje polohování pacienta podle charakteru operace a požadavků lékaře (obr. 1.24) (2, 11).

Oční operační výkony, se provádí v leže na zádech pacienta s hlavou mírně podloženou podhlavníkem nebo kolečkem, aby poloha hlavy byla stabilní. V nutném případě může perioperační sestra hlavu upevnit pružným obinadlem (obr. 1.25) (2, 11).

Pro operaci nosu a paranazálních dutin je pacient při většině operací polohován na operačním stole do polosedu. Hlava je v ose s trupem nebo v mírném záklonu (obr. 1.25). Perioperační sestra může uložit pacienta do polohy vleže na zádech s mírně zvednutou hlavou a hrudníkem s mírným záklonem hlavy, pod krk vkládá složenou roušku (2,11).

Při všech ušních operacích leží pacient na zádech, s mírně podloženou hlavou, vytočenou od operátora, operovaným uchem šikmo nahoru (obr. 1.26) (2,11).

Při neurochirurgických výkonech hlavu pacienta fixuje perioperační sestra v podkovovité měkké podložce. Častěji se při neurochirurgických operacích hlavy používá tříbodová svorka, která pomocí tří hrotů vtačených do kalvy hlavu dokonale fixuje (obr. 1.27). Ukládání pacienta do této tříbodové svorky je nutno mít na operačním sále kompletní operační tým, svorky se kladou sterilní za použití všech aseptických podmínek. Zde se ukáže souhra a zručnost celého operačního týmu, jen přehlédnutí malé závady na tříbodové svorce, či nedotažení šroubku může mít fatální následky pro pacienta a nepříjemnou dohru pro celý operační tým. Za nejnáročnější polohu v neurochirurgii, a to jak pro pacienta tak náročností pro perioperační sestru, je operace zadní jámy v poloze vsedě s fixací hlavy v tříbodové svorce (obr. 1.28) (2,19).

Při operacích páteře nebo i při operacích zadní jámy lebeční se používá poloha na břiše. Speciálními podložkami je bráněno kompresi břišní dutiny, viz operační poloha concord. Vzhledem ke zpravidla dlouhým operačním časům v neurochirurgii je pacient položen na antidekubitální podložce. Po celkové anestézii je pacient polohován a fixován do operační polohy dle priorit operátora. Perioperační sestra musí věnovat pozornost prevenci dekubitálního poškození periferních nervů, molitanovými podložkami podkládá všechna místa ohrožená dlouhodobým tlakem. Průběh operačního

výkonu si často vynutí změnu polohy operačního stolu, proto tělo nemocného je fixováno bočními opěrkami, popruhy, zarážkami, obvazy či nedráždivou náplastí. Při časově náročných operacích musí perioperační sestra klást velký důraz na drobné změny operační polohy pacienta (tak aby nevyrušovali operátora při operačním zákroku) jako je prevence dekubitů způsobenou dlouhodobým tlakem na zátěžové body těla pacienta. Dlouhé trvání výkonu ohrožující pacienta ztrátou tělesného tepla vyžaduje přikrytí pacienta speciální izotermickou fólií nebo teplovzdušnou matrací (2,19).

1.5.6 Operační polohy při výkonu v retroperitoneu

Lumbotomie je základním přístupem k ledvině, nadledvině a hornímu močovodu. Pacienta ukládá perioperační sestra na bok s pánví mírně sklopenou nazad, výhodou je operační stůl s možností podepřít bedra sklopitelným můstkem, pokud jej nemá, použije k popření válec, který ke konci operace vytáhne. Pacienta perioperační sestra uloží na bok, vždy na neoperované ledvině, dobře fixuje popruhy a podpěrami, poté sklopí díly operačního stolu s hrudníkem i s dolními končetinami pacienta, takže lumbální krajina je napjatá a operátor bude mít dobrý přístup k ledvině (obr.1.29)(2, 27).

1.5.7 Operační polohy při výkonech v malé pánvi

Poloha pacienta na zádech s podloženou pánví a sklopenými dolními končetinami (obr. 1.30), výhodou je operační stůl s možností roztáhnutí dolních končetin pacienta, aby měl operátor či asistent lepší přístup (obr. 1.31), tato poloha se používá při operaci močového měchýře, močovodu, orgánů uložených v malé pánvi ale i při operacích v neurochirurgii v oblasti bederní krajiny (2, 4, 19, 27).

Operace na močové trubici, endoskopické transuretrální operace či vaginální operace ukládá perioperační sestra pacienta do gynekologické polohy (obr. 1.33). Poloha pacienta je na zádech se skrčenými a roztaženými dolními končetinami, které jsou upevněny v podpěrách, přičemž je pacient uložen na samotný okraj operačního stolu. Je

bezpodmínečně nutné, aby dolní končetiny byly uloženy na podpěrách tak, aby nedošlo k útlaku cév a nervů. Zejména n. fibularis, který prochází na zevní straně pod kolenem, je vystaven nebezpečí poranění z útlaku. Přejídné, ale i trvalé obrny tohoto nervu jsou pak nejen problém pro postiženého, ale často mají i forenzní následky pro perioperační sestru, která pacienta do operační polohy ukládala (1, 2, 4, 27).

Správné uložení pacientky na operační stůl je pro úspěch gynekologických a porodnických operací velmi významné. Ženské orgány uložené v malé pánvi jsou relativně špatně přístupné, a proto operační poloha pacientky může výkon usnadnit, nebo naopak velmi komplikovat. Pacientka je u většiny operací zakloněna do Trendelenburgovy polohy (1.34) (1, 2, 4).

1.5.8 Operační polohy v dětské chirurgii

Zvláštnosti dětské chirurgie nelze spatřovat jen v různé velikosti operovaného, i když tento faktor zejména u novorozenců hraje významnou roli. Poloha nemocného na operačním stole je obdobná jako u dospělých, ale způsob připoutání nejmenších dětí je pochopitelně odlišný. Poloha dítěte se zajišťuje vypoďložením malými polštáři a rouškami. Tělíčko a končetiny fixujeme k operačnímu stolu obvazy, pruhy nedráždivé náplasti či speciálními popruhy, například se suchými zipy (2, 23).

Při uložení zejména nejmenších dětí je nutná prevence podchlazení, například užitím vyhřívané podložky. Výhodné je užití lepících fólií, které spolehlivě demarkují operační pole a slouží k tepelné izolaci (2, 23).

U břišních operacích ukládá perioperační sestra dítě do polohy na zádech a fixuje horní a dolní končetiny (obr. 1.35). U operací, kde je potřebný přístup k oblasti anu, například při anorektální atřezii, je vhodné podložit hýždě a dolní končetiny zavěsit či držet směrem nahoru (2, 23).

Torakotomie je u dětí indikována pro výkony na plicích, pro atřezii jícnu, pro výkony v mediastinu na srdci a na bránici. Operované dítě je nutné v poloze na boku vhodně podložit a fixovat přes rameno a přes kyčel (obr. 1.36) (2, 23).

1.6 Bezprostředně po operaci

Perioperační sestra s pomocí sálového sanitáře a anesteziologické sestry zajistí správné přepolohování pacienta do základní operační polohy (obr.1.2). Z operačního stolu odstraní veškeré pomůcky, které byly nutné k danému operačnímu výkonu, očistí pacienta a utře jej do sucha, zakryje čistým a suchým prostěradlem nebo operační rouškou. Ani zde nesmí perioperační sestra zapomínat, že může dojít k pádu pacienta, stále pracuje s bezvládným tělem, a proto je někdy zapotřebí vyzvat na pomoc lékaře či jiné pracovníky na operačním sále, aby nedošlo k poškození pacienta. Po uložení pacienta do základní polohy, je vždy sálovým sanitářem pod dohledem perioperační sestry fixován popruhem podél pasu a pevně je připoután k operačnímu stolu či sálovému vozíku. Takto uloženého a ošetřeného pacienta je možné probrat anesteziologickým lékařem z celkové anestezie (2, 32).

Po skončení operačního výkonu zůstává pacient pod stálým dohledem anesteziologického lékaře, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a dokud se mu po skončení narkózy nenavrátní obranné reflexy (schopnost kašlat a polykat). V této době může dojít k zapadnutí jazyka, přetrvávat účinky myorelaxačních látek s obrnou dýchacích svalů nebo se objeví zvracení s následnou aspirací, vznik laryngospasmus apod. Všechny tyto komplikace, která se mohou objevit kdykoli v časně pooperační době, vyžadují bezprostřední a kvalifikovanou pomoc. Tato fáze péče o pacienta připadá především anesteziologovi a znamená, že pacient nesmí opustit operační trakt a být přemístěn na lůžkové oddělení, dokud není dokonale probuzen a nepominul účinek myorelaxačních látek (2, 32).

Po probuzení pacienta vyzve telefonicky anesteziologická sestra příslušné oddělení, kam bude pacient přemístěn a předán s dokumentací všeobecné sestře, která má daného pacienta na starost. Předání probíhá ve výstupním filtru pro pacienty, kde se pacient přendává za pomoci rolby či jiného zařízení z operačního stolu či vozíku na své čisté a předem připravené lůžko. Perioperační sestra musí vždy zkontrolovat zabrzdění operačního stolu či vozíku, aby nedošlo k nečekanému smyku pacienta. Perioperační

sestra spolu se sálovým sanitářem se snaží dosáhnout takové výšky operačního stolu, aby byl přesun pro pacienta co nejméně náročný a nebolestivý. Přemístění pacienta provádí sálový sanitář za pomoci perioperační sestry, která vždy hlídá a kontroluje operační ránu, popřípadě dreny, anesteziologické sestry, která zabezpečí infuze a kanyly a všeobecné sestry která je vždy nápomocna. V žádném případě nezapomíná perioperační sestra na ochranu intimity pacienta, po přeložení do lůžka pacienta obléká do předem připraveného anděla či pyžama, záleží na zdravotním stavu pacienta a na operované části těla pacienta. Někdy se může stát, že jej pouze zakryje příkryvkou. Po předání dokumentace o zdravotním stavu všeobecné sestře či lékaři opouští pacient výstupní filtr operačních sálů (18, 28).

Pacienti, jejichž celkový stav po operačním výkonu vyžaduje déletrvající intenzivní péči, jsou z operačního sálu překládáni hned na chirurgickou JIP, někdy i s ponechanou intubací trachey a řízeným dýcháním. Pacienti, jejichž stav intenzivní péči po výkonu nevyžaduje, jsou z operačního sálu (po probuzení) předáni na pooperační pokoj a odtud (nejdříve po dvou hodinách) na lůžkové oddělení (18, 28).

Při převozu pacienta z operačního sálu na kteroukoliv etapu pooperační péče jej spolu s dokumentací přebírá sestra příslušného oddělení, v případě překlada na jednotku intenzivní péče i lékař této jednotky (28).

Pacient je po operaci většinou položen do polohy na zádech (za předpokladu, že je na lůžkovém oddělení převezzen natolik probuzený, že je schopen polykat, odkašlat a plnit jednoduché příkazy) s mírně zvýšenou polohou hrudníku a hlavy, která zajišťuje snadnější plicní ventilaci i odkašlávání. Některé operační výkony na hlavě a krku vyžadují polohu v polosedě, jindy může být vhodná poloha na břicho. Pacient může v zásadě zaujmout takovou polohu, která mu vyhovuje, pokud přitom nemůže dojít k dislokaci nebo útlaku drénů, sond či katétrů, které je třeba dobře zajistit. O jejich důležitosti je třeba pacienta (nejlépe už před operací) poučit (18, 28).

1.7 Záznamy perioperační sestry

Veškeré informace o dění během operace jsou zanášeny do dokumentu s názvem „Ošetrovatelský záznam perioperační sestry“. Není tím myšlen ani anesteziologický záznam o průběhu operace ani operační protokol popisující jednotlivé kroky operátora při výkonu operace. Jde o přehledný spotřební list, jakousi fakturu, která se vydává s ostatní sálovou dokumentací jednotlivým operačním oborům. Obsahuje soupis veškerého použitého spotřebního materiálu (včetně moderních firemních samolepek např. u implantátů) a seznam použitých přístrojů. Jsou zde zejména uvedeny zdravotnické prostředky klasifikační třídy II b a III. Další část tohoto dokumentu slouží jako sesterská překladová zpráva a jiná jeho část je určena k lepení použitých chemických indikátorů ze sterilních nástrojových sít a prádlových setů (9, 29).

Ošetrovatelský záznam poskytuje kompletní charakteristiku operačního výkonu. Zahrnuje množství různorodých podstatných informací, které v souhrnu dotvářejí obraz dílčích úkonů u každé operace jako celku. Jeho nedílnou složkou je štítek se jménem pacienta, rodným číslem a kódem zdravotní pojišťovny. Dalším údajem je datum operace a zda se jedná o výkon elektivní, akutní či reoperaci. Samozřejmostí je jméno lékaře operátora, instrumentující a obíhající sestry, délka výkonu, operační poloha, druh zvolené anestezie a dezinfekčního prostředku. Součástí je uvedení typu a druhu rtg zesilovače i koagulačního aparátu včetně aplikované neutrální elektrody. Dále se uvádějí použité lavážní roztoky, množství použitého spotřebovaného speciálního zdravotnického materiálu a šicího materiálu s jeho kódy, souhlas s početní kontrolou použitých břišních roušek a nástrojů. Důležitý je i údaj o odebraném biologickém materiálu k histologickému, bakteriologickému, cytologickému vyšetření včetně vyšetření vzorků nádorů na cytostatickou rezistenci. Nesmíme zapomenout ani na počet, druh a lokalizaci aplikovaných drenážních systémů. Evidován je rovněž spotřebovaný obvazový materiál, sterilní operační prádlo a jednorázové rouškové systémy. Pomocí zbarvení chemických indikátorů umístěných uvnitř i vně prádlových a nástrojových kontejnerů je určována kvalita proběhlého sterilizačního cyklu. Indikátor perioperační

sestra opatřuje datem sterilizace, expirace a jménem osoby zodpovídající za setování nástrojových sít. Záznam je vytvářen také o aplikaci a použití implantátů, u nichž jsou uváděny jejich kódy pro účely vyúčtování s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Součástí dokumentu je sesterská překladová zpráva informující o překladu pacienta na oddělení ARO, JIP, standardní lůžko atd. Uvádí se také, zda nedošlo během operace k porušení integrity kůže popálením po přiložení inaktivní elektrody či ke vzniku dekubitu při dlouhodobých výkonech. Rovněž obsahuje všechny poznámky důležité pro následnou ošetrovatelskou péči (9, 29).

1.8 Vzdělávání perioperačních sester

Obor všeobecná sestra tvoří nepochybně nejpočetnější složku pracovníků ve zdravotnictví. Vedle oboru porodní asistentka patří historicky k nejstarším. Nejvyšší prestiž tohoto povolání byla v době, kdy pro nové speciální práce byly vybírány schopné sestry, u nichž byl předpoklad, že se pro novou práci rychle zapracují a získají v ní nové znalosti. Prof. Mudr. Bohuslav Niederle, DrSc., všestranný chirurg, který patřil k poválečné generaci lékařů, pochopil velký význam vzdělávání perioperačních sester a věnoval mu, i přestože byl velmi zaneprázdněn lékařskou vědecko-výzkumnou prací, velmi mnoho úsilí (4, 32).

Specializace v instrumentování na operačním sále je jednou z prvních specializací která, u nás vznikla v padesátých letech 20.století, další specializace vznikly až po roce 1971. Ke změně ve specializačním studiu došlo v roce 2006, kdy byla prodloužena délka studia na 36 měsíců (délku studia lze prodloužit nebo zkrátit při zachování počtu hodin studijního programu) a studium bylo rozděleno do modulů. Cílem tohoto vzdělávacího programu je připravit všeobecné sestry pro poskytování přímé i nepřímé specifické ošetrovatelské péče pacientů před, v průběhu a po operačním výkonu v rozsahu dovedností a vědomostí odpovídajících požadavkům specializované způsobilosti dle § 54, § 56 vyhlášky č. 55/2011 Sb. (4, 30).

„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 svého srdce“.

Prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc.

2 CÍLE PRÁCE

Cíl 1: Zjistit, jaké jsou možnosti a povinnosti perioperační sestry při realizaci operační polohy po dobu trvání celé operace.

Cíl 2: Zjistit, zda znalosti perioperačních sester týkající se zajištění bezpečnosti pacienta při realizaci operační polohy odpovídají doporučeným současným postupům.

Cíl 3: Zjistit, jak je zajištěna bezpečnost a komfort pacientů při uložení do operační polohy na operačním stole.

2.1 Výzkumné otázky pro perioperační sestry

- 1: Jaké jsou povinnosti perioperační sestry při realizaci operační polohy?
- 2: Zodpovídá za polohu pacienta po dobu trvání celé operace perioperační sestra či lékař?
- 3: Jaké jsou znalosti perioperačních sester při zajišťování bezpečnosti pacienta, při realizaci operační polohy?
- 4: Odpovídají tyto znalosti současným doporučeným postupům?

2.2 Výzkumné otázky pro pacienty

- 1: Pociťuje pacient po operačním výkonu jinou bolest související s operační polohou?
- 2: Pociťuje pacient jiný diskomfort související s operační polohou?

3 METODIKA

3.1 Metodika a technika šetření

K získání potřebných údajů bylo použito kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru s perioperačními sestrami s ukončenou specializací PSS Brno v oboru instrumentování na operačním sále pracující v nemocnici České Budějovice a.s.. Výzkum tvoří respondentky pracující na chirurgickém, ortopedickém, traumatologickém, neurochirurgickém, kardiochirurgickém, gynekologickém, urologickém a očním operačním sále. Rozhovory jsou se souhlasem perioperační sestry nahrávány na diktafon a poté zpracovány do čtené podoby. Anonymita dat a soukromí respondentek byla zajištěna tím, že veškerá jména žen v této studii jsou změněna.

Dále v této práci je použit polostrukturovaný rozhovor s pacienty hospitalizovanými po operačním výkonu v nemocnici České Budějovice a.s. se zaměřením na pacienty po operačním výkonu na chirurgickém, ortopedickém, traumatologickém, neurochirurgickém, plastickém, gynekologickém, urologickém a očním oddělení, a se souhlasem staniční sestry daného oddělení. Při rozhovoru byly dělány poznámky do bloku a poté byly zpracovány do této práce. Anonymita dat a soukromí pacientů byla zajištěna tím, že veškerá jména jsou v této studii změněna.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen osmi perioperačními sestrami pracujícími v nemocnici České Budějovice a.s. s dokončeným vzděláním podle vyhlášky 55/2011 pro práci na operačním sále v oboru perioperační sestra. Rozhovory byly vedeny se sestrami různého věku a délkou praxe. Výzkumné rozhovory jsou prováděny se souhlasem hlavní sestry nemocnice České Budějovice a.s. Výzkum byl prováděn od 1.2. do 1.4. 2011.

Dále byl výzkumný soubor tvořen devíti pacienty hospitalizovanými v nemocnici České Budějovice a.s. po operačním výkonu. Výzkumné rozhovory jsou prováděny se souhlasem hlavní sestry nemocnice České Budějovice a.s. Výzkum byl prováděn od 1.2. do 1.4. 2011.

4 VÝSLEDKY

4.1 Polostrukturovaný rozhovor s perioperačními sestrami

1. perioperační sestra na chirurgickém operačním sále

Perioperační sestra Zuzana pracuje na chirurgických operačních sálech již přes 30 let. Po SZZ nastoupila na chirurgické oddělení jako zdravotní sestra, po čtyřech letech přestoupila na chirurgické operační sály, a poté absolvovala PSS Brno obor instrumentování na operačním sále.

Po dobu své praxe pamatuje i staré pedálové operační stoly napevno zabudované v podlaze bez možnosti jejich posunu. Na operačním sále mají i nový operační stůl, který má nosnost až 380kg, jinak starší modely mají nosnost pouze 130kg. Velice si chválila nové příslušenství k operačnímu stolu, je na dotyk velice příjemné, má snadnou údržbu, je lehčí než starší příslušenství a je s ním snadnější obsluha při jeho upevnování na operační stůl.

Pacienta vidí poprvé až na operačním sále, ve vstupním filtru ho od sestry z oddělení přebírá anesteziologická sestra s pomocí sálového sanitáře. Na jejich sálové sanitáře je prý spolehnoutí. Ihned po uložení pacienta na operační stůl ho okamžitě fixují bezpečnostním popruhem v pase. Někdy se jí stane, že přijde na operační sál a pacient je už v celkové anestézii, ví že se to nemá, ale v tomto případě důvěřuje anesteziologické sestře, že je to opravdu pacient, který je zrovna na operačním programu. Jinak se snaží tomuto nešvaru předcházet a je včas na operačním sále, od anesteziologické sestry si převezme dokumentaci, zkontroluje údaje pacienta v dekurzu, na identifikačním štítku na ruce pacienta. Zeptá se pacienta na nezbytné informace k danému operačnímu výkonu a zodpoví mu jeho dotazy. Komunikaci s pacientem nechává raději v režii anesteziologické sestry, prý nikdy neví, co již s pacientem řešila na předsáli, a nerada by pacienta zatěžovala zbytečnými dotazy.

Po uvedení pacienta do celkové, svodné či jiné anestézie sálový sanitář ukládá pacienta do operační polohy a perioperační sestra je mu nápomocna. Jsou zde operační

polohy, které provádí sálový sanitář zcela sám, jako je poloha na apendix, NPB, břišní aneurysma atd., ale jsou zde i polohy, při kterých je nápomocna i anesteziologická sestra, jako při poloze na strumu, operace na jícnu či plic. Za nejobtížnější polohu uvádí operační polohu na boku pacienta, při ní se vždy zapotí, ale jejich sálový sanitář je velice zručný a velmi nápomocný. Horší je to prý o službách, kdy na sál chodí i sanitáři z oddělení, ale naštěstí operační polohu na boku pacienta o službách nedělají. Při operačním výkonu pacientovu polohu moc nemění, maximálně upravují výšku operačního stolu a to se s pacientem nemůže nic stát, neboť je fixovaný.

Paní Zuzka, za dobu své praxe ví, do jaké operační polohy a na jaký operační výkon má pacienta uložit. Mají na operačních sálech standardizované operační výkony a je zde přímo poloha pacienta uvedená. Podle jejích slov zodpovídá za operační polohu operatér po dobu celé operace a má si zkontrolovat i operační polohu pacienta, jinak za pacienta zodpovídá perioperační sestra.

Při otázce možnosti proleženin u pacienta mi sděluje neobvyklou odpověď: „Vždyť jsou tu jen chvíli, na to si dávají pozor holky z oddělení“. Jen při neúplné gynekologické poloze se snaží vypodloužit co nejvíce podpěry, aby nedošlo k útlaku nervů. Jinak všechny podpěry a zarážky na tělo pacienta vždy vypodkládá, aby nedošlo k otlakům na kůži pacienta.

Na otázku příkládání neutrální elektrody na tělo pacienta mi sestra Zuzana odpověděla, že u nich je to práce sanitáře, ale ona každá ráno přístroj zapíná a kontroluje jeho nastavení. Za dobu její praxe se nesečkala s poškozením pacienta z elektrokoagulace.

Perioperační záznamy píše paní Zuzka asi tak devět let, dříve ani nevěděla, že něco takového existuje, postupem času čeká, že místo jednoho listu bude vypisovat dva a více. Vypisuje přímo polohu pacienta, udává uložení neutrální elektrody, vypisuje číslo, jakou elektrokoagulaci na pacienta používá, jméno sálového sanitáře, který ji pomáhal s operační polohou u pacienta. Nežádoucí události také zapisuje, a to ve smyslu: pacient je alergický na..... Ale během své praxe nic jiného psát nemusela.

2. perioperační sestra na ortopedickém operačním sále

S paní Petrou se setkávám v malebné kavárně s nezbytným koutkem pro děti, jelikož jejich operační program je zcela nabytý a nemá čas na neřízený rozhovor. Petra je perioperační sestrou na ortopedických operačních sálech od počátku jejich osamostatnění v Českých Budějovicích (sály byly dříve součástí traumatologických operačních sálů). V současné době je nejdéle pracující perioperační sestrou na ortopedických operačních sálech, tudíž má největší zkušenosti s ukládáním pacientů do operační polohy.

Petra si velice chválí operační stoly, s jejich příslušenstvím můžou za pomoci sálového sanitáře sestavit i tu nejnáročnější polohu. Ona sama za nejnáročnější operační polohu považuje uložení pacienta na artroskopickou operaci kolenního kloubu, je to poloha, kterou zná sice nazpaměť, ale správné uložení zarážek na dolní končetinu tak, aby operatér mohl i nad koleno a zarážky pacienta netlačily v třísele, je vždy otázkou kompromisu.

Na ortopedických operačních sálech se převážně provádí plánované operační výkony, proto mají veškeré operace standardizovány i veškeré operační polohy „vybroušené“ do nezbytných detailů. Na jejich operační sály chodí pouze ortopedičtí sáloví sanitáři, na které je zcela „spolehnutí“. Pacienta ve vstupním filtru přebírá anesteziologická sestra se sálovým sanitářem, spolu jej uloží na snímatelnou desku operačního stolu, sanitář jej fixuje bezpečnostním pruhem podél pasu, vlasy mu kryje sálovou čepicí a spolu s anesteziologickou sestrou odváží pacienta na předsálí. Na předsálí vstupuje perioperační sestra, seznamuje se s pacientem a spolu s anesteziologickou sestrou připravují pacienta na operační výkon. Jelikož se jedná o operační výkony na horních či dolních končetinách, je zde riziko velice snadné záměny. Proto je v chorobopise tučně vypsána končetina, při příjmu pacienta je daná končetina označena viditelným znaménkem a to puntíkem o průměru 1 cm, který je napsán nesmyvatelným fixem na textil. Při příjezdu na operační sál perioperační sestra ještě vše zkontroluje, a to s pacientem, s lékařem a také překontroluje nezbytnou dokumentaci.

Sálový sanitář za doprovodu perioperační a anesteziologické sestry přiváží

pacienta na operační sál. Po celkové či jiné anestézii perioperační sestra za pomoci sálového sanitáře ukládá pacienta do operační polohy. Veškeré zarážky perioperační sestra vykládá buničinou či textilíí tak, aby nedošlo k otlakům či proleženinám pacienta. Vzhledem k náročným a leckdy k manuálně těžkým operačním výkonům musí pacienta pořádně, někdy i na dvou místech fixovat k operačnímu stolu. Petra si velice chválí výpomoc sálového sanitáře, tak i výpomoc anesteziologické sestry, říká: „Každá ruka je dobrá“. Na ortopedických operačních sálech je velice málo výkonů, kdy pacient leží v univerzální poloze a operační poloha je základ vydařené operace. Proto než se jde operátér mýt, s ním vždy ještě jednou zkontroluje operační polohu pacienta, samozřejmě se během operačního výkonu manipuluje s pacientem a to většinou na žádost operátéra, paní Petra menší změny provádí sama, ale na ty větší si vždy volá na pomoc sanitáře. S kontrolou operační polohy u pacienta spolu s lékařem má Petra velice dobré zkušenosti, nikdy neslyšela od všeobecných sester z oddělení, že by byl pacient operační polohou nějak poškozen, nebo že by si stěžoval na nepohodlí (uvážíme-li, že velká část operačních výkonů se dělá v epidurální, spinální či svodné anestézii).

Neutrální elektrodu k elektrokoagulaci na ortopedických operačních sálech přikládá na tělo pacienta sanitář za dohledu perioperační sestry, která také napíše záznam do perioperačního listu. Petra před každým operačním výkonem kontroluje nastavení přístroje a jednou ročně nebo při poruše přístroje přijíždí technik z dané firmy a přístroj opraví či kalibruje.

Po ukončení operačního výkonu perioperační sestra a sálový sanitář uloží pacienta do univerzální polohy a fixují ho bezpečnostním popruhem podél pasu. Po probuzení z celkové anestézie a za souhlasu anesteziologického lékaře a za asistence perioperační a anesteziologické sestry je pacient odvezen sálovým sanitářem do filtru, kde je pomocí rolovací desky opatrně přendán do čistého a předem upraveného lůžka. Dokumentaci i perioperační záznam s popisem o zdravotním stavu pacienta předává perioperační a anesteziologická sestra všeobecné sestře z oddělení.

Na otázku, kdo zodpovídá za operační polohu pacienta, mi paní Petra odpověděla zcela bravurně, pomalu citovala vyhlášku č. 55/2011 § 56 o perioperační sestře, která

„bez odborného dohledu na základě indikace lékaře zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace“. A ještě dodává: „To platí pouze pro perioperační sestry se specializací instrumentování na operačním sále s dokončeným studiem a ne pro všeobecné sestry pracující na operačním sále“.

Vzhledem k tomu, že paní Petra pracuje na ortopedických operačních sálech od prvopočátku, snaží se vylepšovat a zdokonalovat operační polohy u svých pacientů. Také se snaží podělit se o vědomosti, a proto se svojí staniční sestrou vytváří operační standardy, kde dbají i na komfort pacienta.

3. perioperační sestra na traumatologickém operačním sále

Paní Anna pracuje na traumatologických operačních sálech od roku 1991. Po ukončení postgraduálního studia ve specializaci instrumentování na operačním sále začala na traumatologických operačních sálech pracovat jako staniční sestra a pracuje v této pozici dodnes. Celý den s ní trávím na operačním sále, ale bohužel vytíženost a psychické vypětí nám nedovolí najít si čas na rozhovor pro moji práci. Proto paní Annu odvážím domů a v příjemném prostředí rozebíráme danou problematiku celý den. Na paní Anně je znát značná únava a to jak fyzická tak psychická.

Velice si stěžuje na poruchovost operačních stolů a jejich příslušenství, i když tyto stoly nejsou zas tak staré, ale je znát jejich nadměrné vytížení. Mají nosnost pouze 130kg s příslušenstvím a to i s pacientem, ale velice často se stává, že pacienti váží více a tak se snaží operační stůl všemi možnými způsoby vypodložit. S obavami čeká na den, kdy pod vahou pacienta operační stůl nevydrží. Servisního technika kontaktuje téměř každý měsíc na drobné či závažnější opravy, dle svých možností se sama snaží o údržbu. Sálové uklízečky myjí a dezinfikují operační stoly po každém výkonu, sálový sanitář dává vždy suché a čisté prostěradlo, perioperační sestra před operačním programem zkontroluje funkčnost operačního stolu.

Perioperační sestra pracující na traumatologických operačních sálech musí znát na jakou operaci jaký operační stůl použije a jaké příslušenství si na daný operační

výkon připraví. Vzhledem k variabilitě operačních poloh na daný operační výkon nejsou operační polohy pacientů standardizované a záleží vždy na preferencích operátora a zdravotním stavu pacienta. Paní Anna, vzhledem ke své pozici, je v dnešní době hlavně mentorka a neustále seznamuje své spolupracovníky s novinkami. Nové pracovníky na traumatologických operačních sálech, a to z řad perioperačních sester tak i z řad sálových sanitářů, seznamuje se zajetými polohami pacientů na daný operační výkon. Snaží se dle svých možností složitější operační polohy fotograficky dokumentovat, protože ve službě tam s nimi nebude. Při náročnějších operačních polohách je vždy nablízku a snaží se perioperační sestře a sanitáři být nápomocna a samozřejmě jim poradit.

Paní Anna klade při vytváření operační polohy velký důraz na komfort pacienta. Neustále kontroluje stabilitu operační polohy, fixuje pacienta bezpečnostním popruhem, řádné vypodložení všech zarážek, při delším operačním výkonu se snaží mírně měnit pacientovu operační polohu tak, aby nevyrušila operátora při práci a přitom aby nedošlo k proleženinám u pacienta. V případě delšího plánovaného operačního výkonu jako jsou replantační či rekonstrukční operační výkony, ukládá pacienta na speciální antidekubitální podložku, neboť se jedná až o pěti a více hodinové operace. U mnohačetných poranění pacienta se provádí více operačních výkonů za sebou, to přináší i novou operační polohu, ta bývá leckdy složitější než ta prvotní, často se musí vyměnit i celé prostěradlo pod pacientem a to je každá ruka dobrá. Podle slov paní Anny musí být pacient velice dobře přikartován během celého operačního výkonu, operátor si velice často přeje naklánět operační stůl tak, aby lépe viděl do operační rány. Při jakékoliv komplikaci operační polohy či poškození pacienta vždy píše stanovisko do perioperačního záznamu pacienta. Jako staniční sestra zodpovídá za práci ostatního sálového personálu, proto se paní Anna neustále vzdělává a nové informace o utváření a zlepšování operačních poloh pacienta předává jak sestřím pracujících na operačním sále tak i sálovým sanitářům.

Na otázku jakou operační polohu považuje za nejobtížnější mi odpovídá otázkou: „A jaká je pro vás?“ Pro mě všechny, vždyť jen pobyt pacienta na operačním sále je velice

rizikový, člověk nikdy neví, jak se pacient na operačním stole zachová.

Ukládat neutrální elektrody elektrokoagulace na tělo pacienta se snaží paní Anna až po uvedení pacienta do anestézie, to také vyžaduje od svého personálu. Záznam o uložení neutrální elektrody na tělo pacienta do perioperačního listu je zcela nezbytný, také číslo elektrokoagulačního přístroje. Jako staniční sestra je povinna podle vyhlášky postarat se o bezpečné a vhodné použití veškerého technického vybavení, předepsané uživatelskou a provozní dokumentací podle zákona č. 123/2000 Sb. a vyhlášky č. 11/2005 Sb.

Je-li to možné, snaží se s pacientem komunikovat, ale vzhledem k tomu, že její pracovní povinnosti k zajištění chodu operačních sálů jí nedovolí setrvat celý operační program na jednom operačním sále, komunikuje s pacienty minimálně. Komunikuje s personálem na traumatologických operačních sálech a to jak s lékaři, tak se sestrami, sanitáři a i s dalším pomocným personálem. Paní Anna si na komunikaci sálového personálu poslední dobou velice stěžuje a to hlavně mezi perioperačními sestrami. Kolikrát musí listovat i v zákoníku práce, aby srovnala spory mezi sestrami. Podle jejích slov za to může velké fyzické a psychické vyčerpání sálových sester a nedodržování pracovního režimu operačních sálů.

Jako staniční sestru operačních sálů jí velice mrzí, že všeobecné sestry pracující na operačním sále nemají zájem o další postgraduální vzdělávání v oboru instrumentování na operačním sále, což se v dnešní době provádí formou rezidenčních míst. Podle slov paní Anny má největší počet všeobecných sester pracujících na operačním sále v celé nemocnici a toto prvenství se jí vůbec nelíbí.

4. perioperační sestra na neurochirurgickém operačním sále

Neurochirurgické operační sály mají své kmenové perioperační sestry po dobu 12 let. Pro svůj rozhovor se setkávám s paní Ludmilou, která zde pracuje od prvopočátku.

Neurochirurgické operační stoly jsou velice flexní a mají velké množství příslušenství, ale bohužel ne vždy vyhovují požadavkům operátora. Proto si nějaké příslušenství na operační stůl nechávají dělat na míru. Paní Ludmilu jen velice mrzí, že

k danému příslušenství není návod k použití a kolikrát se s danou pomůckou učí na principu pokus a omyl.

Při operačním programu mají na sále stále jednoho sanitáře, který umí výborně uložit pacienta do dané operační polohy. Problém nastává při službách, kdy je na sále sanitář, který na neurochirurgické sály tak často nechodí, a pak neví, jak má perioperační sestře pomoci. Proto perioperační sestry pracující na neurochirurgických sálech musí umět ovládat bravurně všechny operační polohy. Tyto operační polohy jsou velice složité a kolikrát pro zdravotní stav pacienta nevyhnutelné. Proto podle slov paní Ludmily nikdy nezačínají s operační polohou u pacienta bez přítomnosti operátora.

Na neurochirurgických operačních sálech se vykonávají u pacienta někdy až dvanáctihodinové výkony, což je velice náročné pro operátora, perioperační sestry i samotného pacienta. Proto při plánovaném delším výkonu trvajícím déle než tři hodiny ukládá ve vstupním filtru perioperační sestra pacienta na antidekubitální podložku a sálový sanitář pod dohledem paní Ludmily fixuje pacienta bezpečnostním popruhem. Někdy se stane, že zdravotní stav pacienta je velmi vážný, proto pacient přijíždí v doprovodu lékaře a sestry specialistky pro ARO či JIP. Ve vstupním filtru si jej přebírá anesteziologický lékař, anesteziologická a perioperační sestra a překládá pacienta jim pomáhá sálový sanitář. Poté převáží pacienta na operační sál s potřebnou dokumentací.

Na operační poloze pacienta se podílí celý operační tým, každý z členů týmu se snaží o nejlepší komfort pacienta. Perioperační sestra se hlavně snaží o vypodložení všech predilekčních míst, vypodložení všech zarážek, které se dotýkají těla pacienta, kontroluje přehyby na těle pacienta a také se v rámci možností snaží vypodložit nebo odstranit tlak (např. u žen prsa, u mužů varlata). Při opravdu dlouhých výkonech se snaží paní Ludmila o změnu či jen drobné poposunutí zarážek tak, aby nedocházelo k dlouhodobému útlaku na těle pacienta, samozřejmě se souhlasem operátora, nebo si sám operátor vyžádá změnu polohy. Při delším operačním výkonu dochází podle slov paní Ludmily ke ztrátě tělesné teploty u pacienta, proto spolu s anesteziologickou sestrou přikryjí tělo pacienta speciální izotermickou fólií nebo teplovzdušnou podložkou.

Na začátku při každé operaci mozku se paní Ludmila ptá operátéra, jaký druh koagulace bude používat. Jestli bipolár či monopolár, při monopoláru ukládá neutrální elektrodu na tělo pacienta, při bipoláru není potřeba neutrální elektrody. Poté napíše do perioperačního záznamu o jaký druh koagulace se jedná i číslo přístroje použitého pro pacienta. Po ukončení operace paní Ludmila spolu s celým operačním týmem ukládá pacienta do univerzální operační polohy a perioperační sestra zkontroluje stav kůže pacienta a při komplikacích napíše záznam do perioperačního záznamu.

Po fixaci pacienta po operačním výkonu začíná anesteziologický lékař s probouzením pacienta po celkové anestézii, nebo dle zdravotního stavu pacienta nechává anesteziolog pacienta v celkové anestézii a odváží jej na anestézió-resuscitační oddělení. Paní Ludmila a celý operační tým pomáhá pacientovi do lůžka, přitom perioperační sestra sděluje nezbytné informace o stavu pacienta přebírající sestře.

Paní Ludmila velice ráda a hodně komunikuje s pacienty. Ráda by na neurochirurgickém oddělení připravovala pacienty den před operací na daný operační výkon z pohledu perioperační sestry jako je tomu v jiných nemocnicích. Vysvětlila by jim nezbytný diskomfort na pacientově těle po operačním výkonu. Samozřejmě ví o tom, že pacienti mají útlaky, bolesti, mravenčení či svědění na končetinách či těle samotném, protože i když se sebevíc snaží, nemůže všem útlakům zabránit, zvláště při extrémně dlouhých výkonech.

5. perioperační sestra na kardiologickém sále

Kardiologické operační sály jsou v naší nemocnici od roku 2000. Perioperační sestra Marie nastupuje tři měsíce po uvedení do provozu s nutnou specializací. Spolu se staniční sestrou jsou zde od prvopočátku a pracují tu stále a doufají, že ještě nějaký rok pracovat budou.

Marie si velice chválí práci na kardiologických operačních sálech, je to velice psychicky náročná práce, ale s lepším pracovním kolektivem ještě nepracovala. Co se týká operačních poloh u pacienta, je také velice spokojená, mají pouze dvě operační polohy, které používají a to polohu na zádech a na boku pacienta. Operační

polohy na zádech si perioperační sestry dělají zcela samy a také za ně zodpovídají, u polohy na boku sestrám pomáhá celý operační tým včetně lékařů. Operační poloha na boku pacienta je velice náročná a to jak otáčení pacienta na bok, tak i její zabezpečení za pomoci zarážek a vypodložení hrudníku za pomoci molitanů, za kterou také zodpovídá perioperační sestra. Veškeré zarážky, které se dotýkají těla pacienta, vypodkládají buničinou nebo textilií. Po uložení pacienta ho vždy sanitář zajišťuje bezpečnostní popruhem. Podle slov paní Marie během operačního výkonu nedochází ke změnám operační polohy, maximálně ke změnám výšky operačního stolu. Neutrální elektrodu od elektrokoagulace ukládá sálový sanitář pod hýždě pacienta a paní Marie zapíše do perioperačního záznamu uložení neutrální elektrody i číslo přístroje.

Perioperační sestry na kardiochirurgických operačních sálech se seznamují s pacientem na předsálí, kam ho fixovaného bezpečnostním popruhem přiveze sálový sanitář s anesteziologickou sestrou. Anesteziologický lékař spolu s perioperační sestrou zakanyluje pacienta a poté jej převáží na operační sál. Paní Marie se zatím seznamuje s pacientem a provádí důležité záznamy do perioperačního listu. Podle jejích slov jsou pacienti klidní a zcela psychicky připraveni na operační výkon, mnoho pacientů již vidělo operaci srdce na videozáznamu a ví, co je čeká. Jen mají velký strach z bolesti, která po tak velkém zákroku následuje.

Paní Marie se po dobu své praxe na kardiochirurgických sálech setkala jen s jednou mimořádnou situací, která poškodila pacienta a to v prvopočátku používání jednorázového rouškování, kdy při jejím strhávání došlo k natržení kůže u starší pacientky, která měla velice jemnou papírovou kůži. Poranění paní Marie ošetřila a zapsala záznam do perioperačního listu.

Podle slov paní Marie mají velkou výhodu s technickým vybudováním operačních sálů, protože rovnou sousedí s resuscitačním oddělením, a tak pacienta z celkové anestézie probouzí mimo operační sály.

6. perioperační sestra na gynekologickém operačním sále

S paní Jitkou se po telefonické domluvě setkávám na gynekologické ambulanci. Po krátkém seznámení mě odvádí na gynekologické operační sály. Paní Jitka pracuje na gynekologickém oddělení přes třicet let, z toho na operačních sálech pracuje dvacet jedna let a osmnáct let jako perioperační sestra.

Při gynekologických operačních výkonech nejčastěji používají dvě operační polohy, a to univerzální operační polohu na zádech pacientky a gynekologickou operační polohu. Podle slov paní Jitky se snaží zachovat intimitu pacientky na co nejvyšší úrovni, proto si veškeré operační polohy dělají u pacientek samy perioperační sestry.

Gynekologické operační polohy pro vaginální operace se u pacientek nejčastěji provádí jako malý operační výkon, kdy pacientka přijíždí na operační sál bez premedikace, a v co možné nejkratší anestézii provádí perioperační sestra polohu pacientky před anestézií. Paní Jitka se nejdříve seznámí s pacientkou a co se jí velice ocenuji (nikde jinde na operačním sále jsem se s tím nesetkala), tak se jí dokonce představí a ukládá ji na předsálí na lůžko, kde před každou gynekologickou operací perioperační sestra pacientku vycévkuje jednorázovou cévkou nebo zavádí permanentní katétr. Mimo porodnických operací, to je již pacientka zacévkovaná z porodnické ambulance. Paní Jitce nevyhovuje stavební uspořádání operačního sálu, cévkování pacientek se provádí na předsálí, kde je vstup do umývárny a na operační sál, je zde velice těžké zachovat intimitu pacientky, proto se po celou dobu cévkování snaží s pacientkou komunikovat, aby nevnímala okolní hluk. Poté pacientku ukládá na operační stůl, přehodí přes ni čisté a suché prostěradlo, poté ji opatrně sundává anděla tak, aby po celou dobu zachovala intimitu pacientky. Také se snaží, aby na operačním sále byl pouze operační tým. Poté pacientku vyzývá, aby se poposunula níže na samý okraj operačního stolu, dolní končetiny ukládá pacientce do podpěr, a poté je fixuje popruhy. Poté se pacientky vyptává na její pohodlí a operační polohu se snaží pacientce co nejvíce zlepšit tak, aby nikde necítila útlak či nepohodlí. Po celou dobu vytváření operační polohy dbá na stud pacienty a snaží se o nepřítomnost mužů na operačním sále.

Po uložení pacientky do operační polohy anesteziologický lékař uvádí pacientku do anestézie, ale pouze při těchto malých gynekologických výkonech.

Při klasických operačních výkonech v malé pánvi přijíždí na operační sál pacientky zpremedikovány, perioperační setra zacévkuje pacientky na předsálí na operačním stole a poté je sanitář fixuje bezpečnostním popruhem a převáží je na operační sál. Operační poloha se již vytváří v anestézii pacientky. Operační polohy na gynekologických operačních sálech jsou pouze na zádech pacientky, a to buď s dolními končetinami u sebe, nebo s abdukovanými dolními končetinami, kde paní Jitka klade velký důraz na uložení dolních končetin do podpěr, tak aby nedocházelo u pacientek k útlakům. Poté mi paní Jitka ukazuje příslušenství operačního stolu. Podpěry a zarážky, která se používají, jsou opravdu velice měkké a příjemné na dotyk, u každé pacientky je ještě vykládají mulem či textilií pro zachování čistoty a pohodlí pacientky. Po dokončení polohy pacientku sanitář fixuje bezpečnostním pásem, protože operatér si často během operačního výkonu vyžádá naklonění celého operačního stolu do Trendelenburgovy polohy.

Dále jsem se paní Jitky ptala, zda ví, že si pacientky stěžují na velký tlak na ramenu po operačním výkonu v malé pánvi (všeobecné sestry z oddělení nedokážou na tento dotaz odpovědět). Paní Jitka si uvědomuje, že při operačních výkonech v malé pánvi si operatér vyžádá zaklonit pacientku do Trendelenburgovy polohy, ta způsobí přesunutí středních klíčků do horní poloviny břicha a uvolní tak pánevní dutinu. Proto je pacientka fixována zarážky na ramenech, aby nepřepadla z operačního stolu. Paní Jitka mi ještě jednou ukazuje ony zarážky a jsou opravdu velice měkké a dostatečně široké, ale podle slov paní Jitky si operatér kolikrát vyžádá nepřiměřený záklon tak, že i anesteziologický lékař vznáší protest. Navrhla jsem jí zapsat záznam do perioperačního listu o nepřiměřeném záklonu pacientky, ale prý nebude podrážet operační tým.

Neutrální elektrodu od elektrokoagulace paní Jitka nejraději ukládá pacientkám pod levé stehno, aby měla jistotu, že sem nezateče dezinfekce. Také provádí zápis do perioperačního listu o uložení elektrody a zapisuje číslo používaného přístroje.

Po ukončení operačního výkonu jsou pacientky ukládány do univerzální operační polohy, fixovány bezpečnostním popruhem a poté jej anesteziologický lékař probouzí z anestézie. Po úplném probuzení je anesteziologická sestra a sálový sanitář odváží do filtru, kde pacientky přebírá s veškerou dokumentací všeobecná sestra z oddělení a odváží pacientky na dospávací pokoj či na jednotku intenzivní péče.

7. perioperační sestrou na urologickém operačním sálech

S paní Romanou se setkávám na urologických operačních sálech, pracuje zde 23 let jako perioperační sestra, je tu velice spokojena a svou profesi by v žádném případě neměnila. Operační polohy pacientů zde mají standartizovány, ke každému operačnímu výkonu mají stálou a neměnnou polohu pro pacienta. Některé polohy, podle slov paní Romany, dělá perioperační sestra sama s pomocí sálového sanitáře, ale některé jsou tak složité, že paní Romana žádá o pomoc anesteziologickou sestru, lékaře, operátora a sálového sanitáře.

Pacienta si od všeobecné sestry z oddělení přebírá anesteziologická sestra spolu se sálovým sanitářem. Ve vstupním filtru jej opatrně přeloží na sálový vozík či odnímatelnou desku operačního stolu a sálový sanitář pacienta okamžitě fixuje bezpečnostním popruhem. Paní Romana se s pacientem setkává na operačním sále, ví, že je pacient zpremedikován, proto se jej vyzptává pouze na základní informace nutné pro daný operační výkon. Po uvedení pacienta do anestézie ukládá paní Romana za pomoci sanitáře pacienta do operační polohy na daný operační výkon. Jako nejsložitější operační polohu uvádí polohu na boku pacienta, po uložení na neoperovaný bok, musí zajistit pacienta zarážkami proti pádu či skluzu. Poté je třeba zarážky vypodložit mulem či textilií tak, aby nedošlo k poškození pacienta, také vypodložit u pacienta všechny predilekční místa a poté jej s operačním stolem zalomit tak, aby bederní krajina byla vyvýšena. Po uložení pacienta do operační polohy jej sálový sanitář okamžitě fixuje bezpečnostním popruhem. Velice často během operačního výkonu mění polohu a to buď manipulací s operačním stolem nebo celým tělem pacienta.

Paní Romana si velice chválí sálové sanitáře, může se na ně zcela spolehnout, ale ví, že za operační polohu odpovídá ona, proto si jejich práci ráda zkontroluje, ale musí nenápadně, aby neurazila jejich mužskou hrdost.

Neutrální elektrodu od elektrokoagulace umisťuje sanitář na prázdný operační stůl a poté na něj překládá pacienta ze sálového vozíku, zde je zvykem umisťovat neutrální elektrodu pod levé rameno. Perioperační sestra provede záznam do perioperačního listu o uložení pacienta, o uložení neutrální elektrody a evidenční číslo používaného přístroje.

Paní Romana si během své praxe nepamatuje na situaci, kdy došlo k poškození pacienta na operačním sále, proto žádný záznam nikdy psát nemusela.

Na urologických operačních sálech se pacienti při laparoskopických operačních výkonech v malé pánvi na přání operátora zaklání do Trendelenburgovy polohy. Paní Romana si stěžuje, že zákłony jsou někdy na pokraji sjetí pacienta, a anesteziologický lékař má jeho hlavu téměř v klíně. Ale ani paní Romana nikdy nezapsala záznam do perioperačního listu o nepřiměřeném zákłonu pacienta.

Paní Romana si velice chválí označení operační strany pacienta, jelikož je ledvina párový orgán, díky správnému označení podle jejích slov nikdy nedošlo k záměně. Na označení používají sestry na oddělení nesmyvatelný fix na textilie a operovanou stranu značí viditelným křížkem.

8. perioperační sestrou na očních operačních sálech

S paní Janou se setkávám v parku na procházce se psem, je to její odpočinek po práci. Paní Jana má jít za rok do důchodu, i když ji práce na očních operačních sálech poslední dva roky velice zmáhá, neví, co bude dělat doma. Paní Jana pracuje celý svůj život na očním oddělení, nejdříve jako sestra u lůžka, pak sestra na ambulanci a posledních čtyřicet let jako perioperační sestra na operačních sálech. Specializaci pro instrumentování na operačních sálech má ze sedmdesátých let minulého století. Paní Janu velice mrzí, že se snižovaly stavy perioperačních sester na očních operačních sálech, jsou tam pouze tři perioperační sestry se specializací a v operační dny, kdy

pracují na dvou sálech, jim chodí vypomáhat sestry z lůžkového oddělení. Nemůže si na jejich práci vůbec stěžovat, ale pomalu každý den vysvětlovat pro ně něco nového, ji už velice ubíjí, a nehledě na to, jsou to všeobecné sestry bez specializace a nevztahuje se na ně §54 a §56 z vyhlášky 55 a nemají za nic zodpovědnost, a tak za vše zodpovídá ona.

Operační stůl mají plně zabudován v podlaze, moc příslušenství k němu nemají, protože pacienti zde leží pouze na zádech. Mají zde pouze problém s obézními pacienty, protože nosnost operačního stolu je pouze 120kg, a také je velice úzký, to si pak pacienti stěžují na nepohodlí. Podle slov paní Jany si pacienti při delším operačním výkonu v místní anestezii stěžují na bolesti zad, i když je pokládají na antidekubitální podložku, proto po domluvě s operátorem je nechají najít si lepší místo k dokončení operačního výkonu.

Pacienty ve vstupním filtru od sestry z oddělení přebírá anesteziologická sestra spolu se sálovým sanitářem pouze když je pacient operován v celkové anestezii, ale na očních operačních sálech se převážně operuje v místní anestezii a pacienta přebírá od sestry z oddělení pouze sálový sanitář a paní Jana se s pacientem poprvé setkává na operačním sále. Počká, až jej sanitář uloží na operační stůl a poté se seznámí s pacientem, po celou dobu operačního výkonu s pacientem komunikuje a dopředu mu sděluje, co se s ním bude dít. Paní Jany se ptám, proč pacienta nepřebírají od sestry z oddělení spolu se sálovým sanitářem také perioperační sestry. Paní Jana se pozastaví a říká, že ví, že za pacienta na operačním sále má zodpovědnost a má si jej od sestry z oddělení při místní anestezii přebírat sama, ale neví, jak by to potom stíhala. Perioperačních sester je málo, není k dispozici centrální sterilizace a všechny operační nástroje si musí na operační výkon samy připravovat a sterilizovat. Ani po operačním výkonu pacienta neodvádí a nepředávají ho sestře z oddělení, to vše u nich dělá sálový sanitář. Paní Jana mě ale ujišťuje, že na jejich sálového sanitáře je spolehnoutí, dokonce všem pacientům dává na hlavu jednorázovou pokrývku hlavy. Ptám se paní Jany, co se děje, když má jejich sálový sanitář dovolenou, nebo je nemocen. Paní Jana mi odvětví, že mají v záloze ještě jednoho šikovného sanitáře.

Na očním operačním sále k zatavení krvácení používají bipolární koagulaci, kdy není potřeba dávat pacientovi neutrální elektrodu. Monopolár ovšem také mají k dispozici a také jej někdy používají, to neutrální elektrodu dávají pacientovi pod záda. Paní Jana také vyplňuje perioperační záznam, mimo jiné zde zapisuje polohu pacienta, která je zde vždy na zádech, dále vypisuje používanou elektrokoagulaci včetně uložení neutrální elektrody.

Paní Jany se ptám, jestli během své dlouhé praxe zažila nějakou mimořádnou situaci u pacienta a jestli vše zapsala. Paní Jana se usmívá a říká, že samozřejmě po dobu své praxe zažila spoustu mimořádných situací a nejenom u pacienta, ale nikdy nic nehlásila, ani nezapisovala, ale vše si vyřešili ve svém pracovním kolektivu.

4.2 Polostrukturovaný rozhovor s pacienty po operačním výkonu

Rozhovor s 1. pacientem po apendektomii

Pacientka ve věku 30 let, po apendiektomii, čtvrtý den po operaci, je zcela orientována časem a místem. Byla operována v pozdních nočních hodinách, po návratu ze sálu cítila tupou nepřestávající bolest v podbříšku, po aplikaci analgetik i.m., začala zvracet a bylo ji velice špatně od žaludku. Jinou bolest spojenou s operační polohou nepociťovala. Jelikož její operační výkon byl akutní, nebylo na žádnou velkou předoperační přípravu moc času. Pacientka sama udává, že měla velké bolesti a chtěla pouze, aby tak strašnou bolest již nepociťovala, proto nějakou přípravu vůbec nevnímala. Ale jak nad tím přemýšlí, určitě by chtěla znát vše, co se s ní dělo, tak možná příště.

Rozhovor s 2. pacientem po laparoskopické cholecystektomii

Pacientce je 38 let, po laparoskopické cholecystektomii je třetí den, je zcela orientována časem a místem. Pacientka byla řádně připravena před operačním výkonem, dokonce na internetu viděla celý operační výkon a předem věděla, co ji čeká. Ale čím více se blížil datum operačního výkonu, byla nervóznější.

Po operačním výkonu necítila ani tak bolest jizvy, jako nesnesitelný tlak na bránici, což je po laparoskopických operacích dutiny břišní zcela normální a fyziologický jev. Pacientka si také stěžovala na bolest levé paže a ramena, ale nechápavě se na mě dívala, z čeho to může mít. Ptala se na to i sestřiček na oddělení, ale ty ji nedokázaly odpovědět. Snažila se také najít odpověď přes internet, ale tam o bolestivosti paže a ramene po cholecystektomii nenašla žádnou zmínku. Odvětila jsem ji, proč se nezeptá lékaře, ale to ji přijde hloupé. Po popisované bolesti paže a ramene levé horní končetiny jsem pacientce vysvětlila, že ona bolest pochází od uložené manžety pro měření krevního tlaku, kterou měla po celou dobu operace upevněnou na končetině. Zřejmě ji anesteziologická sestra utáhla více, než měla.

Podle slov pacientky jsem pochopila, že byla na operační výkon zcela připravena, ale stejně by uvítala možnost před operačním výkonem probrat, co se s ní bude na operačním sále dít. Velice by pacientce vyhovovala možnost vidět na operačním sále tvář, s kterou den předtím probírala dění na operačním sále.

Rozhovor s 3. pacientem po artroplastice coxae totalis

Po příchodu na ortopedické oddělení jsem se obrátila na staniční sestru s prosbou, zda bych si nemohla promluvit s pacientem po operačním výkonu, se kterým bych mohla udělat rozhovor do mé bakalářské práce. Staniční sestra mě posílá za 72 letým pacientem třetí den po operaci, je plně orientovaný časem a místem. Pacient je velice vstřícný a milý, okamžitě se rozpovídal o průběhu celého operačního výkonu. Velice kladně hovoří o přístupu celého operačního týmu a to jak od samotného příjezdu na operační sál, tak jeho opouštění. Byl velice spokojen s epidurální anestézií a být tak účastníkem celého operačního výkonu. Jednu chvíli pociťoval nepříjemné brnění v levé horní končetině, ale stačila jen zmínka a končetina mu byla přemístěna do příjemné polohy. Hned po operačním výkonu nepociťoval žádnou bolest, až posléze po ústupu epidurální anestezie. Pacient byl na plánovaném, velice náročném operačním výkonu, na operaci se v jistém smyslu i těšil proto, že mu přestanou nesnesitelné bolesti v kyčli. Před operačním výkonem byl na anesteziologické ambulanci, kde mu lékařka vysvětlila

všechny „neduhy“ a hlavně přínosy epidurální anestezie, jeho ortopedický lékař mu vysvětlil velice pěkně a srozumitelně průběh celého operačního výkonu i operační polohu, ve které bude po celý výkon uložen. Pacient nechce nic přechválit, ale zatím je s péčí velice spokojen.

Rozhovor s 4. pacientem po tříštivé zlomenině distální části femuru

Setkávám se s pacientem na traumatologickém oddělení čtvrtý den po operaci, je zcela orientován časem a místem. Pacienta ve věku 30 let přivezla rychlá záchranná služba z lyžařského svahu. Pacient se podle svých slov na svahu vyhýbal malému dítěti, ale sám se neudržel na svahu a vjel do lesa, kde se zaklínil o pařez. Pacient byl okamžitě hospitalizován a zanedlouho byl odvážen na operační sál.

Operační výkon trval necelých pět hodin. Pacient si velice stěžuje na bolest operované dolní končetiny, dále na bolest druhého neoperovaného kolena a paty, a také si stěžuje na necitlivost levé paže. Na dotaz, zda měl již někdy takové obtíže mi odpověděl, že až po operačním výkonu, ani po úraze nepocíťoval jinou bolest, než oné dolní končetiny. Pacient měl tak velké potíže levé horní končetiny, že jej konziliárně navštívil neurolog, který potvrdil mou domněnku, že ona necitlivost je způsobena tlakem při operačním výkonu způsobený manžetou na měření krevního tlaku. Po propuštění z nemocnice si neurologický lékař pozval pacienta na další kontrolu do neurologické ambulance. Bolest neoperovaného kolena stále trvá a pacient má problémy s jeho ohnutím, tak mu její rehabilitační sestra dvakrát denně procvičuje. Pacienta velice mrzí, že nemůže ani na berle, protože neoperovanému kolenu vůbec nevěří a má strach o jeho stabilitu, i když RTG snímek je zcela v pořádku a i podle slov ošetřujícího lékaře je koleno zdravé. Bolestivost paty je již na ústupu, po operačním výkonu cítil velký tlak na patní kost.

Pacient se velice těší do domácí léčby a doufá, že její sestra, která pracuje jako rehabilitační sestra, dá brzy dohromady. Na jednu stranu pacienta velice zajímá, co se s ním dělo na operačním sále, ale na druhou stranu by ani dopředu vědět nechtěl, co se s ním bude dít.

Rozhovor se 5. pacientem po stabilizaci hrudní páteře, operační přístup torakotomie

S pacientkou ve věku 54 let se setkávám na neurochirurgickém oddělení druhý den po operaci, zrovna je přeložena z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení, je plně orientovaná časem a místem. Pacientka je po náročném čtyřhodinovém operačním výkonu, je zcela upoutána na lůžko, s jedním hrudním drénem a s dvěma drény Redonovými. Pacientka si stěžuje na bolestivost operační rány i na bolest horních končetin, dále na nepříjemné svědění a zčervenání kůže nad prsy a levém boku a na nepříjemný tlak na pravém kotníku. Ještě je nutné uvést, že pacientka je malé zavalité postavy. Pacientka mi ukazuje ony zarudlé a svědicí pruhy na kůži v oblasti nad prsy a levém boku, také si všímám zapaření mezi prsy. Ony zarudlé pruhy jsou od fixace těla náplastí, přitom pacientka neudává žádné alergie. Zapárka mezi prsy je důkaz, že perioperační sestra při vypodkládání predilekčních míst také opomněla vypodložit pacientce ňadra. Bolestivost horních končetin je způsobena dlouhou nepřiměřenou fixací. Pacientka byla před operačním výkonem seznámena i s pooperačními komplikacemi, ale o tom, že ji bude bolet kotník, horní končetiny a bude mít zarudlé a svědicí pruhy na těle, tam nebyla ani zmínka.

Na vyžádání mi sestra z oddělení ukázala perioperační záznam pacientky z tohoto operačního výkonu, nikde nebyla zmínka, že došlo k alergické reakci po sejmutí fixačních náplastí, ani o tom, že je pacientka zapařená mezi prsy.

Rozhovor s 6. pacientem po operaci na srdci

Pacient ve věku 68 let, je pátý den po operaci srdce na intramedialní jednotce, je plně orientován místem a časem. Pacient byl po operačním výkonu odvezen na resuscitační stanici, která je umístěna hned vedle operačních sálů a zde byl probuzen z celkové anestézie a následně hospitalizován dva dny. Podle slov pacienta se zde cítil jako ve snu a byl pod stálou sedací, nepocíťoval žádnou velkou bolestivost, jen dýchání mu ze začátku dělalo problémy. Nyní si pacient stěžuje na snesitelnou bolest operační rány, jinak je zcela bez bolesti.

Pacient byl na plánovaném operačním výkonu a s celou operací byl seznámen, i s přibližnou délkou operačního výkonu, která je při operaci srdce tři až pět hodin.

Rozhovor se 7. pacientem po laparoskopické operaci na adnexech

S pacientkou ve věku 32 let se setkávám na gynekologickém oddělení druhý den po operačním výkonu, je plně orientovaná časem i místem. Patientka se cítí velice špatně, je celá rozlámaná a nafouklá, operační jizvy ji tolik nebolí, ale pocítuje nesnesitelný tlak na bránici a ramena. Také nechápe, z čeho ji tak velmi bolí ramena a paže na levé straně. Ptala se i sestřiček na oddělení, ale ty ji pouze vysvětlily nepříjemný pocit nafouknutí a tlak na bránici. I když s touto nepříjemností byla seznámena již před operačním výkonem, nečekala, že to bude tak hrozné. Ale při podepisování operačního souhlasu, tam není nic psáno o bolesti ramenou a levé paže.

Při laparoskopickém operačním výkonu byla pacientka uložena do polohy na zádech a zanáškami ukotvená na ramenou, aby perioperační sestra na přání operátora pacientku naklonila s operačním stolem do Trendelenburgovy polohy. Po celý operační výkon měla pacientka levou horní končetinu upaženou a uloženou na ni manžetu od měření krevního tlaku. Patientka popisuje bolest přímo v levém ramenním kloubu a pálení vnitřní strany paže. Což vysvětluje nefyziologické upažení levé horní končetiny během celého operačního výkonu.

Na dotaz, jestli by chtěla znát před operačním výkonem svou operační polohu, mi sdělila, že ano, také ji zajímal celý průběh operačního výkonu.

Rozhovor s 8. pacientem po operaci radikální prostatektomie

S pacientem ve věku 68 let se setkávám na urologickém oddělení pátý pooperační den, je plně orientován místem a časem. Pacient je velice nepříznivě naladěný, a tak chci odejít z pokoje a najít si pro rozhovor jiného pacienta, ale v poslední chvíli mě zarazí se slovy: „Dobře, já to zkusím, ale nebudete uvádět mé jméno.“ S tím samozřejmě souhlasím a vysvětluji mu, že v žádném případě jména pacientů do své práce neuvádím. Nakonec se pacient tak rozpovídal, že nebyl k zastavení.

Pacient byl na operačním sále necelých pět hodin, celý operační výkon byl prováděn laparoskopicky, a proto se operace protáhla. Popisuje mi, jaké hrozné bolesti měl po operačním výkonu, nejen že ho bolely operační rány, ale i levá paže, ramena a záda. Ptal se lékaře, z čeho má tak hrozné a nevysvětlitelné bolesti. Operatér mu vysvětlil všechny nepříjemnosti operační polohy. Pacienta jen zarazí, proč tyto neduhy na operačních polohách nejsou za dobu několika operačních výkonů již vyřešeny. Na dotaz, jestli by chtěl znát předem, co daný operační výkon obnáší, odpověděl, že zčásti věděl, co se s ním bude dít. Byl to plánovaný operační výkon a pacient si prošel nezbytnou literaturu, doma si pořádně přečetl veškeré komplikace operačního výkonu a anestezie, vše též probral se svým obvodním lékařem, ale nikde se nedočetl ani nedozvěděl o bolestivosti operační polohy. Ptala jsem se pacienta, zda by si před operačním výkonem popovídal s perioperační sestrou o operační poloze a o výkonu samotném. Pacient by uvítal každou informaci o operační poloze a výkonu, je mu jasné že všem neduhům operační polohy se nedá zabránit, ale aspoň by na ně byl připraven.

Rozhovor s 9. pacientem po operaci šedého zákalu na levém oku

Po příchodu na oční oddělení jsem se obrátila na staniční sestru s prosbou, zda bych si nemohla promluvit s pacientem po operaci, se kterým bych mohla udělat rozhovor do mé bakalářské práce. Staniční sestra mě posílá za 73 letou pacientkou po dnešním operačním výkonu na levém oku pro šedý zákal. Pacientka byla operovaná v místní anestézii a po dvou hodinách po operačním výkonu je propuštěna do domácího ošetření, a nyní čeká na syna, až ji vyzvedne.

Pacientka je plně orientovaná místem a časem. Je malé a drobné postavy, žádnou velkou bolest nepocítuje, jen je unavená. Na operačním sále byla spokojená, bolest v místě operačního výkonu nepocítovala žádnou a paní doktorka i sestřička byly velice příjemné a vše, co se s ní bude dít, jí předem popisovaly. „Jen ta postel mohla být pohodlnější,“ řekla pacientka. Ke konci operačního výkonu jí začaly bolet paty a křížová kost. Ptala jsem se pacientky, proč něco neřekla sestřičce. Sdělila, že nechtěla sestřičku zatěžovat svými problémy, protože je moc hubená a i doma, když sedí na židli,

tak si musí pod zadek dát polštář.

Na dotaz, jestli by pacientka chtěla předem vědět, co se s ní bude dít, mi odpověděla, že to věděla, před rokem ten samý výkon prodělala na pravém oku.

4.3 Tabulky

Tabulka 1 Kdo zodpovídá za operační polohu pacienta.

	sestra 1.	sestra 2.	sestra 3.	sestra 4.	sestra 5.	sestra 6.	sestra 7.	sestra 8.	počet odpovědí
perioperační sestra	X	X	X	X	X	X	X	X	8
sestra a lékař	X								1
sanitář									0

Za operační polohu pacienta podle vyhlášky 55/2011 § 56 zodpovídá perioperační sestra, (a ne sestra pracující na operačním sále) všech osm respondentek si je toho vědoma, jen první respondentka zodpovídá za pacienta mimo operační výkon, v průběhu operačního výkonu za něj zodpovídá lékař, tudíž i za operační polohu. Sanitář za operační polohu nezodpovídá.

Tabulka 2 Komunikace perioperačních sester s pacienty.

	1. sestra	2. sestra	3. sestra	4. sestra	5. sestra	6. sestra	7. sestra	8. sestra	počet odpovědí
ve vstupním filtru									0
na předsálí		X			X	X			3
na operačním sále	X		X	X			X	X	5
před uvedením do anestezie	X	X	X	X	X	X	X	X	8
během operačního výkonu		X						X	2

Všechny perioperační sestry komunikují s pacientem před jeho uvedením do anestezie, z toho tři na předsálí, pět na operačním sále, žádná ve vstupním filtru pro pacienty. Dvě respondentky velice často komunikují s pacientem během operačního výkonu (samozřejmě záleží na druhu anestezie).

Tabulka 3 Ukládání pacienta do operační polohy.

	1. sestra	2. sestra	3. sestra	4. sestra	5. sestra	6. sestra	7. sestra	8. sestra	počet odpovědí
sestra					X	X		X	3
sanitář	X						X		2
sestra a sanitář	X	X	X		X	X	X	X	7
sestra, sanitář a lékař		X	X	X			X		4

V rozhovoru na otázku, kdo ukládá pacienta do operační polohy mi perioperační sestry odpověděly: ve třech případech sama sestra, ve dvou sám sanitář, v sedmi případech sestra za pomoci sanitáře a třikrát sestra za pomoci lékaře a sanitáře. Jak vyplývá z tabulky, na každých operačních sálech existuje více variant, kdo ukládá pacienta do operační polohy, mimo neurochirurgie, kde je vždy přítomna sestra, lékař a sanitář.

Tabulka 4 Provádí změnu operační polohy během operačního výkonu.

	1. sestra	2. sestra	3. sestra	4. sestra	5. sestra	6. sestra	7. sestra	8. sestra	počet odpovědí
na žádost operátora	X	X	X	X	X	X	X		7
sama sestra jako prevenci dekubitů			X	X					2
neprovádí	X				X				2
sám pacient								X	1

Perioperační sestry v šesti případech provádí změnu operační polohy pacienta během operačního výkonu na žádost operátora, ve dvou případech provádí změnu operační polohy sama sestra jako prevenci dekubitů, ve dvou neprovádí změnu operační polohy a v jednom případě na přání pacienta (záleží na druhu anestezie).

Tabulka 5 Fixuje pacienta bezpečnostním pásem.

	1. sestra	2. sestra	3. sestra	4. sestra	5. sestra	6. sestra	7. sestra	8. sestra	počet odpovědí
sestra									
sanitář	X	X	X	X	X	X	X	X	8
sanitář za dohledu sestry	X	X	X	X	X	X	X	X	8

Bezpečnostním pásem fixuje pacienta v osmi případech sanitář, v osmi případech sanitář za dohledu sestry, sama sestra nefixuje pacienta.

Tabulka 6 Kde fixují pacienta bezpečnostním pásem.

	1. sestra	2. sestra	3. sestra	4. sestra	5. sestra	6. sestra	7. sestra	8. sestra	počet odpovědí
ve vstupním filtru	X	X	X	X	X	X	X	X	8
po uložení pacienta do operační polohy	X	X	X	X	X	X	X	X	8
po skončení operačního výkonu	X	X	X	X	X	X	X	X	8

Perioperační sestry se shodly v osmi případech že ve vstupním filtru sanitář fixuje pacienty sám, na operačním sále po uložení do operační polohy fixuje sanitář pacienta za dohledu sestry a po skončení operačního výkonu opět sanitář fixuje pacienta za dohledu sestry v osmi případech.

Tabulka 7 Kdo ukládá ne tělo pacienta neutrální elektrodu elektrokoagulace.

	1. sestra	2. sestra	3. sestra	4. sestra	5. sestra	6. sestra	7. sestra	8. sestra	počet odpovědí
sestra			X	X		X		X	4
sanitář	X	X	X	X		X	X	X	7
sanitář za kontroly sestry	X	X	X	X	X	X	X	X	8

Neutrální elektrodu elektrokoagulace na tělo pacienta ve čtyřech případech ukládá sestra, v sedmi případech sanitář a v osmi případech sanitář pod kontrolou sestry.

Tabulka 8 Došlo k poškození pacienta během operačního výkonu a byl proveden perioperační záznam.

	1. sestra	2. sestra	3. sestra	4. sestra	5. sestra	6. sestra	7. sestra	8. sestra	počet odpovědí
nedošlo k poškození pacienta	X	X						X	3
došlo k poškození pacienta			X	X	X	X	X		5
byl proveden perioperační záznam			X	X	X				3

Ve třech případech nedošlo k poškození pacienta, v pěti případech došlo k poškození pacienta, ve třech případech došlo k zapsání do perioperačního záznamu. Ve dvou případech došlo k poškození pacienta a nebyl proveden záznam.

Tabulka 9 Pociťuje pacient po operačním výkonu jinou bolest či diskomfort související s operační polohou.

	1. pacient	2. pacient	3. pacient	4. pacient	5. pacient	6. pacient	7. pacient	8. pacient	9. pacient	počet odpovědí
neměl bolesti	X		X			X			X	4
měl bolesti – snesitelné		X					X			2
měl bolesti – nesnesitelné				X	X			X		3
pociťoval jiný		X		X	X		X	X		5

Po operačním výkonu v souvislosti s operační polohou neměli bolest čtyři pacienti a to po apendektomii, po artroplastice coxae totalis, po aortokoronárním bypasse a kataraktě. Snesitelnou bolest a diskomfort popisuje pacient po laparoskopické cholecystektomii a po laparoskopické operaci na adnexech. Nesnesitelnou bolest a diskomfort pociťovali pacienti po tříštivé zlomenině distální části femuru, po stabilizaci hrudní páteře - operační přístup torakotomie a po radikální prostatektomii.

Tabulka 10 Chtěli by být pacient informová před operačním výkonem o operační poloze.

	pacient 1.	pacient 2.	pacient 3.	pacient 4.	pacient 5.	pacient 6.	pacient 7.	pacient 8.	pacient 9.	počet odpovědí
ano	X	X	X	X	X	X	X	X	X	9
ne										0

Všech devět pacientů by chtělo být před operačním výkonem informováno o operační poloze. Ne neřekl ani jeden pacient.

5 DISKUZE

Téma bakalářské práce je „Zajištění bezpečnosti pacienta při realizaci operační polohy na operačním sále z pohledu sestry“. Jak bylo zmíněno v úvodu, bezpečnost pacienta je v dnešní době jednou z nejdůležitějších priorit každého zdravotnického zařízení. Dvojnásobně to platí pro operační sály, kam přijíždí pacient zpremedikován, ve stresu a v obavách, co se s ním bude dít. Zde začíná ošetrovatelská péče pro sestry, pracující na operačním sále, aby zodpovědně zajistily bezpečnost svých pacientů po dobu celého pobytu v traktu operačních sálů. Perioperační sestry jsou podle vyhlášky 55/2011, § 56 „bez odborného dohledu na základě indikace lékaře, zajišťovat polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace“ (30).

První část kvalitativního výzkumného šetření se zabývala především otázkami bezpečnosti a komfortu pacienta při realizaci operační polohy po dobu trvání celého operačního výkonu. Jeho základem byla analýza transkriptů polostrukturovaných rozhovorů s osmi respondentkami, které všechny pracují v nemocnici České Budějovice a.s. jako perioperační sestry na operačních sálech, a to na chirurgii, ortopedii, traumatologii, neurochirurgii, kardiochirurgii, gynekologii, urologii a očním oddělení. Druhá část kvalitativního výzkumného šetření se zabývala především otázkami o diskomfortu a pooperační bolesti související s operační polohou. Jeho základem byla analýza transkriptů polostrukturovaných rozhovorů s devíti respondenty, čili pacienty po operačním výkonu a to na oddělení chirurgickém, ortopedickém, traumatologickém, neurochirurgickém, kardiochirurgickém, gynekologickém, urologickém a očním. V této části práce je nastíněn popis kvalitativního výzkumného šetření a zvolené metodologie. Po zvážení dostupných možností pro bakalářskou práci bylo rozhodnuto využít možnosti, kterou nabízí kvalitativní výzkum a tou je tzv. zakotvená teorie, jejíž výsledkem může být zajímavý. Vzhledem k tématu výzkumné práce, se zdá tato cesta kvalitativního výzkumu nejvíce přínosná.

Jelikož se jednalo o první zkušenost s kvalitativním výzkumným šetřením a byla jakási představa témat, která by se měla v rozhovoru vyskytnout, bylo usouzeno, že bude lepší provést polostrukturovaný rozhovor. Byl tedy připraven soubor návodných otázek, které však měly být pouze jakýmsi vodítkem, tudíž nebyly pokaždé formulovány stejně. V tomto typu výzkumného šetření mizí hranice mezi rolí zkoumajícího a rolí zkoumaného, oba jsou rovnocennými partnery. Lze tedy předpokládat, že respondent vybere vše, co je pro něj relevantní a rozšíří pole svých myšlenek, které by jinak zůstaly utajeny (20).

Každý operační výkon je kolektivní prací, jejíž výsledek je společným dílem. Každý z týmu musí dobře znát svůj úkol a spolehlivě ho plnit. Operační tým se skládá ze tří oborů zdravotní péče (chirurgie, anesteziologie a ošetrovatelství), občasné zastoupení zde má radiologie, patologie či jiné zdravotnické obory. Vedle lékařů zde pracují všeobecné sestry, sestry specialistky, sanitáři, sanitářky a další pomocný personál. Chirurg čili operatér je vedoucí operačního týmu, zodpovídá za průběh celého operačního výkonu (2, 32). Každá respondentka v rozhovoru uvedla, že operatér je vedoucí operačního týmu a on si také určuje druh operačního výkonu, k němuž je standardizovaná operační poloha pacienta. Jakoukoliv změnu na přání operatéra v neprospěch pacienta je perioperační sestra povinna zapsat do perioperačního záznamu. Podle vyhlášky 55/2011 §56 perioperační sestra zodpovídá za operační polohu. Nebyla jsem si jista, jak se tento zákon vztahuje na sestry pracující na operačním sále bez dané specializace „Instrumentování na operačním sále“, proto jsem volala do institutu PSS Brno, který se touto specializací zabývá a paní Mgr. J. Nekudová mi potvrdila „na sestry pracující na operačním sále bez dané specializace se nevztahuje §54 a ani §56, ale pouze §3 a §4, proto tyto sestry nesmí tyto perioperační ošetrovatelské výkony provádět bez dozoru sestry se specializací“. Jedna z výzkumných otázek byla: „Kdo zodpovídá za operační polohu pacienta“? Každá z respondentek uvedla: „že ona“, všech osm respondentek (všech osm respondentek má ukončené vzdělání ve specializaci instrumentování na operačním sále) si je toho vědoma, jen první respondentka zodpovídá za pacienta mimo operační výkon, v průběhu operačního výkonu za něj

zodpovídá lékař, tudíž i za operační polohu (tabulka 1). Ale zároveň uvedly „někdy bývají přání operátora neúměrná k operační poloze pacienta,“ ale žádná neprovedla záznam do perioperačního listu o nepřiměřeném náklonu pacienta na přání operátora.

Perioperační sestry, ve všech směrech ošetrovatelské péče z nichž jedna je bezpečnost o pacienta, vztahující se k polohování a realizaci operační polohy, představuje koordinační vazbu mezi potřebami pacienta a chirurgického týmu, a proto musí zajistit, aby všichni členové operačního týmu byli na nejvyšší úrovni v souladu s národními přijatými standardy, doporučenými postupy a pokyny. Perioperační sestra je zodpovědná za koordinaci činností, v určování polohy je aktivní účastník a zodpovídá za bezpečné polohování pacienta. Kromě toho, zajišťuje dostatečný počet pracovníků na bezpečné a efektivní polohování pacienta při realizaci operační polohy (19, 32). Každá z respondentek uvádí: „bezpečné uložení pacienta do dané operační polohy se řadí vysoko na seznamu priorit“, ale zároveň uvádí: „bezpečné polohování musí být týmová práce“ (tabulka 3).

Prevence vzniku dekubitů na operačním sále je nedílnou součástí ošetrovatelské péče každé sestry. Riziko vzniku dekubitů vzniká, jestliže protiklad podložky a tlak těla působí v místě kostních výběžků, kde je tenká svalová a tuková vrstva. Dekubity nacházíme vždy nad tvrdým kostním podkladem, jsou to tzv. predilekční místa vzniku proleženin (10 18, 22). Intraoperační výskyt dekubitů je přímo úměrný délce operačního výkonu. Většina pacientů snáší tlak na krátkou dobu, poté dochází ke snížení průtoku krve v dané lokalitě. Určití pacienti jsou náchylnější ke vzniku dekubitů, určují věk nad 70 let, srdeční poruchy, diabetes, špatný předoperační nutriční stav, fyzické omezení, cévní onemocnění, atd. Ale bohužel na tuto otázku jsem nenašla ve svém výzkumu moc přívětivou odpověď, jedna z respondentek vyloženě uvedla: „Vždyť jsou tu jen chvíli, na to si dávají pozor holky z oddělení“. Nemůžu říct, že perioperační sestry nevypodkládají místa náchylnější k poškození těla pacienta, ale jsou to místa, kde je uložen bezpečnostní pás, uložena zarážka operačního stolu, uložení končetin do šantů atd. Jen dvě se snaží při operačním výkonu předcházet polohováním pacienta ke vzniku dekubitů (tabulka 4). Na obhajobu perioperačních sester mohu říct jen to, že

perioperační sestry na neurochirurgii a na traumatologii (při rekonstrukčních výkonech) se setkávají s dlouhými někdy až dvanácti hodinovými operačními výkony, kde je tato prevence vzniku dekubitů u pacienta a svém oprávněném místě. Na jiných operačních sálech se takto dlouhé operační výkony nevyskytují, to jsou maximálně čtyř hodinové výkony, kde je riziko vzniku dekubitů minimální.

Pádům z operačního stolu lze předejít správnou fixací pacienta a to již ve vstupním filtru, po celou dobu operačního zákroku a samozřejmě po vykonané operaci a před buzením pacienta z anestezie (12, 24). Všechny perioperační sestry se shodly, že zabezpečení pacienta proti pádu z operačního stolu je jejich prioritou, dále se shodly, že bezpečnostní pás fixuje sám sanitář ve vstupním filtru hned poté, co uloží a zakryje pacienta operačním prostěradlem či rouškou. Poté co je pacient fixován bezpečnostním pásem je mu nasazena jednorázová pokrývka hlavy a v doprovodu anesteziologické či perioperační sestry, někdy i sám sanitář odváží pacienta na operační sál. Perioperační sestry se také shodly, že po uložení pacienta do konečné operační polohy sanitář pod dozorem sestry opět fixuje pacienta bezpečnostním pásem. Po ukončení operačního výkonu je z pacienta sejmuto veškeré rouškování, jeho tělo a operační rána je očištěna a otřena do sucha a je kryt čistým a suchým prostěradlem či operační rouškou, poté sanitář opět fixuje bezpečnostním pásem tělo pacienta za dozoru sestry (tabulka 5 a 6). Po této proceduře začne anesteziologický tým probouzet pacienta z celkové anestezie, ale bohužel velice často začíná anesteziolog pacienta budit dřív a to má pak operační tým plné ruce práce udržet pacienta na operačním stole a správně jej fixovat. Tento nešvar se podle výzkumu děje na traumatologických operačních sálech, zato na ortopedii či na kardiologii se s tímto faktorem v životě nesetkaly.

Perioperační sestra musí zabránit nechtěnému popálení pacienta vztahující se k použití elektrokoagace či jiných zdravotnických pomůcek nezbytných k danému operačnímu výkonu (2). Při používání této přístrojové techniky je nezbytný řádně vyškolený tým, který zajišťuje správný chod přístroje, a tím i bezpečí pacienta. Perioperační sestra je při převzetí nového přístroje seznámena s použitím a manipulací, to vše stvrzuje svým podpisem do technické knihy přístroje. Při používání přístrojové

techniky je samozřejmostí i vedení provozní dokumentace - každý zdravotnický přístroj, který je používán při poskytování zdravotní péče, musí být evidován v centrální evidenci zdravotnických prostředků. Musí u něj být posouzena shoda uvedeného zdravotnického prostředku, prokazatelně udržován a kontrolován, musí být bezpečný a vhodný pro dané použití a vybaven předepsanou uživatelskou a provozní dokumentací podle zákona č. 123/2000 Sb. a vyhlášky č. 11/2005 Sb. (2,12,19). Velmi důležité je správné přiložení neutrální elektrody elektrokoagulace, aby nedošlo k útlaku tkáně, zatečení desinfekčního roztoku pod elektrodu, atd. Proto vždy elektrodu přikládá perioperační sestra na neoperovanou část těla, nejčastěji pod ramena, záda, hýždě či stehna. Do perioperačního záznamu slovy popíše na jakou část těla neutrální elektrodu přiložila, jaký typ a výrobní číslo elektrokoagulační elektrody byl pro pacienta použit (2, 12, 29). Všechny sestry pracující na operačních sálech v nemocnici České Budějovice a.s jsou řádně proškoleny a seznámeny s používáním této techniky. Také dodržují předepsanou vyhlášku o používání veškeré zdravotnické techniky. Neutrální elektrodu od elektrokoagulace ukládá na tělo pacienta sanitář za dozoru sestry nebo sama sestra (tabulka 7). Všechny přístroje, které jsou používány během operačního výkonu, musí perioperační sestra vždy před výkonem zapnout, zkontrolovat jejich funkčnost a správně nastavit na daný operační výkon a provést záznam do perioperačního listu pacienta. Výzkum potvrdil, že tento postup dodržují všechny perioperační sestry a hlavně kladou velký důraz na správné uložení neutrální elektrody na tělo pacienta, jsou si vědomy faktu, že pod neutrální elektrodu elektrokoagulace nesmí zatéct desinfekce ani jiná tekutina, tak aby nedošlo k poškození či ke vznícení pacienta, jako to došlo popsáno a medializováno v jiných zdravotnických zařízeních. Výzkum také potvrdil, že ani jedna perioperační sestra se s tímto faktem popálení pacienta od používání elektrokoagulace během své praxe na svém pracovišti nesetkala. To svědčí o dokonalém teoretickém i praktickém vzdělání perioperačních sester v nemocnici České Budějovice a.s.

Výkony na nesprávném místě těla, včetně nesprávné strany, nesprávného orgánu, nesprávného místa, nesprávného implantátu a nesprávné osoby, nejsou časté, avšak ani tak vzácné, jak ostatně dokládají neustále narůstající počty hlášených případů. Uváží-li

se, že výskytu záměny by se dalo předejít, jsou tyto případy většinou důsledkem nesprávné komunikace. Z podrobných analýz těchto případů vyplývá, že hlavním faktorem přispívajícím k pochybení je okolnost, že přístupy k předoperačnímu rutinnímu kontrolnímu postupu postrádají standardizovaný předoperační proces a pravděpodobně i určitý stupeň automatismu (automatická kontrola bez přemýšlení) ze strany personálu (7, 17). V dnešní době klade každé zdravotnické zařízení na identifikaci pacienta velký důraz. Nejčastěji pomocí identifikačních štítků, které jim sestra umístí na nedominantní či na zdravou horní končetinu hned při příjmu do nemocnice České Budějovice a.s. Zabránilo se záměnám operační strany, párového orgánu či vložení nesprávného implantátu, operátor před operačním programem označí nesmyvatelným fixem na textilie na lucidního pacienta místo operačního výkonu. V nemocnici České Budějovice slouží k identifikaci operované končetiny puntík minimálně o průměru 1cm. a operovaná strana či místo je označena křížem o minimální velikosti 2cm. Verifikace pacienta, která se má provádět před každým operačním výkonem, se bohužel ani na jednom z operačních sálů nedělá.

Během výzkumu jsem se také respondentek ptala, zda došlo k poškození pacienta během operačního výkonu a zda byl proveden perioperační záznam. Je pravdou, že mnohým perioperačním sestrám se na tuto otázku nechtělo vůbec odpovídat, ale nakonec ve třech případech nedošlo k poškození pacienta, v pěti případech došlo k poškození pacienta, ve třech případech došlo k zapsání do perioperačního záznamu (tabulka 8). Ve dvou případech, kdy došlo k poškození pacienta a nebyl proveden záznam se jednalo o operační výkony v malé pánvi. Respondentky věděly, že naklonění pacienta je neúměrné a nefyziologické vůči pacientovi, s anesteziologickým lékařem i ony samy měly námitky, ale na přání operátora pacienta v této poloze nechaly, záznam do perioperačního listu neprovedly, protože pacient neměl žádné viditelné poškození a nakonec to bylo přání operátora. Ale obě respondentky asi zapomněly, že ony zodpovídají za operační polohu pacienta.

Velmi důležitá je komunikace mezi všemi zdravotními obory, mezi jednotlivci (či zástupci), kteří jsou přítomni během daného operačního výkonu. Dobrá komunikace

na operačním sále je zásadní pro bezpečnou péči o pacienta (26). Podle výzkumů, které byly prováděny na operačních sálech, tato komunikace velice pokulhává a to jak mezi zdravotními obory, tak i mezi lékařem, sestrou či sálovým sanitářem. Přitom komunikace je nezbytná, nezvratná, neopakovatelná a náročná situace, která může předejít k mnohým perioperačním komplikacím u pacienta týkajících se operačních poloh. Samy perioperační sestry mi potvrdily, že komunikace mezi členy operačního týmu je kolikrát kámen úrazu veškerých nepřijemností a komplikací vůči pacientovi.

Ošetrovatelská praxe klade schopnost komunikace s pacienty na významné místo. Perioperační sestra používá dovednost komunikace s pacientem jako součást profesionálního vybavení k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Perioperační sestra používá hlavně specifickou (strukturovanou) komunikaci, kdy sděluje důležitá fakta pacientovi. Zde jsou zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, nutné ověření, zda pacient sdělení rozuměl a akceptuje ho. Tato oblast komunikace je problematická u pacientů se sníženou schopností porozumění obsahu sdělení, což můžeme čekat u každého zpremedikovaného pacienta, proto perioperační sestra klade důraz na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělení informací týkajících se pobytu pacienta na operačním sále i při realizaci samotné operační polohy. U této komunikace je důležité zdůraznit, že nejde o monolog, nestačí vychrlit na pacienta všechny informace, které je perioperační sestra povinna pacientovi dát, ale pohovořit s pacientem o jejich významu a také hlavně o tom, jestli jim pacient rozuměl (5, 26, 31). Nedílnou součástí komunikace jsou uzavřené otázky, které klade perioperační sestra pacientovi. Jsou zaměřené na jeden bod, na upřesnění informace. Není vhodné klást otázky pro otázky, jen aby řeč nestála. „I v tichu se něco děje a z psychologického hlediska je ticho stejně důležité jako řeč“ (31- str. 32). Všechny perioperační sestry v mé výzkumné práci komunikují s pacientem před jeho uvedením do anestezie, z toho tři na předsálí a pět na operačním sále. Dvě respondentky velice často komunikují s pacientem během operačního výkonu (samozřejmě záleží na druhu anestezie) (tabulka 2). Jedna z respondentek uvedla: „někdy se mi stane, že přijdu na operační sál a pacient je už v celkové anestézii, vím, že se to nemá, ale v tomto případě důvěřuji anesteziologické

sestře, že je to opravdu pacient, který je zrovna na operačním programu.“ Na obhajobu této respondentky musím zdůraznit, že mají ještě jeden sál mimo podlaží centrálních sálů a někdy se stane, že anestezie a operatér už chtějí operovat a sestry ještě dokončují svou práci o patro výše a v rámci urychlení operačního programu uspí pacienta dříve než perioperační sestra dorazí. Za sebe ještě mohu říct, že tento neblahý fakt, že přišla sestra na operační sál a pacient byl v celkové anestezii se stal každé perioperační sestře pracující v nemocnici České Budějovice a.s. Jen tato respondentka měla odvalu to přiznat, je to způsobené tím, že sestry nemají centrální sterilizaci a veškeré nástroje a pomůcky, které měly v předešlém operačním výkonu k dispozici si musí samy dekontaminovat, poté je sanitárka umyje a sestra nástroje musí osušit, ošetřit, naskládat zpět na své místo a dát znova vysterilizovat a do toho všeho musí připravit sál pro dalšího pacienta. Kdy má potom sestra čas pro řádnou komunikaci s pacientem?

Výzkumné otázky pro pacienty byly odezvou na práce perioperačních sester. Podle (tabulky 9) mi vyšel najevo nepříjemný fakt, že pacienti opravdu pociťují bolest v souvislosti s operační polohou. Byla jsem nemile překvapena, že jen čtyři pacienti z devíti neměli bolest a jiný diskomfort související s operační polohou. Z toho dva operační výkony trvaly do jedné hodiny a to operace apendiektomie v celkové anestezii a katarakty v místní anestezii. Tyto dvě pacientky mají velké věkové rozdíly a každá měla operační výkon v jiné anestezii, shodují se pouze v tom, že po operačním výkonu nepociťovaly bolest v souvislosti s operační polohou a ani jiný diskomfort. Další dva pacienti, kteří nepopisovali bolest v souvislosti s operační polohou mají za sebou velmi náročný operační výkon a to v prvním případě po artroplastice coxae totalis v epidurální anestezii a druhém aortokoronárním bypasse v celkové anestezii s předoperačně zavedeným epidurálním katétreem na tlášení bolesti. Tyto dva pacienti měli i časově náročné operační výkony, ale je zde znatelné, že výborná analgetická péče jim zabránila pociťovat jakoukoliv bolest či diskomfort způsobený operační polohou. Bohužel jak výzkum ukázal, další pacienti popisují bolest v různém rozsahu v souvislosti s operační polohou. Dvě pacientky ve stejném věkovém rozmezí a obě po laparoskopickém operačním výkonu popisují snesitelnou bolest a jiný diskomfort. Můžeme počítat s tím,

jestliže se jedná o laparoskopický výkon v dutině břišní či v malé pánvi, bude pacient popisovat dikomfort, protože do dutiny břišní je vpraven insuflovaný plyn CO₂. Ale proč si pacienti stěžují na bolest levé horní končetiny v oblasti ramena a paže. Vysvětlení je velice snadné, levá horní končetina se v obou případech dává na područku (příslušenství operačního stolu) k dispozici anestezii, levá horní končetina je tedy upažena po dobu trvání celého v průměru dvouhodinového operačního výkonu. A stačilo by tak málo, aby perioperační sestra uložila horní končetinu do fyziologického upažení a pacient by po operačním výkonu nepocíťoval žádnou bolest. Pacientka po laparoskopické operaci na adnexech si také stěžovala na snesitelnou bolest v oblasti ramen, nechápala jak ji mohou bolet ramena, když vaječníky jsou v malé pánvi. Zarážející na tom je, že ani sestra z oddělení jí to nedokázala vysvětlit, proto jsem se šla zeptat paní Jitky, která pracuje na gynekologických operačních sálech. Vysvětlila mi, že pacientky na přání operátora při operačních výkonech v malé pánvi si vyžádá zaklonit do Trendelenburgovy polohy, ta způsobí přesunutí střevních kliček do horní poloviny břicha a uvolní tak pánevní dutinu. Proto je pacientka fixována zářkami na ramenech, aby nepřepadla z operačního stolu. Paní Jitka mi ještě jednou ukazuje ony zářky a jsou opravdu velice měkké a dostatečně široké, ale podle slov paní Jitky si operátor kolikrát vyžádá nepřiměřený záklon tak, že i anesteziologický lékař vznáší protest. Navrhla jsem jí zapsat záznam do perioperačního listu o nepřiměřeném záklonu pacientky, ale prý nebude podrážet operační tým. S podivem mě zarazí, že tři pacienti popisují nesnesitelnou bolest v souvislosti s operační polohou a jiný diskomfort. Tyto pacienty spojuje pouze velice náročný až pětihodinový operační výkon a všichni popisují bolest horní končetiny, která byla po dobu operačního týmu k dispozici anestezie. Popisují bolest od přiložení manžety na měření krevního tlaku, s tím perioperační sestra nemůže nic dělat, protože celkový stav pacienta je pro kladný průběh operačního výkonu velice zásadní, ale pacienti opět pocíťují bolest v rameni od nepřiměřeného upažení horní končetiny. Z toho vyplývá, že perioperační sestry ve všech případech ukládají horní končetinu do nepřiměřeného upažení. Pacient č.4 se ocitá na operačním sále přímo z ulice bez velkých předoperačních příprav, mimo jiné si po operačním výkonu také stěžuje na

bolest druhého neoperovaného kolene a paty, zde se jedná o nevyopodložení patní kosti molitanovým věnečkem a o velké ohnutí kolenního kloubu zdravé dolní končetiny. Perioperační sestru omlouvá pouze fakt, že nevěděla, že se operační výkon tolik protáhne, protože se jednalo o velice tříštivou zlomeninu dystální části femuru, ale zkušená sestra by měla délku operačního výkonu odhadnout poté, co lékař sdělí, že jde o tříštivou zlomeninu. Pacientka č.5 je po náročném operačním výkonu v poloze na boku, všechny perioperační sestry, co se s touto operační polohou setkaly ji popisují jako náročnou operační polohu a to jak na její vytvoření tak i na vypořádání všech predilačních míst a všech zarážek, které se na tělo pacienta umisťují. U této pacientky zapomněla sestra vypořádat kotník, z neznámé příčiny vypořádala pouze jeden. Pacientka si také stěžuje na zčervenání a svědění kůže v místech, kde byla po dobu operačního výkonu fixována náplastí k operačnímu stolu, jednalo se o neurochirurgický výkon, kde musí být tělo pacienta nehnutě fixováno. Pacient neudává žádné alergie. Při ukazování těchto pruhů jsem si všimla zapáčky mezi prsy, sestra zjevně opomněla vypořádat prsa pacientky. Na vyžádání mi sestra z oddělení ukázala perioperační záznam pacientky z tohoto operačního výkonu, nikde nebyla zmínka, že došlo k alergické reakci po sejmutí fixačních náplastí, ani o tom že je pacientka zapařená mezi prsy.

Všichni pacienti se shodli na tom, že by rádi před operačním výkonem byli seznámeni s operační polohou a o nepříjemnostech či o bolestivostech, které daná operační poloha přináší (tabulka 10).

Po ukončení výzkumu, který jsem prováděla s pacienty, jsem jednotlivě obtelefonovala perioperační sestry, s kterými jsem dělala výzkum a sdělila jim výsledek, všechny byly nemile překvapeny informací o bolesti ramene na horní končetině, která je k dispozici anestezii. Všechny perioperační sestry mi sdělily, že zjednejí nápravu a budou klást při realizaci operační polohy u pacienta velký důraz na horní končetiny tak, aby byly umístěny na područky operačního stolu ve fyziologické poloze. Mají však obavy z nepochopení u lékařů, protože horní končetina ve fyziologické poloze pacienta totiž zabírá část místa u operačního stolu, kde operátor či asistent stojí a při kroku vzad,

mohou narazit na onu horní končetinu. Byla jsem sama zvědavá, mám-li se tímto problémem dále zabývat, vždyť výzkum byl prováděn pouze s devíti pacienty. Proto jsem si domluvila schůzku s vrchní sestrou anestezioreuscitačního oddělení a s fyzioterapeutem pracujícím na anestezioreuscitačním oddělení nemocnice České Budějovice a.s. Fyzioterapeut mi sdělil, že s tímto problémem se setkává velice často i u pacientů několik týdnů po operačním zákroku, u několika pacientů popisuje i parézu ramenního kloubu, kterou je velice obtížné rozcvičit a vrátit rameno do původního rozsahu pohybu. Vrchní sestra dříve pracovala i jako sestra anesteziologická a ráda jde i při svém pracovním vytížení s anesteziologickým lékařem na nějaký operační program v pomoci anesteziologickým sestřím. Sama je s tímto problémem obeznámena a má radost, že konečně se tímto problémem začaly zabývat i perioperační sestry, protože uložení pacienta do operační polohy je jejím úkolem. Hned jsme se domluvily, že tento problém spolu s fyzioterapeutem musíme vyřešit a smluvily jsme se dále v řešení tohoto problému pokračovat do jeho zdárného konce, samozřejmě s nutným souhlasem od hlavní sestry nemocnice České Budějovice a.s.. Všechny perioperační sestry se dále shodly, že není žádná literatura, jak správně uložit pacienta do operační polohy. Je pravda, že v nemocnici České Budějovice a.s. vyšly v tomto roce (2011) nové standardy pro operační sály, kde je napsáno jaká poloha je na daný operační výkon určena, ale o uložení, vypodložení a o fixaci pacienta zde není ani zmínka. Je pravda, že každý výrobce operačního stolu vám dodá manuál s nafotografovanou modelkou, jak ji ukládat na daný operační stůl, ale jak ji zabezpečit proti pádu nebo proti proleženinám, tam nenajdete nic. Jediná literatura, která popisuje jak uložit pacienta na daný operační výkon je z roku 2000 a za jedenáct let je spousta nových operačních výkonů s novými šetrnými metodami pro pacienta, záleží jen na perioperačních sestřích na jejich dovednostech a zručnosti, jak uložit pacienta a přitom nezničit úspěch operačního výkonu.

6 ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na problematiku perioperační ošetrovatelské péče v nemocnici České Budějovice a.s. Aby byla ošetrovatelská péče pro pacienty na operačním sále co nejbezpečnější a zároveň nejkvalitnější, vzdělávají se sestry pracující na operačním sále ve specializačním oboru perioperační péče. Cílem tohoto vzdělávacího programu je připravit všeobecné sestry pro poskytování přímé i nepřímé specifické ošetrovatelské péče pacientů před, v průběhu a po operačním výkonu v rozsahu dovedností a vědomostí odpovídajícím požadavkům specializované způsobilosti dle § 54, § 56 vyhlášky č. 55/2011 Sb.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti a povinnosti perioperační sestry při realizaci operační polohy po dobu trvání celé operace. Všechny respondentky se v polostrukturovaného rozhovoru shodly, že za operační polohu zodpovídá podle § 56 vyhlášky č. 55/2011 Sb. perioperační sestra. Také se shodly, že není v silách v jedné perioperační sestry uložit pacienta do správné operační polohy, ale je zapotřebí zapojit celý operační tým pod jejím vedením. Z výzkumu také vyšlo najevo, že perioperační sestry nejčastěji mění během operačního výkonu operační polohu na žádost operátora a ne jako prevenci proleženin u pacienta.

Druhým cílem bylo zjistit, zda znalosti perioperačních sester týkajících se zajištění bezpečnosti pacienta při realizaci operační polohy odpovídají doporučeným současným postupům. Všechny respondentky v polostrukturovaného rozhovoru uvedly, že zajištění bezpečnosti pacienta po celý pobyt v traktu operačních sálů je jejich prioritou a při realizaci operační polohy na bezpečnost pacienta kladou velký důraz. To se shoduje i se současnými doporučenými postupy.

Třetím cílem bylo zjistit, jak je zajištěna bezpečnost a komfort pacientů při uložení do operační polohy na operačním stole. V polostrukturovaného rozhovoru s pacienty po operačním výkonu v nemocnici České Budějovice a.s. mi výzkum ukázal jeden nemilý a bolestivý diskomfort, a to bolesti ramene na horní končetině, která je k dispozici anestezii, která u některých pacientů vedla až k parestesii daného kloubu

podle slov fyzioterapeuta, který se daným problémem zabývá. Po dohodě s fyzioterapeutem, perioperačními a anesteziologickými sestrami jsme se dohodli tento diskomfort u pacienta vyřešit do zdárného konce, samozřejmě s nutným souhlasem od hlavní sestry nemocnice České Budějovice a.s.

Tato práce nastiňuje problém nevědomosti perioperačních sester, které mají jako hlavní prioritu ošetrovatelské péče zajistit bezpečnost a komfort pacienta při realizaci operační polohy. I když se ze všech sil se snaží tyto aspekty dodržet, z výzkumu vyšel najevo jeden nepříznivý fakt, a to bolest ramene na horní končetině, která je k dispozici anestezii.

Bakalářská práce bude poskytnuta vedení nemocnice. Na žádost hlavní sestry nemocnice České Budějovice a.s. bude vytvořen standard na toto téma. Některé problémy již byly konzultovány během psaní bakalářské práce. Výsledek této práce se stal námětem k sjednávání nápravy. Bohužel potrvá ještě nějakou dobu, než se daný problém vyřeší.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. DOLEŽAL, A. a kol. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 374s. ISBN 978-80-247-0881-2.
2. DUDA, M. a kol. *Práce sestry na operačním sále*. 1 vyd. Praha: Grada, 2000. 392s. ISBN 80-7169-642-0.
3. DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 1280s. ISBN 80-247-0550-8.
4. HOLUB, Z., KUŽEL, D. a kol. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1 vyd. Praha: Grada, 2005. 236s. ISBN 80-247-0834-5.
5. CHMELARŇÍKOVÁ, J., ŠILHARTOVÁ, V. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 62, ISSN 1210-0404.
6. JANOUSHKOVÁ, M. Uplatnění modelu perioperační péče na vlastním pracovišti. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 4-5, ISSN 1210-0404.
7. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3 vyd. Praha: Grada, 2009. 312s. ISBN 978-80-247-2436-2.
8. KLEIN, J. *Chirurgie karcinomu plic*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 236s. ISBN 80-247-1384-5.
9. KOVÁČÍKOVÁ, J., JANEČKOVÁ, K. Ošetrovatelská dokumentace v perioperační péči. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 61-62, ISSN 1210-0404.
10. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 104s. ISBN 978-80-247-2043-2.
11. NOVÁKOVÁ, I. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech – Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 240s. ISBN 978-80-247-3422-4.
12. NOVÁKOVÁ, J., HASCHOVÁ, I., MALÍKOVÁ, I. Bezpečnost pacienta na operačním sále. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 12, s. 39-40. ISSN 1210-0404.

13. PAVKO, P., KUBÁT, J., JANÍK, V. *Náhlé příhody bříšní, operační manuál*. 1 vyd. Praha: Grada, 2005. 136s. ISBN 80-247-0981-3.
14. PAVKO, P., LISCHKE, R. et al. *Plicní chirurgie*. 1 vyd. Praha: Galén, 2010. 147s. ISBN 978-80-7262-674-8.
15. POKORNÝ, V. a kol. *Traumatologie*. 1 vyd. Praha: Triton, 2002. 307s. ISBN 80-7254-277-X.
16. RESOURCES, J.C. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. 172s. ISBN 987-80-247.
17. SKALICKÁ, H. a kol. *Předoperační péče*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. 160s. ISBN 978-80-247-1079-2.
18. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I*, 1 vyd. Praha: Grada, 2010. 264s. ISBN 987-80-247-3130-8.
19. ST ARNAUD, D. Positionnement sécuritaire pour les patientů en neurochirurgie / *Bezpečné umístění pro neurochirurgické pacienty*, Kanadský operační sál, ošetrovatelský věstník, č. 12, 2009. [online]. [cit.2010-10-23]. Dostupné z: <http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4130/is_200912/ai_n49421045/>
20. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1 vyd. Boskovice: Albert 1999. 270s. ISBN 80-85834-60-X
21. SYNTHES, *Operační postupy*, 2010. [online]. [cit.2010-11-08]. Dostupné z: <<http://www.synthes.com/html/Opera-269-ni-postupy.8237.0.html>>
22. ŠAFRÁNKOVÁ, A. NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství*, 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 284s. ISBN 978-80-247-1148-5.
23. ŠNAJDAUF, J., ŠKÁBA, R. et al. *Dětská chirurgie*. 1 vyd. Praha: Galén, 2005. 395s. ISBN 80-246-1084-1.
24. ŠPIČÁKOVÁ, E. Pacient na operačním sále. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 8, ISSN 1210-0404.
25. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1 vyd. Praha: Triton, 2009. 159s. ISBN 978-80-7387-286-1.

26. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
27. VIKLICKÝ, O., JANOUŠEK, L., BALÁŽ, P. a kol. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1 vyd. Praha: Grada, 2008. 384.s ISBN 978-80-247-2455-3.
28. VOMELA, J. a kol. *Chirurgie pro sestry*. IDVZP: Brno: 1998.
29. VONDRÁČEK, L. WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 88s. ISBN 978-80-247-2763-9.
30. VYHLÁŠKA, 55/2011. *Sbírka zákonů*. Ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, Praha: Ministerstvo vnitra, 2011. 64s. ISSN 1211-1244.
31. ZACHAROVÁ, E. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č.7,8, s.28-29, ISSN 1210-0404.
32. ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2 vyd. Praha: Grada, 2000. 524s. ISBN 80-7169-705-2.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

fixování pacienta

operační poloha

operační stůl

operační tým

perioperační sestra

9 PŘÍLOHY

1. Použitý okruh otázek pro perioperační sestry
2. Použitý okruh otázek pro pacienty
3. Obrázky

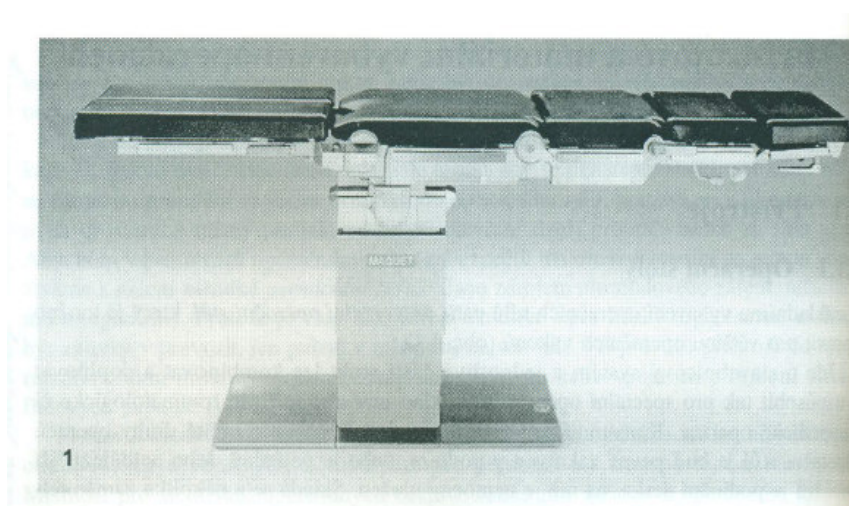
Příloha 1 Použitý okruh otázek pro perioperační sestry

1. Ukládání pacienta do operační polohy, pomoc při ukládání, zodpovědnost za polohy.
2. Znalost operačních poloh svého pracoviště.
3. Fixování pacienta před, během a po operačním výkonu.
4. Konzultace operační polohy s operátorem.
5. Provádění změny operační polohy během operačního výkonu.
6. Zabezpečení při operační poloze vypodložení predilačních míst či míst náchylných k poškození kožního krytu pacienta.
7. Používání k realizaci operační polohy pomocná příslušenství k danému operačnímu stolu.
8. Používání při realizaci operační polohy pomůcky nepatřící k příslušenství operačního stolu.
9. Přikládání pacientovi neutrální elektrody od elektrokoagulace – kdo přikládá.
10. Zapisování do perioperačního záznamu uložení neutrální elektrody na těle pacienta, nežádoucích událostí způsobené operační polohou atd.
11. Komunikace s pacientem, který je operován v místní anestezii o komfortu jeho operační polohy.

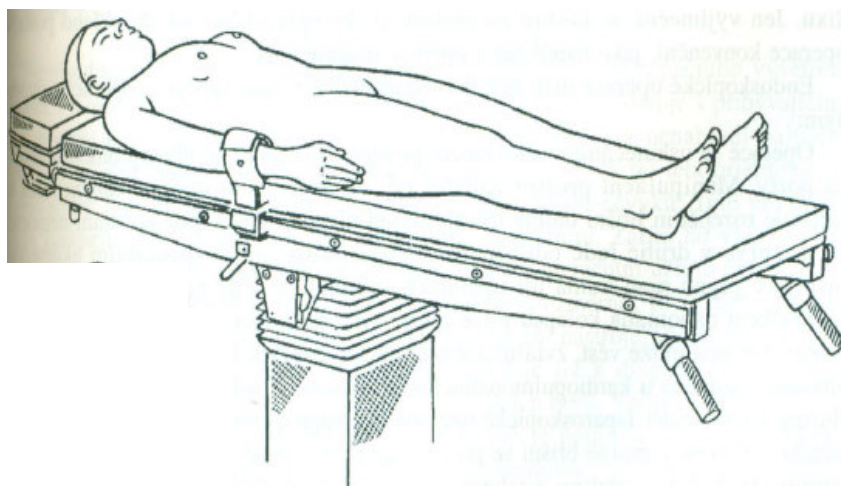
Příloha 2 Použitý okruh otázek pro pacienty

1. Pocity po operačním zákroku.
 1. Vnímání jiné bolesti po operačním výkonu, než té způsobené operačním výkonem.
 2. Pocity po operaci jako např. nepříjemný tlak na kůži, či zčervenání, popálení, nebo odření pokožky atd.
 3. Komunikace během operačního výkonu s perioperační sestrou o změně operační polohy kvůli nepohodlí. (U pacientů jejichž operační výkon byl prováděn v místní, svodné, nebo jiné anestezii bez porušeného vědomí pacienta).
 4. Chtěl(a) být před operačním výkonem seznámen s operační polohou?

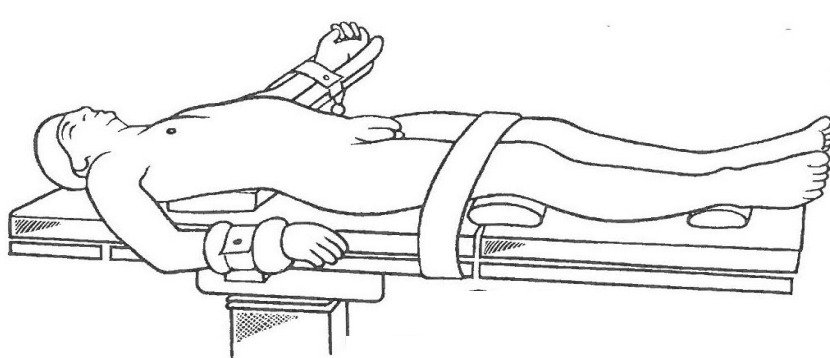
Příloha 3 Obrázky



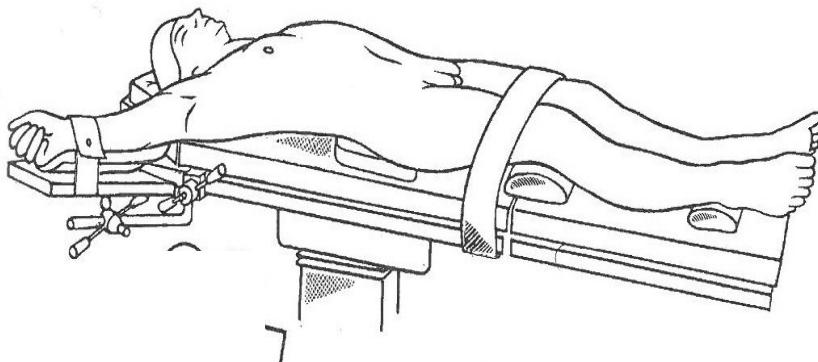
obr. 1.1 Univerzální obyčejný stůl Maquet (2).



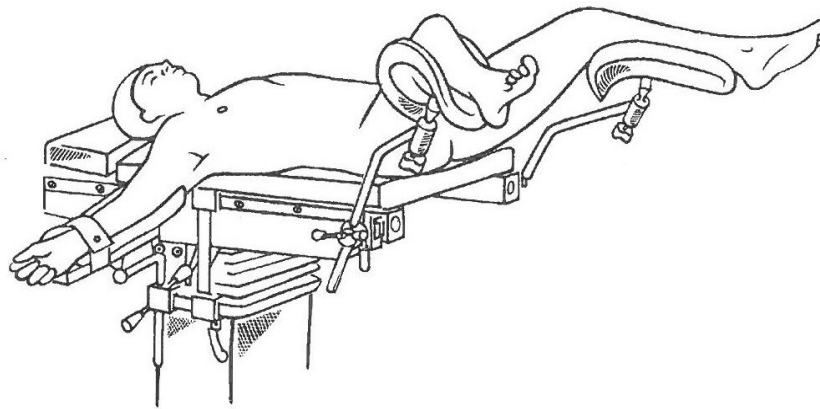
Obr. 1.2 Základní poloha pacienta (2).



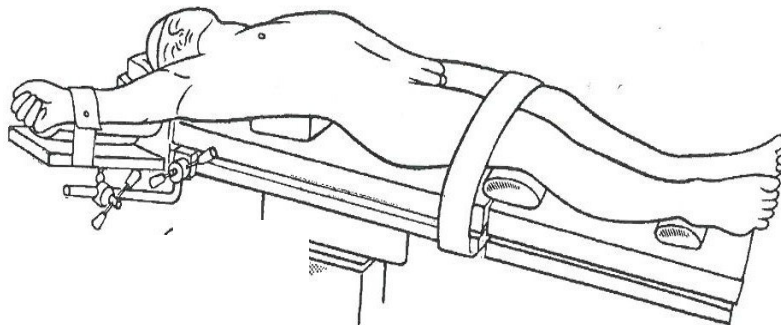
obr. 1.3 Poloha pacienta na znak vhodná k laparotomii v horní polovině břicha (2).



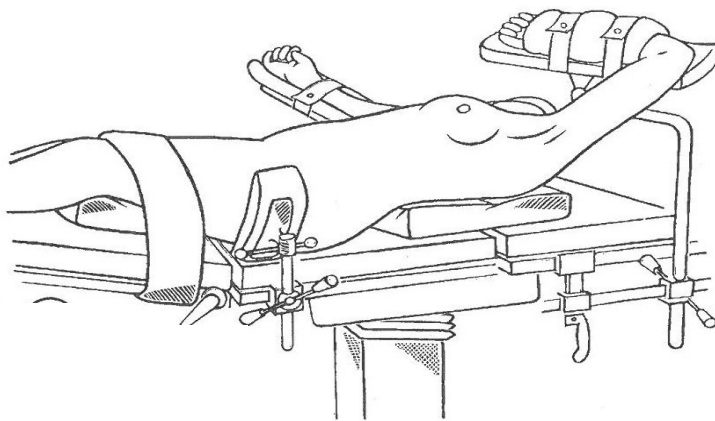
Obr. 1.4 Poloha pacienta na znak vhodná k laparotomii v dolní polovině břicha(2).



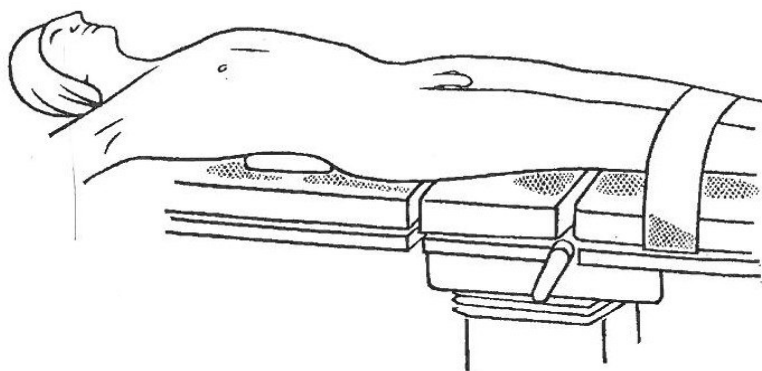
Obr. 1.5 poloha pacienta na znak v neúpné gynekologické poloze (2).



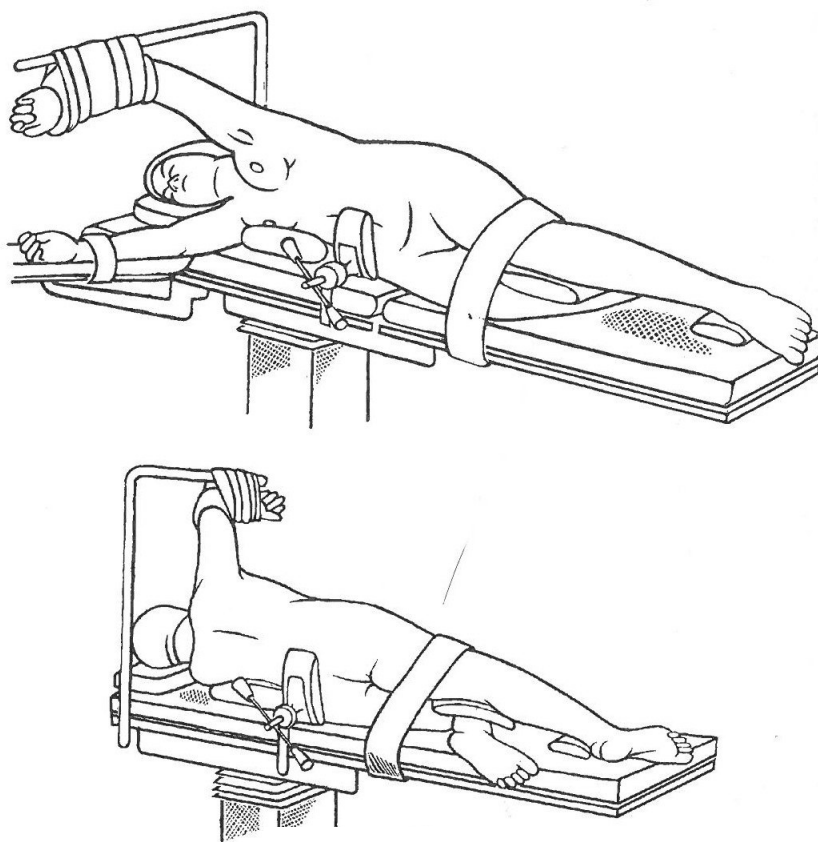
Obr. 1.6 poloha pacienta při transhiatální extirpaci jícnu (2).



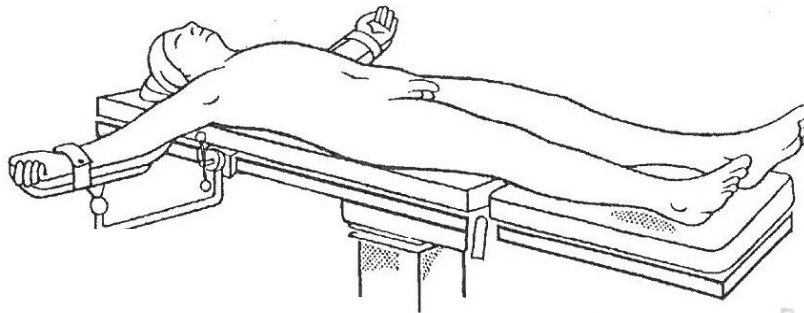
Obr. 1.7 Poloha pacienta vhodná torakofrenolaparotomii (2).



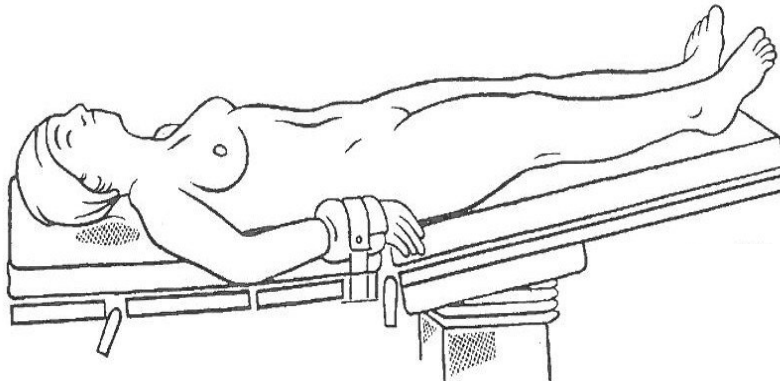
Obr. 1.8 Poloha pacienta na abdominální aortě (2).



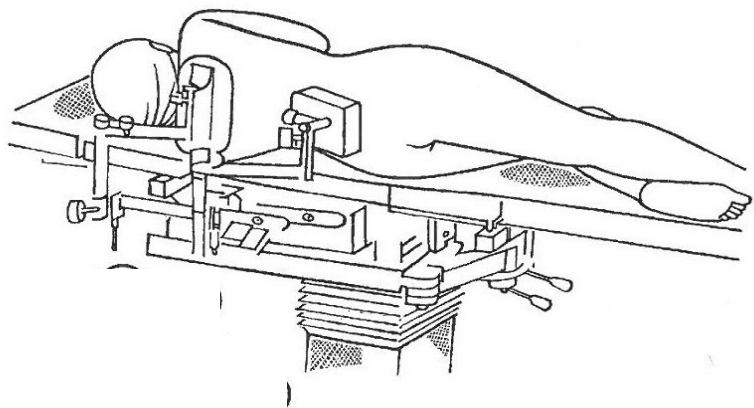
Obr. 1.9 Poloha pacienta při laterální torakotomii při pohledu zepředu 1. a zezadu 2 (2).



Obr. 1.10 Poloha pacienta při mediální sternotomii (2).



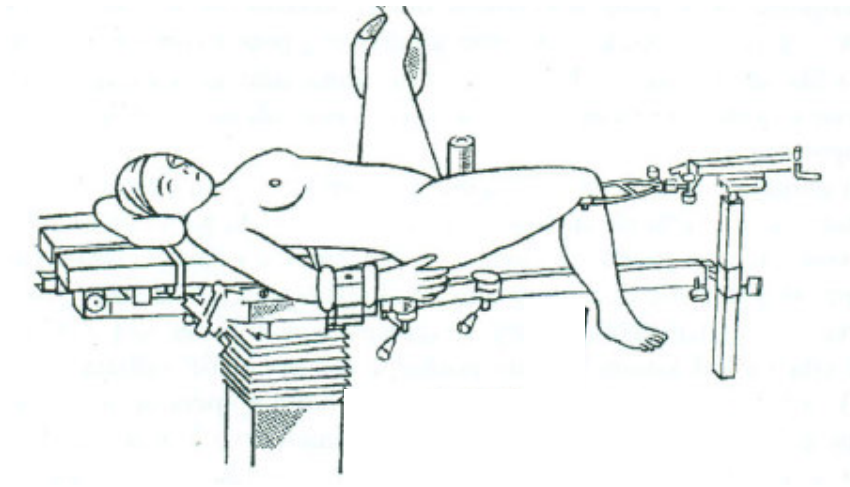
Obr. 1.11 Poloha pacienta při operaci varixů na dolní končetině (2).



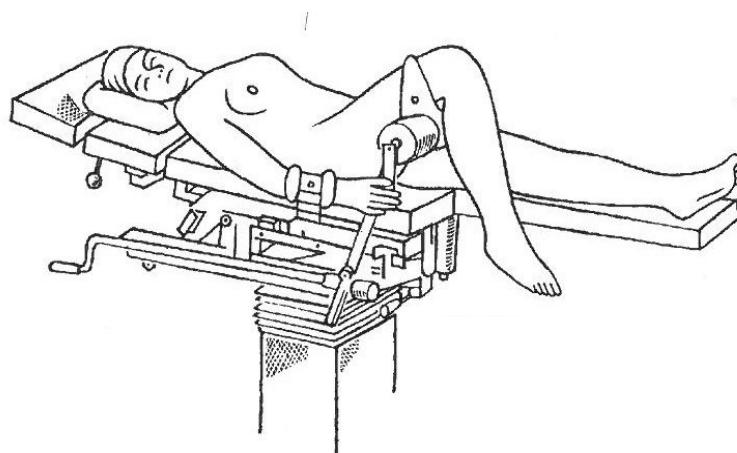
Obr. 1.12 Poloha pacienta na boku k implantaci kyčelní endoprotézy (2).



Obr. 1.13 Poloha pacienta při zlomeninách proximálního femuru (archiv TRAUM op. sály).



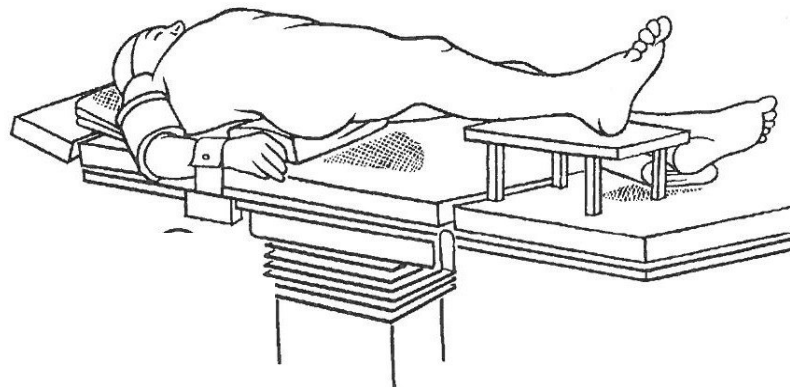
Obr. 1.14 Poloha pacienta při zlomeninách dialýzy femuru (2).



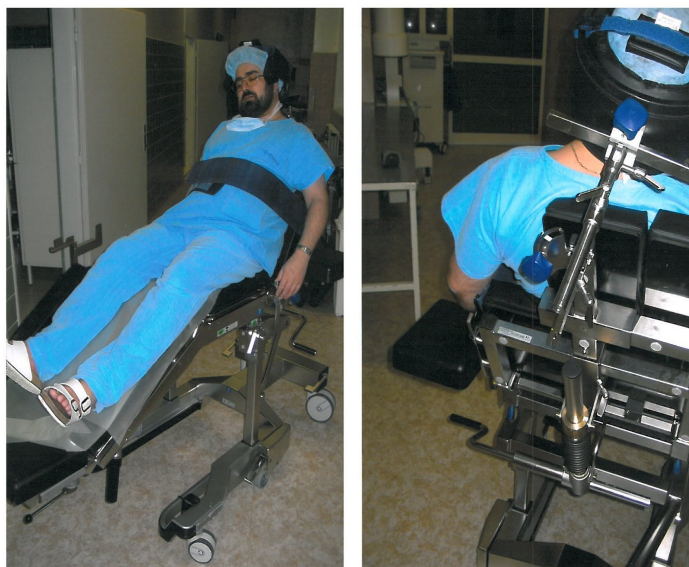
Obr. 1.15 Poloha pacienta při operaci kolenního kloubu (2).



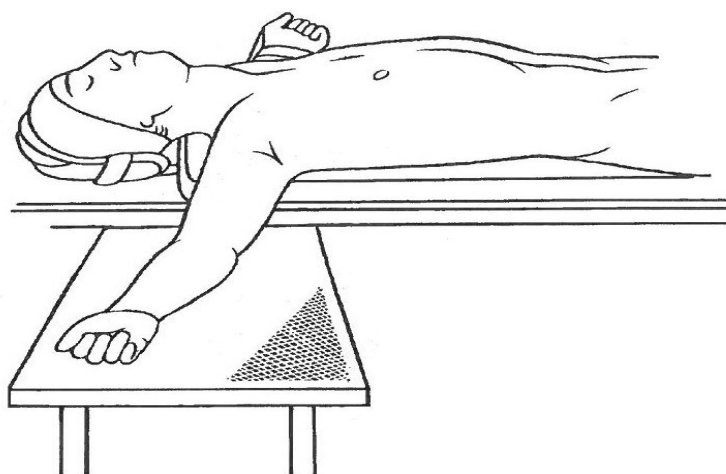
Obr. 1.16 Poloha pacienta při zlomenině bérce (archiv TRAUM op. sály).



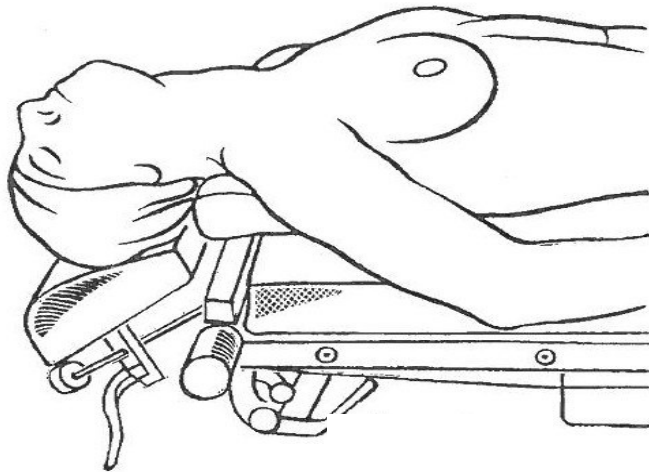
Obr. 1.17 Poloha pacienta při zlomenině kotníku (2).



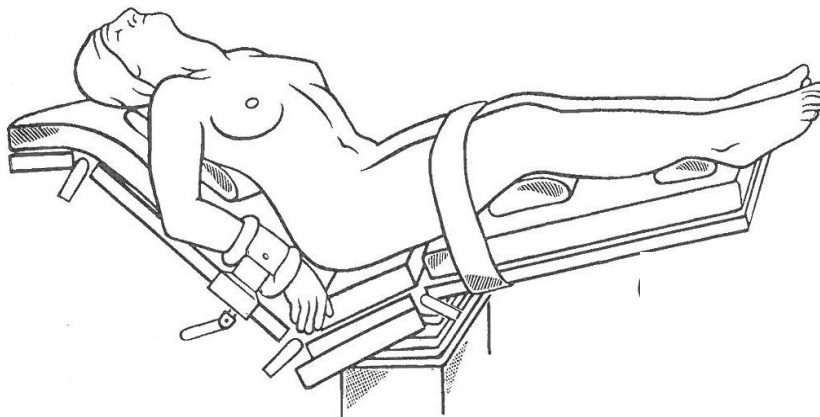
Obr. 1.18 Poloha pacienta při operaci ramenního kloubu, či proximální části humeru; nazývána poloha plážového lehátka (archiv TRAUM op. sály).



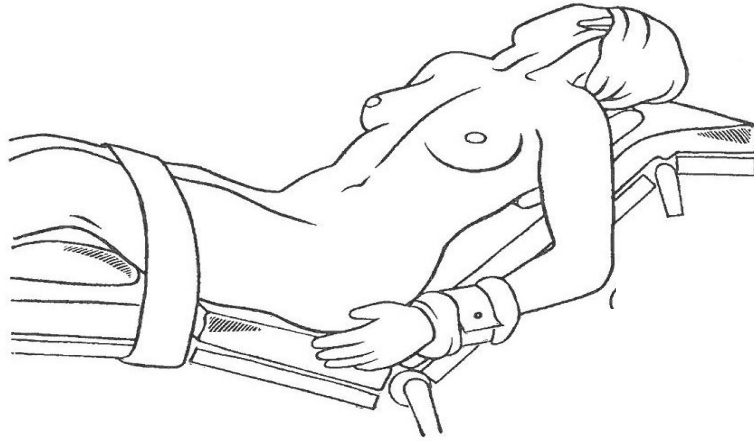
Obr. 1.19 Poloha pacienta při operaci na distální části předloktí (2).



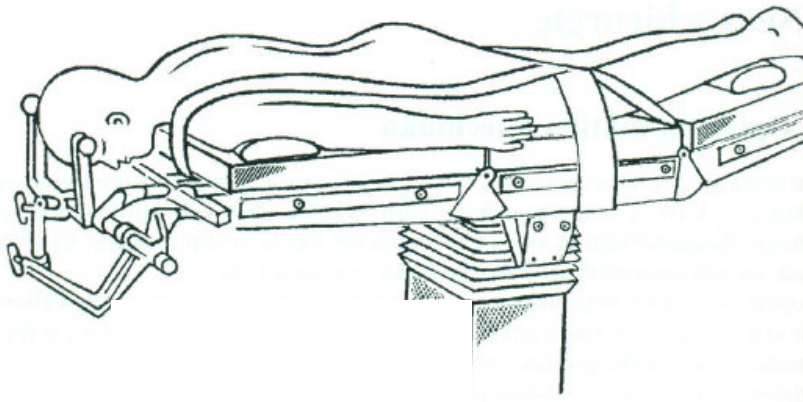
Obr 1.20 Poloha pacienta vhodná k tracheotomii (2).



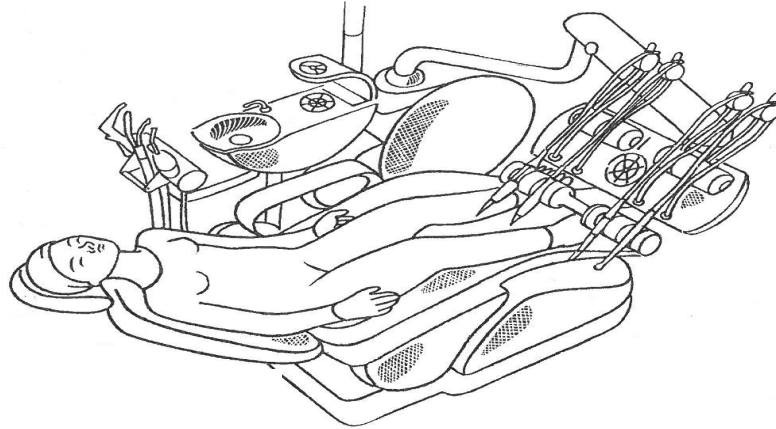
Obr. 1.21 Poloha pacienta vhodná k operaci strumy (2).



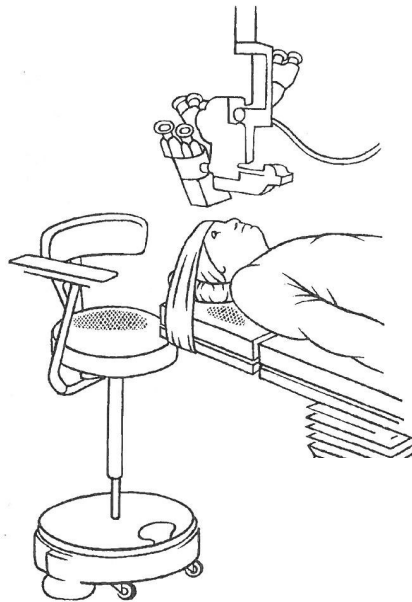
Obr. 1.22 Poloha pacienta vhodná k operaci jícnu (2).



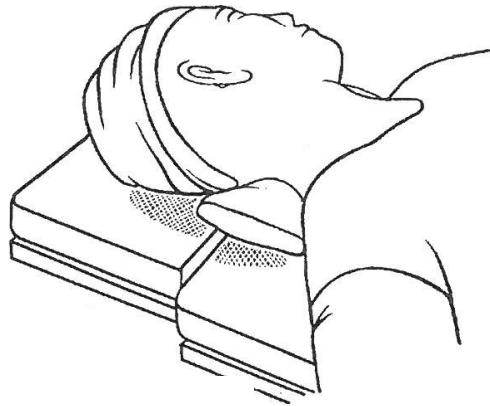
Obr. 1.23 Operační poloha concord (2).



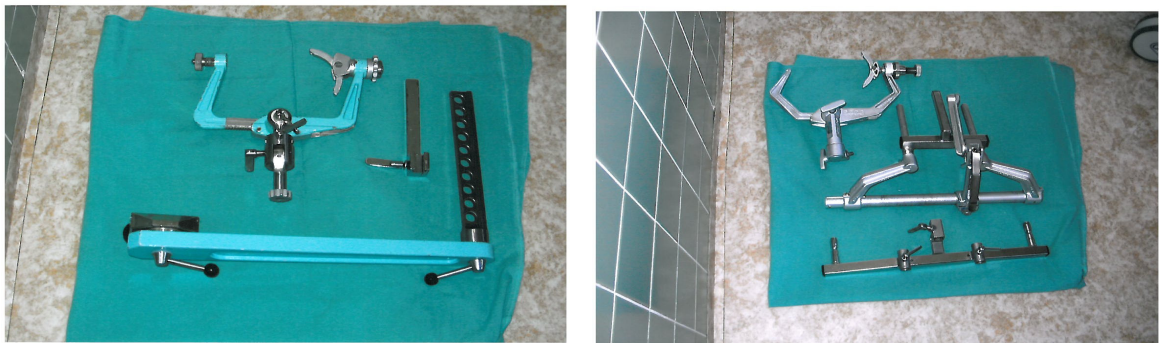
Obr. 1.24 Poloha pacienta při dentoveolárním výkonu (2).



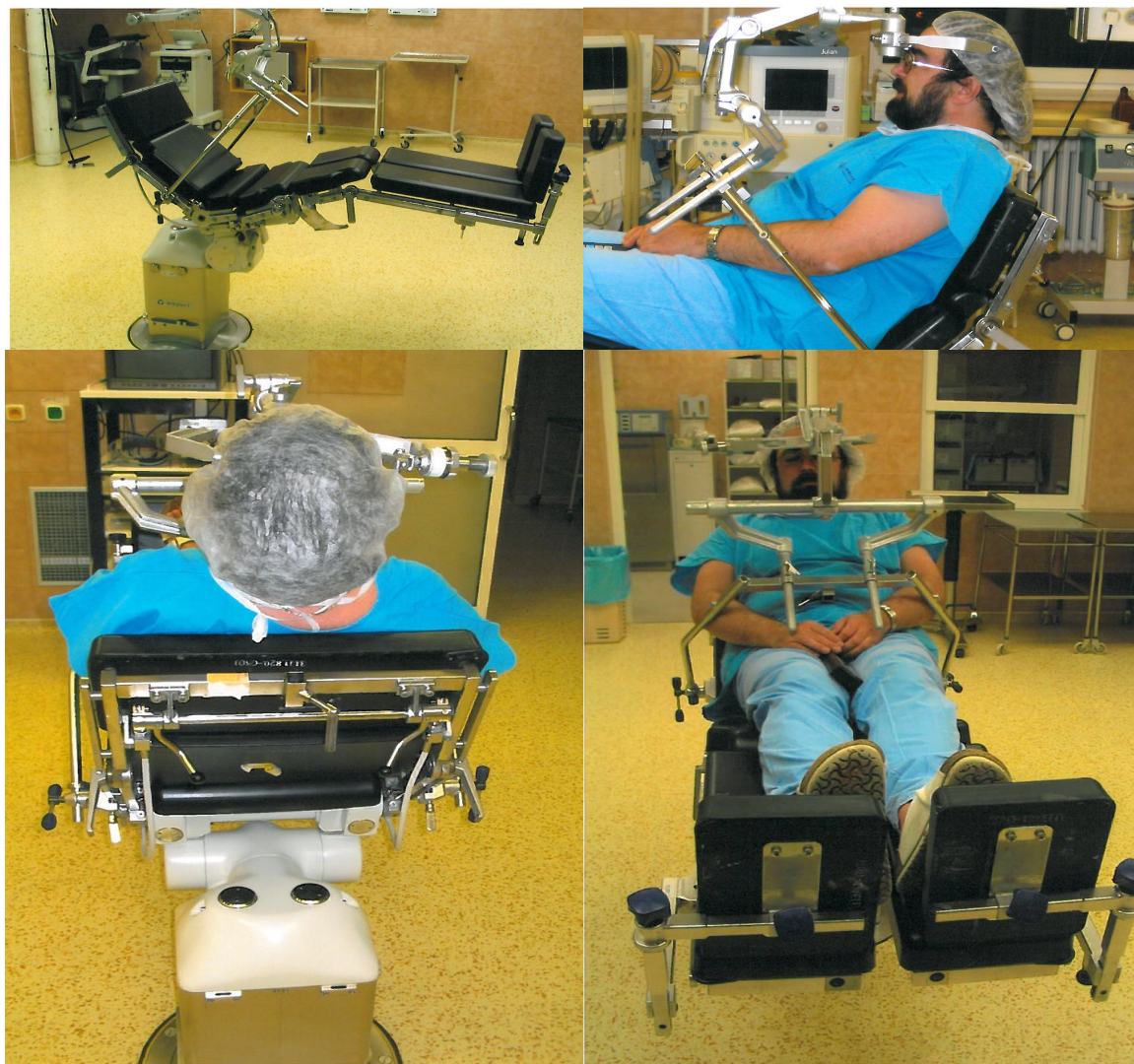
Obr. 1.25 Poloha pacienta při očních operacích (2).



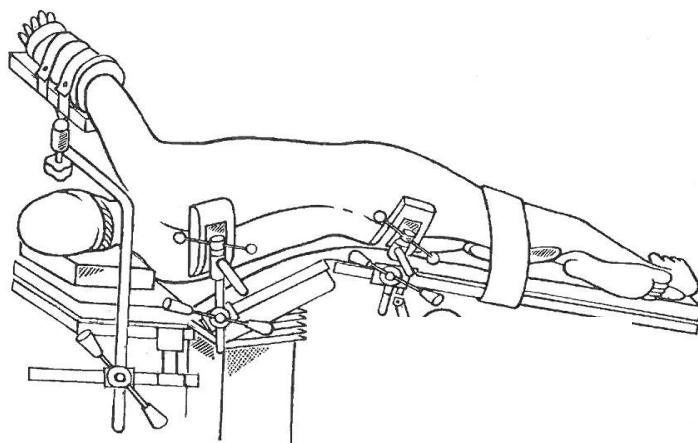
Obr. 1.26 Poloha pacienta při operaci na uších (2).



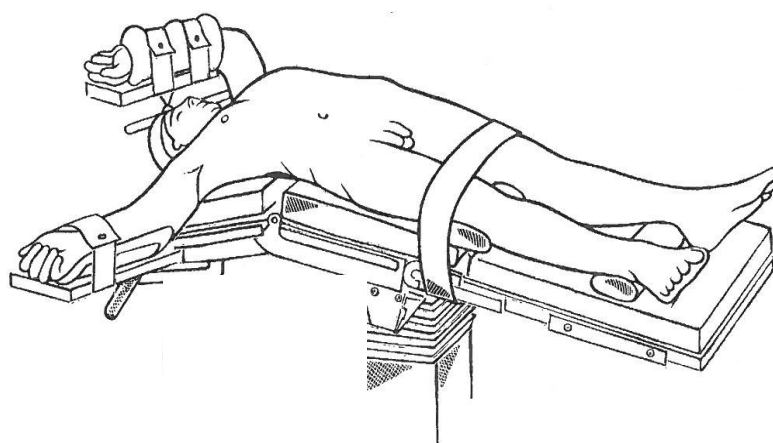
Obr. 1.27 Třibodová svorka (archiv NCHO op. sály).



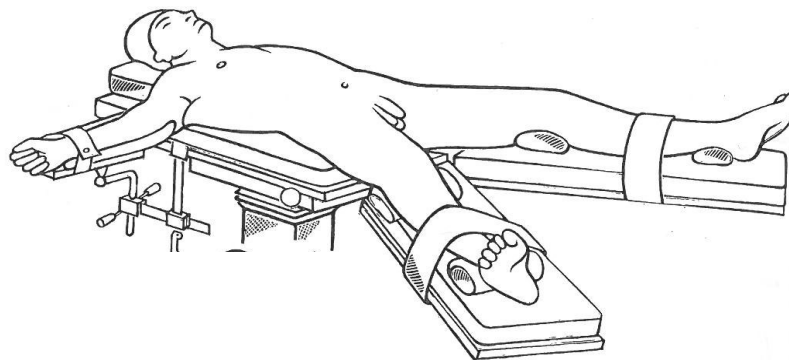
Obr. 1.28 Poloha pacienta při operaci zadní jámy v sedě (archiv NCHO op. sály).



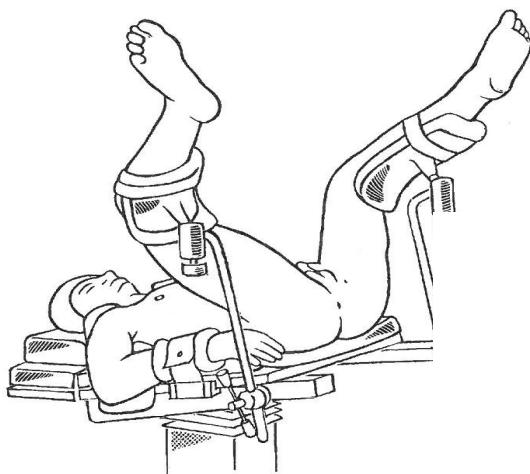
Obr. 1.29 Poloha pacienta při lumbotomii (2).



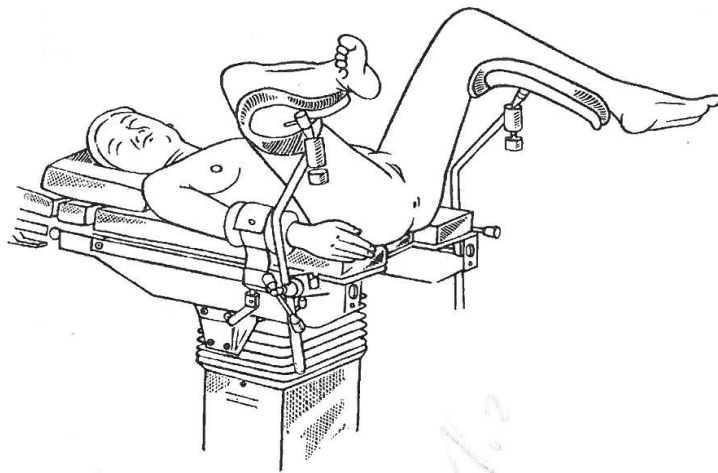
Obr. 1.30 Operační poloha pacienta při operačních výkonech v malé pánvy (2).



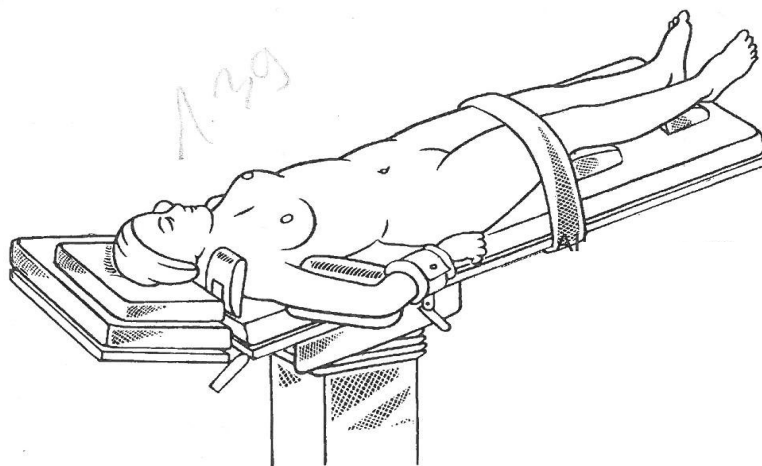
Obr. 1.31 Poloha pacienta při operaci v malé pánvy s roztaženými dolními končetinami (2).



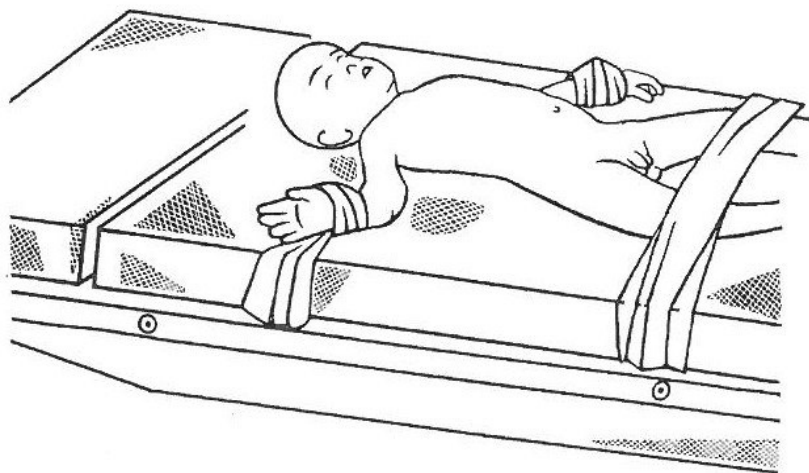
Obr. 1.32 Poloha pacienta při operaci uretry (2).



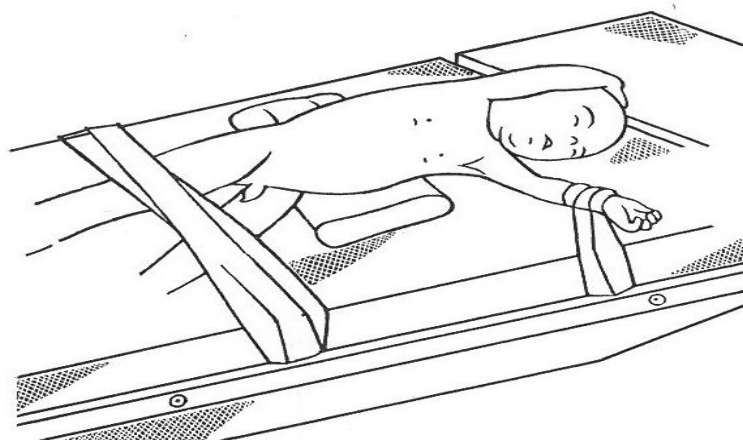
Obr. 1.33 Gynekologická poloha (2).



Obr. 1.34 Poloha pacienta při zaklonění do Trendelenburgovy polohy (2).



Obr. 1.35 Operační poloha dítěte na zádech (2).



Obr. 1.36 Operační poloha dítěte na boku (2).