

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**KONTINUITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE, POSKYTOVANÉ
METODOU OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU, MEZI
OPERAČNÍM SÁLEM a JIP Z POHLEDU PERIOPERAČNÍ
SESTRY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Chloubová Ivana

Autor práce:
Dana Zabranská

2010

THE CONTINUITY OF THE NURSING CARE PROCESS, BETWEEN THE OPERATING ROOM AND THE INTENSIVE CARE UNIT FROM THE PERIOPERATIVE NURSE POINT OF VIEW

If you look at the health care industry anywhere in the world, the biggest group of employees working in the health care industry consist of nurses. In this context, the highest number of errors occurring in the health industry is done by this group. 70% of incidents represent communication problems. These problems may create errors causing serious damages to the patient's health or even causing his death.

Handoff is a process that occurs whenever the responsibility for the patient care is transferred from one person to another. The aim of the process is to provide the next person/nurse with the most up-to-date, timely, accurate, complete and correct information about the care for the individual patient, about his treatment, current status, complications and also to share with the person the latest recommendations relevant to his care plan. Most unnecessary errors and other errors are caused by inadequate or improper communication between the members of the medical team, patients and their families.

Thanks to the nature of the operating room, focusing in on high-performance, organization and work, it is also highly prone to errors.

Professional health care team, which also includes perioperative care nurses, providing the patient with care, must utilize all available information and skills offered by various health care resources in order to achieve optimal results, to improve the patient's safety, as well as to improve the quality of the healthcare system.

The aim of this work is to determine whether perioperative care nurses transfer the necessary information about the patient needs over to nurses in the intensive care unit and to determine whether perioperative care nurses provide the applicable post-operative feedback about patients admitted to intensive care unit and lastly, to find out what nursing documentation is used while providing the perioperative care.

In order to establish these objectives, a quantitative research/survey has been selected and performed. The survey was done using the questionnaire method, together with the secondary data analysis. Questionnaires were distributed to 110 perioperative care nurses in the České Budějovice Hospital, the Písek Hospital and in the Na Homolce Hospital.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Kontinuita ošetrovatelské péče, poskytované metodou ošetrovatelského procesu, mezi operačním sálem a JIP z pohledu perioperační sestry“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použité literatury.

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

V Českých Budějovicích 16.7.2010

.....

Podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat Mgr. Ivaně Chloubové za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi ochotně poskytla během tvorby této práce. Dále děkuji perioperačním sestřám z Nemocnice České Budějovice a. s., Nemocnice Na Homolce Praha, Nemocnice Písek a.s., kteří se podíleli na realizaci výzkumné části bakalářské práce.

OBSAH	5
ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY	8
1.1 Ošetřovatelství	8
<i>1.1.1 Koncepce v ošetřovatelství</i>	8
<i>1.1.2 Obory ošetřovatelství</i>	9
1.2 Holismus a teorie všeobecných systémů	9
<i>1.2.1 Holistická péče</i>	10
1.3 Potřeby	11
<i>1.3.1 Maslowova hierarchie potřeb</i>	12
<i>1.3.2 Potřeby jedince v nemocnici</i>	13
<i>1.3.3 Uspokojování potřeb</i>	14
1.4 Všeobecná sestra	15
<i>1.4.1 Poslání všeobecné sestry</i>	15
<i>1.4.2 Role sestry</i>	16
<i>1.4.3 Sestra pro perioperační péči</i>	17
<i>1.4.4 Sestra specialista z JIP</i>	18
1.5 Ošetřovatelský proces	19
<i>1.5.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu</i>	20
<i>1.5.2 Výhody ošetřovatelského procesu</i>	21
<i>1.5.3 Fáze ošetřovatelského procesu</i>	22
1.6 Perioperační péče	24
<i>1.6.1 Předoperační fáze</i>	24
<i>1.6.2 Intraoperační fáze</i>	25
<i>1.6.3 Pooperační fáze</i>	26
1.7 Ošetřovatelská dokumentace	27
<i>1.7.1 Obsah ošetřovatelské dokumentace</i>	28
<i>1.7.2 Perioperační dokumentace</i>	30
1.8 Kvalita ošetřovatelské péče	31
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Hypotézy	33
3. METODIKA	34

3.1 Použitá metoda	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	34
4. VÝSLEDKY	36
5. DISKUZE	62
6. ZÁVĚR	66
7. SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ	67
8. KLÍČOVÁ SLOVA	71
9. PŘÍLOHY	72

ÚVOD

V souvislosti s novými trendy ve zdravotnictví, které přinesl vstup České republiky do Evropské Unie se změnilo nejen označení pro instrumentářku nebo sálovou sestru obecně, ale také obsah a náplň její práce. V moderním ošetřovatelství se klade důraz na aktivní poskytování ošetřovatelské péče založené na ošetřovatelském procesu. Multidisciplinární a interdisciplinární zdravotnický tým, jehož součástí jsou kvalifikované sestry pro perioperační péči, pečují o své pacienty komplexně a kontinuálně, přičemž uplatňuje holistický a individuální přístup k pacientovi.

Lublaňská deklarace o reformě systému zdravotní péče z r. 1996 definovala novou koncepci systému péče o zdraví populace v evropském pojetí jako veřejnou službu financovanou z veřejných prostředků. Důsledkem pak byl posun obsahu pojmu kvalita péče. Od tradičního pojetí kvality jako schopnosti poskytovat dobrou péči k novému pohledu na kvalitu jako schopnosti uspokojit potřeby uživatelů péče, a to současně při vzrůstající efektivitě poskytované péče a při snížení nákladů na ni vynaložených. Aby bylo možné dostat této vizi, začaly se v praxi používat nové systémy řízení a regulace, a to jak na národní i mezinárodní úrovni.

Součástí snahy o zlepšení kvality poskytované ošetřovatelské péče je zavádění a důsledné používání ošetřovatelského procesu v každém momentu péče poskytované pacientovi. Aby byl tento proces účinný je třeba zajistit jeho kontinuální pokračování během celého pobytu pacienta v nemocniční zařízení. Nástrojem pro zajištění jeho kvality je kromě zpětné vazby také kvalitně a smysluplně vedená ošetřovatelská dokumentace.

Pro zpracování této bakalářské práce jsem se rozhodla záměrně, na základě vlastních zkušeností, které jsem získala jako sestra pro perioperační péči na operačním sále. Během 16letého působení na operačním sále jsem si uvědomila, že jsem s pacienty zcela ztratila kontakt. Studium bakalářského programu „Všeobecná sestra“ mě opět přivedlo zpět k pacientovi a jeho potřebám. Začala jsem proto přemýšlet, jak bych mohla zlepšit péči o pacienta z pohledu perioperační sestry.

1. SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY

V minulosti při vzdělávání sester pro perioperační péči – instrumentárek byl kladen důraz na detailní znalost nástrojů, operačních postupů, ovládání sterilizační a přístrojové techniky a rozvíjení organizačních schopností sester. To však vedlo k odosobnění péče.

Moderní ošetrovatelství klade důraz na holistický přístup k člověku a jeho zdraví. Vidí klienta/pacienta jako bytost s bio – psycho – sociálními a spirituálními potřebami. (25)

Cílem ošetrovatelské péče poskytované multidisciplinárními a interdisciplinárními týmy je napomáhat tyto potřeby uspokojovat v co největší možné míře metodou ošetrovatelského procesu. Jestliže má být dosaženo celkové kvality péče o zdraví jedince, rodiny a společenství, je při poskytování zdravotní péče pak nutná spolupráce jednotlivých členů týmu, protože z hlediska odbornosti není možná profesní zastupitelnost. (14)

Dominantní potřeby na jedné úrovni se však v průběhu hospitalizace mohou měnit, také míra jejich uspokojení může být různá. Aktivní tvořivá sestra využívající kritické myšlení a vlastní vědomosti má a musí naplno využít možnosti, které jí ošetrovatelský proces jako aktivní, otevřený, flexibilní, dynamický systém se zpětnou vazbou nabízí. (10)

Jen tak může trvale napomáhat pacientovi v uspokojování jeho potřeb a zároveň dosáhnout zkvalitnění své práce. V tomto úsilí je jejím nepostradatelným pomocníkem kvalitní ošetrovatelská dokumentace. (10)

1.1 Ošetrovatelství

1.1.1 Koncepce ošetrovatelství

Moderní ošetrovatelství se jako samostatný a ucelený vědní obor na základě vědeckých znalostí orientuje na aktivní nalézání, plánovité a všestranné systematické naplňování nedostatečně saturovaných osobitých biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví. (26)

Ošetrovatelství dále pomáhá zdravému i nemocnému provádět aktivity, které utužují a podporují zdraví, nebo uzdravení, nebo pomáhají k pokojné smrti a jež by vykonával sám bez pomoci, pokud by měl nutnou sílu, vědomosti nebo vůli. Posláním

ošetřovatelství je také umožnit jedinci, rodinám i komunitám získat co nejdříve nezávislost a nabýt optimální biologický, psychický, duchovní a sociální stav v jednotě s prostředím, kde žijí a pracují. (4, 14)

Předmětem ošetřovatelství jsou vzájemné působení a příčinná podmíněnost mezi osobou (rodinou, komunitou), zdravím, prostředím a ošetřovatelskou činností. Cílem ošetřovatelství je systematicky pečovat o potřeby člověka, které se v různých životních a zdravotních situacích mění, předcházení nemocem a jejich komplikacím, utužení, posílení a obnovení zdraví jednotlivců, rodin a společenství, žijících ve společném sociálním prostředí, nebo majících podobné zdravotní potíže, i zmenšovat trýzeň nemocných, nebo zabezpečit pokojné umírání a důstojnou smrt. Ošetřovatelství jako obor tedy obsahuje preventivní, diagnostickou, terapeutickou a rehabilitační složku, v němž má každý člen zdravotnického týmu má svou nezastupitelnou úlohu. (11, 23, 26)

1.1.2 Obory ošetřovatelství

Různorodost a šíře činností, které ošetřovatelství poskytuje, vedla k nutnosti diferencovat ho na systém ošetřovatelských disciplín podle zaměření jednotlivých oblastí působnosti. Strukturu tohoto systému však nelze považovat za definitivní, protože ošetřovatelství jako proces i soubor činností pracující s člověkem a pro něj, bude vždy dynamickým systémem podléhajícím změnám v oblasti zdravotní péče, rozvoje medicíny i společnosti. (4)

Mezi aplikované obory ošetřovatelství patří i chirurgické ošetřovatelství, které je zaměřeno na komplexní péči ve všech chirurgických oborech na úseku operační i konzervativní péče; a intenzivní ošetřovatelství, které se zabývá teoretickými i praktickými aspekty péče o nemocné s hrozícím nebo již probíhajícím selháváním jednoho nebo více orgánů. (4)

1.2 Holismus a teorie všeobecných systémů

Tak jako ostatní vědecké obory má i ošetřovatelství filozofický základ, ze kterého vychází, a tím je holismus. Poprvé tento termín užil ve své knize *Holismus a evoluce* (1926) Jan Christian Smust, jihoafrický státník. (13)

Holistická teorie říká, že celek je větší a významnější než suma jeho částí. Části kteréhokoliv celku nemohou existovat ani být pochopeny leda ve vztahu k celku. Všechny vlastnosti daného systému nemohou být určeny, stanoveny nebo vysvětleny jako úhrn skladebných částí. Systém jako celek determinuje způsob, jak se chovají jeho části. (10)

Podle teorie všeobecných systémů je systém sumou identifikovatelných částí. Jednotlivé části celku spolu souvisí, vzájemně na sebe působí, podmiňují se, a proto porucha jedné části vede k poruše části jiné a také poruchou jakékoli části systému může dojít k poruše celého celku. (10, 25)

1.2.1 Holistická péče

Při poskytování holistické péče je třeba chápat a přistupovat k člověku, příjemci péče, jehož potřeby mohou být onemocněním nebo jinou životní situací změněny, s respektem k jeho individualitě a jako k jedinečnému organizovanému a integrovanému celku, ne jako k sumě dílčích částí a procesů. Jeho biologické, psychologické, sociální a duchovní složky považujeme za systémy s hierarchickými podsystémy, uspořádané určitým způsobem, které spolu vzájemně souvisí a podmiňují se. Člověk je také flexibilním otevřeným systémem, jehož prožívání zdraví a nemoci ovlivňují různí činitelé a který je v aktivní interakci s prostředím vzájemným přizpůsobováním se, v zájmu dosažení dynamické rovnováhy. (4)

Za prostředí považujeme vnitřní i vnější okolí člověka. Proces přizpůsobení se změnám prostředí však předpokládá nutnost zachování integrity osobnosti. (10)

Moderní, na pacienta zaměřená ošetrovatelská péče vycházející z filozofie holismu, je v době zdraví i nemoci u všech věkových skupin zárukou zajištění komplexní individualizované ošetrovatelské péče, která je orientována na výchovu ke zdraví, prevenci chorob, udržení, navrácení a dosažení nejvyšší a nejrychlejší možné míry fyzické, psychické, spirituální, sociální, intelektuální a enviromentální rovnováhy, ne jen na výkon nebo na odstranění nemoci, jako poruchy tělesné části či funkce. (4,13, 22)

Holistická ošetrovatelská péče pomáhá příjemcům přebírat zodpovědnost za své zdraví procesem aktivní účasti a rozhodování. (13, 22, 23)

1.3 Potřeby

Potřeba je životně nezbytná, užitečná pro život jedince a jeho vývoj a růst jako dynamického celku, avšak její dlouhodobé nenaplnění se odráží na somatickém, psychickém, sociálním i duchovním stavu jedince. Potřebou rozumíme stav organismu charakterizovaný napětím – hybnou silou vzniklou z nedostatku nebo přebytku - směřující k obnovení homeostázy, tj. vyrovnaní deficitu nebo přebytku. Stav napětí je vnímán jako nepříjemný, snahou jedince je tedy tento zmenšit nebo úplně odstranit. Člověk jako biologická a společenská bytost tak přirozeně usiluje o co nejmenší nerovnováhu a tím i napětí, a zároveň o co nejlepší osobní kvalitu života a jeho smysluplnost. (22)

Potřeba je předmětná tj. je potřebou něčeho, požadavkem mířícím k člověku nebo od něj, a vzniká a vztahuje se k něčemu v prostředí. (25)

Potřeby jsou dynamické, modifikují se a vyvíjejí kvantitativně i kvalitativně. V průběhu motivačního procesu dostává potřeba pro jedince nový hodnotový a emocionální význam. Jednotlivé potřeby jsou ve vzájemné interakci, saturace jedné potřeby ovlivňuje uspokojení jiné. (22)

Každá potřeba je výrazem celého jedince, jako organizovaného a integrovaného bio-psycho-sociálního a duchovního celku. Protože je každý člověk jedinečnou bio-psycho-sociální a duchovní bytostí, je působení potřeb a z nich vyplývajících motivů na lidské chování velmi rozmanité. Tytéž pohnutky mohou vést k různému projevu, ale také i různorodé motivy mohou vést k podobnému jednání. Potřeby se vyvíjejí na základě osobních zkušeností a přejímáním hotových motivačních vzorců. (22)

Motiv aktivizuje a usměrňuje účelné jednání a chování jedince k saturaci potřeby, dosažení cíle, k obnovení rovnováhy, dosažení optimální kvality života, prostřednictvím konkrétního vzorce operantní činnosti. Prostřednictvím této aktivity, která nutí jedince k vyhledávání určité podmínky nezbytné pro život, případně vybízí k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá, dochází k uspokojení potřeb. (22, 25)

K naplnění potřeb může dojít žádoucím nebo nežádoucím způsobem. Za žádoucí se pokládá ten, který nepoškozuje bio-psycho-sociální a duchovní zdraví a je v souladu s etickými, sociokulturními a právními normami. (25)

Potřeby se mohou naplnit zcela, částečně, nebo se neuspokojí vůbec. Pokud zůstávají potřeby nenaplněny, dochází k frustraci. Dlouhodobý pocit frustrace může vyústit

v nemoc. Jestliže frustrace pokračuje, přechází do deprivace. S pokračující deprivací dochází k poklesu příslušné operantní činnosti. Rovněž ztráta naděje na získání cíle nebo nahrazení frustrované aktivity náhradním cílem může být příčinou poklesu této cílené operantní činnosti. (22)

1.3.1 Maslowova hierarchie potřeb

Americký psycholog, představitel humanistické psychologie, Abraham Harold Maslow, vypracoval ve 40. letech 20. století teorii motivace jedince vycházející z komplexního pojetí potřeb. Maslow předpokládá, že zdrojem motivace jsou potřeby. V jeho modelu jsou potřeby hierarchicky rozříděné podle jejich vývojové závislosti. Podstata lidských potřeb je biologicky určena, má však také i vrozenou schopnost růstu a je utvářena vnějšími okolnostmi. Motivace provází člověka po celý život a člověk se vytrvale snaží svým chováním a jednáním saturovat svoje potřeby na všech úrovních. Maslow rozděluje potřeby do 5 úrovní podle jejich významu pro přežití na primární, nižší, deficitní, které vycházejí z nedostatku; a vyšší, sekundární, zajišťující duševní pohodu; a nejvyšší, potřeby sebeaktualizace, napomáhající růstu a rozvoji osobnosti. Podle této teorie musíme nejprve uspokojit potřeby na nižší úrovni, abychom mohli uspokojit potřeby, které se nachází na vyšší úrovni. Potřeby na nižší úrovni, které by nezůstaly naplněné vždy zvítězí nad nenaplněnými potřebami vyšší úrovně. Někdy ale může dojít k tomu, že se převládající potřeby na jedné úrovni mohou v různých obdobích života a v daném čase měnit. Maslow upozorňuje, že každý jedinec má v hierarchickém systému potřeb vlastní systém motivů. Jestliže je jedna potřeba uspokojena nastupuje na její místo jiná. Saturace potřeb je dynamický proces, který umožňuje vrátit se na kteroukoli úroveň. (10, 22, 25)

Fyziologické potřeby jsou základnou Maslowovy hierarchie potřeb. Vyjadřují potřeby organismu, umožňují přežití jedince. Pokud dojde k jejich aktualizaci při poruše homeostázy, stávají se určujícími a mají vliv na celkové chování a jednání jedince. Patří sem potřeby vody, vzduchu, potravy, elektrolytové rovnováhy, vylučování, spánku a odpočinku, udržování termoregulace, sensorické stimulace, pohybu, čistoty, nepřítomnost bolesti, sexu, kyslíku. (10, 22, 25)

Potřeba jistoty a bezpečí má dvě složky - být v bezpečí (fyzická) a cítit se v bezpečí (psychologická). Je vymezena jako snaha vyvarovat se neznámých, neobvyklých, nebezpečných podnětů; a vystihuje přání vyhledávat řád, strukturu, zákon, bezpečí,

jistotu, důvěru, spolehlivost, stabilitu, oproštění od strachu, úzkosti, chaosu, zajištění ochrany, přístřeší a ekonomické stability, vyhledávání známých lidí, prostředí, jistého zaměstnání. (22)

Potřeby lásky a sounáležitosti, ve smyslu přijímání i dávání, mají sociální rys, jejich úkolem je umožnit přežití člověka jako druhu. Tyto potřeby se objevují v situacích osamocení a opuštění. Patří sem potřeby milovat a být milován, někam a někomu patřit, mít rodinu, mít místo ve skupině, pocit sounáležitosti s ní, být akceptovaný, být sociálně integrován, mít pozitivní citovou odpověď. (22, 25)

Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty se skládá ze dvou složek: mít úctu, uznání, respekt a ocenění, postavení, prestiž od jiných lidí, oceněním druhých si jedinec potvrzuje vlastní hodnotu; a přání být svobodný, silný, nezávislý na mínění jiných lidí, úspěšný, kompetentní, sebejistý. Sebeúcta se vyvíjí pod vlivem sociálního hodnocení a sebehodnocení. Patří sem potřeby nezávislosti, odpovědnosti, zdravé sebekoncepce a sebeúcty, kladného postoje a respektu k sobě, dobrého výkonu, sebekontroly, sebeprosazení, uznání, respektu, dobré pověsti, důvěry, ocenění ze strany jiných, prestiž a postavení uvnitř sociální skupiny. (22, 25)

Potřeby seberealizace se projevují touhou směřovat k pravdě, lásce a dobru. Člověk poznává všechny své možnosti a schopnosti. Do této skupiny patří ještě potřeby poznávací – potřeba objevovat, poznávat, porozumět, vědět; a potřeby estetické - symetrie, krásy, tvorby. (10)

Maslowovu hierarchii potřeb můžeme považovat určitý soubor typických lidských potřeb a motivů, které determinují lidské jednání a chování. (14)

1.3.2 Potřeby jedince v nemoci

Protože jsou lidé považováni za dynamické systémy, mění a vyvíjejí se i jejich potřeby. V náročné životní situaci jakou je nemoc, úraz nebo hospitalizace se preference a tím i hierarchie pacientových potřeb může změnit, protože se změní faktory, které potřeby ovlivňují. Po zvážení všech faktorů majících vliv na saturaci potřeb a dané situace, může sestra pomoci pacientovi uspokojit potřeby okamžitě, nebo postupuje od jedné potřeby k druhé, nebo uspokojuje v delším časovém úseku jen jednu potřebu. Potřeba ohrožující život má vždy nejvyšší prioritu v hierarchii. Vědomosti o lidských potřebách tak pomáhají všeobecné sestře rozumět sobě sama i chápat a rozumět

potřebám a chování jiných, a tak lépe uspokojovat své potřeby i potřeby druhých. Teoretické znalosti o potřebách jedince jsou základem pro ošetrovatelský proces a ošetrovatelskou praxi, pro pochopení příčin jednání, chování a pro stanovení životních priorit jednotlivce, rodiny nebo komunity.

Sestra musí sebrat co nejvíce informací o způsobu života pacienta, o jeho rolích, požadavcích na soukromí a soběstačnost, souvisejících faktorech a situacích, tak, aby pomohly jedinci dosáhnout vysoké úrovně blaha, a oni tak mohli docílit naplnění maximálního potenciálu tělesných a psychických činností a duchovních hodnot. (10, 14, 20, 22)

1.3.3 Uspokojování potřeb

Sestra pomocí získaných dat objektivně vyhodnocuje zda pacientova schopnost vnímat, signalizovat a uspokojovat potřeby je funkční; pomáhá pacientovi pochopit, co se s ním děje, stanovit skutečný nebo potenciální problém, vyjádřený příznaky, přiřadit mu prioritu řešení; identifikovat příčiny vedoucí ke vzniku problému, objektivně zhodnotit okolnosti a situace s tímto problémem související, formulovat cíle a výsledná kritéria péče; a naplánovat vhodné a účinné ošetrovatelské zásahy, které by vedly k uspokojení potřeby. Sestra přitom spolupracuje nejen s ostatními členy týmu a pacientem, ale i se členy rodiny, blízkými a komunitou, ve které pacient žije, protože i je choroba ovlivňuje. (10)

Cílem péče je umožnit pacientovi získat co nejvyšší možnou samostatnost v uspokojování potřeb, převzít aktivní odpovědnost za své rozhodnutí a za své zdraví a podpořit pacienta v seberealizaci, dosáhnout co nejlepší kvality jeho života ve všech dimenzích, při respektování pacientovy jedinečnosti. Optimální kvalitu života má ten pacient, jehož potřeby byly v co nejvyšší možné míře naplněny v oblasti aktuálního zdravotního stavu, individuální funkční normy, kompetentnosti jedince, autonomie a autentičnosti s přihlédnutím k socio-kulturním poměrům a ekonomické situaci. Na hodnocení kvality života má vliv stav fyzické a psychické pohody, schopnost pohybu, úroveň sebepečce, pozitivní emoční vazba, podílení se na rozhodování na základě dostatečných informací v rámci svojí kompetence, prožívání a hodnocení smysluplnosti života. (10, 14, 22)

Při poskytování nedirektivní holistické ošetrovatelské péče vždy klade sestra důraz na pacienta a jeho práva, na jeho jedinečnost, pomáhá mu s adaptací na neznámé prostředí a podporuje ho. (4, 12)

1.4 Všeobecná sestra

Všeobecná sestra je osoba, která získala odbornou kvalifikaci podle zákona č. 96/2004 Sb. Tento zákon upravuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. (32)

1.4.1 Poslání všeobecné sestry

Všeobecná sestra, jako poskytovatelka ošetrovatelské péče, zaměřené na jedince jako celek a na uspokojování individuálních biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb, vstupuje do aktivní oboustranné interakce s příjemcem péče, který se nachází v určitém stavu zdraví a v určitém prostředí. Tento vztah musí být demokraticky kooperativní, aby byla dosažena nejvyšší možná úroveň potenciálu jedince. (23)

Primárním posláním všeobecné sestry je věnovat se odpovědně lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči, respektovat jejich autonomii, stupeň sebepoznání, práva, přání, pohled na zdraví i vnímání potřeby péče. Sestra pečuje o nemocné, tělesně a duševně handicapované osoby ve všech věkových kategoriích v ústavní i terénní péči. Dále se účastní práce zdravotnického týmu a samostatně realizuje ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu. Všeobecná sestra školí a vede pomocný ošetrovatelský personál a dohlíží na vykonávanou práci a aktivně se zapojuje do výzkumu a poznatky aplikuje v praxi. (19)

Každá sestra nese zodpovědnost za přímé poskytování ošetrovatelské péče, kterou samostatně vykonává, a za svou odbornou úroveň a způsob dalšího vzdělávání. (14)

1.4.2 Role sestry

Role je očekávané chování jedince, které souvisí s jeho postavením ve společnosti. Všeobecné sestry plní ve své praxi čtyři role, a to autonomní, kooperativní, výzkumná

a rozvojová a koordinační a řídicí. Tyto role by měly být součástí popisu pracovní náplně všeobecných sester ve všech zdravotnických zařízeních. (11)

Mezi znaky, které roli sestry charakterizují patří ohleduplnost, laskavost, individuální přístup k pacientovi, a holistický přístup k rodině i společnosti. (10)

Autonomní role

Autonomní role zahrnuje tyto činnosti: diagnostika ošetrovatelských problémů v oblasti lidských potřeb jedince, znalost a zručnost v užívání ošetrovatelské terminologie a diagnostických pojmů, samostatné vytváření ošetrovatelských plánů péče, které však nejsou v rozporu s ordinovanou léčbou, vedení denních záznamů o realizované ošetrovatelské péči, vyhotovování ošetrovatelských propouštěcích a překladačových zpráv, preventivní opatření k zabránění vzniku ošetrovatelských problémů a deficitu ve zdraví, poskytování informací a edukace v rámci svých profesních kompetencí. Dále je autonomní role sestry charakterizována také podporou jedinců a jejich rodin a blízkých v krizových situacích a při změně stavu zdraví pacienta, včetně doprovázení při umírání. (11)

Kooperativní role

Při plnění této role sestra efektivně komunikuje a spolupracuje s rodinou i blízkými osobami pacienta a se členy multidisciplinárního zdravotnického týmu při předávání informací o pacientovi, aktivně se zapojuje do účelné diskuze při hledání týmového postupu v ošetrovatelské praxi, respektuje role ostatních členů interdisciplinárního a multidisciplinárního týmu, je si vědoma a respektuje vlastní ošetrovatelské kompetence a nepřekračuje je. (11)

Výzkumná a rozvojová role

Při plnění této role sestra ve své praxi využívá nové poznatky oboru ošetrovatelství a výsledků výzkumu pomocí principu Evidence Based Nursing, kontinuálně se vzdělává, využívá a přispívá ke vzniku elektronických databází ošetrovatelství a terminologie ošetrovatelství i příbuzných oborů, spolupracuje nebo vede výzkumné projekty, účastní se na tvorbě standardů ošetrovatelské péče a na vývoji formulářů ošetrovatelské dokumentace. (11)

Koordinační a řídicí role

V roli primární sestry nebo case managera koordinuje všeobecná sestra ve prospěch pacienta práci ošetřovatelského týmu, který je složen z přidružených nebo skupinových sester, zdravotnických asistentů, ošetřovatelek. Dále sleduje účinnost ošetřovatelských intervencí a činností u pacientů své primární skupiny, řídí a účastní se ošetřovatelských auditů. Hodnotí, řídí a podílí se na vzdělávání podřízených pracovníků. (11)

1.4.3 Sestra pro perioperační péči

Sestra pro perioperační péči je odborný zdravotnický pracovník, který poskytuje pacientovi bezprostřední předoperační, intraoperační a pooperační ošetřovatelskou péči. (1)

Podle § 50 vyhlášky č. 424/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 48 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Přitom zejména:

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. provádí specializované sterilizační a dezinfekční postupy,
3. zajišťuje manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
4. provádí antisepsi operačního pole u pacientů,
5. provádí ve spolupráci s lékařem – operátorem před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťuje stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a pooperačním výkonu, včetně prevence z imobilizace,
2. provádí zarouškování pacientů,
3. instrumentuje při operačních výkonech. vyhláška (30)

Sestry pro operační péči zastávají na operačním sále dvě role, a to instrumentářky - sterilní sestry a pomocné, obíhající sestry. Instrumentářka sterilně připravuje sterilně instrumentační stolky, pomáhá při rouškování pacienta a oblékání

operační skupiny. Včas podává potřebné nástroje a ostatní pomůcky operatérovi a někdy se také na asistenci podílí. asistentovi. Instrumentářka je povinna po každém operačním výkonu zkontrolovat počet longet, břišních roušek a operačních nástrojů, tampónů a jehel a hlásit jejich souhlas operatérovi. (3, 10)

Obíhající sestra pomáhá v práci operačnímu týmu, pomáhá při polohování pacienta na operačním stole, operatérovi, instrumentářce a asistentovi pomáhá při oblékání sterilních plášťů, doplňuje ve spolupráci s instrumentářkou sterilní materiál, připravuje odebrané vzorky na transport do laboratoří, podílí se na počítání operačních roušek a longet, a tvoří spojovací článek mezi operační skupinou a okolím. (3, 10)

1.4.4 Sestra specialista JIP

Sestra pro intenzivní péči vykonává činnosti podle § 48 při péči o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména:

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. sleduje a analyzuje údaje o zdravotním stavu, zejména fyziologické funkce, hodnotí závažnost stavu a provádí kardiopulmonální resuscitaci s použitím dostupného technického vybavení,
2. pečuje o dýchací cesty pacientů se zajištěnými dýchacími cestami i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,
3. sleduje funkčnost speciální přístrojové techniky a zajišťuje její stálou připravenost,
4. provádí defibrilaci srdce elektrickým výbojem;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádí měření a analýzu fyziologických funkcí specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
2. provádí katetrizaci močového měchýře mužů,
3. zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům v bezvědomí starším 10 let,
4. provádí výplach žaludku i u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami starších 10 let;

c) pod odborným dohledem lékaře

1. provádí zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami,

2. provádí endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo s tracheostomií, předchází případným komplikacím, rozpoznává je a řeší,

3. aplikuje transfuzní přípravky a krevní deriváty;

d) pod přímým vedením lékaře

1. provádí punkci arterií, zejména arterie radialis a arterie femoralis, k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku,

2. provádí extubaci tracheální rourky. (30)

1.5 Ošetrovatelský proces

Před uvedením ošetrovatelského procesu do ošetrovatelské praxe byla péče, kterou všeobecné sestry poskytovaly nezávisle na lékaři, zaměřená spíše biomedicínsky – na chorobu a její léčbu, než na naplnění individuálních potřeb příjemce péče. Poskytovaná ošetrovatelská péče se neřídila vědeckými základy a přístupem, ale spíše intuicí a předávanými zkušenostmi. Holistický přístup k příjemci ošetrovatelské péče, který vidí jedince jako celek, na nějž má vliv řada faktorů ovlivňujících jeho prožívání zdraví a nemoci, včetně sociálního a ekologicky pojatého prostředí, které nás obklopuje. Tento přístup k příjemcům péče si v kontextu moderního ošetrovatelství vynutil plánovanou a organizovanou změnu myšlení, organizace práce a přístupu. Takovou změnou bylo v r. 1973 zavedení ošetrovatelského procesu jako standardu ošetrovatelské praxe do ošetrovatelské péče. Pojem ošetrovatelský proces poprvé použila už v r. 1955. (10, 23)

Ošetrovatelský proces je vědecká analyticko – syntetická metoda identifikace a řešení určitého problému, který může řešit všeobecná sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče, s předem stanoveným cílem a očekávanými výsledky, zacílený na změnu zdravotního stavu příjemce péče a jeho odpověď na onemocnění. Ošetrovatelský proces, jako způsob práce sester v péči o člověka, je také systémovou teorií aplikovanou na postup, myšlenkovým algoritmem používaným při shromažďování a analýze údajů o příjemci péče, při určení skutečných nebo potenciálních problémů péče o zdraví, při plánování uspokojování zjištěných potřeb, při realizaci specifických aktivit, konaných k uspokojení potřeb a při hodnocení efektu poskytované péče. (10, 12, 14, 23)

Efektivně a zodpovědně vedený ošetrovatelský proces poskytovaný paralelně s medicínským procesem, je zacílen na prevenci, odstranění nebo zmírnění

ošetřovatelských problémů v oblasti individuálních potřeb jedince, rodiny a komunity a je zárukou pro poskytování individualizované, komplexní a kontinuální péče zacílené na pacientovu reakci na onemocnění.

Skládá se ze série plánovaných, vzájemně propojených činností nebo operací, které jsou iniciativně a aktivně nabízeny a prováděny všeobecnou sestrou při znalosti ošetřovatelských problémů konkrétního příjemce péče a v jeho prospěch, za spolupráce jeho i jeho blízkých, s cílem dosáhnout uspokojení individuálních potřeb a dosažení co možná nejvyšší kvality života nebo pokojné smrti, a ze zpětné vazby. (23, 26)

1.5.1 Charakteristika ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces teoreticky vychází ze znalostí především medicínských a humanitních oborů. Sestra musí integrovat poznatky z mnoha oblastí s cílem poskytovat komplexní péči, která je orientována na splnění celkových potřeb pacienta. Ošetřovatelský proces je syntézou tří dimenzí: vědomostí - proč určitou činnost děláme, dovedností - víme, jak konkrétní činnost dělat, a schopností a ochotou starat se o někoho. (23)

Ošetřovatelský proces je dynamický, tak, aby mohl reagovat na měnící se potřeby pacienta. Je cyklický - probíhá v čase a všechny jeho fáze se navzájem překrývají, jeho jednotlivé subprocessy následují za sebou v logickém pořadí, ale zároveň jsou jednotlivé fáze na sobě závislé, prolínají a ve spirále opakují, a tak vytváří neustálý koloběh jednání a myšlení; je interaktivní, protože zahrnuje vzájemné mezilidské vztahy mezi sestrou a pacientem, rodinou, podporujícími osobami a dalšími členy zdravotnického týmu. (10)

Ošetřovatelský proces je systémem flexibilním, tj. může být efektivně použit v jakékoliv instituci poskytující zdravotní péči pro konkrétní jedince, rodiny, nebo komunity, může být použit u akutně i chronicky nemocných, stejně jako v primární či paliativní péči. Sestry mohou využívat ošetřovatelský proces u pacientů všech věkových kategorií i u pacientů s různým handicapem.

Ošetřovatelský proces je systémem otevřeným se zpětnou vazbou - v průběhu poskytování ošetřovatelské péče jsou shromažďovány a kriticky hodnoceny údaje o reakci příjemce na lékařský problém, na poskytovanou lékařskou i ošetřovatelskou péči, na léčebný plán a na změny v jeho každodenním životě, ve všech fázích ošetřovatelského procesu. Na základě těchto informací pak dochází kreativně ve

spolupráci s příjemcem péče či jeho blízkými k aktuální revizi a modifikaci ošetrovatelského plánu péče. (10)

Podmínkou účelného užívání metody ošetrovatelského procesu je kromě znalosti a ovládnutí metodiky fází ošetrovatelského procesu a souvisejících odborných činností i schopnost umět je použít a mít na pracovišti dostatečné technické a personální zázemí. (11)

K tomu aby mohly sestry popsat aktivity, které vykonávají pro pacienty, proč a s jakými výsledky a aby mohly přesně vymezit rozsah poskytované ošetrovatelské praxe, je nutné erudované používání standardní ošetrovatelské terminologie a diagnostických pojmů. (28)

1.5.2 Výhody ošetrovatelského procesu

Pozitiva ošetrovatelské procesu pro pacienta

1. Kvalitní, plánovaná péče, která komplexně uspokojuje potřeby jedince, rodiny, komunity, společnosti.
2. Návaznost a kontinuita péče - primárním koordinátorem komplexní, bezpečné a účinné ošetrovatelské péče je všeobecná sestra. Poskytování této péče vyžaduje spolupráci mezi všeobecnou sestrou a příjemcem ošetrovatelské péče i týmovou spolupráci mezi jednotlivými poskytovateli zdravotnické péče. Komunikačním prostředkem mezi těmito poskytovateli péče je jasná, jednoduchá, srozumitelná a všem dostupná ošetrovatelská dokumentace. Vypracovaný plán ošetrovatelské péče je dostupný všem členům multidisciplinárního týmu, kteří se podílejí na péči o pacienta
Thótová, Jak zavést ošetrovatelský proces
3. Účast pacientů na péči – ošetrovatelský proces umožňuje pacientovi partnersky se podílet na dosažení cílů péče, a to za spolupráce jeho samého i jeho blízkých
Jak zavést oš. proces, Kozierová, Šamánková, Thótová

Pozitiva ošetrovatelského procesu pro sestru

1. Důsledné a systematické ošetrovatelské vzdělávání
2. Spokojenost v zaměstnání
3. Odborný růst
4. Splnění ošetrovatelských standardů

5. Splnění norem akreditovaných pracovišť – pokud zdravotnické zařízení žádá o akreditaci, je nutno splnit podmínku realizace ošetrovatelského procesu při péči o pacienty
6. Vyhnutí se rozporu se zákonem – dodržováním všech fází ošetrovatelského procesu při péči o pacienta splní sestra zákonné povinnosti vůči pacientovi (10, 23)

1.5.3 Fáze ošetrovatelského procesu

V České republice je v praxi uveden pětifázový proces, který se skládá z těchto kroků: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení. (23)

Posouzení

V tomto prvním kroku ošetrovatelského procesu provádí sestra sběr dat a zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Při shromažďování objektivních i subjektivních informací sestra postupuje nejčastěji podle diagnostických domén NANDA taxonomie II a soustředí na vyhledávání patologických procesů a rizikových faktorů, ale i silných stránek pacienta, které ovlivňují jeho zdravotní stav. Zdrojem informací je sám pacient, nebo jeho blízcí, nebo jiní zdravotničtí pracovníci. Získaná úplná a přesná data o stavu biologických, psychosociálních, duchovních a kulturních potřeb pacienta jsou zaznamenána věcně, bez interpretace do formuláře pro ošetrovatelskou anamnézu. Data musí být neustále aktualizována během všech fází ošetrovatelského procesu, vzhledem k měnícímu se vývoji zdravotního stavu příjemce ošetrovatelské péče. Podle návrhu standardu vedení ošetrovatelské dokumentace do 24 hodin od přijetí pacienta. (10, 11, 15, 23)

Diagnostika

Úkolem ošetrovatelské diagnostiky je identifikovat existující nebo potenciální ošetrovatelské problémy pacientů. Ošetrovatelský problém je jakýkoliv stav nebo situace jedince, rodiny nebo komunity, ve které potřebuje pomoc pro zachování, nebo znovunabytí, nebo pomoc při klidném umírání. Sestra v této fázi provádí analýzu získaných údajů a identifikaci silných stránek potřebných k tomu, aby bylo možné stanovit ošetrovatelský plán péče, ve kterém sestra zformuluje ošetrovatelské diagnózy. marečková zelená, thótová, mastiliaková Ošetrovatelské diagnózy zabezpečují kontinuitu ošetrovatelské péče - ulehčují realizaci ošetrovatelských činností při

překladech pacienta na jiné ošetrovatelské jednotky, nebo do jiného zdravotnického zařízení a pomáhají při plánování ošetrovatelských činností po propuštění ze zdravotnického zařízení. Slouží také jako podklad pro financování ošetrovatelské péče. (23)

Plánování

Tato část ošetrovatelského procesu, kterou vykonává sestra ve spolupráci s pacientem, se skládá ze čtyř základních kroků: stanovení priorit v tomto pořadí: problémy vyžadují okamžitou pozornost, které mohou počkat, na které je třeba se soustředit, které může delegovat na dalšího člena ošetrovatelského týmu, které vyžadují multidisciplinární spolupráci. Dalším krokem je určení cílů a očekávaných výsledků, dále plánování ošetrovatelských strategií, výběr účelných ošetrovatelských intervencí, sestavení a zaznamenání a individualizace plánu ošetrovatelské péče. (11, 15, 23)

Realizace

Předpokladem pro realizaci individuálního plánu ošetrovatelské péče je efektivní systém organizace práce orientovaný uspokojení potřeb pacienta. Mezi tyto systémy řadíme týmový systém, systém skupinové péče, systém primárních sester, dále systém case managementu. (11, 15, 28)

Před vykonáním intervencí se opětovně posoudí aktuální stav pacienta. Sestra zjišťuje, zda se nevyskytl nový problém, nebo zda se nevyskytly nové změny, které by vedly k okamžité změně ošetrovatelského plánu péče. Sestra vykonává jednotlivé činnosti tak, že nepřetržitě a důsledně pozoruje pacienta, zjišťuje jeho reakce a pokud je to nutné, změní postup. Nezbytné je i vyhodnocení nových získaných informací z hlediska jejich důležitosti, popř. potřebnosti jejich předání dalším členům zdravotnického týmu. Vykonané ošetrovatelské intervence za aktivní spolupráce pacienta, vycházejí z vědeckých poznatků, jsou bezpečné a jsou provedeny vždy ve prospěch pacienta. Dalším krokem je zaznamenání informací do ošetrovatelské dokumentace. (11, 15, 28)

Vyhodnocení

V této fázi ošetrovatelského procesu hodnotíme, zda –li a nakolik došlo k naplnění vytýčených cílů stanovených v jeho individuálním plánu ošetrovatelské péče. Sestra neustále vyhodnocuje pacientův stav, chování a reakce na vykonané ošetrovatelské

zásahy a tyto reakce se porovnají s výslednými kritérii. Posléze dochází v případě nesplnění nebo jen částečného splnění cílů k ukončení ošetrovatelského procesu, nebo k revizi ošetrovatelského plánu péče.

1.6 Perioperační péče

Pojem perioperační období zahrnuje tři fáze: předoperační, intraoperační a pooperační. K tomu aby mohly sestry popsat aktivity, které vykonávají pro pacienty, proč a s jakými výsledky a aby mohly přesně vymežit rozsah poskytované ošetrovatelské praxe, je nutné erudované používání standardní ošetrovatelské terminologie a diagnostických pojmů. (28)

1.6.1 Předoperační fáze

Předoperační fáze je časově vymezena obdobím od rozhodnutí pro operační výkon po převoz pacienta na operační sál. Pacient se během tohoto období psychicky a fyzicky připravuje na operační výkon.

Odběrem předoperační sesterské anamnézy získává sestra údaje, které je možno posléze využít k plánování předoperační a pooperační péče a k identifikaci rizikových faktorů operačního výkonu. Sesterská anamnéza pak musí obsahovat minimálně tyto informace: fyzická zdatnost pacienta, psychický stav, pochopení podstaty chirurgického výkonu, předchozí zkušenosti s operačním výkonem a jeho očekávané výsledky, seznam všech aktuálně užívaných léků, údaj o počtu denně vykouřených cigaret, údaj o abúzu alkoholu, zdroje, které pomáhají pacientovi vyrovnat se s operační zátěží, pacientova sebekoncepce, obraz těla.

Sestra je povinna zabezpečit vykonání naordinovaných screeningových a diagnostických předoperačních testů a za včasné doručení jejich výsledků před začátkem operace.

V průběhu předoperačního plánování, do kterého je aktivně zapojen jak pacient, tak, pokud je to možné, i rodina, musí sestra: identifikovat a splnit potřebu informovanosti pacienta i jeho rodiny, psychicky pacienta uklidnit a podpořit ho, zabezpečit odpovídající stav hydratace a výživy, podporovat odpočinek, poučit a zabezpečit vhodnou fyzickou přípravu směřující k prevenci pooperačních komplikací a

komplikací spojených s anestézií, chránit osobní vlastnictví pacienta během operačního výkonu.

V realizační fázi předoperační přípravy informuje sestra pacienta a jeho rodinu o termínu operace, musí být schopna zmírnit pacientův strach z operačního výkonu. Zdůvodní pacientovi nutnost předoperačního vyšetření, nezbytnost přípravy operačního pole, použití antiembolických punčoch, připraví ho na návštěvu anestaziologa, dále v indikovaných případech nutnost podání klyzmatu, zavedení močového katétru, nebo NSG sondy. Vysvětlí nezbytnost odstranění šperků, makeupu, laku na nehty a protetických pomůcek a vyznačení operované strany nebo orgánu. Edukačním rozhovorem sestra objasní pacientovi organizační a časový harmonogram konkrétního operačního výkonu, a také případné nesprávné nebo nejasné názory. sestra (31). Dále sestra v této fázi poučí pacienta o pooperační ošetrovatelské péči k prevenci pooperačních komplikací a v péči o operační ránu, nebo stomii, či drén a katétr. Informuje pacienta i o vybavení jednotky intenzivní péče, poučí ho o postupech sloužících na zmírnění bolesti a vysvětlí nutnost omezení pohybu a dietní pooperační režim. Předoperační kontrolní seznam tak dokumentuje přípravu pacienta před operací. Sestra stanovuje také ošetrovatelské diagnózy a provádí intervence, vyhodnocení a vykonané činnosti zaznamenává do plánu ošetrovatelské péče. (10)

1.6.2 Intraoperační fáze

Pacient je na operační sál transportován přes vstupní patientský filtr. Tam je předán sálovému personálu a anesteziologovi spolu se svou zdravotnickou dokumentací. Ten musí verifikovat totožnost pacienta, druh výkonu, zkontrolovat podepsaný informovaný souhlas s operačním výkonem a anestézií. Nutná je i kontrola operované strany, či orgánu, tak aby se předešlo záměně. Pacientova příprava k operačnímu výkonu je zkontrolována anesteziologickou sestrou, obíhající sestrou a operačním sanitářem. Na sál je pacient transportován nahý, přikrytý prostěradlem. Do operační polohy je pacient uložen až po celkové anestézii. Pacient je podložen pryžovou vložkou, tak aby se zabránilo vzniku dekubitů a kompresi nervů a cév. Pacientovi je přiložena neutrální elektroda, její přiložení musí obíhající sestra zkontrolovat, neboť by mohlo dojít k popálení pacienta. (3)

Operační poloha musí být fyziologická ve smyslu rozsahu pohyblivosti kloubů, sestra je povinna dbát na důsledné používání ochranných pomůcek jako jsou zarážky

a bezpečnostní pásy. Sestra pro perioperační péči je také povinna vést ošetrovatelskou dokumentaci. (10)

Během intraoperační fáze se připravuje pooperační postel na pooperační fázi. Anesteziologická setra nebo sestra obíhající musí zabezpečit na pooperační fázi nutné pomůcky jako infúzní stojan, odsávací zařízení, podávání kyslíku, transport bioptického materiálu do laboratoře. Tyto informace je povinna předat sestře specialistce z JIP, nebo primární sestře, nebo case managerovi, popř. skupinové sestře, nebo směnové sestře sestry včas obíhající, anesteziologická, či instrumentářka. (10)

Sestra stanovuje také ošetrovatelské diagnózy a provádí intervence, vyhodnocení a vykonané činnosti zaznamenává do plánu ošetrovatelské péče.

1.6.3 Pooperační fáze

Sestra je povinna v této fázi sledovat stav kardiovaskulárního systému, bilanci příjmu a výdeje tekutin, neurologický stav, zabezpečovat pohodlí a bezpečnost pacienta., povzbuzovat ho k pohybu, předcházet komplikacím. Po stabilizaci zdravotního stavu po anestézii, se pacient vrací na jednotku intenzivní péče, nebo standardní ošetrovatelskou jednotku. Zde je sestra povinna provést vstupní pooperační kontrolní seznam, kde jsou zaznamenány: časový údaj o příjezdu pacienta na ošetrovatelskou jednotku, hodnota vitálních funkcí, stav a barvu kůže, stupeň vědomí, stav krytí operační rány, místo, frekvenci, množství druh podávaných infúzních roztoků, místo venepunkce, druh a lokalizaci drenáže nebo katétru, množství a vzhled tekutiny odváděné drenáží, zda-li je drenáž aktivní, polohu pacienta, druh, čas a množství podaného anestetika a analgetika, odhadovaná ztráta krve, popř. jiné komplikace. Tyto údaje zaznamenává, včetně posuzovacích údajů do pooperačního protokolu, obvykle každých 15 minut do stabilizace vitálních funkcí, později se interval prodlužuje na 1 hodinu. 1., 2. pooperační den se interval zaznamenávání údajů prodlužuje na 4 hodiny. Dále sestra zaznamenává podání ordinovaných léčiv, výsledky laboratorních testů, dovolenou fyzickou aktivitu, stanovuje ošetrovatelské diagnózy a provádí intervence, vyhodnocení a vykonané činnosti zaznamenává do plánu ošetrovatelské péče.

1.7 Ošetrovatelská dokumentace

U každého pacienta/klienta je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž součástí je podle vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, §1 odst. 2 písm. f) i dokumentace ošetrovatelské péče, je třeba vnímat jako koncept tří pojmů; tzn. informace, záznamu informace a nosiče záznamu informace. Informací jsou podle § 67b odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, tedy osobní údaje v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a odběr anamnézy, informace o onemocnění pacienta a o dalších významných okolnostech souvisejících s jeho zdravotním stavem, o průběhu a výsledku vyšetření, léčebném procesu a dalších významných okolnostech souvisejících s postupem při poskytování zdravotní péče konkrétnímu pacientovi. Tato databáze má textovou, grafickou nebo audiovizuální formu a data v ní obsažená jsou vedeny v listinné nebo elektronické formě. Zdravotnická dokumentace je tedy definována výše zmíněným obsahem, pacientem, o které je tato dokumentace vedena a konkrétním zdravotnickým zařízením, které zdravotnickou dokumentaci vede. (16)

Dokumentace ošetrovatelské péče je definována pomocí ošetrovatelské péče, kterou poskytují ošetrovatelští profesionálové metodou ošetrovatelského procesu, tak jak je obsažena v metodickém opatření č. 9 Koncepce ošetrovatelství, publikovaném ve Věstníku MZ ČR ročník 2004, částka 9. Zde je stanoveno, že skupinová či primární kvalifikovaná všeobecná sestra nebo porodní asistentka odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu u konkrétního pacienta a vedení příslušné zdravotnické dokumentace, kterou je dokladována ošetrovatelská péče poskytnutá pacientovi individuálně metodou ošetrovatelského procesu. (16, 26)

Ošetrovatelská dokumentace vedená ošetrovatelským personálem, je tedy informace o pacientovi, ve formě písemné, obrazové, zvukové, elektronické aj., která má nejen souvislost s jeho zdravotním stavem, ale která má i kauzální souvislost s poskytováním ošetrovatelské péče a dalších aktivit. Oš. dokumentace v praxi, Policar Ošetrovatelská dokumentace jako součást komplexní zdravotnické dokumentace o konkrétním pacientovi, je komplexním, systematickým a přehledným souborem záznamů o osobních údajích tohoto pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci, a odběr anamnézy, a o průběhu diagnostického, léčebného a ošetrovatelského procesu, jež je realizován prostřednictvím poskytnuté individualizované ošetrovatelské péče, které o něm vede zdravotnické zařízení, ať mají jakoukoliv podobu, ať jsou umístěny na

kterémkoliv jeho oddělení, a to i kdyby byly vedené v souboru s jinými informacemi o jiných pacientech. (9, 16, 24)

Tento záznam se pak uchovává v podobě analogové nebo digitální, na těchto nosičích: rukou popsaný ale i potištěný list papíru, magnetofonová kazeta, filmový pás, videokazeta, pevný počítačový disk, pásková jednotka v elektronickém archivu, kompaktní disk, vyměnitelný disk aj. Dokumentaci ošetrovatelské péče je třeba provádět od toho okamžiku, kdy si všeobecná sestra samostatně zaznamenává pacientovu anamnézu, posuzuje jeho stav, stanovuje ošetrovatelskou diagnózu a ošetrovatelský plán péče a vytváří tak příslušné součásti dokumentace ošetrovatelské péče. (16, 29) však také připouští možnost, kdy zdravotnické zařízení nevytváří samostatnou dokumentaci ošetrovatelské péče, v tomto případě pak poskytovatelé ošetrovatelské péče vpisují záznamy o ošetrovatelské péči do jiných standardních částí zdravotnické dokumentace, kam záznamy jinak provádí lékaři.

Jestliže však jsou lékařská a ošetrovatelská dokumentace vedeny odděleně, musí obě na sebe navazovat a nikdy si nesmějí konkurovat nebo dokonce protirečít. (27)

1.7.1 Obsah ošetrovatelské dokumentace

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci používá termín „dokumentace ošetrovatelské péče“ a v příloze č.1, v části 11, nazvané „Minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace“ definuje náležitosti této dokumentace. Podle písmene a) součástí ošetrovatelské dokumentace je tedy: ošetrovatelská anamnéza pacienta, zhodnocení zdravotního stavu pacienta, posouzení potřeb pacienta pro stanovení dalšího postupu ošetrovatelské péče a pro formulaci ošetrovatelského plánu péče. Podle písmene b) v ošetrovatelském plánu péče musí být popsány aktuální i potenciální ošetrovatelské problémy a stanoveny ošetrovatelské diagnózy, dále musí být stanoveny ošetrovatelské strategie, datum a čas vykonaných ošetrovatelských zásahů, popř. četnost poskytnutí konkrétních intervencí nebo jiných postupů ošetrovatelské péče, počítaje v to i edukaci pacienta. Dále je součástí dokumentace ošetrovatelské péče hodnocení poskytnuté péče. Jestliže se při realizaci ošetrovatelského plánu péče objeví důvody, které si vynutí jeho změnu, je třeba zaznamenat v dokumentaci ošetrovatelské péče i tyto. (16)

Pod písmenem c) se hovoří o ošetrovatelské propouštěcí zprávě nebo doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu, které se vypracovává v případě, že je pacient

předáván do další ošetrovatelské péče. Tyto dokumenty obsahují shrnutí ošetrovatelské anamnézy, aktuální data o poskytnuté péči spolu s časovými údaji o poslední poskytnuté péči, posledním podáním léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků. Dále tato zpráva obsahuje aktuální informace o zdravotním stavu pacienta a zápis o rozsahu podané informace v rámci ošetrovatelské péče při propuštění z ústavní péče. Ošetrovatelskou propouštěcí není nutno vyhotovit, pokud je při propuštění pacienta vypracována standardní propouštěcí zpráva. Vypracováním tohoto záznamu je zajištěna kontinuita ošetrovatelské péče o pacienta. (29)

Dalšími částmi dokumentace ošetrovatelské péče jsou záznamy nebo pacientem podepsané formuláře v souvislosti s jeho přijetím do zdravotnického zařízení a seznámením s nutnými informacemi. Součástí dokumentace ošetrovatelské péče jsou i záznamy sledující rizika vzniku dekubitů, pádů, výživy a bolesti, včetně postupů vykonaných proti těmto rizikům. (16)

Dále jsou to edukační záznamy obsahující priority výuky pacienta, včetně popisu metod použitých při edukaci a reakcí pacienta na tyto metody.

U pacientů s kožními defekty, nebo rozsáhlými vícečetnými defekty, nebo u pacientů s dekubity vedou sestry jako součást ošetrovatelské dokumentace záznam o ošetrování ran. V ordinační kartě, která je také součástí ošetrovatelské dokumentace jsou zapisovány informace o tělesné teplotě pacienta, jeho výšce a váze, údaje o odchodu stolice, sledování bolesti, podávání léčivých přípravků a infúzní terapie. (16)

Řídící pracovníci v ošetrovatelství jsou povinni průběžně hodnotit na svém pracovišti kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, profesionální přístup ošetrovatelského personálu k nemocným, organizaci práce ošetrovatelských pracovníků a spokojenost nemocných s ošetrovatelskou péčí. Při hodnocení používají objektivní metody hodnocení. Součástí hodnocení ošetrovatelské péče je průběžné hodnocení probíhající péče a zpětné hodnocení poskytnuté péče na základě studia ošetrovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů. (10)

1.7.2 Perioperační ošetrovatelská dokumentace

Prostřednictvím úplné, přesné a přehledné dokumentace o provedených ošetrovatelských zásazích, může každý člen ošetrovatelského týmu zjistit aktuální stav

pacienta, tzn. jaké byly odpovědi pacienta na vykonané ošetrovatelské činnosti a také změny, ke kterým došlo. (23, 24)

Řádně vedená dokumentace ulehčuje komunikaci mezi členy zdravotnického týmu, je podkladem pro provádění auditů kvality poskytované péče a je také důkazním prostředkem při soudních sporech. Dokumentace ošetrovatelských činností poskytuje kritéria pro hodnocení péče. Dále je dokumentace ošetrovatelských činností zdrojem informací pro studium budoucích zdravotníků a databází pro výzkum a zdravotnickou statistiku, pomáhající předvídat a plánovat potřeby zdravotnických služeb v budoucnosti a v neposlední řadě je důkazem o rozsahu a obsahu poskytnuté péče – realizaci ošetrovatelského procesu. Dále se zdravotní záznamy klientů používají k monitorování zdravotní péče. (10, 16, 23, 24)

Stručný, pravdivý, průkazný, přesný, úplný, čitelný a přehledný záznam o ošetrovatelských zásazích má být proveden nesmazatelným psacím prostředkem okamžitě po výkonu konkrétní ošetrovatelské činnosti, je autorizován plným jménem sestry, titulem a podpisem. Uvádíme co, kdy, kde, jak bylo provedeno, nebo se stalo, četnost činností, včetně poučení pacienta, přičemž dodržujeme všechny legislativní normy (Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů) a jednotná pravidla stanovená zdravotnickým zařízením o zaznamenávání údajů. Záznam musí obsahovat údaje o odchylkách od normálu i informace o aktuálních změnách v pacientově zdravotním stavu, a to pomocí odborné terminologie. Data jsou v záznamu řazena chronologicky, tak jak byla vykonána. V záznamu se ošetrovatelské činnosti lze provádět i opravy jednoduchým vodorovným škrtnutím, původní záznam však musí zůstat čitelný, i zde se uvede datum, čas a identifikační údaje osoby, která opravu provedla. V záznamu ošetrovatelských činností také nenecháváme prázdné řádky, tj. pokud jsou v poznámkách prázdná místa, proškrtnou se tak, aby nebylo možné dopsat později další zápis jinou osobou, než která zhotovila zápis původní. Při psaní záznamů je nutno používat odbornou ošetrovatelskou terminologii a standardizované zkratky, jejichž seznam je vypracován podle zvyklostí oddělení. Dokumentace je uschována na určeném místě a zabezpečena před únikem osobních údajů. (10, 16, 23, 24)

Kontinuita ošetrovatelské péče je pak zabezpečena vypracováním ošetrovatelské překladačové zprávy, která slouží jako vodítko a podklad pro vyhledávání jiných vyskytujících se ošetrovatelských diagnóz, které budou řešeny v péči navazující všeobecnou sestrou.

Tvorba dokumentace je ovlivněna problémy a požadavky dané instituce, zvoleným ošetrovatelským modelem, akreditačními požadavky, profesními standardy, nároky zdravotních pojišťoven. (24)

Ošetrovatelská dokumentace poskytuje důkaz, že je klientovi poskytována individualizovaná péče metodou ošetrovatelského procesu. Kvalitně vedená ošetrovatelská dokumentace jsou zajištění kvality péče o klienty, dokumentování vývoje stavu klienta se zaměřením na výsledky u klienta a zajištění interdisciplinární důslednosti a spojení cílů léčby a péče pro vývoj stavu pacienta.

Perioperační ošetrovatelská dokumentace, nebo-li perioperační záznam, operační list, slouží především k záznamu použité přístrojové techniky a vyplnění identifikačních údajů o pacientovi. Tato dokumentace by měla pacientovi a celému operačnímu týmu zajistit maximální bezpečnost v perioperační péči. Ve zdravotnických zařízeních, kde se důsledně používá na operačním sále ošetrovatelský proces byla dokumentace rozšířena o záznam perioperační péče týkající se ošetrovatelských diagnóz, realizace péče na operačním sále a hodnocení plánu péče. Tento se po operačním výkonu stává součástí ošetrovatelské dokumentace pacienta a je zahrnut do ošetrovatelského plánu péče. Je nutné podotknout, že žádná verze ošetrovatelské dokumentace nebude nikdy definitivní, ale naopak se bude měnit odrazem činností perioperačních sester.(17, 24)

1.8 Kvalita ošetrovatelské péče

Prioritou pro všechny poskytovatele péče by mělo být zvyšování kvality poskytované zdravotní péče. A protože jednu ze složek poskytovaných zdravotních služeb tvoří spolu s diagnostickými a léčebnými postupy i ošetrovatelská péče, je snaha o zvyšování její kvality a efektivity podstatou profesionální zodpovědnosti každé sestry. Za kvalitu poskytované ošetrovatelské péče odpovídá vedoucí sestra, která ji průběžně vyhodnocuje. (23)

Podle definice WHO je kvalita zdravotní péče dána mírou dokonalosti poskytované zdravotní péče vzhledem k současné úrovni znalostí a technologického vývoje. (23)

Kvalita, která v systému zdravotní péče spolu s ekonomickým a lidským činitelem ovlivňuje úroveň lékařské a ošetrovatelské péče, je nejen komplexem metod, technik a pracovních postupů, ale promítá se jako filozofický kontext i do kultury organizace. Definovat a posuzovat kvalitu můžeme podle různých kritérií, přičemž

jedním z nich je i osobnost hodnotitele. Priority péče, způsoby péče a očekávané výsledky se pak poněkud liší v tom, zda je stanovuje pacient, popř. jeho rodina, nebo sestra či lékař. Pro sestru poskytující holistickou péči metodou ošetrovatelského procesu musí být kvalitní péče ta, jejímž středem je pacient. Kvalita v ošetrovatelské péči je tedy vyjádřena mírou psychické a fyzické pohody pacienta, která je výsledkem ošetrovatelských zásahů, i úrovní poskytované diagnosticko – terapeutické činnosti.

(23)

K tomu aby mohla být kvalita měřena je třeba definovat její kritéria a stanovit žádoucí standardy. (23)

Podle Kozierové str. 238 je standard optimální úroveň péče, se kterou se pozorované hodnoty porovnávají. Kritéria jsou předem stanovení ukazatelé míry zdravotní péče, jejichž přítomnost, nepřítomnost, úplnost nebo neúplnost vypovídá o kvalitě služeb.

ANA – Americká asociace sester vyvinula program pro zajištění kvality ošetrovatelské péče, který se skládá z těchto postupů: stanovení problému, stanovení standardů, zajištění způsobu měření definování kritérií, měření, vyhodnocení a porovnání se standardem, zjišťování rozdílů, jejich příčin a formulování rozhodnutí, uskutečnění přijatých rozhodnutí, kontrolování dosažených výsledků. (10,23)

Dimenze kvality je spojena s oblastmi profesionálního rozvoje, vzdělávání, klinické analýzy a kontroly, standardy poskytované péče, s klinickými protokoly a v neposlední řadě akreditacemi zdravotnických zařízení. (23)

V r. 1995 JCAHO (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations) určila devět složek kvality péče pro zdravotnická zařízení usilující o akreditaci. Jsou to dostupnost péče, vhodnost péče, účinnost a působivost, ekonomičnost, bezpečnost a včasnost péče, spoluúčast a partnerství pacienta na péči, kontinuita péče. Kontinuita péče je vyjádřena jako úroveň koordinování potřebné péče o pacienta mezi zdravotnickým personálem i mezi zdravotnickými zařízeními. (23)

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda perioperační sestry předávají informace o změněných potřebách operovaného pacienta sestřím z JIP

Cíl 2: Zjistit, zda perioperační sestry provádějí zpětnou vazbu o pooperačním ošetrovatelském procesu u pacientů hospitalizovaných na JIP

Cíl 3: Zjistit, jakou ošetrovatelskou dokumentaci používají perioperační sestry

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Perioperační sestry znají a používají metodu ošetrovatelského procesu při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta

Hypotéza 2: Perioperační sestry předávají informace o změněných potřebách operovaného pacienta směnovým sestřím z JIP

Hypotéza 3: Perioperační sestry provádějí zpětnou vazbu o pooperačním ošetrovatelském procesu u pacientů hospitalizovaných na JIP

Hypotéza 4: Ošetrovatelská dokumentace používaná perioperačními sestrami je z hlediska kontinuity ošetrovatelské péče o pacienta nedostatečná

3. METODIKA

3.1 Metodika a technika výzkumu

K naplnění cílů bakalářské práce na téma Kontinuita ošetrovatelské péče, poskytované metodou ošetrovatelského procesu mezi operačním sálem a JIP z pohledu perioperační sestry byl zvolen kvantitativní výzkum. Výzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovou metodou. Byl použit jeden anonymní dotazník. Cílovou skupinou byly perioperační sestry. Výzkum mezi perioperačními sestrami probíhal v měsíci dubnu v nemocničních zařízeních v Praze, Českých Budějovicích a Písku. Dotazník pro perioperační sestry obsahoval 31 otázek, z toho 23 otázek uzavřených, 2 otázky otevřené a 6 otázek polootevřených.

Perioperačním sestrám bylo rozdáno 110 dotazníků, návratnost byla 97 (88 %). Dotazníky pro perioperační sestry obsahovaly identifikační data a dále otázky na ošetrovatelský proces na operačním sále, na kontinuitu ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a jednotkou intenzivní péče. Správnost údajů získaných v dotazníkové části týkajících se používané perioperační ošetrovatelské dokumentace byla ověřena analýzou písemných dokumentů (perioperační list, perioperační záznam).

Výsledky byly zpracovány popisnou statistikou a získané údaje byly znázorněny pomocí grafů Microsoft Office Excel.

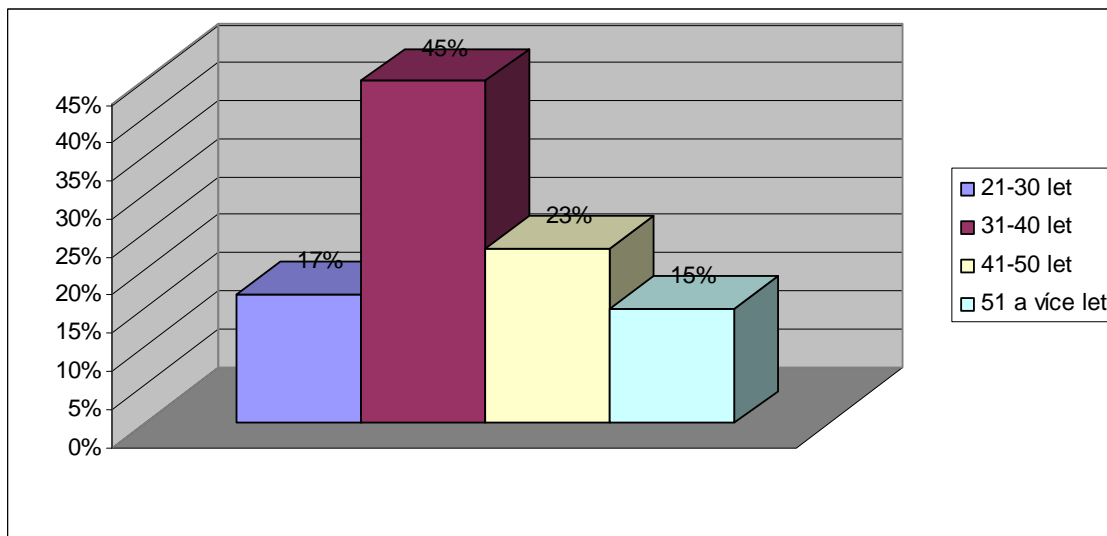
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily perioperační sestry z Českých Budějovic, Prahy a Písku, pracující na operačních sálech ORL, ortopedie, plastické chirurgie, neurochirurgie, traumatologie a centrálních sálech, kardiochirurgie, všeobecné chirurgie, gynekologie, urologie a cévní chirurgie. Tento soubor tvořilo dohromady 82 respondentů s identifikačními znaky věk, délka praxe a vzdělání. Prvním identifikačním znakem byl věk. Perioperačních sester je ve věku 21-30 let 17 % (14), perioperačních sester je ve věku 31-40 let, 45 % (37), perioperačních sester je ve věku 41-50 let 23 % (19) a 15 % (12) perioperačních sester je ve věku 51 let a více. Druhým identifikačním znakem byla doba praxe. 13 % (11) respondentek pracuje jako perioperační sestra v časovém rozmezí do 5 let, 27 % (22) respondentek pracuje jako perioperační sestra v časovém rozmezí 6-11 let, 28 % (23) respondentek pracuje 12-17let a 32 % (26) respondentek pracuje

jako perioperační sestra déle než 18 let. Posledním identifikačním znakem bylo vzdělání. Jednalo se o nejvyšší dosažené vzdělání. 67 % (55) perioperačních sester vystudovalo Střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium, 15 % (12) perioperačních sester vystudovalo Střední zdravotnickou školu, 4 % (3) perioperačních sester vystudovalo Vyšší zdravotnickou školu, 14 % (12) respondentek má vysokoškolský titul. Kritérium výběru se týkalo pracovního zařazení na operační sály.

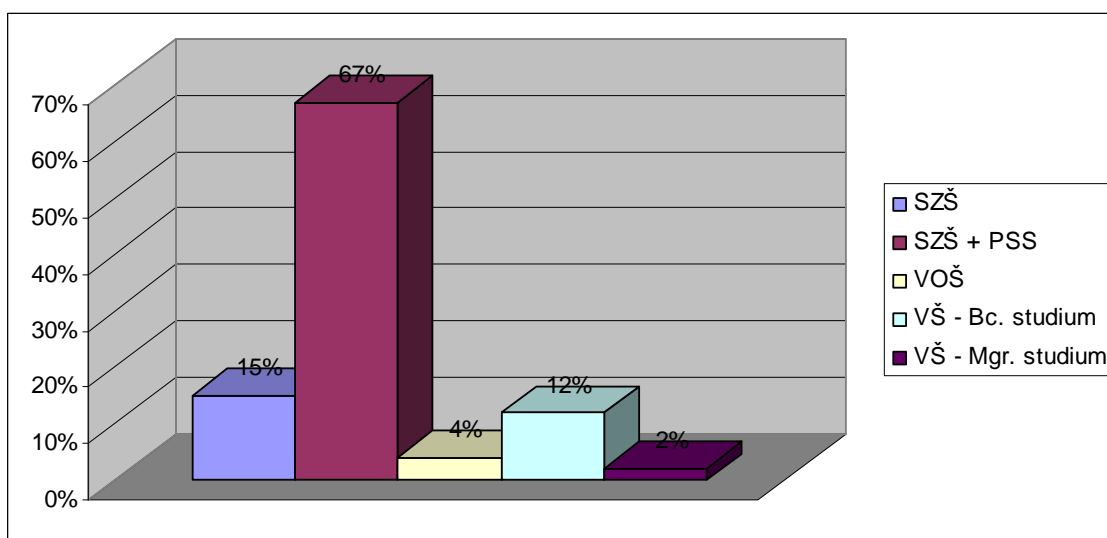
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Věk respondentů



Z grafu 1 vyplývá, že z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100 %) bylo 14 sester pro perioperační péči (17 %) ve věku 21-30 let, 37 sester pro perioperační péči (45 %) ve věku 31-40 let, 19 sester pro perioperační péči (23 %) ve věku 41-50 let a 12 sester pro perioperační péči (15 %) ve věku 51 a více let.

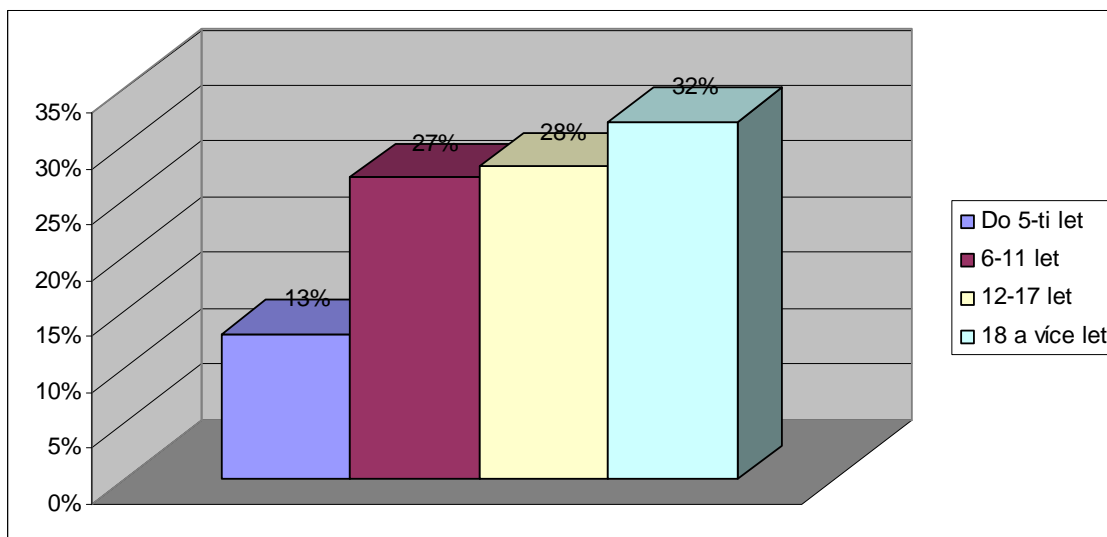
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Graf 2 ukazuje, že mezi 82 sestrami pro perioperační péči (100 %) bylo 12 sester pro perioperační péči (15 %) s ukončeným středoškolským vzděláním, 55 sester pro

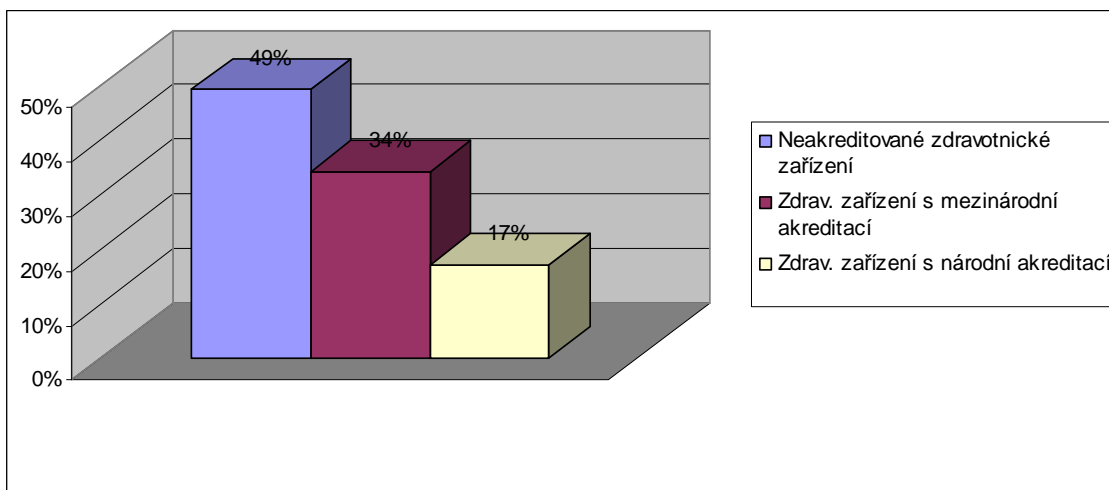
perioperační péči (67 %) mělo pomaturitní specializační studium – instrumentování na operačním sále, 3 sestry pro perioperační péči (4 %) měly vyšší odborné vzdělání, 10 sester pro perioperační péči (12 %) mělo vysokoškolské vzdělání bakalářského typu, 2 sestry pro perioperační péči (2 %) měly vysokoškolské vzdělání magisterského typu.

Graf 3 Délka praxe respondentů na operačním sále



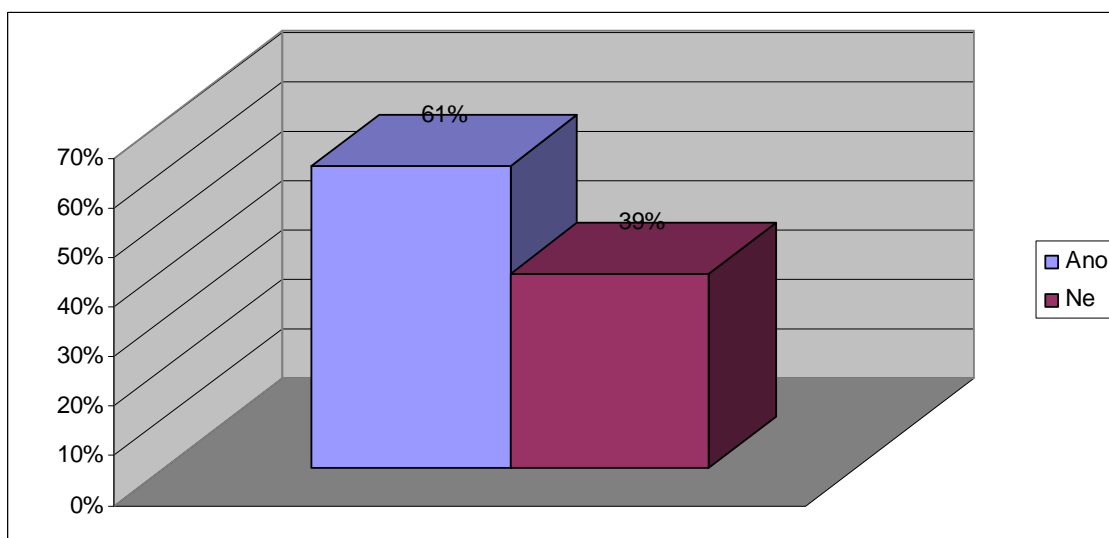
Z grafu 3 je patrné, že z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100 %) 11 sester pro perioperační péči (13 %) nepracuje na operačním sále déle než 5 let, 22 sester pro perioperační péči (27 %) pracuje na operačním sále 6-11 let, 23 sester pro perioperační péči (28 %) pracuje na operačním sále 12-17 let, 26 sester pro perioperační péči (32 %) pracuje na operačním sále více jak 18 let.

Graf 4 Akreditace zdravotnického zařízení



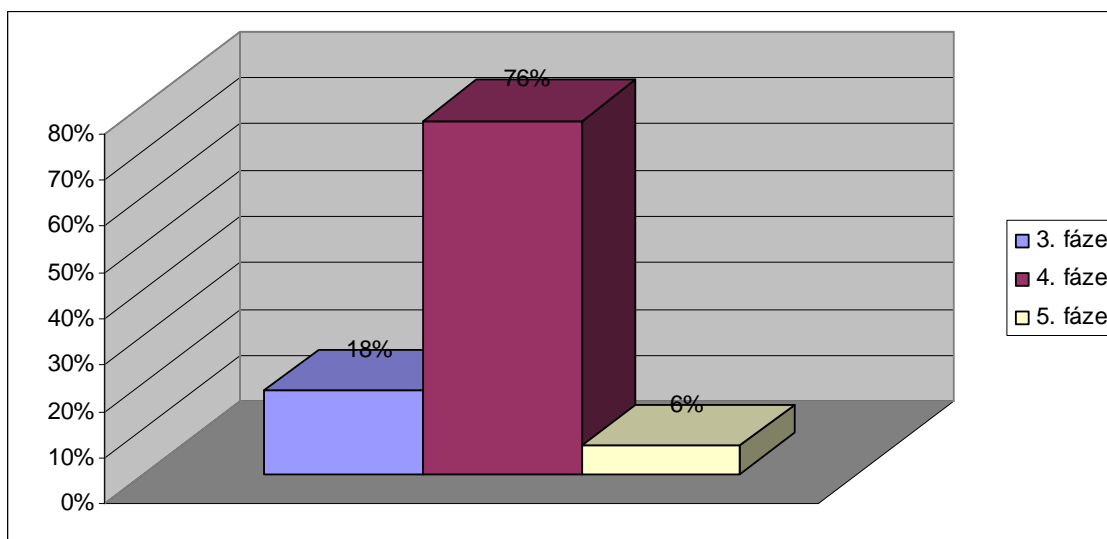
Graf 4 znázorňuje, že z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100 %) bylo 40 sester pro perioperační péči (49 %) z nemocnice, která nemá akreditaci, 28 sester pro perioperační péči (34 %) bylo z nemocnice s mezinárodní akreditací a 14 sester pro perioperační péči (17 %) bylo z nemocnice, která získala národní akreditaci.

Graf 5 Znalost metody ošetrovatelského procesu



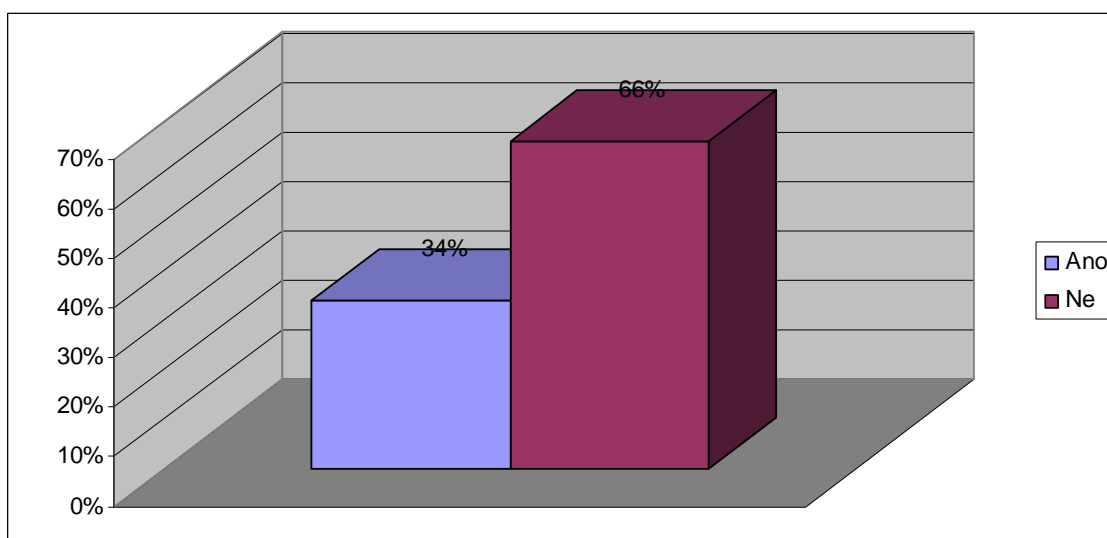
Z grafu 5 je patrné, že z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100 %) 50 sester pro perioperační péči (61 %) zná metodu ošetrovatelského procesu, 32 sester pro perioperační péči (39 %) tuto metodu práce nezná.

Graf 6 Realizace je fází ošetrovatelského procesu



Graf 6 ukazuje, že z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100 %) se 15 sester pro perioperační péči (18 %) domnívá, že fáze realizace je 3. fází ošetrovatelského procesu. 62 sester pro perioperační péči (76 %) si myslí, že fáze realizace je 4. fází ošetrovatelského procesu a 5 sester pro perioperační péči (6 %) si myslí, že fáze realizace je 5. fází ošetrovatelského procesu.

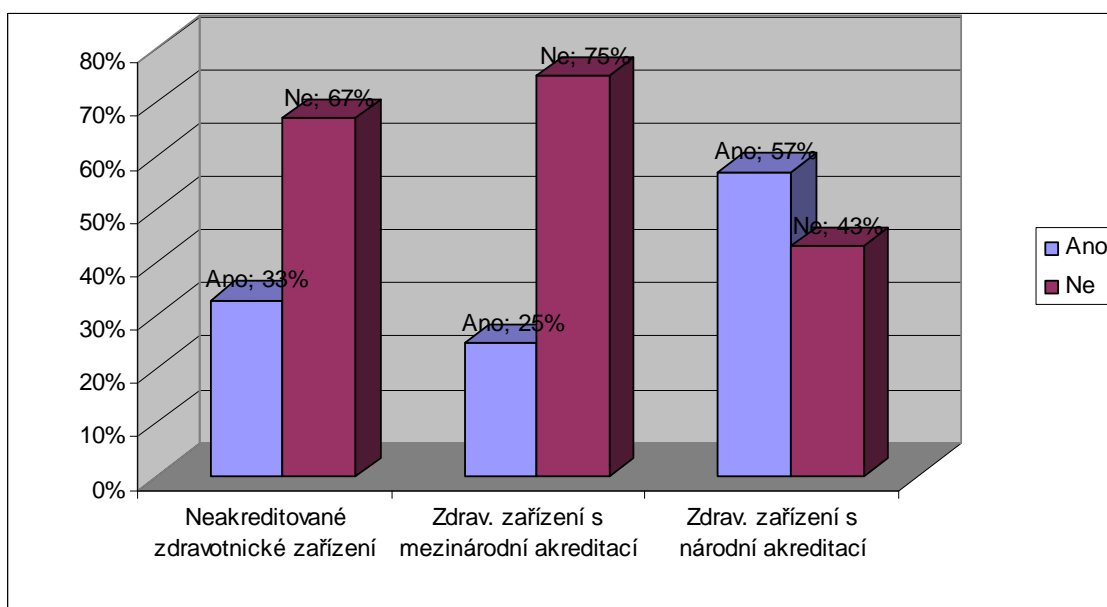
Graf 7a Použití ošetrovatelského procesu na pracovišti



Graf 7a ukazuje, že z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100 %) 28 sester pro perioperační péči (34 %) používá metodu ošetrovatelského procesu na

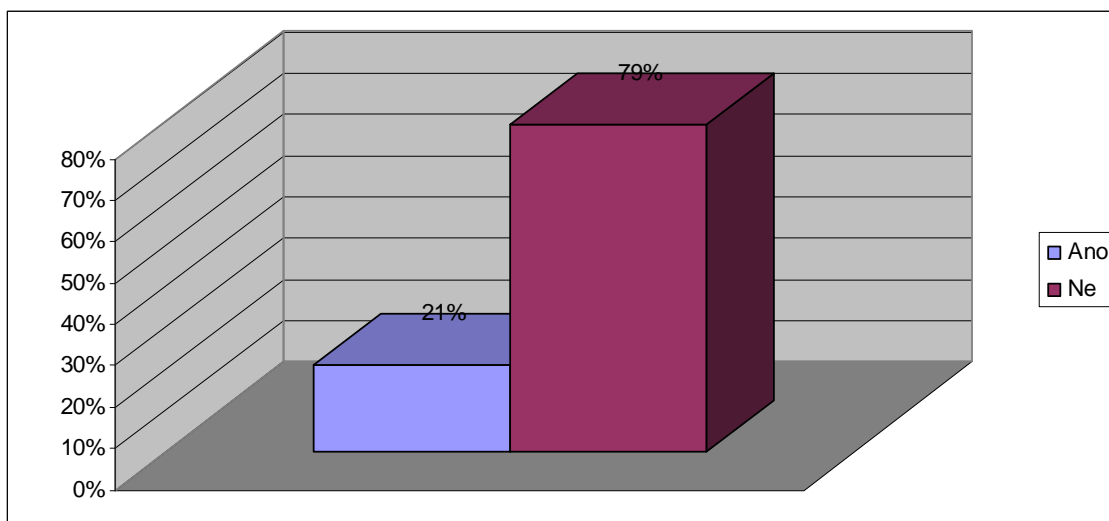
vlastním pracovišti, 54 sester pro perioperační péči (66 %) metodu ošetrovatelského procesu na svém pracovišti nepoužívá.

Graf 7b Použití metody ošetrovatelského procesu – rozdělení podle akreditace zdravotnického zařízení



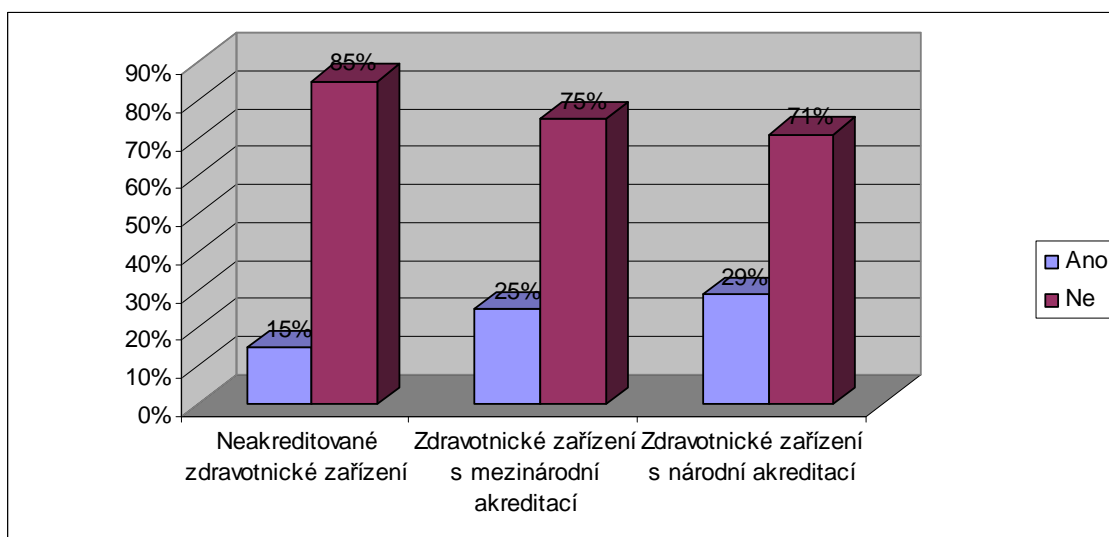
Z grafu 7b je patrné, že z celkového počtu 40 sester pro perioperační péči (100 %), které jsou zaměstnány v nemocnici bez akreditace, 13 sester pro perioperační péči (33 %) pracuje metodou ošetrovatelského procesu, 27 sester pro perioperační péči (67 %) touto metodou nepracuje, že z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100 %), které jsou zaměstnány v nemocnici s mezinárodní akreditací, 7 sester pro perioperační péči (25 %) pracuje metodou ošetrovatelského procesu, 21 sester pro perioperační péči (75 %) v nemocnici s mezinárodní akreditací touto metodou nepracuje, z celkového počtu 14 sester pro perioperační péči (100 %), které jsou zaměstnány v nemocnici s národní akreditací, 8 sester pro perioperační péči (57 %) pracuje metodou ošetrovatelského procesu, 6 sester pro perioperační péči (43 %) metodu ošetrovatelského procesu v nemocnici s národní akreditací nepoužívá.

Graf 8a Podíl sester pro perioperační péči na tvorbě individuálního ošetrovatelského plánu péče – celkový přehled



Graf 8a znázorňuje, že z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100 %) se 17 sester pro perioperační péči (21 %) podílí na vypracování individuálního ošetrovatelského plánu péče, 65 sester pro perioperační péči (79 %) se nepodílí na tvorbě individuálního ošetrovatelského plánu péče.

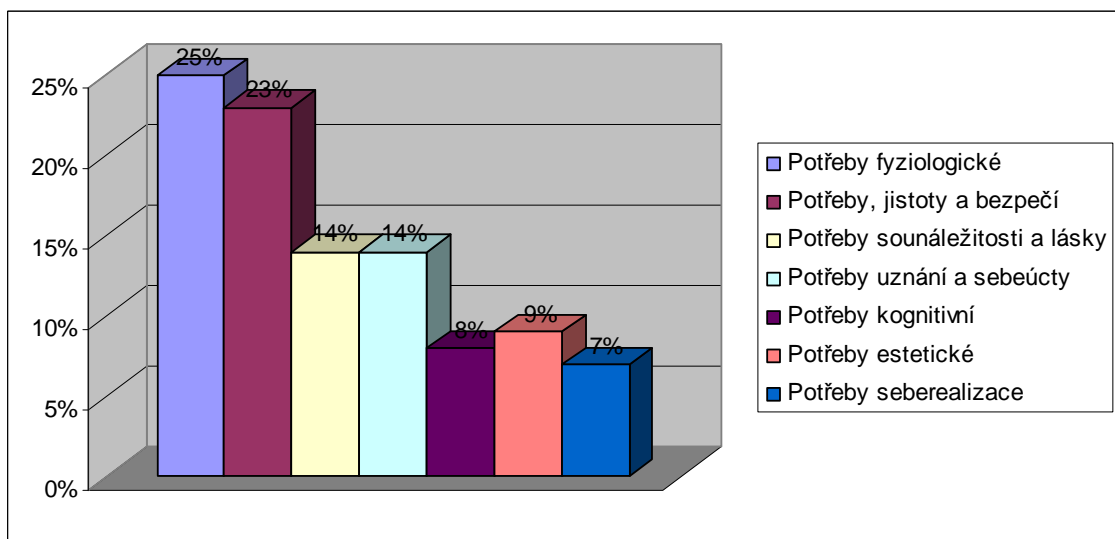
Graf 8b Podíl sester pro perioperační péči na tvorbě individuálního ošetrovatelského plánu péče - rozdělení podle akreditace zdravotnického zařízení



Graf 8b ukazuje, že z celkového počtu 40 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici, která nemá akreditaci, 6 sester pro perioperační péči (15 %), se podílí na tvorbě individuálního ošetrovatelského plánu péče pro pacienta, 34 sester

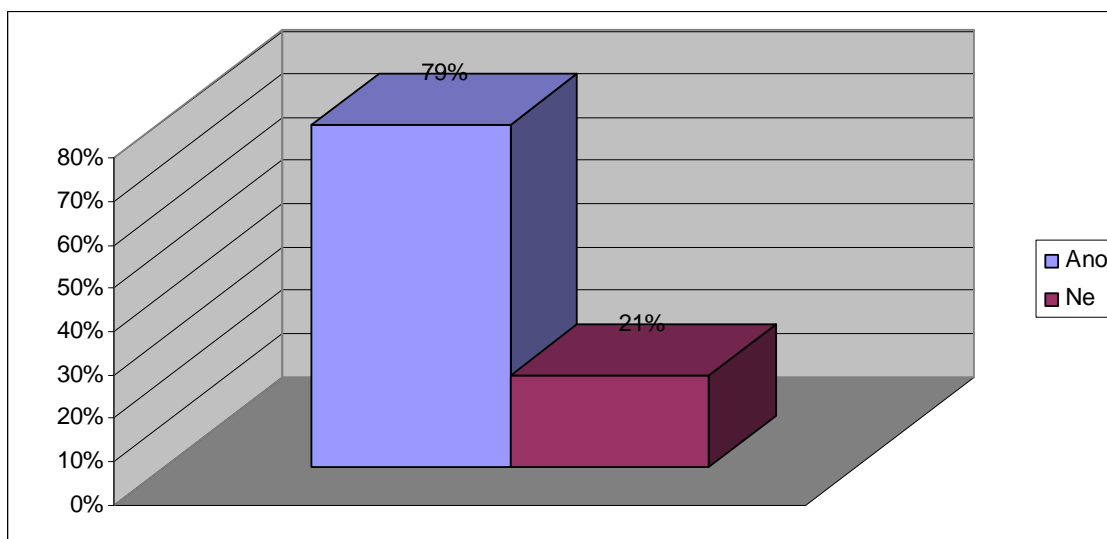
pro perioperační péči (85 %) z této nemocnice se na tvorbě individuálního ošetrovatelského plánu péče nepodílí. Z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100 %), které jsou zaměstnány v nemocnici s mezinárodní akreditací, se 7 sester pro perioperační péči (25 %) podílí na tvorbě individuálního ošetrovatelského plánu péče pro pacienta, 21 sester pro perioperační (75 %) z této nemocnice se na tvorbě individuálního ošetrovatelského plánu péče nepodílí. Z celkového počtu 14 sester pro perioperační péči (100 %), které jsou zaměstnány v nemocnici s národní akreditací se 4 sestry pro perioperační péči (29 %) na tvorbě individuálního ošetrovatelského plánu péče podílí, 10 sester pro perioperační péči (71 %) z této nemocnice se na tvorbě individuálního ošetrovatelského plánu péče nepodílí.

Graf 9 Podíl sester pro perioperační péči na naplnění potřeb z Maslowovy pyramidy hierarchie potřeb



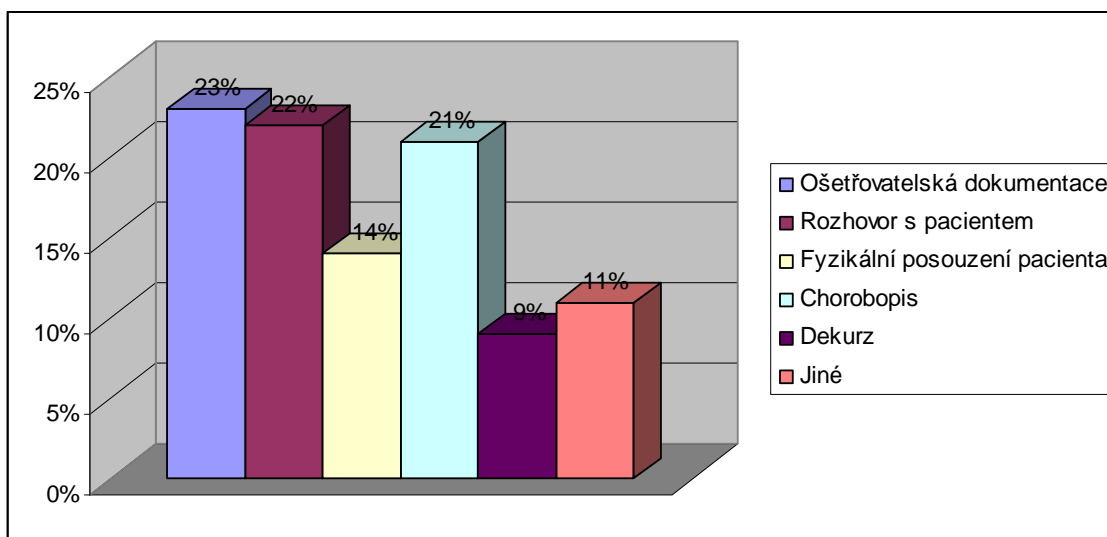
Graf 9 znázorňuje, že 68 sester pro perioperační péči (76 %) si myslí, že se podílí na naplnění fyziologických potřeb, 64 sester pro periopereační péči (78 %) se podílí na uspokojování potřeb jistoty a bezpečí, 38 sester pro perioperační péči (46 %) označilo, že se podílí na naplnění potřeb sounáležitosti a lásky, 38 sester pro perioperační péči (46 %) si myslí, že se podílí na naplnění potřeby uznání a sebeúcty, 23 sester pro perioperační péči (28 %) se podílí na uspokojování kognitivních potřeb, 25 sester pro perioperační péči (30 %) označilo, že se podílí na naplnění potřeb estetických a 20 sester pro perioperační péči (24 %) si myslí, že se podílí na naplnění potřeb seberealizace.

Graf 10 Zájem sester pro perioperační péči o uspokojování pacientových potřeb



Z grafu 10 je patrné, že se z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100 %) 65 sester pro perioperační péči (79 %) zajímá o uspokojování pacientových potřeb, 17 sester pro perioperační péči (21 %) se o uspokojování pacientových potřeb nezajímá.

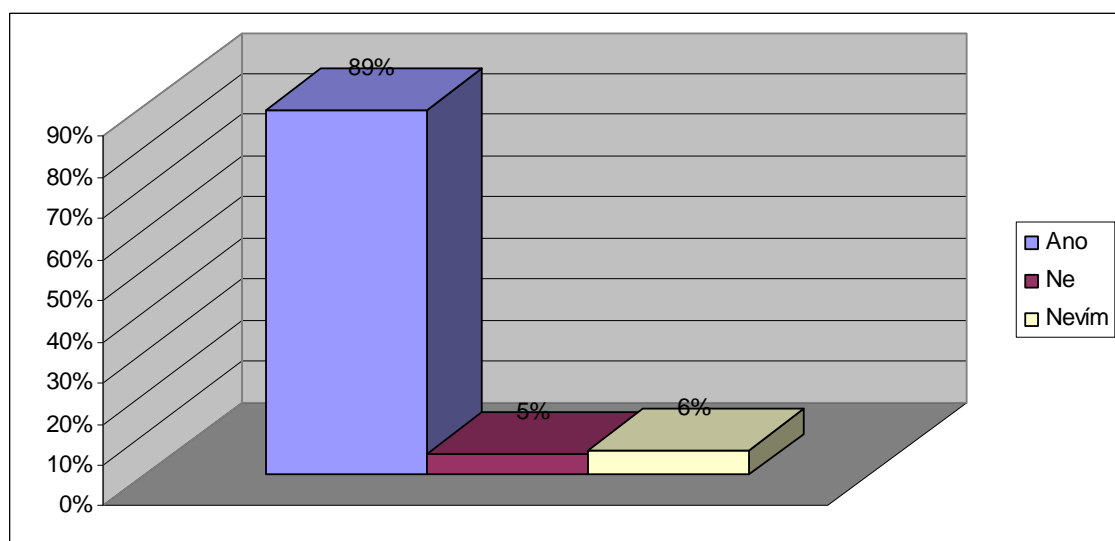
Graf 11 Zdroje informací o potřebách pacienta hospitalizovaného na JIP



Graf 11 ukazuje, že z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100 %) 57 sester pro perioperační péči (69 %) využívá ošetrovatelskou dokumentaci jako zdroj informací o potřebách pacienta hospitalizovaného na JIP a podstupujícího operační výkon. Pro 54 sester pro perioperační péči (66 %) je zdrojem informací a potřebách pacienta rozhovor s pacientem, pro 34 sester pro perioperační péči (41 %) je zdrojem

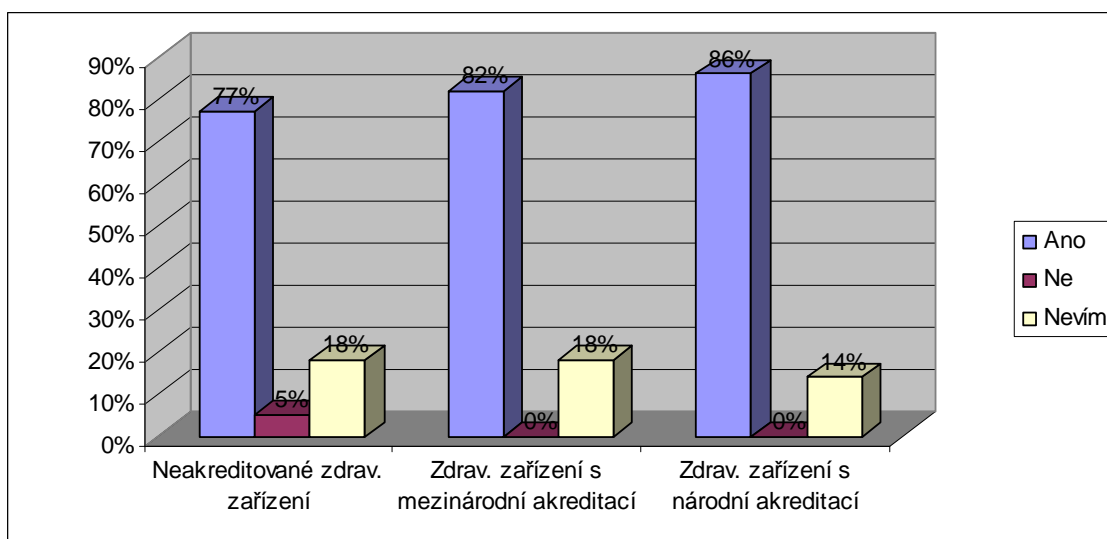
informací o potřebách pacienta hospitalizovaného na JIP podstupujícího operační výkon, fyzikální posouzení pacienta, pro 51 sester pro perioperační péči (62 %) je zdrojem chorobopis, pro 21 sester pro perioperační péči (26 %) je zdrojem dekurz, 28 sester pro perioperační péči (34 %) využívá jiné informační zdroje. 20 sester pro perioperační péči (24 %) označilo za zdroj lékaře, 4 sestry pro perioperační péči anesteziologickou sestru (5 %), 4 sestry pro perioperační péči (5 %) ostatní části zdravotnické dokumentace.

Graf 12 Změna pacientových potřeb po prodělaném operačním výkonu



Z grafu 12 vyplývá, že z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100%) 73 sester pro perioperační péči (89 %) si myslí, že se pacientovy potřeby po prodělaném operačním výkonu změní. 4 sestry pro perioperační péči (5 %) si myslí, že se pacientovy potřeby po operaci nezmění a 5 sester pro perioperační péči (6 %) neví, zda se pacientovy potřeby po prodělaném operačním výkonu změní.

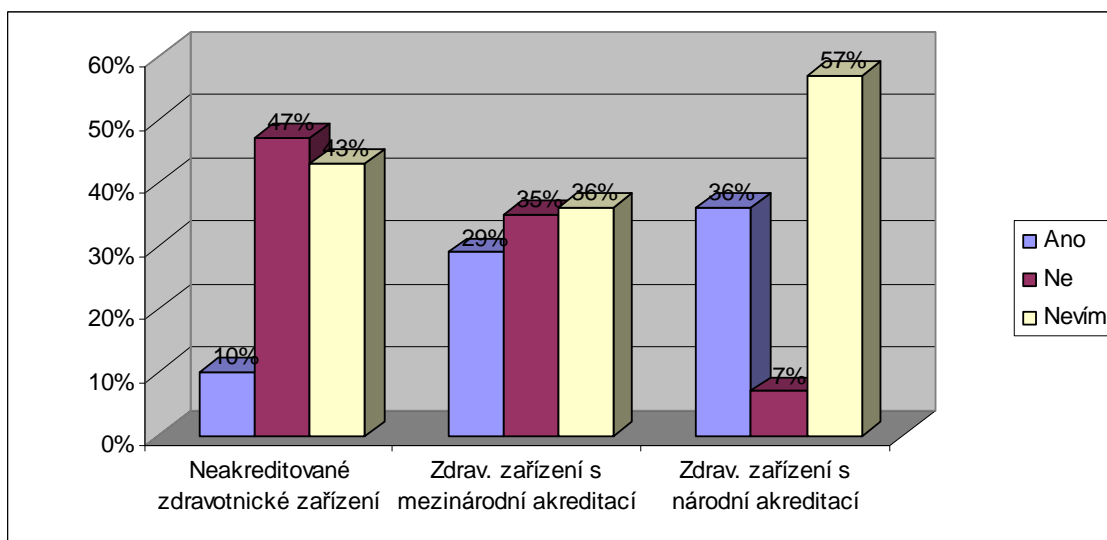
Graf 13 Kontinuita péče jako součást akreditačních standardů kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacienta



Z grafu 13 je patrné, že v nemocnici bez akreditace se z celkového počtu 40 sester pro perioperační péči (100 %) 31 sester pro perioperační péči (77 %) domnívá, že požadavek na kontinuitu zdravotní péče je součástí akreditačních standardů kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacienta, 2 sestry pro perioperační péči (5 %) z tohoto zdravotnického zařízení se domnívají, že požadavek na kontinuitu zdravotní péče není součástí akreditačních standardů kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacienta. 7 sester pro perioperační péči (18 %) zaměstnaných v tomto zdravotnickém zařízení neví, zda je požadavek na kontinuitu zdravotní péče součástí akreditačních standardů. Dále graf 13 ukazuje, že v nemocnici s mezinárodní akreditací se z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100 %) 23 sester pro perioperační péči (82 %) domnívá, že požadavek na kontinuitu péče je součástí akreditačních standardů kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacienta, žádná ze sester pro perioperační péči (0 %) z tohoto zdravotnického zařízení si nemyslí, že požadavek na kontinuitu zdravotní péče není součástí akreditačních standardů kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacienta. 5 sester pro perioperační péči (18 %) zaměstnaných v tomto zdravotnickém zařízení neví, zda je požadavek na kontinuitu zdravotní péče součástí akreditačních standardů. Dále graf ukazuje, že v nemocnici s národní akreditací se z celkového počtu 14 sester pro perioperační péči (100 %) 12 sester pro perioperační péči (86 %) domnívá, že požadavek na kontinuitu péče je součástí akreditačních standardů kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacienta, žádná ze sester pro perioperační péči (0 %) z tohoto

zdravotnického zařízení si nemyslí, že požadavek na kontinuitu zdravotní péče není součástí akreditačních standardů kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacienta. 2 sestry pro perioperační péči (14 %) zaměstnané v tomto zdravotnickém zařízení neví, zda je požadavek na kontinuitu zdravotní péče součástí akreditačních standardů.

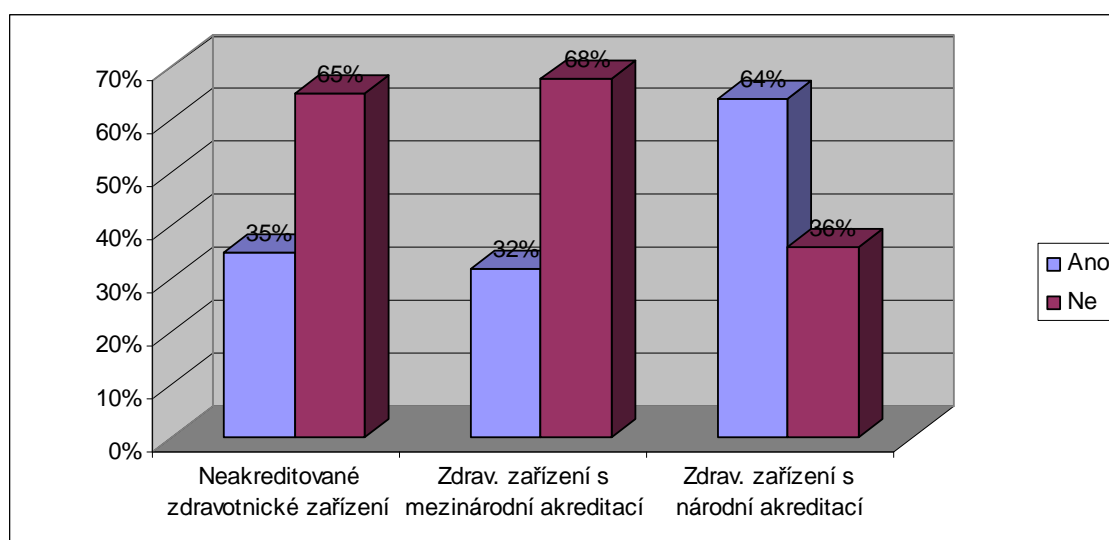
Graf 14 Vypracovaný standard kontinuity ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a JIP



Graf 14 ukazuje, že z celkového počtu 40 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici bez akreditace, se 4 sestry pro perioperační péči (10 %) domnívá, že jejich pracoviště má vypracovaný standard o kontinuitě ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a JIP, 19 sester pro perioperační péči (47 %) z tohoto zdravotnického zařízení se domnívá, že jejich pracoviště nemá vypracovaný standard o kontinuitě ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a JIP. 17 sester pro perioperační péči (43 %) zaměstnaných v tomto zdravotnickém zařízení neví, zda jejich pracoviště má vypracovaný standard o kontinuitě ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a JIP. Dále graf 14 ukazuje, že v nemocnici s mezinárodní akreditací se z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100 %) 8 sester pro perioperační péči (28 %) domnívá, že jejich pracoviště má vypracovaný standard o kontinuitě ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a JIP, 10 sester pro perioperační péči (36 %) z tohoto zdravotnického zařízení se domnívá, že jejich pracoviště nemá vypracovaný standard o kontinuitě ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a JIP. 10 sester pro perioperační péči (36 %) zaměstnaných v tomto zdravotnickém zařízení neví, zda jejich pracoviště má

vypracovaný standard o kontinuitě ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a JIP. Dále graf 14 ukazuje, že v nemocnici s národní akreditací se z celkového počtu 14 sester pro perioperační péči (100 %) 5 sester pro perioperační péči (36 %) domnívá, že jejich pracoviště má vypracovaný standard o kontinuitě ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a JIP, 1 sestra pro perioperační péči (7 %) z tohoto zdravotnického zařízení se domnívá, že jejich pracoviště nemá vypracovaný standard o kontinuitě ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a JIP. 8 sester pro perioperační péči (57 %) zaměstnaných v tomto zdravotnickém zařízení neví, zda má jejich pracoviště má vypracovaný standard o kontinuitě ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a JIP.

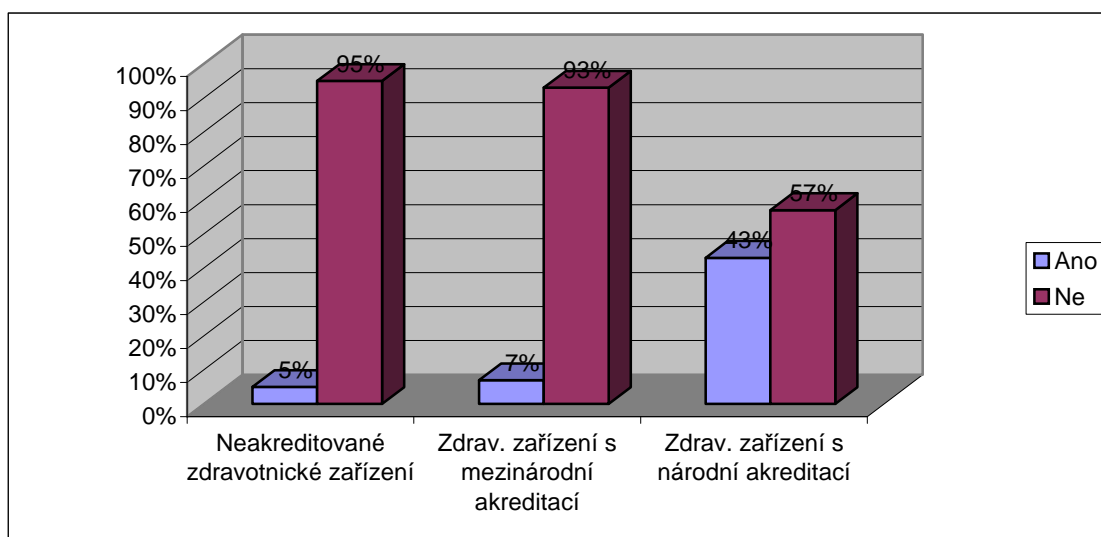
Graf 15 Podíl sester pro perioperační péči na edukaci pacientů



Graf 15 ukazuje, že v nemocnici bez akreditace se z celkového počtu 40 sester pro perioperační péči (100 %) 14 sester pro perioperační péči (35 %) podílí v rámci předoperační přípravy na edukaci pacientů, 26 sester pro perioperační péči (65 %) z tohoto zdravotnického zařízení se nepodílí v rámci předoperační přípravy na edukaci pacientů. Dále graf 15 ukazuje, že se z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100 %) v nemocnici s mezinárodní akreditací 9 sester pro perioperační péči (32 %) podílí v rámci předoperační přípravy na edukaci pacientů, 19 sester pro perioperační péči (68 %) z tohoto zdravotnického zařízení se nepodílí v rámci předoperační přípravy na edukaci pacientů. Dále graf 15 ukazuje, že v nemocnici s národní akreditací se z celkového počtu 14 sester pro perioperační péči (100 %) 9 sester pro perioperační péči (64 %) podílí v rámci předoperační přípravy na edukaci pacientů, 5 sester pro

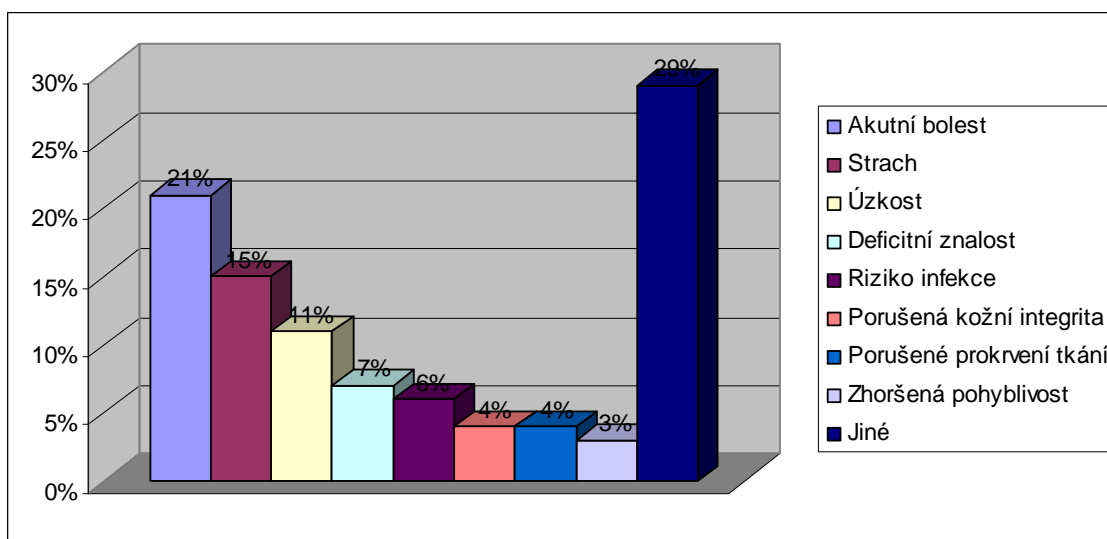
perioperační péči (26 %) z tohoto zdravotnického zařízení se nepodílí v rámci předoperační přípravy na edukaci pacientů.

Graf 16 Podíl sester pro perioperační péči na stanovení ošetrovatelských diagnóz u pacienta na JIP v předoperačním období



Z grafu 16 je patrné, že z celkového počtu 40 sester perioperační péče (100 %), které pracují v nemocnici bez akreditace se 2 sestry pro perioperační péči (5 %) podílejí na stanovení ošetrovatelských diagnóz u pacienta hospitalizovaného na JIP v předoperačním období, 38 sester pro perioperační péči (95 %) v tomto zdravotnickém zařízení se nepodílí na stanovení ošetrovatelských diagnóz u těchto pacientů. Dále je z grafu patrné, že z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují ve zdravotnickém s mezinárodní akreditací se 2 sestry pro perioperační péči (7 %) podílejí na stanovení ošetrovatelských diagnóz u pacienta hospitalizovaného na JIP v předoperačním období, 26 sester pro perioperační péči (93 %) se nepodílí v tomto zdravotnickém zařízení na stanovení ošetrovatelských diagnóz u těchto pacientů. Dále z grafu vyplývá, že z celkového počtu 14 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují ve zdravotnickém zařízení s národní akreditací se 6 sester pro perioperační péči (43 %) podílí na stanovení ošetrovatelských diagnóz u pacienta hospitalizovaného na JIP v předoperačním období, 8 sester pro perioperační péči (57 %) v tomto zdravotnickém zařízení se nepodílí na stanovení ošetrovatelských diagnóz u těchto pacientů.

Graf 17 Soubor možných ošetrovatelských diagnóz u pacienta v předoperačním období



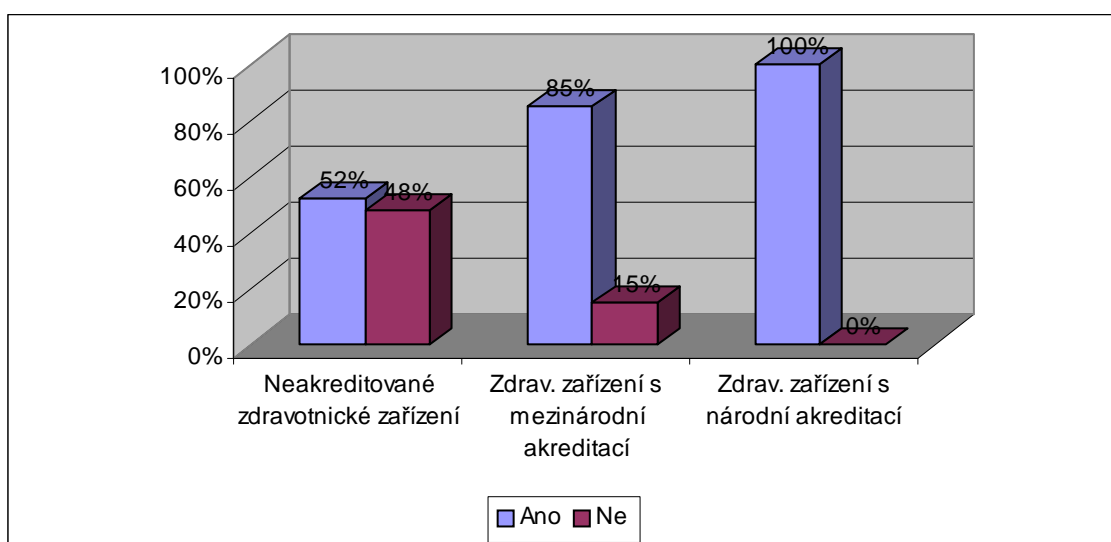
Z grafu 17 vyplývá, že 82 sester pro perioperační péči určilo a označilo 252 možností (100 %). V 52 případech (21 %) byla označena akutní bolest jako možná ošetrovatelská diagnóza, kterou lze stanovit u pacienta v předoperačním období. Strach byl uveden jako další možná ošetrovatelská diagnóza ve 38 případech (15 %), ve 28 případech (11 %) bolest, ve 17 případech (7 %) úzkost, v 15 případech (6 %) deficitní znalost pojmu, v 11 případech (4 %) riziko infekce, v 11 případech (4 %) porušenou kožní integritu, v 8 případech (3 %) zhoršenou pohyblivost. Jiné ošetrovatelské diagnózy byly uvedeny v 73 případech (89 %). Tento soubor obsahoval tyto ošetrovatelské diagnózy: riziko situačně snížené sebeúcty, riziko deficitu tělesných tekutin, riziko alergické reakce, nedostatečnou výživu, nadměrnou výživu, porušenou výměnu plynů, porušený spánek, riziko imobilizačního syndromu, snížený srdeční výdej, neefektivní tkáňová perfuze, neefektivní dýchání, bezmocnost, akutní zmatenost, deficit sebepéče, zhoršenou verbální komunikaci.

Tabulka 1 k dotazníkové otázce 18. Části ošetrovatelské dokumentace důležité pro kontinuitu ošetrovatelské péče mezi OP sálem a JIP

Tabulka 1 je součástí příloh.

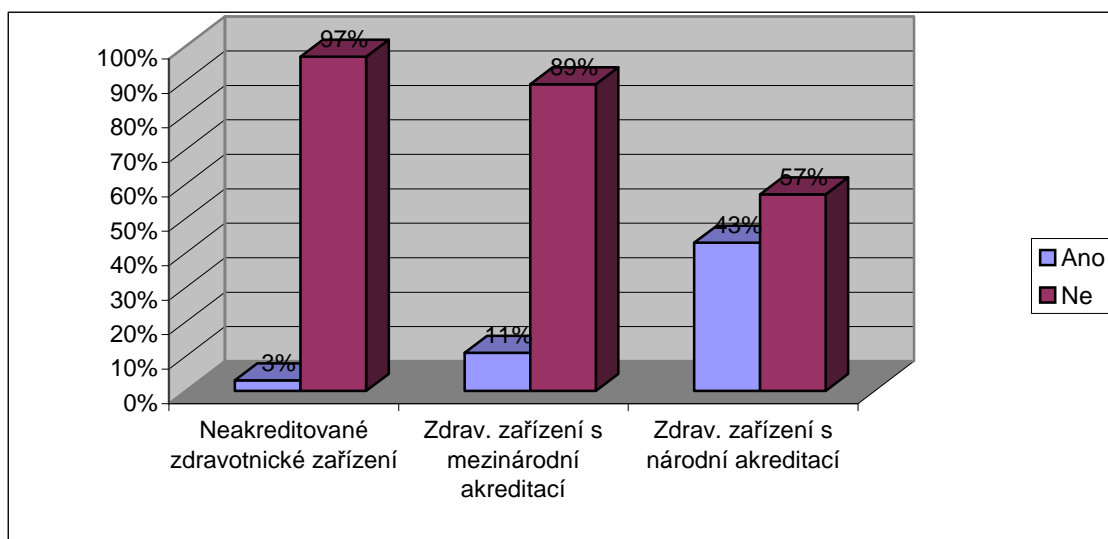
Tabulka 1 ukazuje části ošetrovatelské dokumentace, které jsou podle mínění sester důležité pro kontinuitu ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a JIP. V levém sloupci jsou odpovědi sester pro perioperační péči, v pravém sloupci je uveden počet sester, které odpovídaly.

Graf 19 Jednotná forma používané ošetrovatelské dokumentace



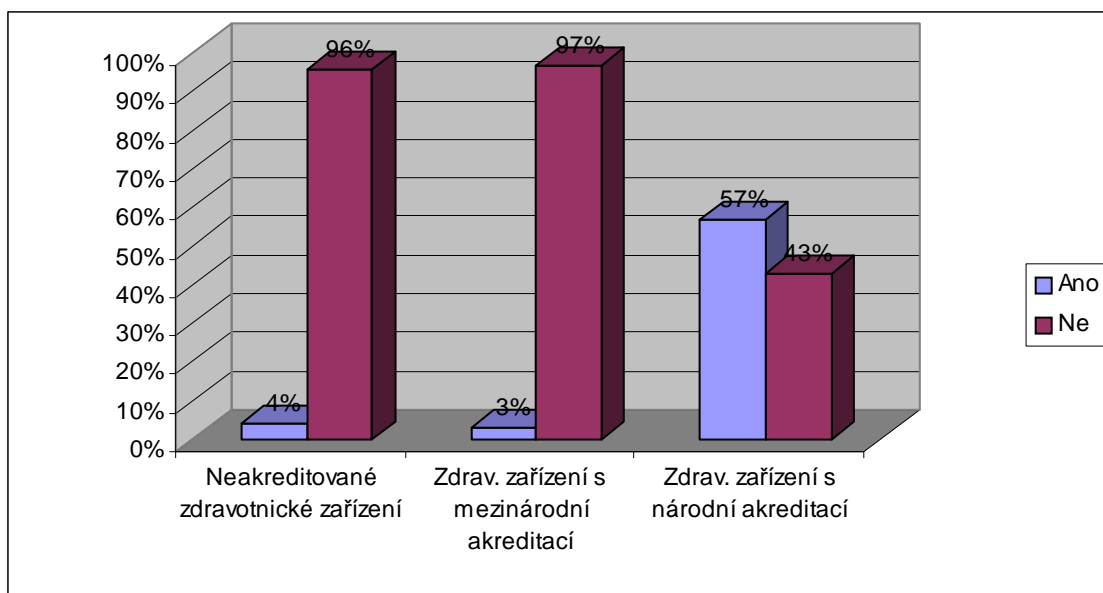
Z grafu 19 vyplývá, že z celkového počtu 40 sester perioperační péče (100 %) pracujících ve zdravotnickém zařízení bez akreditace 26 sester (52 %) odpovědělo, že perioperační ošetrovatelské dokumentace používaná v tomto zdravotnickém zařízení má jednotnou formu. 14 sester (48 %) odpovědělo, že jednotnou formu nemá. Z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100 %) pracujících ve zdravotnickém zařízení s mezinárodní akreditací odpovědělo 26 sester (85 %), že toto zdravotnické zařízení má jednotnou formu ošetrovatelské dokumentace. 2 sestry (15 %) odpověděly, že tato nemocnice nemá jednotnou formu ošetrovatelské dokumentace používané na operační sále. Z celkového počtu 14 sester pro perioperační péči (100 %) odpovědělo 14 sester, že používaná ošetrovatelská perioperační dokumentace má jednotnou formu.

Graf 20 Ošetrovatelské diagnózy jako součást perioperační ošetrovatelské dokumentace



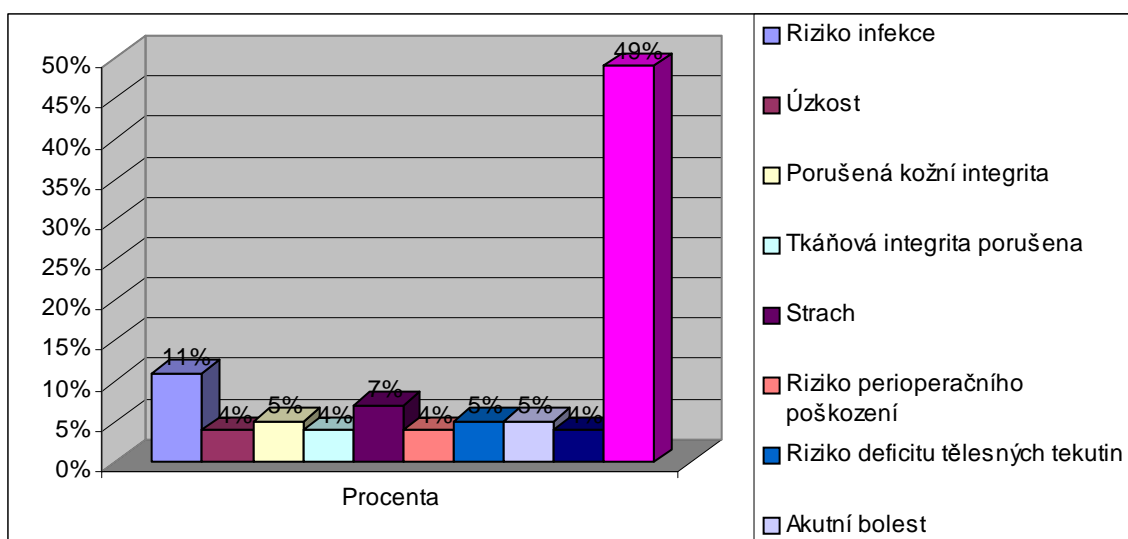
Graf 20 ukazuje, že z celkového počtu 40 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici bez akreditace, odpověděla 1 sestra pro perioperační péči (3 %), že ošetrovatelské diagnózy jsou součástí perioperační ošetrovatelské dokumentace, která se používá na tomto pracovišti. 39 sester (97 %) odpovědělo, že ošetrovatelské diagnózy nejsou součástí perioperační ošetrovatelské dokumentace, která se na tomto pracovišti používá. Dále graf 20 ukazuje, že z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici s mezinárodní akreditací, odpověděly 3 sestry pro perioperační péči (11 %), že ošetrovatelské diagnózy jsou součástí perioperační ošetrovatelské dokumentace. 25 sester (89 %) odpovědělo, že ošetrovatelské diagnózy nejsou součástí perioperační ošetrovatelské dokumentace, která se na tomto pracovišti používá. Dále graf 20 ukazuje, že z celkového počtu 14 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici s národní akreditací, odpovědělo 6 sester pro perioperační péči (43 %), že ošetrovatelské diagnózy jsou součástí perioperační ošetrovatelské dokumentace používané na tomto pracovišti. 8 sester (57 %) odpovědělo, že ošetrovatelské diagnózy nejsou součástí perioperační ošetrovatelské dokumentace používané na tomto pracovišti.

Graf 21 Sestra pro perioperační péči stanovuje oš. diagnózy vztahující se k intraoperačnímu období



Z grafu 21 je patrné, že z celkového počtu 40 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici bez akreditace, odpověděla 1 sestra pro perioperační péči (3 %), že stanovuje ošetrovatelské diagnózy vztahující se k intraoperačnímu období, 39 sester (97 %) odpovědělo, že nestanovuje ošetrovatelské diagnózy vztahující se k intraoperačnímu období. Dále je z grafu 21 patrné, že z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici s mezinárodní akreditací, odpověděla 1 sestra pro perioperační péči (4 %), že stanovuje ošetrovatelské diagnózy vztahující se k intraoperačnímu období, 27 sester (96 %) nestanovuje ošetrovatelské diagnózy vztahující se k intraoperačnímu období. Dále je z grafu 21 patrné, že s celkového počtu 14 sester pro perioperační péči, které pracují v nemocnici s národní akreditací, odpovědělo 6 sester pro perioperační péči (43 %), že stanovuje ošetrovatelské diagnózy vztahující se k intraoperačnímu období, 8 sester (57 %) odpovědělo, že stanovuje ošetrovatelské diagnózy vztahující se k intraoperačnímu období.

Graf 22 Soubor možných ošetrovatelských diagnóz vztahující se k intraoperačnímu období



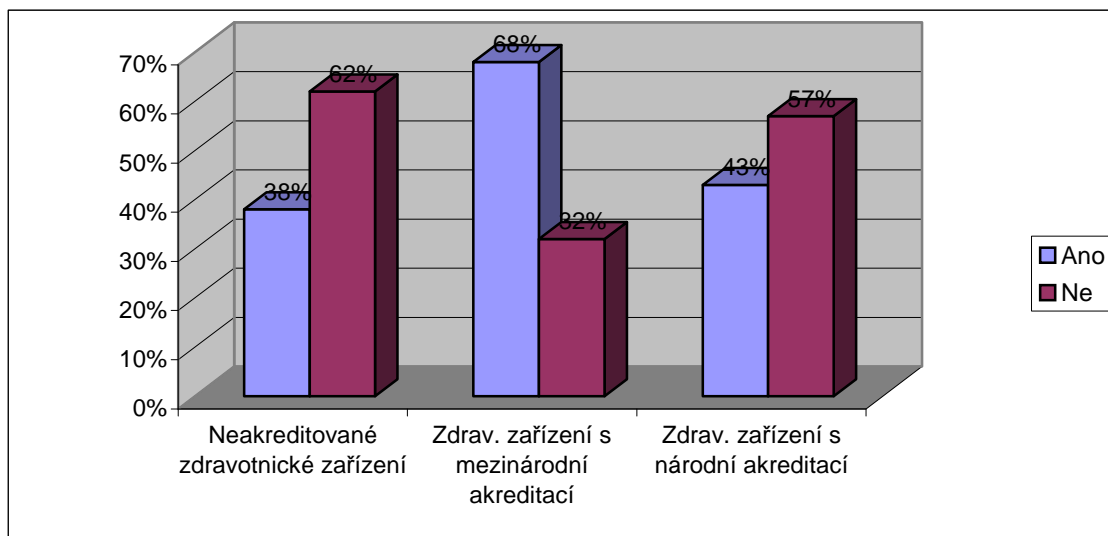
Z grafu 22 vyplývá, že 82 sester pro perioperační péči stanovilo 245 možných ošetrovatelských diagnóz. Ve 25 případech sestry pro perioperační péči (11 %) určily jako možnou ošetrovatelskou diagnózu riziko infekce, v 11 případech (4 %) úzkost, v 13 případech (5 %) porušenou kožní integritu, v 11 případech (4 %) porušenou tkáňovou integritu, v 18 případech (7 %) strach, v 11 případech (4 %) riziko perioperačního poškození, ve 13 případech (5 %) riziko deficitu tělesných tekutin, ve 13 případech (5 %) akutní bolest, v 11 případech (4 %) neefektivní průchodnost dýchacích cest. Ve 119 případech (49 %) označily jinou možnost.

Tabulka 2 k dotazníkové otázce 23. Součásti perioperačního ošetrovatelského záznamu v jednotlivých zdravotnických zařízeních

Tabulka 2 je součástí příloh.

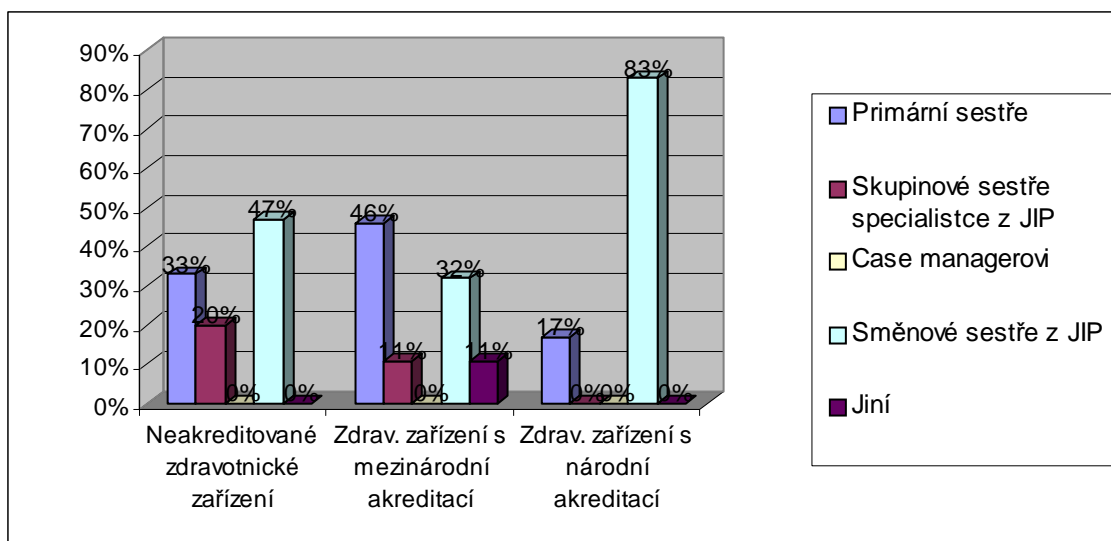
Tabulka 2 ukazuje oddíly perioperační ošetrovatelské dokumentace, které jsou součástí perioperačního ošetrovatelského záznamu. V levém sloupci jsou odpovědi sester pro perioperační péči, v pravém sloupci je uveden počet sester, které odpovídaly.

Graf 24 Předávání informací o potřebách pacienta



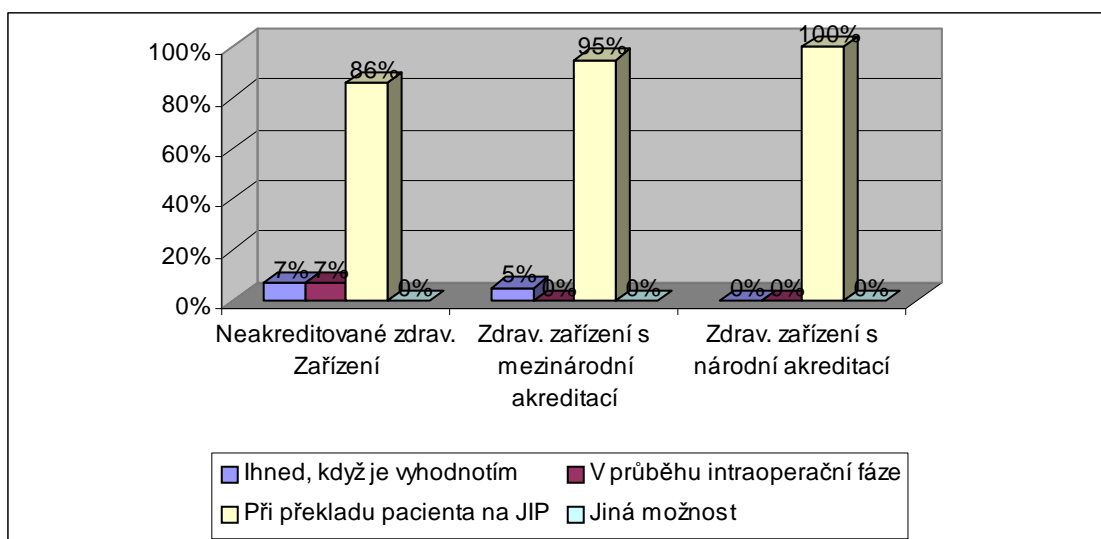
Graf 24 ukazuje kolik z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100 %) předává informace o změněných potřebách pacienta, které nastaly v důsledku operačního výkonu. 24 sester pro perioperační péči (52 %), které pracují v nemocnici bez akreditace, odpověděly, že předávají informace o změněných potřebách pacienta, které nastaly v důsledku operačního výkonu. 16 sester pro perioperační péči (48 %) odpovědělo, že informace nepředávají. 26 sester pro perioperační péči (85 %), které pracují v nemocnici s mezinárodní akreditací odpovědělo, že informace předávají, 2 sestry (15 %) v tomtéž zdravotnickém zařízení informace nepředávají. 14 sester (100 %), které pracují v nemocnici s národní akreditací informace předává, žádná sestra informace v tomtéž zařízení nepředává.

Graf 25 Poskytovatel zdravotní péče, který dostává informace o změněných potřebách pacienta



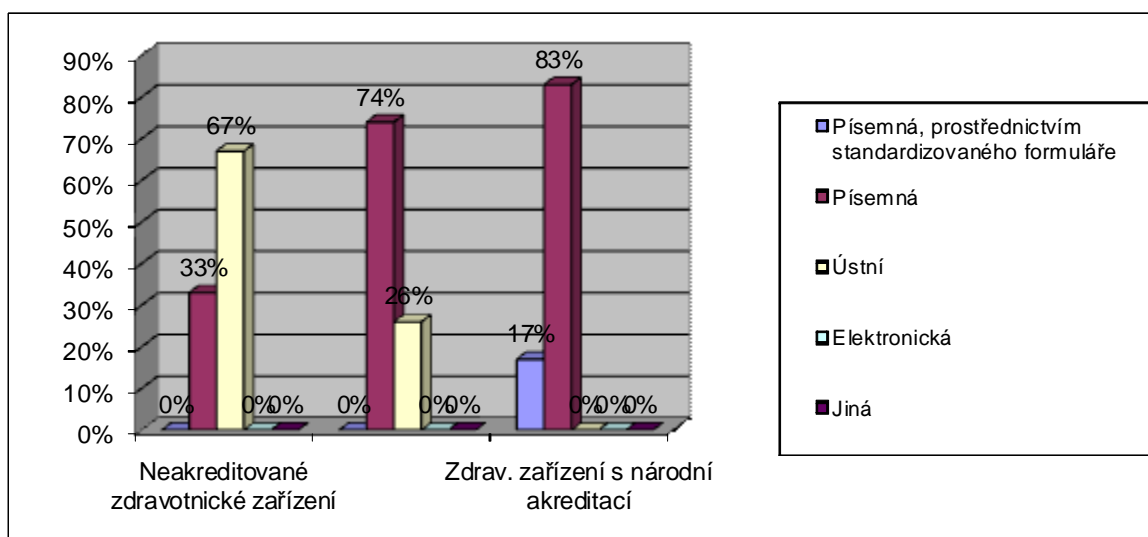
Graf 25 ukazuje, že z 15 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici bez akreditace a na dotazníkovou otázku 24 odpověděly kladně, se 5 sester (33 %) vyjádřilo, že informace o změněných potřebách pacienta předávají primární sestře, 3 sestry (20 %) z tohoto souboru předávají informace o změněných potřebách pacienta skupinové sestře specialiste a 7 sester (47 %) z tohoto souboru předává informace směnové sestře z JIP. Žádná sestra z tohoto souboru neoznčila v dotazníku jinou možnost. Z 19 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici s mezinárodní akreditací a na dotazníkovou otázku 24 odpovědělo kladně, se 9 sester (46 %) vyjádřilo, že informace o změněných potřebách pacienta předává primární sestře, 2 sestry (11 %) z tohoto souboru předávají informace skupinové sestře specialiste, žádná sestra z tohoto souboru nepředává informace case managerovi, 6 sester (32 %) předává informace směnové sestře z JIP a 2 sestry (11 %) předávají informace jinému poskytovateli zdravotní péče. Dále graf 25 ukazuje, že 6 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici s národní akreditací a na dotazníkovou otázku 24 odpovědělo kladně, se 1 sestra (17 %) vyjádřila, že informace o změněných potřebách předává primární sestře, 5 sester (83 %) z tohoto souboru předává informace směnové sestře z JIP. Žádná jiná možnost nebyla označena sestrami z tohoto souboru.

Graf 26 Kdy jsou informace o změněných potřebách pacienta předávány



Z grafu 26 vyplývá, že z 15 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici bez akreditace a na dotazníkovou otázku 24 odpověděly kladně, se 1 sestra (7 %) vyjádřila, že předává informace o změněných potřebách pacienta ihned, když je vyhodnotí, 1 sestra (7 %) z tohoto souboru předává informace o změněných potřebách pacienta v průběhu intraoperační fáze a 13 sester (86 %) z tohoto souboru předává informace při překladu pacienta z operačního sálu na JIP. Žádná sestra (0 %) z tohoto souboru neoznčila v dotazníku jinou možnost. Z 19 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici s mezinárodní akreditací a na dotazníkovou otázku 24 odpovědělo kladně, se 1 sestra (5 %) vyjádřila, že informace o změněných potřebách pacienta předává ihned, když vyhodnotí, žádná sestra (0 %) z tohoto souboru nepředává informace v průběhu intraoperační fáze, 18 sester (95 %) z tohoto souboru předává informace při překladu pacienta z operačního sálu na JIP, žádná sestra (0 %) z tohoto souboru neoznčila jinou možnost. Dále graf 26 ukazuje, že 6 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici s národní akreditací a na dotazníkovou otázku 24 odpovědělo kladně, se 6 sester (100 %) z tohoto souboru vyjádřilo, že informace o změněných potřebách předává při překladu pacienta z operačního sálu na JIP. Žádná sestra (0 %) z tohoto souboru neoznčila jakoukoliv jinou nabízenou možnost odpovědi.

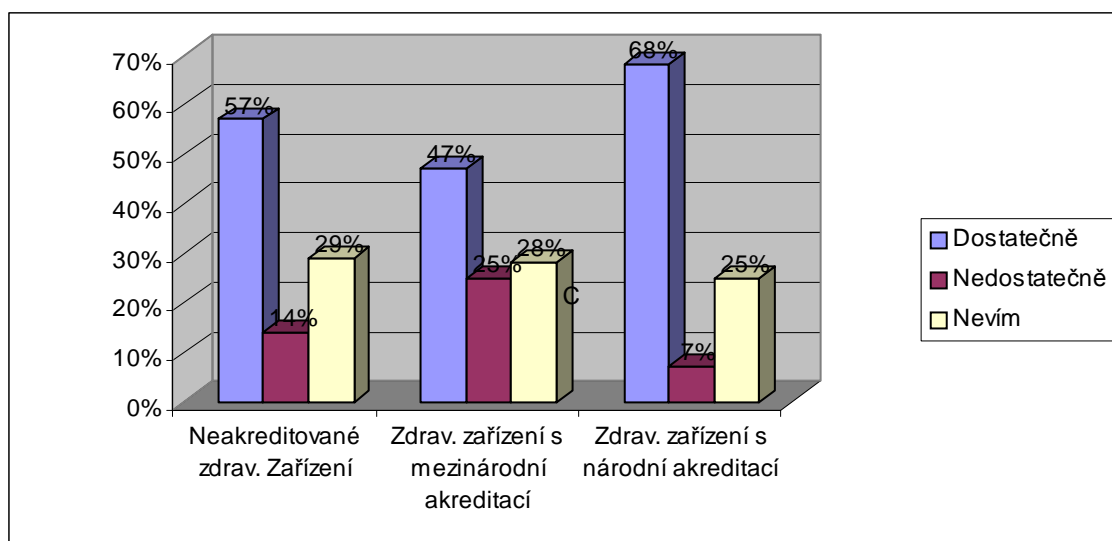
Graf 27 Forma komunikace



Z grafu 27 vyplývá, že z 15 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici bez akreditace a na dotazníkovou otázku 24 odpověděly kladně, žádná sestra (0 %) z tohoto souboru neoznačila možnost písemné formy komunikace mezi poskytovateli ošetrovatelské péče při překladi pacienta z operačního sálu na JIP prostřednictvím standardizovaného formuláře. 5 sester (33 %) z tohoto souboru označilo písemnou formu komunikace mezi poskytovateli ošetrovatelské péče. 10 sester (67 %) z tohoto souboru označilo ústní formu komunikace. Žádná sestra (0 %) z tohoto souboru neoznačila v dotazníku jakoukoliv jinou nabízenou možnost odpovědi.

Z 19 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici s mezinárodní akreditací a na dotazníkovou otázku 24 odpovědělo kladně, žádná sestra (0 %) z tohoto souboru neoznačila možnost písemné formy komunikace mezi poskytovateli ošetrovatelské péče při překladi pacienta z operačního sálu na JIP prostřednictvím standardizovaného formuláře. 14 sester (75 %) z tohoto souboru označilo písemnou formu komunikace mezi poskytovateli ošetrovatelské péče. 5 sester (26 %) z tohoto souboru označilo ústní formu komunikace. Žádná sestra z tohoto souboru (0 %) neoznačila v dotazníku jakoukoliv jinou nabízenou možnost odpovědi. Dále graf 27 ukazuje, že 6 sester pro perioperační péči (100 %), které pracují v nemocnici s národní akreditací a na dotazníkovou otázku 24 odpovědělo kladně, 1 sestra (17 %) označila možnost písemné formy komunikace prostřednictvím standardizovaného formuláře, že 5 sester (83 %) z tohoto souboru označilo možnost písemné formy komunikace. Žádná sestra z tohoto souboru (0 %) neoznačila v dotazníku jakoukoliv jinou nabízenou možnost odpovědi.

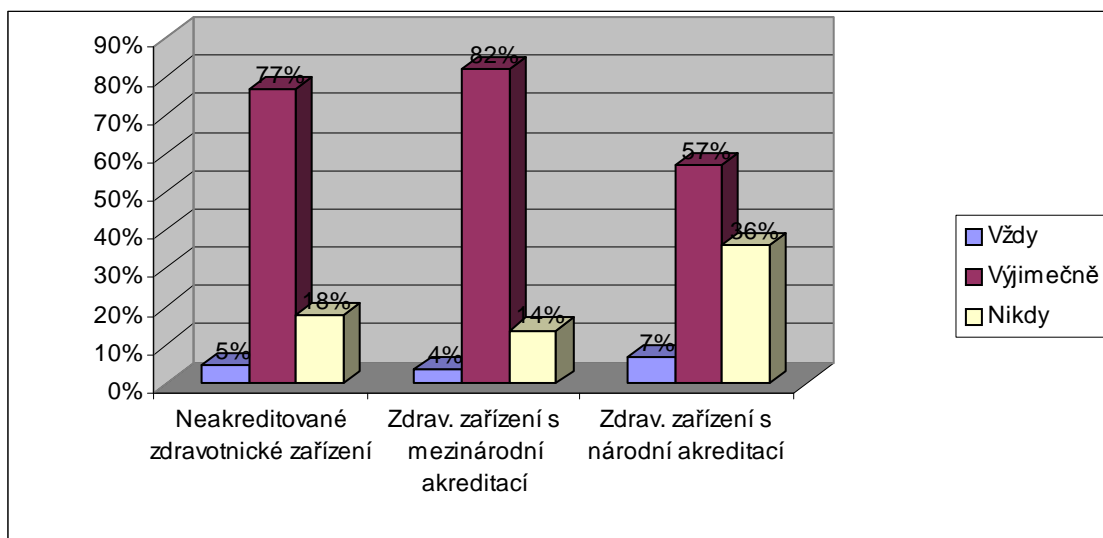
Graf 28 Hodnocení používané perioperační ošetrovatelské dokumentace



Graf 28 znázorňuje, že v nemocnici bez akreditace se z celkového počtu 40 sester pro perioperační péči (100 %) 19 sester pro perioperační péči (47 %) domnívá, že je používaná perioperační dokumentace informující navazující poskytovatele ošetrovatelské péče o změněných potřebách pacienta, který podstoupil operační výkon dostatečná. 10 sester pro perioperační péči (25 %) z tohoto zdravotnického zařízení se domnívá, že používaná perioperační dokumentace je nedostatečná. 11 sester pro perioperační péči (28 %) zaměstnaných v tomto zdravotnickém zařízení neví, zda je používaná ošetrovatelská dokumentace dostačující. Dále graf 28 ukazuje, že v nemocnici s mezinárodní akreditací se z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100 %) 19 sester pro perioperační péči (68 %) se domnívá, že je používaná perioperační dokumentace informující navazující poskytovatele ošetrovatelské péče o změněných potřebách pacienta, který podstoupil operační výkon dostatečná. 2 sestry pro perioperační péči (7 %) z tohoto zdravotnického zařízení se domnívá, že používaná perioperační dokumentace je nedostatečná. 7 sester pro perioperační péči (25 %) zaměstnaných v tomto zdravotnickém zařízení neví, zda je používaná ošetrovatelská dokumentace dostačující. Dále graf ukazuje, že v nemocnici s národní akreditací se z celkového počtu 14 sester pro perioperační péči (100 %) 8 sester (57 %) domnívá, že je používaná perioperační dokumentace informující navazující poskytovatele ošetrovatelské péče o změněných potřebách pacienta, který podstoupil operační výkon dostatečná. 2 sestry pro perioperační péči (19 %) z tohoto zdravotnického zařízení se domnívají, že používaná perioperační dokumentace je nedostatečná. 4 sestry pro

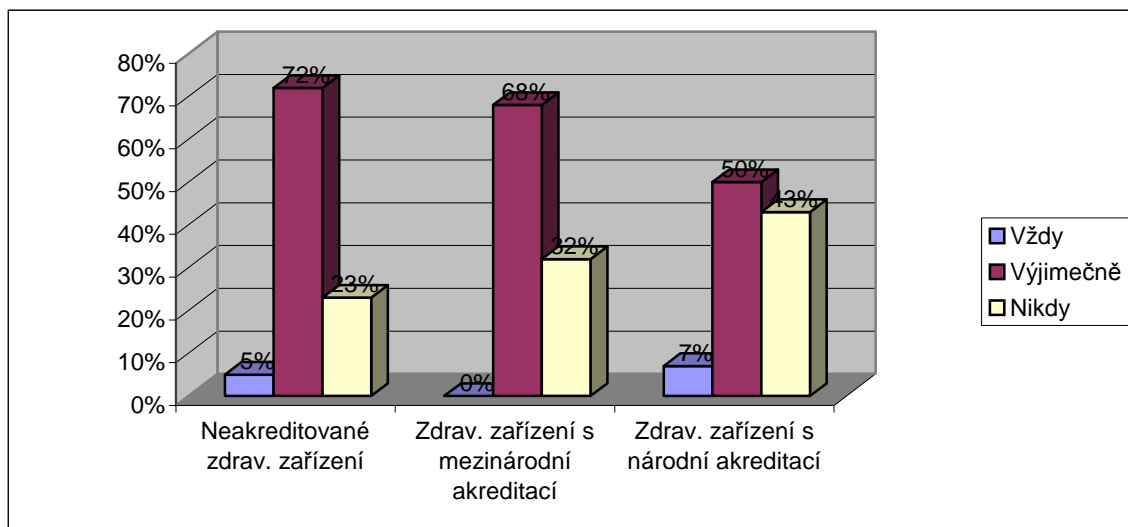
perioperační péči (29 %) zaměstnaných v tomto zdravotnickém zařízení neví, zda je používána ošetrovatelská dokumentace dostačující.

Graf 29 Četnost zájmu o další průběh léčby



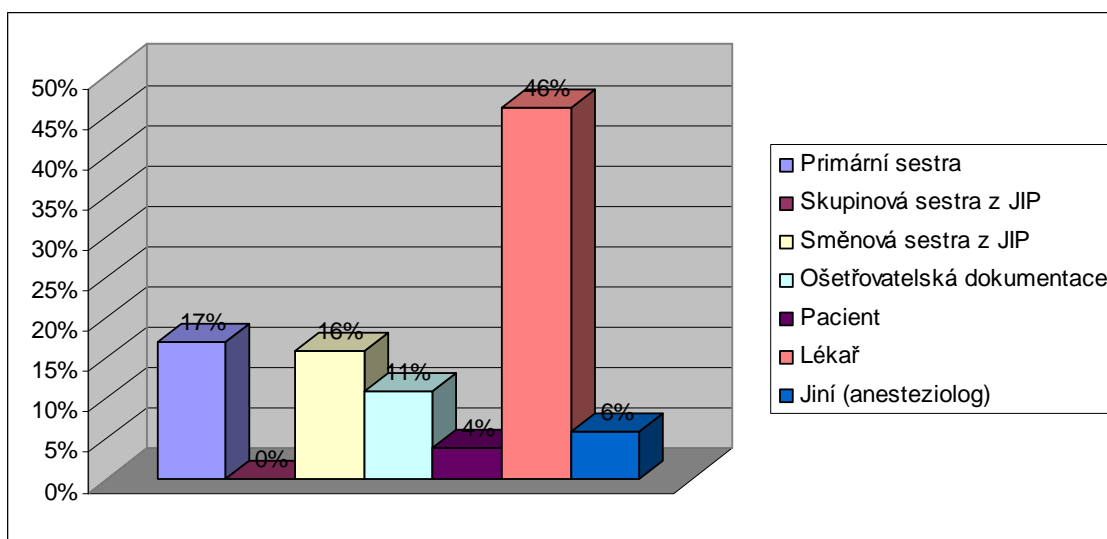
Graf 29 znázorňuje, že v nemocnici bez akreditace se z celkového počtu 40 sester pro perioperační péči (100 %) se 2 sestry pro perioperační péči (5 %) vždy zajímají o další průběh léčby pacienta hospitalizovaného na JIP, 31 sester (77 %) se výjimečně zajímá o další průběh léčby u pacienta hospitalizovaného na JIP a 7 sester (18 %) se z tohoto souboru se nezajímá. Dále graf 29 ukazuje, že v nemocnici s mezinárodní akreditací se z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100%) 1 sestra pro perioperační péči (4 %) se vždy zajímá o další průběh léčby pacienta hospitalizovaného na JIP, 23 sester (82 %) se výjimečně zajímá o další průběh léčby u pacienta hospitalizovaného na JIP a 4 sestry (14 %) se z tohoto souboru se nezajímají. Dále graf 29 ukazuje, že v nemocnici s národní akreditací se z celkového počtu 14 sester pro perioperační péči (100 %) se 1 sestra pro perioperační péči (7 %) vždy zajímá o další průběh léčby pacienta hospitalizovaného na JIP, 8 sester (57 %) se výjimečně zajímá o další průběh léčby u pacienta hospitalizovaného na JIP a 5 sester (36 %) se z tohoto souboru se nezajímá.

Graf 30 Četnost zájmu o pooperační ošetrovatelskou péči



Graf 30 znázorňuje, že v nemocnici bez akreditace se z celkového počtu 40 sester pro perioperační péči (100%) se 2 sestry pro perioperační péči (5 %) vždy zajímají o průběh pooperační ošetrovatelské péče u pacienta hospitalizovaného na JIP, 29 sester (72 %) se výjimečně zajímá o průběh pooperační ošetrovatelské péče u pacienta hospitalizovaného na JIP a 9 sester (23 %) z tohoto souboru se nezajímá. Dále graf 30 ukazuje, že v nemocnici s mezinárodní akreditací se z celkového počtu 28 sester pro perioperační péči (100%) žádná sestra pro perioperační péči (0 %) se vždy zajímá o průběh pooperační ošetrovatelské péče u pacienta hospitalizovaného na JIP, 19 sester (68 %) se výjimečně zajímá o průběh pooperační ošetrovatelské péče u pacienta hospitalizovaného na JIP a 9 sester (32 %) se z tohoto souboru se nezajímá. Dále graf 30 ukazuje, že v nemocnici s národní akreditací se z celkového počtu 14 sester pro perioperační péči (100 %) se 1 sestra pro perioperační péči (7 %) vždy zajímá o průběh pooperační ošetrovatelské péče u pacienta hospitalizovaného na JIP, 7 sester (50 %) se výjimečně zajímá o průběh pooperační ošetrovatelské péče u pacienta hospitalizovaného na JIP a 6 sester (43 %) se z tohoto souboru se nikdy nezajímá.

Graf 31 Zdroje informací o pooperační ošetrovatelské péči u pacienta hospitalizovaného na JIP



Graf 31 ukazuje, že z celkového počtu 82 sester pro perioperační péči (100 %) 14 sester pro perioperační péči (17 %) jako zdroj informací o pooperační ošetrovatelské péči u pacientů hospitalizovaných na JIP uvádí primární sestru, žádná ze sester pro perioperační péči (0 %) neuvádí jako zdroj informací skupinovou sestru z JIP, pro 13 sester pro perioperační péči (16 %) je zdrojem informací směnová sestra z JIP, pro 38 sester pro perioperační péči (46 %) je zdrojem lékař, pro 3 sestry pro perioperační péči (4 %) je zdrojem pacient, pro 9 sester pro perioperační péči (11 %) je zdrojem ošetrovatelská dokumentace a 5 sester (6 %) využívá jiné informační zdroje (ostatní části zdravotnické dokumentace).

5. DISKUZE

Tato práce je zaměřena na problematiku kontinuity ošetrovatelské péče, poskytované metodou ošetrovatelského procesu mezi operačním sálem JIP, z pohledu perioperační sestry. Hlavními cíli bylo zmapovat skutečný stav v předávání informací o změnách potřebách operovaného pacienta sestrami pro perioperační péči sestrám z JIP a zjistit, jakým způsobem a kdy jsou informace předávány, zda je k tomuto účelu používaná ošetrovatelská dokumentace z hlediska kontinuity ošetrovatelské péče dostatečná. Dále zmapovat, zda při své práci využívají sestry pro perioperační péči výhod ošetrovatelského procesu a zda je zajímavá průběh pooperačním ošetrovatelské péče u pacientů hospitalizovaných na JIP a zda má na kontinuitu ošetrovatelské péče vliv akreditace zdravotnického zařízení.

V dotazníku, který byl vytvořen pro výzkumnou část této bakalářské práce a který obsahoval 31 otázek, byly vybrány a dotazovány sestry pro perioperační péči ze tří nemocnic – nemocnice bez akreditace, nemocnice s národní akreditací a nemocnice s mezinárodní akreditací. V těchto nemocnicích byl dotazník distribuován na různé typy operačních sálů a vyplňovaly jej sestry pro perioperační péči všech věkových skupin, s různou délkou praxe.

Návratnost dotazníků byla uspokojivá a činila 88%. Výzkumný soubor činilo 82 sester pro perioperační péči. 110 dotazníků bylo distribuováno osobně, jejich sběr byl také osobní. Z 97 sebraných dotazníků bylo třeba vyřadit 15 dotazníků pro neúplnost. Některé sestry při vyplňování dotazníků neochotu, kterou i písemně vyjádřily. Tento negativní postoj k ošetrovatelskému procesu zřejmě souvisí s nedostatkem personálu, času, pracovním přetížením sester. V 8 případech byla napsaná poznámka, kde sestry upozorňovaly, že dotazník je příliš zaměřený na ošetrovatelský proces a ošetrovatelské diagnózy tj. uváděly, že není příliš určen pro instrumentářky – sestry pro perioperační péči, protože nepatří do náplně jejich práce a jde spíše o náplň práce sester, které pracují na standardních jednotkách ošetrovatelské péče, popř. na JIP, ARO, nebo jde o náplň práce anesteziologické sestry. Tento postoj je velmi zarážející, protože všechny sestry jsou povinny pracovat metodou ošetrovatelského procesu, včetně sester pro perioperační péči. Dále si sestry uváděly, že v době jejich studia na SZŠ nebo PSS nebyly ošetrovatelský proces ani ošetrovatelské diagnózy předmětem studia. Zde lze namítnout, že sestra má za povinnost se celoživotně vzdělávat, k čemuž slouží kreditní systém - vyhláška č. 423/2004 Sb.

Identifikační otázky v úvodu dotazníku nám ukazují věk respondentů, délku praxe a nejvyšší dosažené vzdělání sester pro perioperační péči a akreditaci nemocnice, ve které dotázané sestry pracují. Největší počet sester, které byly v rámci šetření osloveny bylo ve věku 31-40 let a 41-50 let s délkou praxe 12-17 let a 18 a více let (graf 1, 3). Nejpočetnější skupinou sester, které byly v rámci šetření osloveny, uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání pomaturitní specializační studium – instrumentování na operačním sále (67 %), pouze 14 % uvedlo vysokoškolské vzdělání (graf 2). Největší výzkumný soubor, 40 sester, tvořily sestry z nemocnice, která nemá akreditaci, a to z operačních sálů gynekologie, urologie, úrazové a plastické chirurgie, kardiochirurgie, všeobecné chirurgie, ortopedie, ORL a oční. Dalším výzkumným souborem byly perioperační sestry z nemocnice s mezinárodní akreditací, 28 sester, a to z operačních sálů neurochirurgie, cévní chirurgie, všeobecné chirurgie, kardiochirurgie, gynekologie. Nejmenší soubor, 14 sester, tvořily sestry, které pracují v nemocnici s národní akreditací z centrálních operačních sálů (graf 4).

První hypotéza, která byla k tomuto tématu formulována, je konstatování, že sestry pro perioperační péči znají a používají ve své praxi ošetrovatelský proces. Tato hypotéza byla stanovena k jednomu z cílů této práce, jímž bylo zmapovat, zda sestry pro perioperační péči předávají informace o změněných potřebách operovaného pacienta sestrám z JIP. K části první hypotézy se vztahují dotazníkové otázky číslo 5, 6, 9, 12, 17, 20 (grafy 5, 6, 9, 12, 17, 20). Z grafu 5 je patrné, že 50 sester z celkového počtu 82 uvádí, že metodu ošetrovatelského procesu zná. Z grafu 6 je patrné, že 62 sester z celkového počtu 82 určilo správně, že realizace je 4. fází ošetrovatelského procesu. Lze tedy konstatovat, že sestry pro perioperační péči, které tvořily výzkumný soubor, znají metodu ošetrovatelského procesu jako metodu ošetrovatelské praxe. V článku Výzkum v ošetrovatelství, který je publikován v časopise Sestra, se autorka Táňa Srpová (18) zmiňuje o výsledku svého výzkumu, kdy uvádí, že 82 % sester z operačního sálu zná metodu ošetrovatelského procesu. Ačkoliv byl výzkum proveden již před 5 lety, Srpová uvádí vyšší procentuální počet sester, které metodu ošetrovatelského procesu znají, než bylo zjištěno nyní (61 %).

68 sester pro perioperační péči také zastává názor, že se může podílet zejména na uspokojování fyziologických potřeb pacienta (graf 9) a 64 sester na uspokojování potřeb jistoty a bezpečí. Protože však další potřeby byly označeny rovnoměrně ve vysokých četnostech – 38, 38 a 23, 25 a 20 sester, lze konstatovat, že sestry pro perioperační péči berou v úvahu jak tělesné, tak psychosociální potřeby člověka. Vidí tedy pacienta

celostně, holisticky. Tento závěr je možné podpořit i výsledky vyplývající z grafu 12, kdy 72 sester z celkového počtu 82 zastává názor, že se po provedení operačního výkonu změní pacientovy potřeby. Sestry pro perioperační péči jako nejčastější ošetrovatelské diagnózy, které by mohly stanovit v předoperační fázi perioperační péče uváděly (graf 17) akutní bolest, strach, úzkost, deficitní znalost, riziko infekce, porušenou kožní integritu, porušené prokrvení tkání, zhoršenou pohyblivost. Na základě těchto odpovědí lze konstatovat, že se opět potvrdil závěr, kdy perioperační sestry pohlížejí na pacienta z hlediska holistického přístupu. K druhé části první hypotézy se vztahují dotazníkové otázky číslo 7, 8, 10, 16 (graf 7a, 7b, 8a, 8b, 10, 16) Z odpovědí respondentů vyplývajících z grafu 7 lze konstatovat, že sestry ošetrovatelský proces na svém pracovišti nepoužívají, takto odpovědělo 54 sester z celkového počtu 82 respondentů. Zajímavé je však porovnání odpovědí respondentů na tuto otázku podle akreditace jednotlivých pracovišť (graf 7b). Pak lze konstatovat, že zatímco v nemocnici bez akreditace se ošetrovatelský proces na operačním sále nepoužívá, tak v nemocnici s mezinárodní akreditací se ošetrovatelský proces na operačním sále používá. Překvapující výsledek však přinesl graf 7b u výsledků odpovědí respondentů pracujících v nemocnici s mezinárodní akreditací. Ošetrovatelský proces jako pracovní metoda sester perioperační péče se zde nepoužívá. V Koncepti českého ošetrovatelství (26) je však ošetrovatelský proces uveden jako pracovní metoda ošetrovatelské péče, kterou ošetrovatelští profesionálové poskytují pacientovi. Dále je z grafu 8a i 8b patrné, že se sestry pro perioperační péči na vypracování individuálního ošetrovatelského plánu péče nepodílejí. Z grafu 10 pak vyplývá, že se 65 sester pro perioperační péči z celkového počtu 82 respondentů o uspokojování pacientových potřeb zajímá. Výsledky vyplývající z grafu 16, kdy sestry pro perioperační péči nestanovují ošetrovatelské diagnózy v perioperačním období, jednoznačně stanovují že, metodu ošetrovatelského procesu nepoužívají. Z grafu 15 také vyplývá že v rámci předoperační přípravy neprovádí ani edukační pohovor s pacientem, a tak nevyužívají možností, které jim ošetrovatelský proces jako pracovní metoda nabízí. Můžeme tedy říci, že H1 se potvrdila s těmito výhradami: sestry pro perioperační péči metodu ošetrovatelského procesu znají, ale na svých pracovištích nepoužívají. Na H2 se vztahují dotazníkové otázky číslo 13, 14, 18, 21, 22, 24, 25, 26 (graf 13, 14, 18, 21, 22, 24, 25, 26). Z výsledků vyplývá, že H2 se potvrdila částečně, kdy z odpovědí respondentů z grafu 14 vyplývá, že nemocnice bez akreditace nemá vypracovaný standard o kontinuitě ošetrovatelské péče, v ostatních nemocnicích sestry pro

perioperační péči odpovídaly, že neví. Zde je třeba, aby sestra, jako obhájkyně práv pacientů, která je povinna zabránit nepříznivým následkům neefektivní komunikace mezi různými poskytovateli ošetrovatelské péče autorky Tatiany Kost'ové uveřejněném v Sestře (7) zabezpečila komplexní a kontinuální ošetrovatelský proces, který může být zabezpečen jen předáváním relevantních a přesných informací, jednotnou standardizovanou formou tak, aby nedošlo ke zkreslení informací o změnách potřebách pacienta. Z odpovědí respondentů z grafu 13 vyplývá, že si sestry myslí, že je požadavek na kontinuitu ošetrovatelské péče součástí akreditačních standardů. Lze říci, že JCI vydala v r. 2008 mezinárodní akreditační standardy kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacienta, kde v rizikové oblasti č.2 kompetentní a schopná pracovní síla, v kritériu č. 9 uvádí požadavek na vzájemnou komunikace osob podílejících se na péči o pacienta. I JCI a SAK si tak prostřednictvím managementu řízení rizik v systému kontinuálního zvyšování kvality uvědomuje nutnost efektivní komunikace mezi navazujícími poskytovateli péče v péči o pacienta. Americká AORNA pak vydala nástroje podporující bezpečnost pacienta na operačním sále prostřednictvím písemné formy. Tyto jsou volně přístupné na webových stránkách AORN.

H3 se nepotvrdila a H4 se potvrdila

6. ZÁVĚR

V minulosti při vzdělávání sester pro perioperační péči – instrumentárek byl kladen důraz na detailní znalost nástrojů, operačních postupů, ovládání sterilizační a přístrojové techniky a rozvíjení organizačních schopností sester. To však vedlo k odosobnění péče.

Moderní ošetrovatelství klade důraz na holistický přístup k člověku a jeho zdraví. Vidí klienta/pacienta jako bytost s bio – psycho – sociálními a spirituálními potřebami. (25)

Cílem ošetrovatelské péče poskytované multidisciplinárními a interdisciplinárními týmy je napomáhat tyto potřeby uspokojovat v co největší možné míře metodou ošetrovatelského procesu. Jestliže má být dosaženo celkové kvality péče o zdraví jedince, rodiny a společenství, je při poskytování zdravotní péče pak nutná spolupráce jednotlivých členů týmu, protože z hlediska odbornosti není možná profesní zastupitelnost. (14)

Dominantní potřeby na jedné úrovni se však v průběhu hospitalizace mohou měnit, také míra jejich uspokojení může být různá. Aktivní tvořivá sestra využívající kritické myšlení a vlastní vědomosti má a musí naplno využít možnosti, které jí ošetrovatelský proces jako aktivní, otevřený, flexibilní, dynamický systém se zpětnou vazbou nabízí. (10)

Jen tak může trvale napomáhat pacientovi v uspokojování jeho potřeb a zároveň dosáhnout zkvalitnění své práce. V tomto úsilí je jejím nepostradatelným pomocníkem kvalitní ošetrovatelská dokumentace. (10)

POUŽITÁ METODIKA

K naplnění cílů bakalářské práce na téma Kontinuita ošetrovatelské péče, poskytované metodou ošetrovatelského procesu mezi operačním sálem a JIP z pohledu perioperační sestry byl zvolen kvantitativní výzkum. Výzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovou metodou. Byl použit jeden anonymní dotazník. Cílovou skupinou byly perioperační sestry. Výzkum mezi perioperačními sestrami probíhal v měsíci dubnu v nemocničních zařízeních v Praze, Českých Budějovicích a Písku. Správnost údajů získaných v dotazníkové části týkajících se používané perioperační ošetrovatelské dokumentace byla ověřena analýzou písemných dokumentů

(perioperační list, perioperační záznam). Výsledky byly zpracovány popisnou statistikou a získané údaje byly znázorněny pomocí grafů Microsoft Office Excel.

SLEDOVANÝ SOUBOR

Výzkumný soubor tvořily perioperační sestry z Českých Budějovic, Prahy a Písku, pracující na operačních sálech ORL, ortopedie, plastické chirurgie, neurochirurgie, traumatologie a centrálních sálech, kardiochirurgie, všeobecné chirurgie, gynekologie, urologie a cévní chirurgie. Tento soubor tvořilo dohromady 82 respondentů s identifikačními znaky věk, délka praxe a vzdělání. Prvním identifikačním znakem byl věk. Perioperačních sester je ve věku 21-30 let 17 % (14), perioperačních sester je ve věku 31-40 let, 45 % (37), perioperačních sester je ve věku 41-50 let 23 % (19) a 15 % (12) perioperačních sester je ve věku 51 let a více. Druhým identifikačním znakem byla doba praxe. 13 % (11) respondentek pracuje jako perioperační sestra v časovém rozmezí do 5 let, 27 % (22) respondentek pracuje jako perioperační sestra v časovém rozmezí 6-11 let, 28 % (23) respondentek pracuje 12-17let a 32 % (26) respondentek pracuje jako perioperační sestra déle než 18 let. Posledním identifikačním znakem bylo vzdělání. Jednalo se o nejvyšší dosažené vzdělání. 67 % (55) perioperačních sester vystudovalo Střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium, 15 % (12) perioperačních sester vystudovalo Střední zdravotnickou školu, 4 % (3) perioperačních sester vystudovalo Vyšší zdravotnickou školu, 14 % (12) respondentek má vysokoškolský titul. Kritérium výběru se týkalo pracovního zařazení na operační sály.

SHRNUTÍ

Nejpočetnějším souborem zaměstnanců, kteří pracují ve zdravotnictví jsou sestry, a to na celém světě. V této souvislosti je také vysoké procento pochybení, které je právě touto skupinou zaměstnanců způsobeno. 70% mimořádných událostí tvoří komunikační problémy. Ty mohou být příčinou pochybení, vedoucích k vážným újmám na zdraví pacienta, nebo dokonce k jeho úmrtí.

Kvalitní zdravotní tým, poskytující péči zaměřenou na pacienta, jehož součástí jsou i sestry pro perioperační péči, musí maximálně využívat informací, dovedností a zdrojů všech poskytovatelů zdravotní péče k dosažení optimálních výsledků ke zvýšení bezpečnosti pacientů a ke zlepšení kvality zdravotní péče.

Cílem práce bylo zjistit zda – li sestry pro perioperační péči předávají informace o změnách potřebách operovaného pacienta sestrám z jednotky intenzivní péče, dále pak zjistit, zda – li sestry pro perioperační péči provádějí zpětnou vazbu o pooperačním ošetrovatelském procesu u pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče a zjistit, jakou ošetrovatelskou dokumentaci používají sestry pro perioperační péči.

Pro naplnění cílů byl zvolen kvantitativní výzkum. Výzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovou metodou a sekundární analýzou dat. Dotazníky byly rozdány 110 sestrám pro perioperační péči v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnici Písek a.s., a v Nemocnici Na Homolce.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BITTNEROVÁ, Zuzana. Úkoly sester perioperační péče. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 12, s. 24. – (příloha Tematický sešit č. 145- Sálové sestry). ISSN 1210-0404.
2. BEŇADIKOVÁ, D. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, 2004, roč.14, č.3, s.28
3. DUDA, M. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
4. FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetrovatel'stvo- teória*. Martin: Osveta, 2001. ISBN 80-8063-086-0.
5. CHOUROVÁ, L. Zkušenosti s operační sesterskou dokumentací. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č.6, s.52
6. JANOUŠKOVÁ, Miroslava. Uplatnění modelu perioperační péče na vlastním pracovišti. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 4-5. – (příloha Perioperační péče). ISSN 1210-0404.
7. KOSTŮVÁ, T. Obhajoba práv-sestra ochránkyně práv pacientů. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 5, s.12
8. KOVÁČÍKOVÁ, J., JANEČKOVÁ, K. Ošetrovatelská dokumentace v perioperační péči. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 7, s.61
9. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatel'ské techniky- metodika sesterských činností*. 2.vyd. Martin: Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2
10. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 1995. 1474s. ISBN 80-217-0528-0.
11. MAREČKOVÁ, J. *NANDA-Internacional diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. 80 s. ISBN 80-7368-109-9
12. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
13. MASTILIAKOVÁ, D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2003. 164 s. ISBN 57-854-99
14. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.

15. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
16. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha. Grada, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7
17. SKALICKÁ, H. a kol. *Předoperační vyšetření-Návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2
18. SRPOVÁ, T., TREŠLOVÁ, M. Výzkum v ošetrovatelství na operačním sále. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 5, s.57
19. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky I. 1. vyd. Praha. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. 60 s. ISBN 80-85047-20-9
20. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. Univerzita Karlova, 2006. 353 s. ISBN 80-264-1901-4
21. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247—2616-8
22. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008. 197 s. ISBN 978-80-8063-270-0
23. TÓTHOVÁ, V., a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
24. TÓTHOVÁ, V., KOTASKOVÁ, L. *Vedení ošetrovatelské dokumentace v České republice. Florenc*. Praha: Galén, 2007, roč. 3, č. 10, 425 s. ISBN 1801-464X
25. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
26. Věstník MZČR, částka 9, ročník 2004. Koncepce ošetrovatelství , cit. 20. 1. 2008 dostupné z www:
http://www.mzcr.cz/data/c1254/lib/Koncepce_osetrovatel.rtf
27. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace. Návod pro praxi*. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-02763-9
28. VOROSOVÁ, G. A kol. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2007. 113 s. ISBN 978-80-8063-242-7
29. VYHLÁŠKA 385/ 2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci
30. VYHLÁŠKA 424/ 2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
Platný https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/6745_7228.html,

cit. 18. leden 2009.

31. WICHISOVÁ, Jana. Perioperační ošetrovatelská dokumentace. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 6-7. – (příloha Perioperační péče). ISSN 1210-0404.
32. Zákon MZČR 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 povolání).

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Ošetřovatelství

Všeobecná sestra

Perioperační sestra

Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelská péče

Kontinuita péče

Ošetřovatelská dokumentace

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Tabulka 1

	Neakreditované zdrav. zařízení		Zdrav. zařízení s mezinárodní akreditací		Zdrav. zařízení s národní akreditací	
	četnost označení	procenta	četnost označení	procenta	četnost označení	procenta
Diagnostické testy	17	10%	5	6%	1	2%
Informovaný souhlas s anestezií	20	11%	9	11%	7	14%
Informovaný souhlas s operačním výkonem	20	11%	11	14%	6	12%
Edukační záznam	12	7%	6	8%	6	12%
Ošetrovatelský plán péče	33	19%	13	16%	9	18%
Doklad o úschově cennosti a os. věci pacienta	4	2%	1	1%	1	2%
Práva pacientů	6	3%	2	3%	1	2%
Zhodnocení zdrav. stavu	18	10%	6	8%	6	12%
Ošetrovatelská anamnéza pacientů	25	14%	10	13%	5	10%
Doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu	23	13%	16	20%	8	16%
Celkem	-	100%	-	100%	-	100%

Příloha 2 Tabulka 2

	Zdrav. zařízení s mezinárodní akreditací		Neakreditované zdravotnické zařízení		Zdrav. zařízení s národní akreditací	
	četnost označení	procento	četnost označení	procento	četnost označení	procento
Anesteziologický záznam	8	5%	17	4%	7	5%
Operační protokol	11	7%	17	4%	10	7%
Seznam použitého spotřebního materiálu	4	3%	28	7%	2	1%
Edukační záznam	5	3%	4	1%	5	3%
Seznam použitých zdravotnických prostředků třídy I a II	2	1%	22	6%	4	3%
Sesterská překladačská správa	1	1%	2	1%	1	1%
Ventilační protokol správnosti operované strany, orgánu	9	6%	23	6%	8	5%
Poloha pacienta	11	7%	36	9%	10	7%
Stav kůže	13	8%	11	3%	12	8%
Umístění lumketu	10	6%	22	6%	9	6%
Alergická reakce na dezinfekční roztoky	12	8%	16	4%	11	7%
Přiložení imobilizujících obrazů	4	3%	14	4%	5	3%
Umístění a délka operační rány	4	3%	30	8%	6	4%
Ventilace pacienta	5	3%	4	1%	5	3%
Druh a umístění implantátů	9	6%	28	7%	8	5%
Druh a umístění drénů	11	7%	32	8%	8	5%
Ošatřovatelské diagnózy	5	3%	4	1%	7	5%
Druh a typ operace	9	6%	29	7%	8	5%
Monitorování vitální funkcí	9	6%	12	3%	8	5%
Seznam provedených ošatřovatelských intervencí	6	4%	10	3%	6	4%
Umístění neutrální elektrody na těle pacienta	12	8%	29	7%	10	7%

Příloha 3 Dotazník pro perioperační sestry

Vážená kolegyně/kolego, sestro,

dovoluji si Vás oslovit s prosbou na vyplnění dotazníku. Informace z tohoto dotazníku budou využity k vypracování bakalářské práce na téma: „**Kontinuita ošetrovatelské péče poskytované metodou ošetrovatelského procesu mezi operačním sálem a JIP z hlediska perioperační sestry.**“ Dotazník je anonymní.

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia kombinované formy oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Za vyplnění dotazníku Vám děkuji.

Dana Zabranská

1. Kolik je Vám let?

21 – 30 let

31 – 40 let

41 - 50 let

51 a více let

2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

SZŠ

SZŠ + PSS

VOŠ

VŠ – bakalářské studium

VŠ – magisterské

studium

3. Jak dlouho pracujete jako perioperační sestra?

Do 5-ti let

6 – 11 let

12 – 17 let

18 více let

4. Ve kterém typu nemocničního zařízení pracujete?

Neakreditované

S národní akreditací

S mezinárodní akreditací

5. Znáte metodu ošetrovatelského procesu?

Ano

Ne

6. Jakou fází v pořadí ošetrovatelského procesu je fáze REALIZACE?

3.

4.

5.

7. Používáte metodu ošetrovatelského procesu na svém pracovišti?

Ano Ne

8. Podílíte se na vypracování individuálního ošetrovatelského plánu péče pro pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče?

Ano (vypište).....

Ne

9. Na naplněních kterých potřeb z Maslowovy pyramidy hierarchie potřeb se podle Vás může perioperační sestra podílet? (možno označit více odpovědí)

**Potřeby fyziologické Potřeby jistoty a bezpečí Potřeby sounáležitosti a lásky
Potřeby uznání a sebeúcty Potřeby kognitivní Potřeby estetické Potřeby
seberealizace**

10. Zajímáte se jako perioperační sestra o uspokojování pacientových potřeb?

Ano Ne

11. Z jakých zdrojů získáváte informace o potřebách pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče, podstupujícího operační výkon? (možno označit více odpovědí)

Ošetrovatelská dokumentace **Rozhovor s pacientem** **Fyzikální posouzení pacienta** **Chorobopis** **Dekurz**

Jiné
(vypište).....

12. Myslíte si, že se po provedení operačního výkonu pacientovy potřeby změní?

Ano Ne Nevím

13. Je požadavek na kontinuitu zdravotní péče součástí akreditačních standardů zdravotnických zařízení?

Ano **Ne** **Nevím**

14. Má vaše pracoviště vypracovaný standard o kontinuitě ošetrovatelské péče o pacienta mezi operačním sálem a jednotkou intenzivní péče?

Ano Ne Nevím

15. Podílíte se v rámci předoperační přípravy na vašem pracovišti na edukaci pacientů?

Ano **Ne**

16. Podílíte se na stanovení ošetrovatelských diagnóz u pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče v předoperačním období?

Ano **Ne**

17. Jaké ošetrovatelské diagnózy můžete jako perioperační sestra stanovit v předoperačním období? Prosím, vyjmenujte alespoň 3.

.....
.....
.....

18. Která část ošetrovatelské dokumentace je podle Vás důležitá pro kontinuitu ošetrovatelské péče mezi operačním sálem a jednotkou intenzivní péče? (možno označit více odpovědí)

Diagnostické testy Informovaný souhlas s anestezií Informovaný souhlas s operačním výkonem Edukační záznam Ošetrovatelský plán péče Doklad o úschově cenností a osobních věcí pacienta Práva pacientů Zhodnocení zdravotního stavu Ošetrovatelská anamnéza pacientů Doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu

19. Má používaná perioperační ošetrovatelská dokumentace v rámci vašeho zdravotnického zařízení jednotnou formu?

Ano Ne

20. Jsou součástí ošetrovatelské perioperační dokumentace, která se používá na vašem pracovišti i ošetrovatelské diagnózy?

Ano Ne

21. Stanovujete jako perioperační sestra ošetrovatelské diagnózy vztahující se k intraoperačnímu období?

Ano Ne

22. Jaké ošetrovatelské diagnózy můžete jako perioperační sestra stanovit v intaroperačním období? Prosím, vyjmenujte alespoň 3.

.....
.....
.....

23. Vyberte součásti perioperačního ošetrovatelského záznamu, který se používá na vašem pracovišti (možno označit více odpovědí).

Anesteziologický záznam Operační protokol Soupis použitého spotřebního materiálu Edukační záznam Soupis použitých zdravotnických prostředků třídy IIb a III Sesterská překladová práva Verifikační protokol správnosti operované strany, orgánu Poloha pacienta Stav kůže Umístění turniketu Alergická reakce na dezinfekční roztoky Přiložení imobilizujících obvazů Umístění a délka operační rány Verifikace pacienta Druh a umístění implantátů Druh a umístění drénů Ošetrovatelské diagnózy Druh a typ operace Monitorování vitální funkcí Seznam provedených ošetrovatelských intervencí Umístění neutrální elektrody na těle pacienta

24. Předáváte informace o změněných potřebách pacienta, které nastaly v důsledku operačního výkonu?

Ano Ne

Pokud ano, pokračujte prosím otázkou č. 25, 26, 27.

25. Komu tyto informace předáváte?

Primární sestře Skupinové sestře specialiste z jednotky intenzivní péče Case managerovi Směnové sestře z JIP

Jiní (vypište).....

26. Kdy tyto informace předáváte?

Ihned, když je vyhodnotím V průběhu intraoperační fáze Při překladi pacienta na JIP Jiná možnost (vypište).....

27. Jakou formu komunikace mezi poskytovateli ošetrovatelské péče používáte při překladi pacienta z OP sálu na JIP?

Písemná, prostřednictvím standardizovaného formuláře Písemná Ústní

Elektronická

Jiná (vypište).....

28. Myslíte si, že Vámi používaná perioperační ošetrovatelská dokumentace informuje navazující poskytovatele ošetrovatelské péče o změněných potřebách pacienta, který podstoupil operační výkon:

Dostatečně Nedostatečně Nevím

29. Jak často se zajímáte se o pooperační průběh léčby pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče?

Vždy Výjimečně Nikdy

30. Jak často se zajímáte se o průběh pooperační ošetrovatelské péče u pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče ?

Vždy Výjimečně Nikdy

31. Z jakých zdrojů získáváte informace o pooperační ošetrovatelské péči u pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče?

Primární sestra Skupinová sestra z JIP Směnová sestra z JIP Lékař

Pacient Ošetrovatelská dokumentace

Jiné (vypište).....

Příloha 4 Perioperační záznam Nemocnice České Budějovice a. s.

Perioperační záznam						strana 1
Nemocnice České Budějovice a.s.		oddělení			sál číslo	
Štítek pacienta		Druh operace				
		Datum	Začátek	Konec		
		Akutní	Anestezie - lékař:			
		Plánovaná	Lokální			
		Aseptická	Celková			
		Septická	Epidurální			
Desinfekce		Poloha pacienta		Spinální		
Braunoderm		Na zádech		Jiná:		
Betadin		Na břiše		Koagulace		
Jodisol		Na boku	Monopolární	Bipolární		
Skinsept mucosa		Gynekologická	Argonová	Cusa - selektor		
Braunol		Zádová sekce	Harmonický skalpel	Jiná		
Cutasept		Extenční stůl	Umístění neutrální elektrody			
Softasept N		Jiná	Záda	Hýždě		
Močový katetr		RTG		LDK	PDK	
Na oper. sále		RTG bez kontrastu		LHK	LDK	
Z oddělení		RTG s kontrastem		Břicho	Jiné	
Implantáty		Šití - druh		Hemostatika, lepidla		Jiné pomůcky
						Tepelná podložka
						Oper. mikroskop
						Vaper
						Shaver
				Klipy - druh		Odsávání
Staplery						Kostní vosk
						Kostní cement
						Garamycin pěna
				Drény		
				Sílikon	Redon	
Inc folie		Výplach - druh		Trvalé sání		Jiné
Ioban folie				Zaludeční sonda		Enterální sonda
Bactigras				Pneumoperitoneum		
				Insufl. tlak	Čas	
Vyšetření		Poznámky				
Perioperační histologie		Délka oper. rány (cm)				
Histologie		Krevní ztráty				
Bakteriologie		Obrazová dokumentace				
Cytologie		Turniket (min)				
Kamera Europrobe		Kostní štěp č.				
Kontrola pacienta a operované strany			Kontrola počtu roušek a nástrojů			
čas:		sestra:				
Použitá instr. síta			Použitá sety prádla			
Zvláštní upozornění:			Krytí operační rány			
Operátor			Instrumentářka			
Asistent			Perioper. sestra			
Asistent			Změna per. sestry			
Asistent			Sanitář			

F0140 Únor 2010

Příloha 5 Perioperační záznam Nemocnice České Budějovice a. s.

ZP klasifikační třídy IIb a III

Jméno pacienta :

Datum :

Sál č.

Název	Typ	Výrobní číslo	Sál
Op. lampa Hanaulux	2003	LR 110257	7
Operační stůl Maquet		02525	7
Koagulace Valleylab	Force	F9K3764B	7
Koagulace Aesculap	GN 060	2415	7
Koagulace Malis	Advantage	ADV07M115	7
Odsávačka Victoria	Victoria	01111343	7
Tubus otočný	OK 96-28	037/00	7
RTG Siemens	Arcadis Avantic	32291	7
Mikroskop Carl Zeiss	OPMI Pentero	6631421278	7
Mikroskop Carl Zeiss	NC 4	357559	7
Operační křeslo	Carl Zeiss	371636	7
Světelný zdroj Heine	Xenon 1000	8/307	7
Hot – line	HL – 90ITN		7
Op. lampa Hanaulux	3000	AR010005	3
Op. lampa Hanaulux	3000	AR010042	3
Operační stůl Maguet	Betamaquet	2771	3
Koagulace Valleylab	Force EZ8	F9K3761B	3
Koagulace Aesculap	GN060	1668	3
Koagulace Malis	Adlantage	ADV09M239	3
Odsávačka Victoria	Victoria	467	3
Tubus otočný	Dräger	2536-S	3
RTG - ZIEHM	8000	4717	3
Mikroskop Carl Zeiss	NC4	319597	3
HI-LINE elektrický	GD 670	001661	
Elan	GA 855 DBT	4226	
CUSA Misonix	FS 1000RF	FSX-09604	
CUSA - Valleylab	Excel –8	V9F279S	
Navigace BrainLab	IPX O	01-082-16000	
Monitorace	HP Compaq	CZC607OHHS	
Ojemanův stimulátor	OCS-1	810-521	
Flowmeter	HT 331	SNA8 1009	
Endo sestava Aesculap			
Kamera	PV 440	1129	
Světelný zdroj	Axel 180	003776	
Pumpa Storz	20330320	KE 0281	
Endo sestava Storz			3
Monitor	TM – 1750PN	07600505	
Kamera	Medilive		
Světelný zdroj	SCB TRICAM SL II	LE625437-P	
Mikroskop sestava			7
Monitor Philips	21PT1653/588		
Kamera	Medilive	362460	
RTG Ziehm Vision FD	Vario 3D	90017	7

Perioperační sestra :

Příloha 6 Perioperační záznam Nemocnice na Homolce



PERIOPERAČNÍ LIST

Operační sály:
Neurochirurgie

Příjmení a jméno pacienta (Štítek PID)

Datum operace :		Plánovaný operační výkon :	
Operatér :		Provedený operační výkon :	
Lokální anestezie : Druh léku :			
<input type="checkbox"/> Akutní výkon	Začátek operace :		
<input type="checkbox"/> Plánovaný výkon	Konec operace :		
Předoperační bezpečnostní proces : Čas :		Anesteziolog : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Identifikace pacienta : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Chirurg : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Operační výkon <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Anest. sestra : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Objednány krevní deriváty : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Instrumentářka : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Alergie : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Obíhající sestra : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Dokumentace : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Klinický perfusio log : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Vybavení : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Poloha pacienta : <input type="checkbox"/> V polosedě <input type="checkbox"/> Změna polohy během výkonu			
<input type="checkbox"/> Na zádech <input type="checkbox"/> Gynekologická <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Tříbodová fixace			
<input type="checkbox"/> Na břiše <input type="checkbox"/> Na boku <input type="checkbox"/> Jiná:			
Močový katetr zaveden na sále : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Označení operované strany : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Elektrokoagulace : <input type="checkbox"/> Monopórní <input type="checkbox"/> Bipórní		Termoregulace : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Turniket : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Místo přilepení neutrální elektrody : <input type="checkbox"/> Hýždě <input type="checkbox"/> Horní končetina <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L	
Typ neutrální elektrody : <input type="checkbox"/> Jednorázová <input type="checkbox"/> Vícerázová		<input type="checkbox"/> Záda <input type="checkbox"/> Dolní končetina <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L	
Odběry : <input type="checkbox"/> Rychlá histologie <input type="checkbox"/> Histologie <input type="checkbox"/> Cytologie		Počet : <input type="checkbox"/> Amputát <input type="checkbox"/> Bakteriologie <input type="checkbox"/> Anaeroby	
Použitá dezinfekce : <input type="checkbox"/> Cutasept G <input type="checkbox"/> Skinsept <input type="checkbox"/> Cutasept F <input type="checkbox"/> Braunol <input type="checkbox"/> Betadiane		Použitá roztoky na výplach rány (Druh + množství) : <input type="checkbox"/> Fyz. roztok <input type="checkbox"/> Fyz. roztok + Heparin <input type="checkbox"/> Peroxid 1.5% <input type="checkbox"/> Rigner roztok <input type="checkbox"/> Fyz. roztok + Betadine <input type="checkbox"/> Persteril <input type="checkbox"/> Mannitolglycina 1%	
Léky aplikované do operační rány : <input type="checkbox"/> Pamykon <input type="checkbox"/> Garamycin pěna		<input type="checkbox"/> Adrenalin <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Čípek Idometacin <input type="checkbox"/> Kortikoidy <input type="checkbox"/> Framykoin mast <input type="checkbox"/> Sanorin <input type="checkbox"/> Jiné :	
Hemostatika : <input type="checkbox"/> GRF <input type="checkbox"/> Curaspon <input type="checkbox"/> BioGlue : <input type="checkbox"/> Tachocomb <input type="checkbox"/> Surgicel <input type="checkbox"/> Tissucol <input type="checkbox"/> Jiné :		Tamponáda : Lokalizace :	
Nástroje souhlasí : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Drenáže : <input type="checkbox"/> Komerová <input type="checkbox"/> Redonova	
Roušky souhlasí : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Lumbální <input type="checkbox"/> Retrosternální <input type="checkbox"/> Jiné	
Čtverce souhlasí : <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Rukavicová <input type="checkbox"/> Retrokardiální <input type="checkbox"/> Laváž	
Poznámka :		<input type="checkbox"/> Břišní <input type="checkbox"/> Pleurální	
Změny na kůži před výkonem + lokalizace :		Změna na kůži po výkonu + lokalizace :	
Poznámky - důležité (razítko) :			
Podpis obíhající sestry (razítko) :		Popis instrumentářky (razítko) :	

NEMOCNICE PÍSEK **Perioperační záznam**

**CENTRÁLNÍ
OPERAČNÍ SÁLY**

Datum:.....

Jméno pacienta		Typ operace				Poloha pacienta			
		plánovaná		klasická		na zádech		gynekol.	
		akutní		LPRSK, ASK		na boku		exten. stůl	
		septická				na břichu		jiná	
		aseptická							
Umístění		Kolagulace		Antiseptice op. pole		Roztoky výplachu		Jiné pomůcky	
záda		mono		jodisol		pamycon		garamycin	
hýždě		bipolar		betadine		betadine		schwam	
LDK				dodesept		fyz. roztok			
PDK				ASK					
LHK		Turniket		pumpa				ATB	
PHK		ano	ne	shaver					
jiné		čas od	do	vampr					
Implantáty		Staplely		Šití		Moč. katetr		RTG	
traumatolog.		druh	ks	monofil		ano	ne	ano	ne
síťka na hernii				silon		Žal. sonda		Kontrast	
klipy				chirlak		ano	ne	ano	ne
kloubní náhr.				vicryl		Incizní folie			
jiné				jinér		ano	ne		
Kostní banka						Drény			
ano	ne					redon			
						silikon		jiné	
Vyšetření		Materiál - kontrola - souhlas počtu				Dekubity při přijetí na sál			
bakteriologické		čtverce		ano	ne	záda		ano	ne
histologické		tampony		ano	ne	hýždě		ano	ne
cytologické		břišní roušky		ano	ne	paty		ano	ne
peroperační		longety		ano	ne			ano	ne
Použitá instrum. síla, kontejnery					Anestézie				
					lokální				
					celková				
					epidurální				
					spínální				
					jiná				
					Instrumentářka				
					Obíhací sestra				
					Sanitář				