



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úloha perioperační sestry v multidisciplinárním týmu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Nikola Votočková

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Úloha perioperační sestry v multidisciplinárním týmu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Kristýně Toumové za odborné vedení, za pomoc a cenné rady při zpracování této práce. Mé poděkování patří též perioperačním sestřám za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Úloha perioperační sestry v multidisciplinárním týmu

Abstrakt

Práce na operačním sále je náročná a na všechny členy operačního týmu jsou kladeny vysoké požadavky jak na odbornou kvalifikaci, tak na osobnostní stránku. V multidisciplinárním týmu spolupracují odborníci různých profesí. Nedílnou součástí týmu je perioperační sestra, která jako každý z členů zaujímá v týmu nenahraditelnou roli a společně s ostatními členy týmu usiluje o dosažení společného cíle. Tato bakalářská práce přibližuje práci perioperační sestry v multidisciplinárním týmu na operačním sále.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část je rozdělena do několika oblastí. Práce začíná charakteristikou jednotlivých časových období perioperační péče a popisuje jakou úlohu plní perioperační sestra v každém z těchto období. Dále tato práce přibližuje prostředí operačního sálu a přípravu operační skupiny. Informuje o kvalifikačním a specializačním vzdělání, které je potřeba absolvovat pro výkon profese perioperační sestry. Teoretickou část práce uzavírá oblast, která se zabývá složením multidisciplinárního týmu a komunikací mezi jeho členy.

Empirickou část této práce tvoří výzkumné šetření. Cílem práce bylo zjistit, jakou úlohu má perioperační sestra v multidisciplinárním týmu. Pro dosažení cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky: 1. Jaké jsou kompetence perioperační sestry? 2. Jaké jsou možnosti vzdělávání pro perioperační sestry? 3. Jakou roli má perioperační sestra v rámci multidisciplinárního týmu?

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou. Výzkumná data byla získána formou polostrukturovaných rozhovorů s deseti perioperačními sestrami pracujícími na operačním sále. Rozhovor obsahoval třináct předem připravených otázek a další otázky byly doplněny dle situace při samotném rozhovoru. Otázky byly rozděleny do třech oblastí. První oblast otázek se týkala identifikačních údajů a vzdělání perioperačních sester, druhá oblast otázek se zajímala o činnosti, které provádějí perioperační sestry na operačním sále a třetí oblast se soustředila na interpersonální vztahy a komunikaci v týmu. Veškerá získaná data byla analyzována a rozdělena do kategorií a podkategorií.

Z výzkumného šetření vyplývá, že hlavní náplň práce perioperační sestry závisí na tom, zda sestra momentálně zastává roli pomocné sestry, tzv. „obíhající“ sestry, nebo jestli

právě instrumentuje. Obě z těchto rolí zastávají během operačního výkonu svou specifickou úlohu, ale také navzájem spolupracují. Aby se všeobecná sestra stala perioperační sestrou a mohla práci vykonávat bez odborného dohledu je nutné absolvovat specializační studium. Z těchto výsledků vyplývá, že sestry mají zájem se dále vzdělávat, aby mohly samostatně vykonávat práci perioperační sestry. Pacienti jsou pro členy operačního týmu na prvním místě a ačkoli během operačního výkonu nepanují mezi členy vždy přátelské a vřelé vztahy, většina členů se vzájemně respektuje.

Výsledky šetření mohou pomoci studentům a sestrám, které mají zájem o obor perioperační péče. Plánovaným výstupem této práce je publikace získaných výsledků v odborném periodiku.

Klíčová slova

Perioperační péče, perioperační sestra, specializační vzdělání, multidisciplinární tým, komunikace

The role of the perioperative nurse in the multidisciplinary team

Abstract

Working in the operating room is challenging and high demands are placed on all members of the operating team, both in terms of professional qualifications and personalities. An integral part of the team is a perioperative nurse who, as a member, plays an irreplaceable role in the team and, together with other team members, strives to achieve a common goal. This bachelor thesis describes the work of a perioperative nurse in a multidisciplinary team in the operating room.

The bachelor thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part is divided into several areas. The thesis begins with the characteristics of the individual periods of perioperative care and describes the role of the perioperative nurse in each of these periods. Furthermore, this thesis describes the operating room environment and the preparation of the operating group. It informs about qualification and specialization education that is needed to perform the profession of perioperative nurse. The theoretical part concludes with an area that deals with the composition of a multidisciplinary team and communication between its members.

The empirical part of this thesis consists of a research investigation. The aim of this work was to determine the role of perioperative nurse in multidisciplinary team. Three research questions have been set to achieve the goal: 1. What are the perioperative nurses' competencies? 2. What are the training opportunities for perioperative nurses? 3. What is the role of a perioperative nurse in a multidisciplinary team?

The research was carried out by a qualitative method. Research data were obtained in the form of semi-structured interviews with ten perioperative nurses working in the operating room. The interview contained thirteen pre-prepared questions and other questions were supplemented according to the situation during the interview. The questions were divided into three areas. The first area of questions concerned identification data and education of perioperative nurses, the second area of questions was concerned with activities performed by perioperative nurses in the operating room and the third area focused on interpersonal relationships and team communication. All data obtained was analyzed and divided into categories and subcategories.

The research suggests that the main job of the perioperative nurse depends on whether the nurse currently holds the role of an assistant nurse or the so-called orbiting nurse. Both of these roles are specific, especially during the surgery, and work closely together during the surgery. In order for a nurse to become a perioperative nurse and be able to work without supervision, a specialized course is required. These results indicate that nurses are interested in continuing their education in order to perform the work of a perioperative nurse. Patients are at the forefront of the operations team, and although friendly and warm relationships are not always present among the members during surgery, most members respect each other.

Survey results can help students and nurses interested in perioperative care. The planned outcome of this work is the publication of the results obtained in a professional periodical.

Key words

Perioperative care, perioperative nurse, specialization education, multidisciplinary team, communication

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
1.1 Charakteristika perioperační péče	9
1.1.1 Předoperační péče	9
1.1.2 Intraoperační péče	10
1.1.3 Pooperační péče	11
1.2 Stavební uspořádání operačního sálu	11
1.3 Vybavení operačního sálu	12
1.3.1 Přístrojová technika	13
1.3.2 Operační nástroje	14
1.4 Aseptické prostředí na operačním sále	15
1.4.1 Asepsy	15
1.4.2 Antisepse	15
1.4.3 Dezinfekce	16
1.4.4 Vyšší stupeň dezinfekce.....	16
1.4.5 Sterilizace.....	16
1.5 Příprava operační skupiny.....	17
1.5.1 Hygienický filtr.....	17
1.5.2 Hygienická příprava rukou	17
1.5.3 Rukavice	18
1.5.4 Sterilní operační oblečení	18
1.6 Role sestry v perioperační péči	18
1.6.1 Perioperační sestra	18
1.6.2 Podmínky k výkonu práce perioperační sestry	19
1.6.3 Kompetence perioperační sestry	21
1.7 Multidisciplinární tým na operačním sále.....	22

1.7.1	Kompetence jednotlivých členů multidisciplinárního týmu	22
1.7.2	Komunikace na operačním sále	23
2	Cíl práce a výzkumné otázky	26
2.1	Cíl práce	26
2.2	Výzkumné otázky.....	26
3	Metodika.....	27
3.1	Použité metody a techniky	27
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	28
4	Výsledky výzkumného šetření	29
4.1	Identifikační údaje.....	29
4.2	Analýza rozhovorů	31
5	Diskuze	44
6	Závěr.....	50
7	Seznam použitých zdrojů	52
8.	Seznam příloh.....	56

Úvod

Po absolvování studijního oboru „Všeobecná sestra“ se nám naskýtá řada možností, kde můžeme své znalosti a dovednosti uplatnit. Někdo nachází své využití v ordinacích lékařů jiný na nemocničním oddělení. Jednou z možností je i uplatnění se na operačním sále. Práce perioperační sestry na operačním sále je vysoce specializovaná a náročná. Lékařská věda a operační technologie se neustále vyvíjejí kupředu, což klade stále vyšší nároky jak na perioperační sestry, tak na celý multidisciplinární tým. Následkem toho je pro práci perioperační sestry vyžadována určitá profesní příprava. Pro výkon práce perioperační sestry je nezbytné jak kvalifikační studium, tak následné specializační vzdělání. Nejen vzdělání je však předpokladem pro úspěšný výkon perioperační sestry. Na perioperační sestry jsou kladeny nároky jak v oblasti odborných znalostí, tak na fyzickou i psychickou stránku osobnosti. Od perioperační sestry se očekává zručnost, fyzická zdatnost, pohotovost a týmová spolupráce. Při operačních výkonech musí umět předvídat, aby byl zajištěn plynulý chod operačního výkonu. Na operačním sále se můžeme setkat i s náhlými a nepředvídatelnými situacemi a tak je důležité, aby se sestra plně dokázala soustředit v zátěžových situacích, uměla zvládat stres a své vlastní emoce.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na hlavní úkony perioperačních sester v multidisciplinárním týmu. Mapuje nejen výkony, které na operačním sále perioperační sestry provádějí, ale popisuje i profesní přípravu, kterou je potřeba k výkonu tohoto povolání absolvovat. V neposlední řadě se zaměřuje na celý multidisciplinární tým a jeho komunikaci mezi jednotlivými členy.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika perioperační péče

Perioperační péče je pojem, který v sobě zahrnuje péči o pacienta v době před operačním výkonem, v průběhu a přímo po operaci. Perioperační péči lze rozdělit do tří období: předoperační, intraoperační a pooperační. Veškerou tuto péči zajišťují perioperační a anesteziologické sestry (Wichsová et al., 2013).

1.1.1 Předoperační péče

Předoperační péčí rozumíme péči o pacienta v období před operačním výkonem. V předoperačním období dochází k vyšetření celkového stavu pacienta a k psychické a fyzické přípravě na operační výkon. Toto období je velmi důležité zejména k tomu, abychom pacientovi vytvořili co nejlepší podmínky ke zvládnutí operačního výkonu a nedocházelo tak k následným operačním komplikacím (Jedličková et al., 2012). Předoperační péče je rozdílná jedná-li se o plánovaný nebo urgentní operační výkon. Dle Ferka et al. (2015) podstupuje pacient u plánovaných operací, tzv. předoperační vyšetření, a dále dle typu operačního výkonu pacient lační, upraví se medikace, podávají se antibiotika, objednají se transfúzní přípravky, oholí se operační pole, provede se bandáž dolních končetin jako prevence tromboembolické nemoci, zavede se močová cévka a permanentní žilní kanyla. Při urgentním operačním výkonu, kdy se jedná o záchranu života pacienta, a tudíž není dostatečný časový prostor se provádí operace s minimální předoperační přípravou. Dle Slezákové et al. (2010) se minimální předoperační příprava u neodkladných operací omezuje na odběry biologického materiálu a to zejména vyšetření krevního obrazu, krevní skupiny, Rh faktoru a biochemie krve a moči. Veškerá tato vyšetření se provádějí na STATIM. Dále je provedena hygiena hrubších nečistot, vyjmou se zubní náhrady, sundají se šperky, připraví se operační pole a zajistí se žilní vstup. Anesteziolog rozhodne, zda je potřeba zavést žaludeční sondu a odsát obsah žaludku či nikoli. Zeman et al. (2011) uvádějí, že před život zachraňujícími operačními výkony je předoperační příprava omezena pouze na naprosto nezbytná vyšetření, mezi něž patří zejména stabilizace krevního oběhu na takových hodnotách, jenž zajišťují prokrvení srdce a mozku.

Po příchodu na operační sál je pacient předán sálovému sanitáři, perioperační sestře nebo anesteziologické sestře. Právě zde se perioperační sestra poprvé může setkat s pacientem.

Velmi důležitým krokem po uložení pacienta na operační stůl je provedení perioperační bezpečnostní procedury dle WHO (World Health Organization). Tento proces je velmi důležitým krokem, abychom předešli záměně pacienta, orgánu či strany. Při provádění tohoto bezpečnostního procesu se dotazujeme na jméno pacienta, alergie, následující operační výkon, popř. operovanou stranu a poté zkontrolujeme správné označení místa výkonu. K dalším činnostem spadající do předoperační péče patří přiložení neutrální elektrody a zapolohování pacienta. Následuje antiseptická operace operačního pole a jeho sterilní zarouškování (Wichsová et al., 2013).

1.1.2 Intraoperační péče

Wichsová et al. (2013) uvádějí, že intraoperační péče začíná antiseptickou operací operačního pole a jeho sterilním zarouškováním, a končí překladem na pooperační oddělení. Dle Slezákové et al. (2010) je v průběhu této fáze zajišťována veškerá péče o pacienta operačním týmem. Operační tým je tvořen lékaři, lékařkami, perioperačními sestrami (instrumentující a obíhající sestra), ošetřovateli, sanitáři, anesteziologem, anesteziologickou sestrou, popř. jinými specialisty (např. radiolog). Před vlastním zahájením operace perioperační sestra zkontroluje, zda jsou všechny nástroje a pomůcky potřebné k operačnímu výkonu připraveny a jestli jsou sterilní. Dle Vondráčka (2008) odpovídá za sterilizaci nástrojů instrumentářka, avšak pouze do doby, kdy by operátor vyžadoval nástroj, který k výkonu potřeba není, a tudíž se na sítě nenachází. Za veškeré komplikace by poté odpovídal operátor.

Při vlastním operačním výkonu asistuje instrumentující sestra, která sleduje operační výkon a podává nástroje operátorovi. Nástroje musí být funkční, čisté, suché a chladné. Sestra instrumentářka podává nástroje operátorovi tak, aby je již nemusel v ruce obracet. Nástroje podává úchopovou částí k operátorovi, skalpel a pinzetu podává mezi palec a ukazovák a do dlaně podává jehelec, peán a háky (Wichsová et al., 2013). Dle Wendscheho (2012) instrumentářka asistuje a plní požadavky operační skupiny, kontroluje a ošetřuje použité nástroje, kontroluje počty nástrojů a obvazového materiálu, předává odebraný biologický materiál, kontroluje sterilitu operačního pole.

Na operačním sále je přítomna i obíhající sestra, jejímž úkolem je dodávat potřebný materiál, označovat a odesílat vzorky odebraného biologického materiálu, obsluhovat přístroje a vést dokumentaci. Obíhající sestra spolupracuje s instrumentující sestrou na

početní kontrole nástrojů a obvazového materiálu (Wichsová et al., 2013). Právě kontrola počtu použitých nástrojů a obvazového materiálu je velmi důležitá. Provádí se trojí kontrola – kontrolují se počty nástrojů a obvazového materiálu před a po uzavření tělní dutiny a dále po ukončení operace. Veškeré počty nástrojů a materiálu musí souhlasit, vše je hlášeno operatérovi a zaznamenáno do dokumentace. Pokud by došlo k nesouhlasu a materiál by se nedohledal, byla by tato skutečnost důvodem k provedení perioperačního rentgenu (Slezáková et al., 2010).

1.1.3 Pooperační péče

Dle Jedličkové et al. (2012) začíná období pooperační péče přijetím pacienta na příslušné pooperační oddělení a končí jeho úplným zotavením.

Po ukončení operačního výkonu zůstává pacient pod dohledem anesteziologa. Je nutné, aby byl pacient sledován, dokud nedojde ke stabilizaci oběhu, spontánnímu dýchání a k navrácení obranných reflexů (Zeman et al., 2011). Dle Wendscheho (2012) ukládáme pacienta ihned po operačním výkonu do polohy na zádech či na boku a hlavu otočíme na stranu z důvodu prevence zapadnutí jazyka či vdechnutí slin nebo zvratek.

Po odeznění anestezie a navrácení obranných reflexů je pacient, dle typu výkonu a stavu, převezen na tzv. dospávací pokoj, standardní oddělení, jednotku intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení (Wichsová et al., 2013). Na těchto odděleních se pacient pod dohledem sestry úplně vzpamatovává z anestezie a dochází k postupnému navrácení všech funkcí organismu. Úkolem sestry je dle ordinace lékaře sledovat vitální funkce pacienta, aplikovat infúzní přípravky, krevní deriváty, antibiotika, analgetika atd. Sestra pravidelně měří krevní tlak a puls, měří dechovou frekvenci, sleduje stav vědomí, diurézu pacienta, stav operační rány a odpady z drénů (Ferko et al., 2015).

1.2 *Stavební uspořádání operačního sálu*

Operační trakt představuje vysoce specializovanou část zdravotnického zařízení. Dle Schneiderové (2014) by měl být operační trakt situován na severovýchodní světovou stranu a do vyšších a klidnějších pater budovy. Rozlišujeme dva typy výstavby nemocnic. Prvním typem je pavilonový systém, kdy každé oddělení sídlí v samostatné budově a každé operační oddělení má ve své budově ambulantní, lůžkovou i operační část. Druhým typem je centralizovaný typ nemocnice, kdy se většina oddělení nachází

v jednom hlavním pavilonu a operační sály jsou centralizované. Znamená to, že všechny operační oddělení mají operační sály v jednom operačním traktu.

Celý provoz na operačních sálech se musí řídit přísnými pravidly. Na operačních sálech je kladen velký důraz na materiální a technické vybavení sálu, organizaci práce celého týmu a na dodržování přísných aseptických podmínek (Ihnát, 2017). Aby došlo k minimálnímu riziku přenosu infekce, je nutné dodržovat přísné podmínky. V prostorách operačního traktu nesmí docházet ke křížení čistých a nečistých cest. Jednou cestou je na sál přivážen čistý a sterilní materiál, druhou cestu je ze sálu odvážen již použitý materiál a nástroje (Schneiderová, 2014).

Dle Ihnáta (2017) rozdělujeme operační trakt do několika zón. První zónou je tzv. vstupní filtr. Vstupní filtr je místnost, která je rozdělena zvlášť pro muže a pro ženy. Slouží k převléknutí personálu do operačního oblečení, nasazení operační čepice a ústenky a k hygieně rukou. Abychom zabránili kontaminaci oblečení, doporučují Janíková a Zeleníková (2013) oblékat operační oblečení v následujícím pořadí – čepice, halena, kalhoty, boty a ústenka. Ze vstupního filtru přicházíme do ochranné zóny. Ochrannou zónu tvoří chodby, pracovny lékařů a staniční sestry, odpočinková místnost pro personál a skladovací prostory pro materiál. Na ochrannou zónu navazuje aseptická zóna (Ihnát, 2017). Aseptická zóna je umístěna v bezprostřední blízkosti operačního sálu. Jde zejména o umývárnu s umyvadly ovládanými loktem. Dále se zde nachází mýdla a dezinfekční přípravky k chirurgické dezinfekci rukou, kartáčky na mytí nehtů a jednorázové ubrousky na usušení rukou (Schneiderová, 2014). Dle Ihnáta (2017) přecházíme z aseptické zóny do sterilní zóny. Tyto dvě zóny musí být odděleny dveřmi. Dveře by měly být dostatečně široké a elektricky ovládané. Samotnou sterilní zónou je vlastní operační sál a jeho vybavení.

1.3 Vybavení operačního sálu

Vlastní prostředí a vybavení operačního sálu podléhá přísným kritériím. Jak uvádí Schneiderová (2014), operační sál musí být dostatečně prostorný. Stěny i stropy na operačních sálech musí být hladké a omyvatelné. Stejně požadavky jsou kladeny i na podlahy. Navíc je nutné, aby podlaha byla antistatická, nevodivá a beze spár.

Klimatizace – aby docházelo k udržení čistého prostředí na operačním sále je nutno tento prostor klimatizovat. Klimatizační zařízení filtruje venkovní vzduch, zajišťuje výměnu

vzduchu a směr proudění, zbavuje vzduch mikrobů, reguluje teplotu a vlhkost vzduchu. (Wichsová et al., 2013). Ihnát (2017) uvádí, že na operačním sále je řízené prostředí, což znamená, že koncentrace částic ve vzduchu je řízena dle limitů a snižována na minimum. Dle třídy čistoty dělíme operační sály na superseptické (transplantační operační výkony), aseptické (standardní operační výkony) a septické (infikované operační výkony).

Operační stoly – mezi základní vybavení operačního sálu patří operační stůl. Krška et al. (2011) dělí operační stoly na tři druhy a to dle typu operačního výkonu. Prvním typem je tzv. univerzální operační stůl. Univerzální druh operačního stolu se v základní poloze používá pro všechny chirurgické obory. Součástí těchto stolů jsou různé nástavce např. pro ortopedický operační výkon. Dalším typem jsou operační stoly s výměnnou pracovní deskou, které jsou vhodné zejména při provádění operačních výkonů různých chirurgických oborů v rámci jednoho sálu a jednoho stolu. Posledním typem je operační stůl s plovoucí deskou, která je rentgenologicky transparentní. Tato deska je elektricky ovladatelná, tudíž umožňuje provádět rentgenovou kontrolu, aniž bychom museli manipulovat s pacientem nebo s rentgenovým přístrojem.

Osvětlení operačního sálu – k osvětlení operačního sálu využíváme celková a lokální osvětlení. Wichsová et al. (2013) uvádějí, že k celkovému osvětlení operačního sálu se využívají zářivky s bílým světlem. Tyto zářivky jsou umístěny na stropěch operačního sálu. Aby došlo k dokonalému osvětlení operačního pole využívá se lokální osvětlení. Dle Zemana et al. (2011) jde o bezstinné lampy se studeným světlem. Tyto lampy jsou umístěny na kloubovém držáku v prostoru nad operačním stolem. K operační lampě lze přidat další přídavná osvětlení nebo využít čelní lampu.

1.3.1 Přístrojová technika

Nedílnou součástí operačního sálu je přístrojová technika. Dle Schneiderové (2014) řadíme mezi standardní přístrojové vybavení každého operačního sálu elektroautery, rentgen a odsávačku. Samozřejmostí je i přítomnost přístroje pro anestézii a defibrilátoru. Další specifické přístroje jsou využívány dle chirurgického oboru a řadíme k nim lasery, laparoskopická věž, přístroj pro mimotělní oběh, operační robot, ultrazvukový přístroj apod.

Elektrokauter – je nejpoužívanějším přístrojem na operačním sále. Jde o formu elektrochirurgie, která využívá vysokofrekvenční elektrickou energii pro řezání tkání nebo koagulaci (Mostafa et al., 2006).

Rentgen – je přístroj využívající rentgenové záření k zobrazení vnitřních orgánů člověka (Seidl et al., 2012). Na operačních sálech jsou nejčastěji používané mobilní rentgenové přístroje s C-rameny, zejména kvůli malé náročnosti na prostor a možnosti dostatečné dezinfekce přístroje (Súkupová, 2018).

Odsávačky – patří mezi základní vybavení operačního sálu. Odsávačku používá operatér pro odsávání krve z operačního pole. Anesteziolog jí využívá při odsávání sekretu z dýchacích cest nebo k odsávání ze žaludku (Málek et al., 2016).

Anesteziologický přístroj – umožňuje dávkování inhalační anestézie. V současné době se k inhalační anestézii užívá oxid dusný spolu s kyslíkem, který sám o sobě není anestetikem, ale je nedílnou součástí anestetických dýchacích směsí (Málek et al., 2016). Součástí anesteziologického přístroje je monitor EKG, pulzní oxymetr, ventilátor zajišťující umělou plicní ventilaci a zařízení k měření krevního tlaku a dechových objemů (Horák et al., 2013).

Resuscitační přístroje – slouží k obnovení základních životních funkcí, tzn. dýchání a krevního oběhu. Je důležité zajistit přívod kyslíku, který zajišťujeme ambuvakem nebo automatickým ručním ventilátorem. K obnovení srdeční akce je na operačním sále přítomný defibrilátor (Kapounová, 2007). Defibrilátor je přístroj, který pomocí elektrického výboje o energii až 400 J, jenž je aplikován přes hrudní stěnu, dokáže obnovit správnou funkci srdce (Rosina et al., 2013).

1.3.2 Operační nástroje

K operačním výkonům se používají chirurgické nástroje. Dle Schumpelicka (2013) musí operační nástroje splňovat určité požadavky. Operační nástroje musí být odolné a vyrobené z kvalitní nerezavějící oceli, aby ustáli sterilizaci v autoklávu. Dále se vyznačují tkáňovou snášenlivostí a nesmí podléhat obrušování. U většiny chirurgických nástrojů odlišujeme pracovní a úchopovou část. Určité nástroje mohou být vyráběné i v několika velikostech. Dle Wichsové et al. (2013) dělíme operační nástroje podle

oboru. Univerzální nástroje jsou využívány téměř ve všech chirurgických oborech, zatímco speciální nástroje jsou specifické pro daný chirurgický obor.

Schneiderová (2014) uvádí, že chirurgické nástroje se ukládají na síta nebo se sestavují do tzv. setů. Dle potřeb jednotlivých chirurgických oborů si pracoviště sestavuje síta, které obsahují soubor nástrojů nutných k příslušnému operačnímu výkonu. Síta obsahují ustálené počty a druhy operačních nástrojů, což vede k jejich lepší kontrole po operaci. Perioperační sestra se musí velmi dobře a rychle orientovat ve složení nástrojů na sítu. Dle Schumpelicka (2013) je nezbytnou součástí i šicí materiál, mulové čtverce, tampony a dezinfekce.

Základní operační nástroje – dle Schumpelicka (2013) dělíme operační nástroje na chirurgické skalpely, nože a nůžky, které slouží k rozříznutí kůže a tkání nebo jejich odříznutí. Další skupinou operačních nástrojů jsou kleště, svorky a pinzety, což jsou nástroje, jimiž můžeme uchopit, držet či sevřít tkáň. Háky slouží k rozevírání ran a jehelce využíváme k uchopení jehly při sešívání tkání.

1.4 Aseptické prostředí na operačním sále

Na provoz operačních sálů jsou kladeny velmi vysoké hygienické nároky a abychom zabránili zánětlivým komplikacím po operačním výkonu, je nutné se řídit zásadami aseptického provozu.

1.4.1 Asepse

Pokorná a Mrázová (2012) definují asepsi jako nepřítomnost choroboplodných zárodků, např. bakterií, virů, plísní a parazitů. Jde o soubor opatření, která zabraňují kontaminaci sterilního prostředí mikroorganismy. Asepse docílíme zabezpečením sterilního prostředí, používáním sterilních nástrojů, operačního prádla, šicího materiálu, dezinfekcí rukou a použitím sterilních rukavic, ústenek a roušek. Při dodržování zásad asepse hrají dle Zemana et al. (2011) zásadní roli členové operačního týmu. Je nutné dodržovat čisté prostředí, dotýkat se sterilních předmětů pouze sterilními nástroji a pomůckami a stejně tak postupovat, pokud dochází ke kontaktu s operační ránou.

1.4.2 Antisepse

Antisepsí se rozumí soubor postupů a opatření, které vedou k odstraňování mikroorganismů na povrchu kůže, sliznic či v živých tkáních. K antisepsi se používají

antiseptika, která nesmí být jedovatá, alergizující, karcinogenní a musí být dobře snášitelná s živými tkáněmi (Rosina et al., 2013).

1.4.3 Dezinfekce

Dle Zemana et al. (2011) je cílem dezinfekce přerušení cesty nákazy od zdroje k vnímavému jedinci. Kapounová (2007) uvádí, že dezinfekce je soubor opatření vedoucí ke zneškodnění mikroorganismů na neživých předmětech, ve vzduchu, ve vodě a na neporušené pokožce. Dezinfekci provádíme pomocí fyzikálních (žihání, suché a vlhké teplo, UV záření), chemických (aplikace dezinfekční látky) nebo kombinovaných postupů (paraformaldehydová komora). Dle Schneiderové (2014) provádíme dezinfekci omýváním, ponořením, otíráním, postřikem, pěnou a aerosolem.

1.4.4 Vyšší stupeň dezinfekce

Vyšší stupeň dezinfekce je metoda, kdy dochází k usmrcení mikroorganismů s výjimkou vysoce odolných spor (Ferko et al., 2015). Tento druh dezinfekce se provádí např. u vyšetřovacích přístrojů s optikou, které nelze sterilizovat. Velmi důležitý je postup, kdy se předmět nejprve dezinfikuje poté se mechanicky očistí a osuší. Suché předměty se ponoří do roztoku určenému k vyššímu stupni dezinfekce. Poté předměty opláchneme fyziologickým roztokem, neboť všechny roztoky určené k vyššímu stupni dezinfekce jsou toxické (Zeman et al., 2011).

1.4.5 Sterilizace

Sterilizace je proces, při kterém dochází k usmrcení všech mikroorganismů včetně spor, hub a helmintů (Ferko et al., 2015). Dle Kapounové (2007) začíná samotná sterilizace již předsterilizační přípravou. Předsterilizační příprava zahrnuje roztržení, mytí a osušení materiálu. Poté se materiál složí do setů a zabalí. Materiál se zabalí buď do pevných obalů, jakými jsou např. kazety a kontejnery, nebo do jednorázových obalů (papírové, netkané textilie). Každý obal se musí označit datem sterilizace a expirace, pracovištěm a značkou pracovníka, který prováděl předsterilizační přípravu. Poté může být provedena samotná sterilizace. Zeman et al. (2011) uvádějí, že ve zdravotnických zařízeních využíváme zejména fyzikální (horkovzdušná, nasycenou vodní parou pod tlakem, radiační atd.) a chemickou (formaldehyd) sterilizaci.

Náplní práce perioperační sestry je i péče o instrumentárium. Perioperační sestra provádí sterilizaci nástrojů a následně sestavuje chirurgická síta na operační výkon. Odpovídá za

sterilitu, funkčnost a neporušenost veškerých operačních nástrojů na sítu (Jedličková et al., 2012).

1.5 Příprava operační skupiny

1.5.1 Hygienický filtr

Na operačním sále panují přísné hygienické podmínky, a proto je nutné před vstupem na operační sál dodržovat veškerá hygienická opatření. Veškerý personál vstupující do operačního traktu prochází přes filtr. Filtr rozdělujeme na ženskou a mužskou část. Jde o prostor, kde si personál odloží oděv, veškeré šperky včetně hodinek a převlékne se do sálového oblečení a obuvi. Sálové oblečení se skládá z kalhot a haleny, které bývají barevně odlišeny. V sálovém oblečení je již zakázáno vycházet mimo operační trakt, aby nedošlo k jeho znečištění a tím pádem i k přenosu mikrobů. Obuv, jenž je určena pro vstup na operační sál, je vyrobena z gumy a je neklouzavá. Dále musí být omyvatelná, aby se mohla dezinfikovat. Po převléknutí se do operačního oblečení si každý z personálu vezme operační čepici (Wichsová et al., 2013). Dle Vytejškové et al. (2011) je nutné, aby byly pod čepicí schované všechny vlasy, neboť právě vlasy jsou jedním z největších rezervoárů bakterií. Pokud má dotyčný dlouhé vlasy, je vhodné je vyčesat a zaplést do copu. V neposlední řadě si před vstupem na operační sál každý nasadí ústenku. Hlavním důvodem nošení ústenky je dle Mulhollanda (2011) ochrana personálu na operačním sále od přímého kontaktu s krví a jinými tělními tekutinami během operačního zákroku. Nošením ústenky dochází ke snižování kontaminace ovzduší personálem na operačním sále. Ústenka se zavazuje tkaničkami pod ušima a na horním temeni hlavy a je nutné, aby dobře držela.

1.5.2 Hygienická příprava rukou

Hygiena rukou je jedním z nejdůležitějších opatření v prevenci nozokomiální nákazy a šíření infekcí. V umývárně před operačním sálem provede personál chirurgické mytí a následně chirurgickou dezinfekci rukou. Chirurgické mytí a dezinfekce rukou se dle Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 5/2012, provádí pokaždé před vstupem na operační sál a zahájením vlastního operačního programu. Maďar et al. (2006) uvádějí, že chirurgické mytí rukou zahrnuje mytí rukou včetně předloktí. Mýdlem a vodou se provádí důkladná hygiena rukou a předloktí po dobu jedné minuty. K odstranění nečistot v okolí nehtů lze použít kartáček. Následuje chirurgická dezinfekce rukou, jejíž cílem je usmrcení

choroboplodných zárodků z kůže rukou a předloktí. K chirurgické dezinfekci rukou se používá alkoholový dezinfekční přípravek, který se v množství cca 10 ml vtírá do suché pokožky kůže a předloktí.

1.5.3 Rukavice

Jednorázové rukavice vytvářejí důležitou ochrannou bariéru při přenosu infekcí z pacienta na personál a naopak. Mimo jiné zabraňují kontaktu agresivních dezinfekčních přípravků a biologického materiálu s pokožkou rukou. Dle druhu vykonávané činnosti volíme mezi dvěma druhy rukavic - vyšetřovací rukavice a sterilní rukavice. Vyšetřovací rukavice používáme v případech, kde jsme vystaveni riziku kontaktu s biologickým materiálem, při provádění ošetřovaných úkonů, při mytí a dezinfekci nástrojů atd. (Kapounová, 2007). Jak uvádějí Pokorná a Mrázová (2012), sterilní rukavice používáme při jakémkoliv operačním zákroku a jiných invazivních výkonech. Při nasazování sterilních rukavic je důležité dodržovat aseptické podmínky. Perioperační sestra používá sterilní rukavice při instrumentování a při manipulaci se sterilním materiálem.

1.5.4 Sterilní operační oblečení

Aby nedošlo během operačního výkonu ke kontaminaci operační rány nežádoucími mikroorganismy je nutné, aby členové operační skupiny měli na sobě oblečený sterilní operační plášť a sterilní rukavice. Jako první člen operační skupiny se do sterilního pláště obléká instrumentující perioperační sestra s pomocí obíhající sestry. Při oblékání musí být dodrženy veškeré aseptické postupy. Po obléknutí se do pláště si oblékne sterilní rukavice. Poté instrumentářka obléká plášť a sterilní rukavice dalším členům operační skupiny. Je důležité, aby každý již sterilně oblečený člen operační skupiny dodržoval zásady asepse. Po skončení operačního výkonu likvidujeme veškeré použité operační oblečení a další ochranné pomůcky jako specifický odpad zdravotnického zařízení a jsou na něho kladeny zvláštní požadavky (Wichsová et al., 2013).

1.6 Role sestry v perioperační péči

1.6.1 Perioperační sestra

Název perioperační sestra je v České republice poměrně nový. Dle Bittnerové (2007) se pro sestry pracující na operačním sále hovorově používal termín „sálová sestra“, ačkoli legislativa tento výraz neznala. V roce 1996 vznikla v České republice „Česká společnost instrumentářek“. Ačkoli název této organizace může působit tak, že sdružoval pouze

instrumentářky, nebylo tomu tak. Společnost instrumentářek sdružovala všechny sestry poskytující perioperační péči tedy ošetrovatelskou péči o pacienta před, během a po operačním výkonu. Členkami „České společnosti instrumentářek“ tak byly i anesteziologické sestry.

V roce 2004 nabyt účinnosti zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). V tomto zákoně se již setkáváme s názvem perioperační péče, což výstižněji charakterizuje náplň specializačního studia „Sestra pro perioperační péči“ (Bittnerová, 2007). V roce 2017 proběhla novela tohoto zákona a účinnosti nabyt zákon č. 201/2017 Sb. Tento zákon však upravuje podmínky jen kvalifikačního vzdělávání, tudíž specializační vzdělávání v oboru „Perioperační péče“ zůstává beze změny.

1.6.2 Podmínky k výkonu práce perioperační sestry

Kvalifikační studium

Kvalifikační studium je podmínkou, abychom získali odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. Dle zákona č. 96/2004 Sb. se odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry získává absolvováním Střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, Vyšší odborné školy zdravotnické v oboru „Diplomovaná všeobecná sestra“ nebo studiem bakalářského oboru „Všeobecná sestra“ na vysokých školách. Po absolvování se stává všeobecnou sestrou a získává způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka bez odborného dohledu. V roce 2017 vychází nový zákon č. 201/2017 Sb. Jde o zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. V tomto zákoně dochází ke změně ve vzdělávání a nově se diplomovanou všeobecnou sestrou může stát i absolventka studia v oboru „Diplomovaná všeobecná sestra“ na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, pokud jde o zdravotnického pracovníka, jenž získal odbornou

způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry.

Specializační vzdělávání

Dle nařízení vlády č. 31/2010 Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí lze získat specializaci v oboru „Sestra pro perioperační péči“ po absolvování specializačního vzdělávání. Abychom získali specializovanou způsobilost v oboru „Perioperační péče“ je nutné dodržet několik podmínek. Podmínkou pro zařazení do specializačního vzdělávání je získání odborné způsobilosti k výkonu příslušného zdravotnického povolání dle zákona č. 201/2017 Sb. a podání žádosti o zařazení do specializačního vzdělávání. K podání žádosti ke specializačnímu vzdělávání musí žadatel vyplnit formulář. Tento formulář je dostupný ke stažení na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví a vytištěnou žádost odešle žadatel na adresu Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) v Brně. K žádosti musí dotyčný přiložit úředně ověřené kopie dokladů o získání odborné způsobilosti nebo jiné zvláštní odborné způsobilosti či specializované způsobilosti. Aby byl žadatel přijat do programu specializačního vzdělávání, musí vykonávat povolání v oboru specializačního vzdělávání, a to v příslušné délce. Tato délka výkonu povolání je stanovena vzdělávacím programem. Nezbytnou podmínkou je i absolvování teoretické výuky, absolvování povinné odborné praxe a úspěšné složení atestační zkoušky (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014). Dle Wichsové et al. (2013) zajišťují specializační vzdělávání akreditovaná zařízení. Akreditovaná zařízení jsou rozdělena dle toho, zda se zde uskutečňuje praktická či teoretická část výuky. Teoretickou a zároveň praktickou část výuky zajišťuje FN Motol a Thomayerova nemocnice Praha. Praktická část je uskutečňována ve FN Brno, FN Ostrava a FN Olomouc. Teoretická část výuky zajišťuje Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) sídlící v Brně.

Specializační vzdělávání v oboru „Perioperační péče“ je složeno ze čtyř modulů - jeden základní a tři odborné moduly. Základní modul lze absolvovat i metodou e - learningu. Průměrná doba studia specializačního vzdělávání trvá 18–24 měsíců. Specializační vzdělávání je zakončeno atestační zkouškou, kde účastník specializačního vzdělávání v oboru „Perioperační péče“ prokáže své vědomosti a dovednosti. Při splnění všech

podmínek získává absolvent diplom o specializaci v oboru „Perioperační péče“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014).

Vzdělávání v magisterském oboru

Fakulta zdravotnických studií na Univerzitě Pardubice zatím jako jediná v České republice nabízí magisterské specializační vzdělání v oboru „Perioperační péče“. Jde o dvouleté magisterské studium, které lze studovat pouze v kombinované formě. Předpokladem pro studium oboru „Perioperační péče“ je ukončené bakalářské studium v oboru „Všeobecná sestra“ nebo „Ošetrovatelství“ a úspěšné složení přijímací zkoušky z ošetrovatelství, psychologie a chirurgie. Cílem studijního oboru „Perioperační péče“ je připravit všeobecnou sestru pro poskytování specializované ošetrovatelské perioperační péče. Cílem specializačního vzdělávání v oboru „Perioperační péče“ je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti „Všeobecná sestra pro perioperační péči“ (Univerzita Pardubice, 2019).

1.6.3 Kompetence perioperační sestry

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků specifikuje a stanovuje přesné činnosti, které může perioperační sestra vykonávat.

Perioperační sestra bez odborného dohledu a bez indikace lékaře připraví operační nástroje a další potřebný materiál a zdravotnické pomůcky v době před, v průběhu a po operačním zákroku. Je důležité, aby perioperační sestra zajistila stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům i k neplánovaným operačním výkonům. Před operačním výkonem připraví operační pole tak, že provede antisepsi operačního pole a jeho důkladné zarouškování. Po dobu operačního zákroku instrumentuje a reaguje na požadavky operátora. Před začátkem operace a po jejím skončení provádí s operátorem početní kontrolu nástrojů a dalšího použitého materiálu. Veškeré počty operačních nástrojů a materiálu musí souhlasit. Perioperační sestra má oprávnění k manipulaci s operačními stoly a tlakovými nádobami. Dále zajišťuje přípravu a obsluhu základních i speciálních přístrojů na operačním sále. Na základě indikace lékaře zajistí fixaci a polohu pacienta, a asistuje u méně náročných operačních zákroků (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011).

1.7 *Multidisciplinární tým na operačním sále*

Multidisciplinární tým se skládá z odborníků různých profesních odvětví. Každý člen přináší do týmu dovednosti spojené s jeho profesí. Mnohdy je práce a komunikace mezi členy napjatá a stresující, ale očekává se, že tým bude v jednotlivých situacích držet pohromadě. Operační výkon je týmovou prací, při čemž každý z členů má za cíl přispět svými dovednostmi k celkovému prospěchu pacienta (Dziegielewska, 2013). Aby došlo ke splnění cíle je důležitá soudržnost týmu. Jde o společnou spolupráci všech členů operačního týmu, jelikož bez spolupráce, by se jako jednotlivci ke splnění cíle těžko dopracovali. Práce jednoho člena je podmíněna prací druhého a je důležité, aby každý člen týmu vyměnil „já“ za „my“ (Vévoda et al., 2013).

Multidisciplinární tým na operačním sále je tvořen členy s profesní různorodostí, kdy každý z členů zastává při operačním výkonu svou nezastupitelnou roli (Dziegielewska, 2013). Každý z členů multidisciplinárního týmu má svou odbornou kompetenci. Vedoucím operačního týmu je operatér. Dle charakteru operačního výkonu má operatér k dispozici přítomnost jednoho až tří asistentů. Nezbytným členem týmu je perioperační sestra, a to jak instrumentárka, tak obíhající sestra a sálový sanitář. Anesteziologickou péči po dobu operace zajišťuje anesteziologický tým, který je tvořen anesteziologem a anesteziologickou sestrou. Operační tým může být doplněn i o přítomnost členů z řad techniků, radiologů atd. (Ihnát, 2017).

1.7.1 Kompetence jednotlivých členů multidisciplinárního týmu

Operatér – je vedoucím operačního týmu a nese odpovědnost za průběh i výsledek operačního výkonu. Veškerý personál se musí řídit jeho pokyny v průběhu operace. (Ihnát, 2017). Dle Wichsové et al. (2013) operatér při operačním výkonu vede řezy, připravuje a protíná tkáň. Do rány vkládá roušky, longety a zavádí drény.

Asistenti – hlavním úkolem asistenta je pomáhat operatérovi při operačním výkonu. Je důležité, aby včas a přesně reagoval na pokyny operatéra (Ihnát, 2017). Při operaci asistent rozevívá ránu, staví krvácení a stříhá tkáň. Přibližuje orgány a struktury a adaptuje tkáň při šití (Wichsová et al., 2013).

Instrumentárka – připravuje veškeré nástroje a potřebný materiál, připraví sterilizační stolek a následně po operaci provádí sterilizaci veškerých nástrojů. Pomáhá oblékat operační skupinu a asistuje u rouškování pacienta. Je velmi důležité, aby pečlivě

sledovala průběh operace a mohla tak včas reagovat na požadavky operátora a asistentů, kterým podává a zpětně odebírá veškeré nástroje a materiál. Než dojde k uzavření tělní dutiny provádí početní kontrolu veškerých nástrojů, longet a roušek (Ihnát, 2017).

Obíhající perioperační sestra – dle Janíkové a Zeleníkové (2013) tvoří obíhající sestra spojkou mezi operačním týmem a okolím. Pomáhá při přípravě operační skupiny, doplňuje materiál a dodává nástroje a pomůcky. Od instrumentářky přebírá odebraný biologický materiál a řádně ho označí. Po celou dobu operace kontroluje sterilitu a vede ošetrovatelskou dokumentaci.

Sálový sanitář – je na sále přítomen po celou dobu operačního výkonu. Před začátkem operačního výkonu připravuje operační sál, přiváží pacienta na sál, asistuje při jeho polohování na operačním stole a při dezinfekci operačního pole. Pomáhá s osvětlením operačního pole a manipuluje s operačním stolem. Během operace odebírá od obíhající sestry označený biologický materiál a odnáší ho (Zeman et al., 2011).

Anesteziolog – s pacientem se setkává ještě před samotným operačním výkonem. Na základě výsledků předoperačního vyšetření stanoví anesteziolog vhodný anesteziologický plán. Na operačním sále se anesteziolog setkává s pacientem bezprostředně před podáním anestezie (Barash et al., 2015). Dle Zemana et al. (2011) zajišťuje anesteziolog v průběhu operace anestezii. Anesteziolog provede inhalační anestezii, buď s intubací nebo bez intubace, a monitoruje základní životní funkce pacienta.

1.7.2 Komunikace na operačním sále

Zacharová (2016) definuje komunikaci jako přenos a výměnu informací mezi sdělujícím a příjemcem. Komunikace tedy probíhá vždy mezi dvěma a více lidmi. K předávání informací může dojít ústně, písemně, gesty, mimikou atd. Vymětal (2008) dělí komunikaci dle komunikačních prostředků na verbální a neverbální. Obě tyto formy komunikace se vzájemně doplňují.

Verbální komunikace je komunikace prostřednictvím jazyka. Jde o komunikaci pomocí slov v psané či mluvené formě. Verbální komunikace má významnou roli v sociálním životě člověka. Pokud po delší dobu nedochází u člověka k možnosti verbální komunikace s jinými lidmi, může tato situace u dotyčného vyústit v deprivaci. Verbální

a neverbální komunikace probíhají současně. Neverbální komunikace, narozdíl od verbální komunikace, nebývá lidmi tak kontrolována, protože se většinou odehrává na nevědomé úrovni a tím může naše slova podpořit nebo naopak popřít (Mikuláščík, 2010). Dle Výrosta a Slaměníka (2008) neverbálně komunikujeme pomocí gest, pohybů, doteků či výrazem tváře.

Podle vztahové struktury rozdělujeme komunikaci na interpersonální a intrapersonální. Intrapersonální komunikace je komunikace člověka sám se sebou. Interpersonální komunikace je komunikace odehrávající se mezi dvěma a více subjekty (Výrost a Slaměník, 2008). Právě interpersonální komunikace je při práci na operačním sále velmi důležitá. Aby byl operační tým schopný podat kvalitní výkon je důležité, aby fungovala zejména interpersonální komunikace mezi jednotlivými členy týmu (Meier, 2009).

Profesionální interpersonální komunikace je předpokladem úspěšné týmové práce a bez efektivní komunikace tým nemůže fungovat. Týmová práce vyžaduje komunikaci a vzájemně ovlivňuje i interpersonální vztahy na pracovišti. Je důležité, aby členové týmu byli schopni mezi sebou komunikovat tak, aby docházelo k vzájemné podpoře při dosahování cíle. V různých situacích může dojít k tlaku vlivem stresu či rozdílným pohledem nebo názorem na určitou věc. Zdánlivě jednoduché úkoly, jako je například souhlas počtu chirurgických nástrojů, mohou být ohroženy, pokud komunikace mezi členy týmu na operačním sále správně nefunguje. Tuto problematiku však lze zlepšit rozvojem mezioborových komunikačních dovedností, jelikož netechnické dovednosti jsou neoddelitelné od technických dovedností (Weldon et al., 2013).

Verbální komunikace mezi perioperační sestrou a chirurgem během operačního výkonu je horší než neverbální komunikace. To je pochopitelné, jelikož v rámci sterilního prostředí je verbální komunikace omezena na minimum (aby se zabránilo křížové infekci) a také jí může být bráněno z nutnosti nošení chirurgické ústenky. Proto zde hraje velkou roli oční kontakt a neverbální projevy (Mitchell a Flin, 2018).

Korkiakangas et al. (2014) uvádějí, že jedním z nejdůležitějších společných úkolů perioperační sestry a chirurga během operačních zákroků je předávání předmětů, včetně nástrojů. Proto, aby vše bezproblémově probíhalo je důležité, aby dobře fungovala nejen technická, ale právě i komunikační spolupráce. Autoři Bezemer et al. (2016) se shodují,

že pro správně odvedenou práci celého týmu je důležité představit si operační sál vždy jako učební a klinické prostředí a vidí jak sestry, tak chirurgy jako členy se sdílenou odpovědností za udržování správného chodu tohoto prostředí.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1 - Zjistit úlohu perioperační sestry v multidisciplinárním týmu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1 - Jaké jsou kompetence perioperační sestry?

Výzkumná otázka 2 - Jaké jsou možnosti vzdělávání pro perioperační sestry?

Výzkumná otázka 3 - Jakou roli má perioperační sestra v rámci multidisciplinárního týmu?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Výzkumná část této bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření. Potřebná data byla získána „snowball“ technikou. Sběr dat pro toto výzkumné šetření probíhal v dubnu 2019. První perioperační sestrou, se kterou jsem rozhovor prováděla byla maminka spolužačky, která pracuje jako perioperační sestra. Díky ní jsem získala kontakty na další perioperační sestry.

Rozhovory byly prováděny s perioperačními sestrami operačních sálů dvou různých nemocnic. Veškeré rozhovory probíhaly dobrovolně, individuálně a pod záštitou anonymity. Každá z perioperačních sester byla předem seznámena s důvodem provádění výzkumného šetření a jeho cílem. Rozhovor obsahoval třináct předem připravených otázek a další otázky byly doplněny dle situace při samotném rozhovoru. Otázky byly rozděleny do třech oblastí. První oblast obsahovala otázky týkající se základních identifikačních údajů, druhá oblast byla zaměřena na samotné úkony perioperačních sester a třetí oblast otázek směřovala k hodnocení komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu.

Rozhovory probíhaly na předem stanoveném místě v domluvený čas a každý z nich trval přibližně 30 minut. Po domluvě a souhlasu všech perioperačních sester byly rozhovory nahrávány na diktafon v mobilním telefonu. Veškerá získaná data byla následně doslovně přepsána do programu Microsoft Word a zpracována technikou otevřeného kódování dat. Pomocí metody „tužka papír“ došlo k roztřídění pojmů do jednotlivých kategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily perioperační sestry pracující na operačních sálech. Rozhovory byly provedeny celkem s deseti perioperačními sestrami. Aby byla zachována anonymita všech perioperačních sester poskytujících rozhovor, není v práci uvedeno žádné jméno, ale pouze věk. V textu jsou perioperační sestry označeny zkratkami PS1–PS10. Perioperační sestry byly vyhledány pomocí „snowball“ techniky. Podmínkou pro výběr do výzkumného šetření byl výkon práce perioperační sestry na operačním sále. První rozhovor probíhal s maminkou jedné ze spolužaček, která je perioperační sestrou. Po provedeném rozhovoru mi dala kontakt na další perioperační sestru. Rozhovory byly provedeny s deseti perioperačními sestrami ze dvou různých zdravotnických zařízení.

4 Výsledky výzkumného šetření

Výzkumný soubor tvořilo celkem deset perioperačních sester. Otázky do rozhovoru byly rozděleny do třech základních okruhů. První okruh otázek se týká identifikačních údajů perioperačních sester, druhý okruh je zaměřen na náplň práce perioperačních sester a třetí okruh otázek se věnuje vztahům a komunikaci v multidisciplinárním týmu.

4.1 Identifikační údaje

Tabulka 1 Identifikační údaje

Perioperační sestra	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Specializační vzdělání	Praxe ve zdravotnictví	Praxe na operačním sále
PS 1	58	Středoškolské s maturitou	PSS	37 let	33 let
PS 2	48	Středoškolské s maturitou	PSS	30 let	20 let
PS 3	26	Vysokoškolské bakalářské	Studuje specializaci na VŠ - Perioperační péče	3 roky	3 roky
PS 4	52	Vyšší odborné	PSS	26 let	18 let
PS 5	41	Středoškolské s maturitou	PSS	22 let	18 let
PS 6	48	Středoškolské s maturitou	PSS	30 let	29 let
PS 7	57	Středoškolské s maturitou	PSS	38 let	35 let

PS 8	37	Středoškolské s maturitou	PSS	17 let	16 let
PS 9	57	Středoškolské s maturitou	PSS	38 let	37 let
PS10	29	Vyšší odborné	SV	7 let	2 roky

Perioperační sestra 1: 58 let, praxe ve zdravotnictví 37 let z toho 33 let na operačním sále, středoškolské vzdělání s maturitou+PSS, pracuje na centrálních operačních sálech

Perioperační sestra 2: 48 let, praxe ve zdravotnictví 30 let z toho 20 let na operačním sále, středoškolské vzdělání s maturitou+PSS, pracuje na centrálních operačních sálech

Perioperační sestra 3: 26 let, praxe ve zdravotnictví 3 roky - po celou dobu pracuje na operačním sále, vysokoškolské bakalářské studium, nyní studuje specializaci na VŠ, pracuje na centrálních operačních sálech

Perioperační sestra 4: 52 let, praxe ve zdravotnictví 26 let z toho 18 let na operačním sále, vyšší odborné vzdělání+PSS, pracuje na centrálních operačních sálech

Perioperační sestra 5: 41 let, praxe ve zdravotnictví 22 let z toho 18 let na operačním sále, středoškolské vzdělání s maturitou+PSS, pracuje na centrálních operačních sálech

Perioperační sestra 6: 48 let, praxe ve zdravotnictví 30 let z toho 29 let na operačním sále, středoškolské vzdělání s maturitou+PSS, pracuje na centrálních operačních sálech

Perioperační sestra 7: 57 let, praxe ve zdravotnictví 38 let z toho 35 let na operačním sále, středoškolské vzdělání s maturitou+PSS, pracuje na centrálních operačních sálech

Perioperační sestra 8: 37 let, praxe ve zdravotnictví 17 let z toho 16 let na operačním sále, středoškolské vzdělání s maturitou+PSS, pracuje na centrálních operačních sálech

Perioperační sestra 9: 57 let, praxe ve zdravotnictví 38 let z toho 37 let na operačním sále, středoškolské vzdělání s maturitou+PSS, pracuje na centrálních operačních sálech

Perioperační sestra 10: 29 let, praxe ve zdravotnictví 7 let z toho 2 roky na operačním sále, vyšší odborné vzdělání+specializační vzdělání, pracuje na centrálních operačních sálech

4.2 Analýza rozhovorů

Výsledky získaných dat jsou členěny do pěti kategorií. Některé kategorie jsou rozděleny do podkategorií. Pro snadnější orientaci slouží níže uvedená tabulka.

Tabulka 2 Kategorie výsledků

Kategorie výsledků		Podkategorie
Kategorie 1	Vzdělání	Nejvyšší dosažené vzdělání
		Specializační vzdělání
Kategorie 2	Důvody pro specializační vzdělání	
Kategorie 3	Náplň práce	Činnosti před op. výkonem
		Činnosti během op. výkonu
		Činnosti po op. výkonu
Kategorie 4	Interpersonální vztahy	
Kategorie 5	Komunikace na operačním sále	Příčiny problémů
		Řešení konfliktů

Kategorie 1 – Vzdělání

Kategorie 1 se týká vzdělání perioperačních sester a je rozdělena na dvě podkategorie. První podkategorie s názvem „Nejvyšší dosažené vzdělání“ představuje nejvyšší úspěšně ukončený typ vzdělávacího programu perioperačních sester. Druhá podkategorie je pojmenována „Specializační vzdělání“ a informuje o tom, jaké specializační studium perioperační sestry absolvovaly.

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání
Středoškolské vzdělání s maturitou
Vyšší odborné vzdělání
Vysokoškolské vzdělání – bakalářský studijní program

V této podkategorii bylo zjišťováno, jakého typu vzdělání dosáhly dotyčné perioperační sestry. Střední zdravotnickou školu ukončenou maturitní zkouškou vystudovalo osm z celkem deseti perioperačních sester. Z těchto osmi sester, které vystudovaly střední zdravotnickou školu pokračovala v dalším navazujícím studiu pouze PS10. „*Vystudovala jsem střední zdravotnickou školu. Po maturitě jsem chtěla jít pracovat, ale rodiče trvali na tom, abych pokračovala dál, protože už jsem byla jen zdravotnický asistent nikoli všeobecná sestra. Nakonec jsem dala na ně a poslechla jsem je a dnes jsem za to ráda. Díky tomu jsem si potom mohla udělat specializaci.*“ Dvě z dotazovaných perioperačních sester však vystudovaly gymnázium. Těmito výjimkami jsou PS3 a PS4. PS3 vystudovala gymnázium a poté nastoupila ke studiu na vysoké škole v bakalářském studijní programu v oboru Všeobecná sestra. Po úspěšném ukončení studia v bakalářském programu nastoupila ke studiu na magisterský studijní program „Perioperační péče“. „*Vzhledem k tomu, že jsem maturovala na gymplu, tak jsem chtěla jít dál. Zkoušela jsem přijímačky na sestru i na medicínu. Na medicínu mě, ale nevzali.*

Na sestru mně přijali tak jsem šla na sestru.“ Gymnázium vystudovala i PS4. „Vystudovala jsem gymnázium a poté 2 - letou návstavbu v oboru Porodní asistentka. Nakonec jsem ještě vystudovala vyšší odbornou školu, abych byla všeobecná sestra.“ Doplnuji otázku a ptám se z jakého důvodu tedy nepracuje jako porodní asistentka. PS4 odpovídá: *„Jako porodní asistentka jsem pracovala 5 let, než jsem nastoupila na mateřskou dovolenou. Když jsem po mateřské nastoupila zpátky do nemocnice už to nebylo ono. Dálkově jsem vystudovala všeobecnou sestru na VOŠce a asi po roce jsem se rozhodla udělat si specializaci a jako instrumentárka jsem spokojená“.*

Tabulka 4 Specializační vzdělání

Specializační vzdělání
Pomaturitní specializační studium „Instrumentování na operačním sále“
Vysokoškolský magisterský program „Perioperační péče“
Specializační vzdělávání „Perioperační péče“

Až na PS3 a PS10 jsou všechny perioperační sestry, se kterými jsem vedla rozhovor absolventkami pomaturitního specializačního studia „Instrumentování na operačním sále“ v Brně. V době, když se většina z nich rozhodla pokračovat ve specializačním studiu jiná možnost pro tuto specializaci než pomaturitní specializační studium „Instrumentování na operačním sále“ nebyla. Jak podotkla PS7: *„Mám střední zdravotnickou školu, a když jsem chtěla na sál, tak jsem musela do Brna na pomaturitní specializační studium. Žádná jiná možnost specializace tady nebyla. Jediné výjimky jsou PS3 a PS10. PS10 ovšem také vystudovala specializační vzdělávání v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) v Brně, nikoli však obor „Instrumentování na operačním sále“, ale již novější obor s názvem „Perioperační péče“.* *„Po VOŠce jsem nastoupila na chirurgii do nemocnice. Tam jsem byla 5 let a přitom jsem si dělala specializaci. Měla jsem štěstí, protože mě hned po specializaci vzali na sály. Nedávno to byly dva roky, co jsem na sálech.“* PS3 je momentálně studentkou magisterského studijní program „Perioperační péče“ v kombinované formě a říká:

„Rozhodovala jsem se mezi magisterským studijním oborem a specializací v Brně. Nakonec jsem se rozhodla pro magisterský obor i kvůli titulu, který tím studiem získám. I přesto, že obě specializace jsou ve výsledku úplně stejné, tak magisterský titul se neztratí a třeba se jednou bude hodit“.

Kategorie 2 – Důvody pro specializační vzdělání

V této kategorii jsou uvedeny důvody, které vedly perioperační sestry k absolvování specializačního studia a tím pádem k práci perioperační sestry.

Tabulka 5 Důvody pro specializační vzdělání

Důvody pro specializační vzdělání
Nezbytná k práci na operačním sále
Odborná práce
Zajímavá práce

Nejčastější odpovědí na otázku, co vede perioperační sestry ke specializačnímu studiu byl fakt, že k práci na operačním sále je tato specializace vyžadována. Tuto odpověď jednoznačně uvádějí PS1, PS3, PS5 a PS8. *„Pro tuto specializaci jsem se rozhodla, protože mne tato práce hodně baví a k práci na sále je potřeba jí mít. A taky jí chci mít hotovou dřív, než budu mít děti.“* uvádí odpověď PS3. PS2, PS6 a PS10 se rozhodly pro specializační vzdělání, protože tuto práci považují za odbornou a vysoce specializovanou, což se jim na ní líbí. *„Pro mne jde o zajímavou a specializovanou práci. Než jsem začala pracovat na sále, pracovala jsem 10 let na chirurgickém oddělení. Potom jsme se přestěhovali a já se rozhodla si dodělat specializaci na sály. Práce na sále mne zajímala, protože jde specializovanou práci. Považovala jsem to za něco jiného, zajímavějšího a odbornějšího.“* odpovídá PS2. Své rozhodnutí pro specializační studium uvedla PS4 takto: *„Jde o hodně odbornou práci a možná proto mne od začátku mé pracovní kariéry práce na operačním sále přitahovala, a tak jsem do toho šla. A kupodivu mne dodnes baví.“* PS7, PS9 a PS10 považují práci perioperační sestry za zajímavou, pestrou

a různorodou. „Je to pestrá a zajímavá práce. Někomu se může zdát, že sálavka jen podává nástroje, ale ve skutečnosti děláme ještě hodně věcí okolo. Záleží, jestli jsem zrovna obíhačka nebo instrumentuju. Každá má na práci něco jiného.“ dodává PS7. Důvody, které vedly PS10 k získání specializačního vzdělávání jsou následné: „Práce na sálech pro mě byla vždycky zajímavá. Je to trochu jiná práce než na normálním oddělení. Po škole jsem chtěla jít ihned pracovat a dělat specializaci už se mi nechtělo. Ale po čase mi to nedalo, a tak jsem to zkusila. Musím říct, že mne to baví víc než na normálním oddělení.“

Kategorie 3 – Náplň práce

Kategorie 3 představuje, jakou úlohu má perioperační sestra na operačním sále. Tato kategorie je rozdělena do třech podkategorií. Každá podkategorie se zaměřuje, jaké úkony perioperační sestra provádí v různých časových úsecích operačního programu.

Tabulka 6 Činnosti prováděné před operačním výkonem

Činnosti prováděné před operačním výkonem
Příprava operačního sálu
Kontrola nástrojů a přístrojů
Příprava instrumentačních stolků a materiálu
Oblékání operačního týmu
Polohování pacienta
Kontrola pacienta a operované strany

Kontrola dokumentace
Rouškování
Příprava sít s nástroji

Je mnoho úkonů, které musejí perioperační sestry provést před začátkem operačního programu. Každý operační sál a každá z nemocnic může vyžadovat mírně odlišné činnosti, které perioperační sestra před začátkem operačního výkonu musí provést. Základní úkony ovšem zůstávají neměnné napříč všemi operačními sály a nemocnicemi. Všechny ze sester se shodly, že začínají přípravou. Vždy jde o přípravu operačního sálu, instrumentačních stolků, materiálu a sít s nástroji. „*Než začneme operovat musí být vše připravené a zkontrolované. Začínáme přípravou operačního sálu, stolků a materiálu. Zarouškujeme stoly a připravíme nástroje. Zkontrolujeme přístroje a klimatizaci. Po příjezdu pacienta kontrolujeme jeho totožnost a dotazujeme se na operovanou stranu. Když přijdou lékaři, tak se instrumentárka oblékne do empíru a připraví se k operačnímu výkonu.*“ uvádí přípravu před operačním výkonem PS1. Doplnuji otázku a ptám se, jestli také přikládá neutrální elektrodu: „*Tu přikládá sanitář, to my už neděláme.*“ odpovídá PS1. PS3 popisuje přípravu následně: „*Obíhačka připraví a dezinfikuje stoly, připraví kontejnery s nástroji, připraví materiál a zkontroluje přístroje. Zkontroluje stranu a se sanitářem polohuje pacienta. Zavazuje empíry operačnímu týmu a píše verifikační protokol. Instrumentárka připraví sterilní materiál, rouškuje a může i natírat operační pole. A také obléká operační tým.*“ Rouškování a polohování pacienta zmínila i PS7: „*Začínáme přípravou sálu. Připraví se stoly, materiál a další pomůcky. Podle operačního programu a konkrétního typu operace se připraví a rozdělí síta s nástroji. Zkontrolujeme přístroje. Kontrolujeme dokumentaci, polohujeme pacienta a zarouškujeme.*“ Činnosti, které jsou prováděny před operačním výkonem popisuje PS5 takto: „*Připravíme operační sál dle operačního programu. Připravíme operační stoly, instrumentária a přístroje. Připravíme materiál a zkontrolujeme přístroje. Kontrolujeme dokumentaci a identifikujeme totožnost pacienta s dokumentací a operačním programem.*“ Ani jedna z perioperačních sester nezmínila, že by přikládala neutrální elektrodu, a tak jsem se všech na tuto otázku dodatečně zeptala. Odpovědi mi bylo, že

tento úkon provádí sanitář. Všechny perioperační sestry popsaly náplň práce před operačním výkonem velice obdobně, tudíž se konkrétní úkony jednotlivých perioperačních sester příliš neliší.

Tabulka 7 Činnosti prováděné během operačního výkonu

Činnosti prováděné během operačního výkonu	
Instrumentářka	Obíhající sestra
Asistence při operacích	Odvoz použitých nástrojů
Kontrola počtu použitých nástrojů	Vedení dokumentace
Instrumentování	Dodávání potřebného materiálu
Kontrola nástrojů na stolku	Kontrola počtu použitých nástrojů
Kontrola břišních roušek	Odebrání biologického materiálu
	Kontrola břišních roušek
	Dodávání nástrojů, pomůcek
	Manipulace s přístroji

Úkony, které perioperační sestra provádí během operačního výkonu se liší v závislosti na tom, zda je právě instrumentářkou nebo obíhající sestrou. Určitý rozdíl v činnostech instrumentující a obíhající sestry podotkly všechny perioperační sestry. Pokud vykonávají činnost jako instrumentářky, tak jimi prováděné úkony jsou téměř totožné. Všechny

dotyčné perioperační sestry se shodly na tom, že jako instrumentářky asistují lékaři, podávají mu nástroje a sledují průběh operace. Spolu s obíhající sestrou kontrolují počty použitých nástrojů a břišních roušek. Odpověď PS2 je tedy velmi podobná odpovědím všech ostatních perioperačních sester: „*Instrumentářka asistuje při operačních výkonech a spolupracuje s lékařem. Sleduje operaci a podává nástroje, materiál a další potřeby k operačnímu výkonu. Počítá nástroje a mulový materiál.*“ PS4, PS6 a PS7 také uvádějí, že během operačního výkonu provádějí kontrolu nástrojů na stolku. V průběhu operace se zaměřují na počty nástrojů, kterých by mohl být nedostatek a obíhající sestra je tak mohla doplnit. PS4 popisuje svou činnost během operačního výkonu následně: „*Když jsem instrumentářka tak podávám nástroje a další potřebný materiál lékaři. Musím mít neustálý přehled o nástrojích na instrumentačním stolku a udržovat si pořádek. Když se mi zdá, že mám nějakých nástrojů málo, řeknu obíhačce a ta mi je přinese. Potom taky počítám roušky, musím mít přehled kolik jich je.*“ Výčet úkonů, které provádí instrumentující sestra během operačního výkonu vypadá dle PS6 takto: „*Jako instrumentářka asistuji lékaři a instrumentuji. Celou dobu musím pečlivě sledovat průběh operace, abych věděla, co lékař dělá a co bude následovat a jaké mu mám tedy podávat nástroje. Také ještě musím počítat nástroje a obvazový materiál.*“ Co se týče práce obíhající sestry i tady se většina dotazovaných perioperačních sester na odpovědích shoduje. PS7 uvádí: „*Obíhající sestra vypisuje veškerou dokumentaci, asistuje instrumentářce a dodává jí materiál, šití a celkově chybějící materiál. Provádí odvoz a dekontaminaci nástrojů a obsluhuje přístroje na sále. S instrumentářkou počítá použitý materiál a nástroje.*“ Vykonávání uvedených činnosti během operačního výkonu zmiňují i PS1, PS2, PS8 a PS9. Právě PS9 říká: „*Obíhající sestra je tzv. pomocná sestra. Je k ruce instrumentářce, když něco potřebuje dodat během operace. Vede dokumentaci a zajišťuje přístroje. Kontroluje obvazový materiál a počet nástrojů.*“ PS4 uvádí, kromě již zmíněných i další činnost, kterou na operačním sále jako obíhající sestra dělá. „*Jako obíhající sestra píšu perioperační dokumentaci, dohazuji další potřebný materiál instrumentářce, kontroluji břišní roušky, připravuji dekontaminační kontejnery, odebírám a nakládám biologický materiál a zapíši ho do knihy biologického materiálu.*“ O odběrech biologického materiálu se zmínila i PS3 a PS10: „*Když dělám obíhačku tak dodávám materiál instrumentářce na instrumentační stolky. S instrumentářkou počítám břišní roušky a kontrolujeme počet použitých nástrojů. Provádím dekontaminaci nástrojů a nakládám odebraný biologický materiál. Vypisuji dokumentaci pacienta, takže obsazení*

operačního týmu, spotřebu materiálu a použití přístrojů.“ uvádí PS3. PS10 popisuje činnost obíhající sestry takto: „Obíhající sestra dohazuje instrumentáře na stůl materiál a když operační tým něco potřebuje, tak to dodá. Odvází použité nástroje a odebírá biologický materiál. S instrumentáčkou kontroluje operační roušky a vyplňuje dokumentaci.“ Veškeré činnosti, které provádějí dotazované perioperační sestry se v zásadě moc neliší. Svými odpověďmi se často shodují, z čeho lze usuzovat, že dotazované perioperační sestry provádějí během operačních zákroků téměř totožné úkony.

Tabulka 8 Činnosti prováděné po operačním výkonu

Činnosti prováděné po operačním výkonu
Úklid
Odvoz použitých pomůcek a materiálu
Objednávání materiálu
Doplňování materiálu
Dekontaminace nástrojů
Kontrola expirací
Kontrola přístrojů

Mezi nejčastěji prováděnou činností po operačním výkonu je provedení úklidu operačního sálu. Úklid operačního sálu provádějí všechny dotazované perioperační sestry. PS1 uvádí: *„Po skončení operačního programu provádíme úklid. Myjeme a dezinfikujeme operační stolky, lampy, přístroje atd. Odvážíme materiál na centrální*

sterilizaci a podle potřeby objednáváme materiál z centrální sterilizace na další den.“ Obdobnou odpověď uvedly i PS2, PS3, PS5, PS8 a PS9. „Provádí se dezinfekce povrchů, pomůcek a doplňuje se materiál a dezinfekční prostředky. Dezinfikujeme, respektive dekontaminujeme nástroje a odvážíme je ke sterilizaci.“ říká PS8. PS4, PS6, PS7 a PS10 navíc uvádějí, že kontrolují expiraci materiálu. PS4 říká: „Nejdříve musíme uklidit sál, musíme dbát na čistotu. Uklidíme použité přístroje a pomůcky. Dolijeme dezinfekční roztoky, odvezeme nástroje ke sterilizaci, zkontrolujeme přístroje a kontrolujeme expirace jednotlivých, pomůcek, nástrojů, sít atd.“ Podobně mluví i PS6 a také se zmiňuje o kontrole přístrojů: „Po úklidu a dezinfekci na operačním sále doplňujeme materiál a šití, dekontaminujeme použité nástroje, kontrolujeme expirace a kontrolujeme vypnutí přístrojů.“ Úklid operačního sálu, dezinfekce povrchů, odvoz použitého materiálu a doplnění materiálu je tedy činností, kterou provádějí po ukončení operačního programu všechny dotazované perioperační sestry.

Kategorie 4 – Interpersonální vztahy

Tato kategorie popisuje vztahy mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu na operačním sále. Jelikož jde o skupinovou práci a ve hře je lidský život, je nutná jistá dávka respektu, důvěry a tolerance.

Tabulka 9 Interpersonální vztahy

Interpersonální vztahy	
Pozitivní	Negativní
Soudržnost	Nadřazenost
Respekt	Neupřímnost

Tato kategorie ukazuje, jaké vzájemné vztahy panují mezi členy operačního týmu. Na operačním sále jsou přítomny nejen perioperační sestry, ale samozřejmě i lékaři, asistenti lékařů, anesteziolog s anesteziologickou sestrou a sanitář. Většina dotazovaných perioperačních sester uvedla, že na prvním místě je pacient a poté až se řeší vzájemné

vztahy mezi členy týmu. „*V průběhu operace panuje mezi členy soudržnost - jde přeci o pacienta. Mimo operace jsou mezilidské vztahy horší, zejména neupřímnost a také občasná vážná komunikace, porozumění. Co se týče mé práce tak si myslím, že jsem týmem respektována.*“ uvádí PS2. „*Vždy vítězí pacient, takže při operaci skupina drží při sobě. Jinak vládne určitá nadřazenost, rivalita a neupřímnost. Nejednají se však o všechny členy pracující na sále.*“ odpovídá PS4. PS10 popisuje interpersonální vztahy na jejím pracovišti následně: „*V rámci možností jsou vztahy v týmu dobré. Všichni se vzájemně respektujeme a táhneme v týmu za jeden provaz. Najdou se konkrétní jednotlivci, ať už mezi sestrami nebo lékaři, kteří jsou takový sví, ale žádné zásadní neshody mezi sebou nemíváme.*“

Na otázku týkající se respektu ostatních členů k její práci na operačním sále odpovídá PS10 následovně: „*Odpovím možná vyhybavě. Lékař je vždy lékař a sestra je vždy sestra. Přesto si myslím, že se respektujeme navzájem.*“ Podobně mluví i PS3: „*Na sále vycházíme dobře, samozřejmě sestra respektuje lékaře, ale někteří lékaři se chovají nadřazeně. A samozřejmě mým věkem nejsem některými lékaři respektována.*“ Ani vztahy na operačním sále u PS5 nejsou příliš odlišné. Jak uvádí PS5: „*Vztahy hodnotím jako dobré, jsou jistě výjimky, někteří lékaři umí dát nadřazenost citelně najevo. V rámci celku nepozorují žádné zásadní neshody, ale najdou se samozřejmě i jednotlivci, kteří mne respektují méně.*“ PS9 udává poznatky ze své praxe takto: „*Ve většině případů mohu říct, že po pracovní stránce si vycházíme všichni vstříc. Lidská stránka je stejná jako ve všech oborech, někdo někoho „nemusí“, ať už jako člověka nebo pracovně. Pak je divné ticho a práce plyne hůř. Nás sestry, ale lékaři respektují. Rivalita panuje spíše mezi některými lékaři. Mezi sestrami takovou rivalitu nevnímám, spíše se někdo s někým osobně nemusí než, že by mezi sebou soupeřily.*“ O vztazích mezi perioperačními a anesteziologickými sestrami hovoří PS8: „*Během operačního výkonu držíme všichni pospolu, přeci jen jde o lidský život. Bez problému vycházíme s lékaři i s ARO sestrami, spolupráce je dobrá, myslím si, že mě respektují.*“

Kategorie 5 – Komunikace na operačním sále

Nezbytnou součástí práce na operačním sále je komunikace. Ať už jde o komunikaci mezi instrumentující a obíhající sestrou nebo o komunikaci mezi lékařem a perioperačními sestrami. Bez vzájemné komunikace by byla práce na operačním sále mnohem více ztížena, ne-li dokonce nemožná.

Tabulka 10 Příčiny problémů

Příčiny problémů
Interpersonální vztahy
Pozdní příchody lékařů
Nervozita
Nejasné požadavky na ostatní členy

Tato podkategorie je zaměřena na příčiny komunikačních problémů, jenž vznikají mezi členy multidisciplinárního týmu na operačním sále. Kromě PS5, PS6 a PS10 všechny dotazované sestry uvedly, že jednou z nejčastějších příčin problémů jsou pozdní příchody lékařů. PS7 uvádí: „*Nejčastěji se nemůžeme domluvit na začátku operačního programu. Lékaři asi neznají hodiny, takže všichni musíme čekat.*“ Podobně reaguje i PS4: „*Nejčastější příčinou komunikačních problémů je nedodržování včasných příchodů lékařů na operační sál dle operačního programu. Pak jsou všichni nervózní a naštvání a podle toho ta komunikace při operaci vypadá.*“ PS9 reaguje takto: „*Komunikace je celkem dobrá. Stává se, že někteří lékaři nedodržují příchody k operaci, to už bývá s komunikací horší, ale vždy se nějak domluvíme.*“ PS5 a PS6 uvedly i jiné příčiny komunikačních problémů jako jsou nervozita nebo špatné vyjadřování se směrem k ostatním. Takto zmiňuje PS6 problémy, které na sále vznikají: „*Jedním z nejčastějších příčin problémů s komunikací je nesprávné vyjádření požadavku směrem k ostatním. Taky nervozita, pokud operace neprobíhá standartně. Za špatnou komunikaci může i spolupráce lidí, kteří spolu nepracují rádi a nejsou na sebe přivyklí, tzn. vedou jiné operační postupy nebo požadují jiné nástroje.*“ Nervozitu a problém s komunikací při požadavcích k ostatním členům týmu podotkla i PS5: „*Problémy nastávají pokud např. vznikne nějaký problém při operaci, to je pak cítit nervozita každého člena a odráží se to právě i při komunikaci. Někdy taky člověk přeslechne, co lékaři chtějí nebo se spletete např. při vybavení šití, nevyhovuje jehla nebo typ vlákna. Další problém vzniká*

neupřímností některých členů a dělení se do skupin.“ PS10 vidí příčiny problémů takto: „Komunikujeme spolu celkem dobře, ale je třeba se vyjadřovat jasně a stručně. A s tím mají někteří lékaři problém.“

Tabulka 11 Řešení konfliktů

Řešení konfliktů
Domluva
Ignorace
„Být nad věcí“

Pokud vznikne na operačním sále mezi členy operačního týmu problém či nějaký konflikt, jde vždy o nepříjemnou situaci. Tato podkategorie se zaměřuje na to, jak dotazované perioperační sestry řeší konflikty a problémy vzniklé na operačním sále. PS3, PS4, PS5, PS6 a PS10 nejčastěji řeší konflikt diskuzí s dotyčnou osobou. PS4 uvádí: *„Pokud vznikne v operačním týmu nějaký konflikt, snažím se diskutovat s konkrétní osobou a problém si vyjasnit.“* Stručně, ale podobně reaguje i PS3: *„Případné problémy řešíme až po operaci a to domluvou.“* PS6 se snaží problémy řešit jako většina dotazovaných sester v klidu po skončení operačního výkonu: *„Při vlastním výkonu neřeším neshody s ohledem na další klidný průběh operace vzhledem k profitu pacienta. Později ho řeším se členem týmu, se kterým problém byl, a to osobně mimo operační sál. Problém řeším komunikací tedy proč problém byl a proč vznikl.“* I PS10 se snaží o vzniklém problému mluvit: *„Většinou se toho dotyčného zeptám, kde a s čím měl problém a snažím uvést věci na pravou míru a problém vyřešit, pokud to teda vůbec jde.“* Případnou ignorací řeší problémy PS8: *„Záleží na tom, o jaký konflikt jde, buď si s dotyčným promluvíím nebo ignoruju, když vím, že se nic nevyřeší.“* PS7 má v takových situacích jasno: *„Konflikty řeším ignorací, po tolika letech vím, že nemá cenu se dohadovat, jsem jen sestra a lékař to dá najevo i když je kamarád.“* PS2 vzniklý konflikt také neřeší: *„Nediskutuji s nikým. Lékař je vždy lékař a dá to najevo.“* PS1 a PS9 odpověděly velmi stručně a jednoznačně: *„Být nad věcí.“* je jejich odpověď.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce je zaměřena na úkony perioperačních sester na operačním sále. Jde o úkony, které provádějí perioperační sestry před, během a po operačním výkonu. V každém z těchto období provádí perioperační sestra jiné činnosti. Dále se tato bakalářská práce se zabývá vzděláváním perioperačních sester, zejména jde o specializační studium, které je důležité pro práci perioperační sestry bez odborného dohledu. Vzhledem k tomu, že sestra na sále nepracuje sama, ale v týmu, který mezi sebou musí komunikovat, zabývá se tato práce i komunikací mezi členy multidisciplinárního týmu. Komunikace mezi členy týmu je důležitá k plynulému chodu operačního výkonu.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakou úlohu zastává perioperační sestra na operačním sále v rámci multidisciplinárního týmu. Pro dosažení tohoto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka: Jaké jsou kompetence perioperační sestry? Druhou výzkumnou otázkou je: Jaké jsou možnosti vzdělávání pro perioperační sestry? Třetí výzkumná otázka zní: Jakou roli má perioperační sestra v rámci multidisciplinárního týmu?

Sběr dat probíhal formou kvalitativního výzkumného šetření, které bylo uskutečněno technikou polostrukturovaných rozhovorů. Kritériem pro provedení rozhovoru byl výkon práce na postu perioperační sestry na operačním sále. Abych mohla provést výzkumné šetření, bylo potřeba vyhledat perioperační sestry, které by byly ochotné poskytnout rozhovor k výzkumnému šetření. Pomocí „snowball“ techniky bylo získáno deset perioperačních sester, se kterými byl proveden rozhovor. Rozhovory byly provedeny s deseti perioperačními sestry, kdy všechny s poskytnutím rozhovoru dobrovolně souhlasily. Po sběru dat byly výsledky rozhovorů k výzkumnému šetření analyzovány a rozděleny do kategorií a podkategorií.

Abychom mohli vykonávat práci perioperační sestry je zapotřebí dosáhnout určitého stupně vzdělání. Jde nejen od kvalifikační studium, ale i o specializační vzdělání v příslušném oboru. Dle nařízení vlády č. 31/2010 Sb, je podmínkou pro práci perioperační sestry bez odborného dohledu kvalifikační studium, kterým získáme odbornou způsobilost k výkonu práce všeobecné sestry a dále specializační studium k získání specializace v oboru „Perioperační péče“. Od školního roku 2004/2005 byl na

středních zdravotnických školách zrušen obor „Všeobecná sestra“ a byl nahrazen oborem „Zdravotnický asistent“. Vzhledem k tomu, že většina dotazovaných sester ještě vystudovala střední zdravotnickou školu před tímto rokem tak jim k výkonu práce perioperační sestry stačilo absolvovat pomaturitní specializační studium „Instrumentování na operačním sále“. PS3 a PS10 však musely pokračovat v dalším studiu a vystudovat jak obor „Všeobecná sestra“ tak následnou specializaci „Perioperační péče“. Momentálně má všeobecná sestra, která chce pokračovat ve specializačním studiu, dvě možnosti. Jednou z možností je specializační vzdělávání v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, které absolvovala i PS10: „*Po VOŠce jsem nastoupila na chirurgii do nemocnice. Tam jsem byla 5 let a přitom jsem si dělala specializaci.*“ Druhou z možností je magisterský studijní program „Perioperační péče“ na Univerzitě Pardubice, který momentálně studuje PS3: „*Rozhodovala jsem se mezi magisterským studijním oborem a specializací v Brně. Nakonec jsem se rozhodla pro magisterský obor i kvůli titulu, který tím studiem získám. I přesto, že obě specializace jsou ve výsledku úplně stejné, tak magisterský titul se neztratí a třeba se jednou bude hodit.*“

Práce na operačním sále je jiná než práce na standardním nemocničním oddělení. Dle Wichsové et al. (2013) je perioperační sestra vysoce specializovaná odbornice, která nese vysokou odpovědnost. Při výzkumu bylo zjišťováno, jaké činnosti dle jejich kompetencí provádějí perioperační sestry v různých obdobích operačního výkonu. Jak uvádí Wichsová et al. (2013), kompetence perioperačních sester vyplývají ze specializačního vzdělávání. Absolvovat specializační vzdělání v oboru „Perioperační péče“ je důležité k tomu, aby perioperační sestra na sále mohla pracovat samostatně bez odborného dohledu. PS8 to potvrzuje: „*Pro tuto specializaci jsem se rozhodla, protože mne tato práce hodně baví a k práci na sále je potřeba jí mít.*“ Mezi činnosti, které perioperační sestry vykonávají na operačním sále dle Wichsové et al. (2013) patří zajištění přístrojové vybavení, instrumentária a dalšího nezbytného materiálu a pomůcek. Mohou manipulovat a obsluhovat přístroje. Provádějí bezpečnostní kontrolu, fixují pacienta, přikládají neutrální elektrodu, dezinfikují operační pole a společně s lékařem zarouškují pacienta. Během operace instrumentují. Vedou zdravotnickou dokumentaci a kontrolují počet břišních roušek a nástrojů. Na konci operačního programu provádějí předsterilizační přípravu a volí druh sterilizace. Každá z dotazovaných perioperačních sester vyjmenovala činnosti, které provádějí před, během i po skončení operačního výkonu.

Tyto činnosti, které perioperační sestry provádějí jsou nezbytné k operačnímu výkonu. Ze získaných odpovědí se naprostá většina prováděných činností perioperačními sestrami shoduje s výše uvedenými činnostmi z literatury. Co se týče úkonů prováděných perioperačními sestrami před samotným operačním výkonem, nejčastější odpovědi sester zahrnovaly úkony týkající se přípravy operačního sálu a veškerých nástrojů a přístrojů. „*Začínáme přípravou sálu. Připraví se stolky, materiál a další pomůcky. Podle operačního programu a konkrétního typu operace se připraví a rozdělí síta s nástroji. Zkontrolujeme přístroje. Kontrolujeme dokumentaci, polohujeme pacienta a zarouškujeme.*“ Důležitá je také příprava instrumentačního stolku, oblékání operačního týmu, kontrola dokumentace a identifikace pacienta. Tuto skutečnost potvrzuje i PS1: *Začínáme přípravou operačního sálu, stolků a materiálu. Zarouškujeme stolky a připravíme nástroje. Zkontrolujeme přístroje a klimatizaci. Po příjezdu pacienta kontrolujeme jeho totožnost a dotazujeme se na operovanou stranu. Když přijdou lékaři tak se instrumentářka oblékne do empiru a připraví se k operačnímu výkonu.*“ Dle Wichsové et al. (2013) příkládá perioperační sestra před operačním výkonem neutrální elektrodu. Vzhledem k tomu, že se o tom žádná ze sester při rozhovoru sama nezmínila, tak jsem se u perioperačních sester na tento fakt dodatečně zeptala. Co se týče přiložení neutrální elektrody, všechny dotazované sestry odpověděly shodně jako PS1: „*Tu příkládá sanitář, to my už neděláme.*“

Během samotného operačního výkonu záleží na tom, jakou roli na operačním sále perioperační sestra právě zastává. Jak uvádí PS10: „*To záleží na tom, jestli dělám obíhačku nebo instrumentářku.*“ Dle Wendscheho (2012) instrumentářka asistuje a plní požadavky operační skupiny. Dále kontroluje počty nástrojů a obvazového materiálu. Svými odpověďmi se na těchto činnostech shodly i všechny dotazované sestry. Z výzkumného šetření vyplývá, že práce instrumentující sestry zahrnuje instrumentování, asistenci lékařů, početní kontrolu nástrojů a břišních roušek. „*Instrumentářka asistuje při operačních výkonech a spolupracuje s lékařem. Sleduje operaci a podává nástroje, materiál a další potřeby k operačnímu výkonu. Počítá nástroje a mulový materiál.*“ uvádí PS2 a odpovědi ostatních dotazovaných sester se příliš neliší. PS4, PS5 a PS6 také uvedly průběžnou kontrolu nástrojů na stolku, aby v případě potřeby mohla obíhající sestra doplnit chybějící materiál. Při práci instrumentářky je nutné sledovat operační pole a průběh operace, aby mohla včas reagovat na požadavky lékaře. „*Jako instrumentářka asistuji lékaři a instrumentuji. Celou dobu musím pečlivě sledovat průběh operace, abych*

věděla, co lěkař dělá a co bude následovat a jaké mu mám tedy podávat nástroje. Také ještě musím počítat nástroje a obvazový materiál.“ uvádí PS6. Úkolem obíhající sestry je nejčastěji dle dotazovaných perioperačních sester, dodávání materiálu na instrumentační stolek, kontrola počtu nástrojů a jejich dekontaminace, kontrola břišních roušek, manipulace s přístroji a vedení dokumentace. PS7 uvádí: *„Obíhající sestra vypisuje veškerou dokumentaci, asistuje instrumentárce a dodává jí materiál, šití a celkově chybějící materiál. Provádí odvoz a dekontaminaci nástrojů a obsluhuje přístroje na sále. S instrumentárkou počítá použitý materiál a nástroje.*“ Právě početní kontrola použitých nástrojů a břišních roušek je velmi důležitým úkolem. Dle Slezákové et al. (2010) je nutné provádět trojí početní kontrolu, tedy pěd a po uzavěení tělní dutiny a po ukončení operace. Jak sami dotazované perioperační sestry uvádějí, početní kontrola se provádí pěd uzavěením tělní dutiny a vždý je na ni kladen vysoký důraz. Některé ze sester uvádějí další činnosti, které během operačního výkonu provádějí. PS3, PS4 a PS10 zmiňují odebírání biologického materiálu, jeho označení a zapsání do knihy biologického materiálu. S veškerými uvedenými činnostmi, které provádí obíhající perioperační sestra během operačního výkonu dle dotazovaných perioperačních sester se shodují i Wichsová et al. (2013) a Slezáková et al. (2010) ve svých knihách.

Koncem operačního programu vřak práce perioperační sestry nekončí. Vřechny ze sester se shodují, že po konci operačního programu začíná úklid. Jak uvádí PS1: *„Po skončení operačního programu provádíme úklid. Myjeme a dezinfikujeme operační stolky, lampy, přístroje atd. Odvážíme materiál na centrální sterilizaci a podle potřeby objednááme materiál z centrální sterilizace na další den.*“ Dle odpovědí dalších dotazovaných sester se doplňuje a objednáva na další den veřkerý chybějící materiál a doplňují se dezinfekční roztoky. PS4, PS6, PS7 a PS10 navíc uvádějí, že kontrolují expiraci materiálu.

Kolajov (2006) definuje tm jako skupinu lidí s různými pohledy, zkušenostmi a dovednostmi. Předností týmu je podávání větřích výkonů než jednotlivce. Cílem každého týmu je plnění cílů. Aby dořlo ke splnění cíle, je nutná vzájemná komunikace a spolupráce členů týmu. Perioperační sestra jako člen týmu má v operačním týmu nezastupitelnou roli, neboť připravuje veřkeré nástroje, materiál a přístroje k operačnímu výkonu, asistuje a instrumentuje operatérovi, vede dokumentaci, odebírá biologický materiál atd. Stejně jako ona, má každý člen týmu svou roli. Jelikož se tm skládá z jednotlivců a každý jednotlivce je individuum, existuje riziko vzniku potencionálních

problémů. Z odpovědí perioperačních sester lze tomuto tvrzení věřit. Všechny perioperační sestry potvrdily, že důležitou roli při operačním výkonu hraje souhra a soudržnost týmu. Někdy ovšem v týmu panuje nervozita, což se odrazí na dalším průběhu operačního výkonu. Nervozita vzniká nejčastěji v situacích, kdy operace neprobíhá zcela standardně. Některé perioperační sestry uváděly, že pociťují jistou nadřazenost v chování ze strany lékařů. Dle dotazovaných sester vznikají nepříjemné situace na operačním sále kvůli nedodržování včasných příchoďů lékařů na operační sál dle operačního programu. Dle PS5 a PS10 vznikají neshody i kvůli nejasným nebo přeslechnutým požadavkům lékařů na perioperační sestry. Jak PS10 uvádí: *„Komunikujeme spolu celkem dobře, ale je třeba se vyjadřovat jasně a stručně a s tím mají někteří lékaři problém.“* Efektivní komunikace je jedním z důležitých aspektů pro porozumění obou zúčastněných stran. Rhee et al. (2016) podotýkají, že lékařské chyby na operačním sále jsou nejčastěji způsobeny právě neefektivní komunikací a nesouhrou týmu.

Dle Kojalové (2006) nemusí členové týmu vyjít s ostatními a tím hrozí riziko konfliktu. Jak uvádí Plamínek a Franc (2012), konfliktem dochází k poruše rovnováhy v systému. V tomto případě může dojít k interpersonálnímu konfliktu mezi členy operačního týmu. Pokud nějaký problém vznikne, je třeba ho vyřešit. Řešení konfliktu lze definovat jako řadu činností, které vedou k znovuobnovení stability a rovnováhy v týmu. Jedním z výsledků řešení interpersonálního konfliktu může být dohoda mezi oběma stranami. Stephens et al. (2016) uvádějí, že celý operační tým je při své práci vystaven tlaku a stresu. Vzhledem k tomu, že operační tým je nestabilní a členové týmu se mezi sebou neustále střídají, je omezena příležitost pro zlepšení týmové spolupráce a vznikají konflikty. Jako řešení navrhuje jednodenní kurz zaměřený na krizové situace.

Z výzkumného šetření však vyplývá, že při vzniku problému dávají dotazované perioperační sestry přednost vzájemné domluvě či diskuzi s dotyčnou osobou, se kterou problém vznikl. Chtějí si vyjasnit okolnosti, tedy kde a proč problém vznikl. Některé perioperační sestry uvedly, že před řešením problému někdy dávají přednost raději ignoraci. *„Záleží na tom, o jaký konflikt jde, buď si s dotyčným promluvíme nebo ignoruju, když vím, že se nic nevyřeší.“* uvádí PS8. I přes problémy, které mezi členy operačního týmu někdy vznikají pociťuje většina dotazovaných perioperačních sester uznání a respekt ze strany lékařů. Dle Steigaufa (2011) je důležité vytvoření vzájemného respektu

v týmu již v časných stádiích rozvoje týmu. Respekt mezi jednotlivými členy je předpokladem pro tvorbu vysoce výkonných týmů. Jak uvádí Vévoda et al. (2013), právě uznání a respekt je důležitý pro každého člena týmu. Tým funguje jen pokud se jeho členové vzájemně respektují. Každý člen týmu potřebuje být ostatními členy oceněn za jeho schopnosti a dovednosti, které týmu dává. Podle výsledků výzkumného šetření se většina sester shoduje, že mezi členy operačního týmu panuje vzájemný respekt. „*V rámci možností jsou vztahy v týmu dobré. Všichni se vzájemně respektujeme a táhneme v týmu za jeden provaz. Najdou se konkrétní jednotlivci, ať už mezi sestrami nebo lékaři, kteří jsou takový sví, ale žádné zásadní neshody mezi sebou nemíváme.*“ popisuje interpersonální vztahy PS10. Výjimkou je PS3, vzhledem ke svému nízkému věku necítí být některými lékaři respektována. Co se týče odpovědí ostatních dotazovaných perioperačních sester, všechny se cítí být lékaři i dalšími členy operačního týmu respektované, a právě tento vzájemný respekt potvrzuje fakt, jak důležitou roli v operačním týmu hrají.

6 Závěr

Operační sál je vysoce specializovaná část zdravotnického zařízení, na kterou jsou kladeny vysoké požadavky. Každý člen operačního týmu, který se podílí na operačním výkonu, zastává na operačním sále nenahraditelnou roli. Pro mnohé z nás je operační sál místem, kam se běžný občan osobně podívá jen z pohledu pacienta. Co se však odehrává v průběhu operace, a jak celý tým během operace funguje zná mnoho občanů jen z televize. Je to práce týmu lidí, kterou běžně nevidáme, ale o to větší k ní máme respekt a vážíme si jí.

Tato bakalářská práce je zaměřena na práci perioperačních sester na operačním sále a dále se zabývá komunikací mezi členy operačního týmu. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakou úlohu zastávají perioperační sestry v multidisciplinárním týmu. Pro dosažení cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky: Jaké jsou kompetence perioperační sestry? Jaké jsou možnosti vzdělávání pro perioperační sestry? Jakou roli má perioperační sestra v rámci multidisciplinárního týmu?

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že perioperační sestra provádí před, během a po operačním výkonu řadu různých činností. Před operačním výkonem jde zejména o přípravu sálu, veškerých nástrojů a přístrojů. Během operačního výkonu záleží, zda zaujímá pozici instrumentářky nebo obíhající sestry. Instrumentářka asistuje lékaři a instrumentuje, zatímco obíhající sestra dodává materiál, vede dokumentaci a tvoří spojkou mezi operačním týmem a okolním prostředím. Během operačního výkonu spolu obě sestry úzce spolupracují. Podílejí se na kontrole počtu veškerých nástrojů a břišních roušek. Po operačním výkonu provádí úklid, doplňují veškerý materiál a sterilizují nástroje. Aby mohla perioperační sestra vykonávat svou činnost bez odborného dohledu, je žádoucí, aby absolvovala specializační vzdělání v oboru „Perioperační péče“. Všechny dotazované sestry jsou absolventkami specializačního studia, jedna ze sester momentálně navštěvuje magisterský studijní program, aby si dodělala vzdělání a mohla pracovat bez odborného dohledu. Z těchto výsledků vyplývá, že sestry mají zájem se dále vzdělávat, aby mohly samostatně vykonávat práci perioperační sestry. Všeobecným sestram se naskýtají dvě možnosti, jak se stát specialistkami, tedy sestrami pro perioperační péči. Jednou z možností je absolvovat specializační studium, druhou možností je vystudovat magisterský studijní program. Ať už zvolí jakoukoliv možnost specializačního vzdělání, po jejím absolvování se stávají „Sestrou pro perioperační péči“. Vzhledem k tomu, že

perioperační sestra nepracuje na operačním sále izolovaně, nýbrž v týmu ostatních odborníků, může dojít mezi členy týmu ke konfliktu. Všechny sestry se shodly, že případné konflikty buď neřeší, nebo se řeší až po operačním výkonu, jelikož na sále je vždy na prvním místě pacient. Výsledky z rozhovorů s perioperačními sestrami také ukázaly, že ačkoli na sále mezi členy týmu nepanují vždy přátelské vztahy, pro hladký průběh operace je důležitý vzájemný respekt jednotlivých členů.

Zjištěné výsledky mohou pomoci studentům a sestrám zajímající se o problematiku oboru perioperační péče. Praktickým výstupem z práce bude publikace získaných výsledků v odborném periodiku. Publikované výsledky mohou posloužit k přiblížení práce perioperační sestry a možnostem vzdělání v tomto oboru.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BARASH, P. et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada. 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9
2. BEZEMER, J. et al. 2016. *Unsettled teamwork: communication and learning in the operating theatres of an urban hospital* [online]. PubMed. John Wiley & Sons Ltd. [cit. 2018-05-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26541137>
3. BITTNEROVÁ, Z., 2007. *Proč termín perioperační péče?* [online]. Mladá fronta a.s. [cit. 2019-02-20] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/proc-termin-perioperacni-pece-309060>
4. DZIEGIELEWSKI, S., 2013. *The changing face of health care social work: opportunities and challenges for professional practice*, 3. vydání. New York: Springer Publishing Company. 484 s. ISBN 978-0826119421.
5. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce*, 2. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1
6. HORÁK, L. et al., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. 226 s. ISBN 978-80-247-3595-5.
7. IHNÁT, P., 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-271-0334-8.
8. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
9. JEDLIČKOVÁ, J. et al., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. NCONZO Brno. 269 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
10. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
11. KOLAJOVÁ, L., 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 80-247-1764-6.
12. KORKIAKANGAS, T. et al. 2014. *Nurse–surgeon object transfer: Video analysis of communication and situation awareness in the operating theatre* [online]. PubMed. Elsevier Ltd. [cit. 2018-05-29]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24508284>
13. KRŠKA, Z. et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 262 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
14. MAĐAR, R. et al., 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. 178 s. ISBN 80-247-1673-9.

15. MÁLEK, J. et al., 2016. *Praktická anesteziologie*, 2. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5632-5.
16. MEIER, R., 2009. *Úspěšná práce s týmem: 25 pravidel pro vedoucí týmu a členy týmu*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-2308-2.
17. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*, 2. vydání. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
18. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Perioperační péče*, 2010. [online]. MZ ČR. [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: [file:///D:/Download/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._55_VS_-_Periopera%C4%8Dn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De%20\(7\).pdf](file:///D:/Download/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._55_VS_-_Periopera%C4%8Dn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De%20(7).pdf)
19. MITCHELL, L., FLIN, R. 2018. *Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review* [online]. PubMed. School of Psychology, University of Aberdeen [cit. 2018-05-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18598248>
20. MOSTAFA, G. et al., 2006. *Review of Surgery: Basic Science and Clinical Topics for ABSITE*. Springer. 454 s. ISBN 978-0-387-44952-4
21. MRÁZOVÁ, R., POKORNÁ, A., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.
22. MULHOLLAND, M. et al. 2011. *Complications in Surgery*. Wolters Kluwer. 884 s. ISBN 978-1605475301.
23. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb, o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, 2010. [online]. [cit. 2018-11-28]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 10, s. 360. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <file:///D:/Download/sb0010-2010.pdf>
24. PLAMÍNEK, J., FRANC D., 2012. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět*, 2. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-4484-1.
25. RHEE A. et al., 2016. *Team Training in the Perioperative Arena: A methodology for implementation and auditing behaviour*. [online]. PubMed. American Journal of medical quality. [cit.2019-04-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27516608>
26. ROSINA, J. et al., 2013. *Biofyzika: pro zdravotnické a biomedicínské obory*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4237-3.
27. SEIDL, Z. et al., 2012. *Radiologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. 372 s. ISBN 978-80-247-4108-6.

28. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
29. SCHUMPELICK, V., 2013. *Chirurgie - stručný atlas operací a výkonů*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-4531-2.
30. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
31. STEIGAUFG, S., 2011. *Vůdcovství, aneb, Co vás na Harvardu nenaučí*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-3506-1.
32. STEPHENS, T. et al., 2016. *An interprofessional training course in crises and human factors for perioperative teams*. [online]. PubMed. Journal of interprofessional care. [cit. 2019-04-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27314407>
33. SÚKUPOVÁ, L., 2018. *Radiační ochrana při rentgenových výkonech - to nejdůležitější pro praxi*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0709-4.
34. UNIVERZITA PARDUBICE, 2019. *Perioperační péče* [online]. Pardubice [cit. 2019-01-20]. Dostupné z: <http://studuj.upce.cz/obor/perioperacni-pece>
35. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
36. VONDRÁČEK, J., VONDRÁČEK L., 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 9788024726298.
37. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. [cit. 2018-11-28]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 544. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <file:///D:/Download/sb0020-2011.pdf>
38. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
39. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
40. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 2008. *Sociální psychologie*, 2. vydání. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
41. WELDON, S. M. et al. 2013. *Communication in the operating theatre* [online]. PubMed: British Journal of Surgery Society Ltd. Published by John Wiley & Sons Ltd. [cit. 2018-05-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24227352>
42. WENDSCHE, P. et al., 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. 118 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

43. WICHISOVÁ, J. et al., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
44. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
45. Zákon č.96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. [cit. 2018-11-28]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1480. ISSN 1211-1244. [file:///D:/Download/sb030-04%20\(1\).pdf](file:///D:/Download/sb030-04%20(1).pdf)
46. Zákon č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2017. [online]. [cit. 2018-11-28]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 72, s. 2065. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=201&r=2017>
47. ZEMAN, M. et al, 2011. *Chirurgická propedeutika*, 3. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

8. Seznam příloh

Příloha 1 Seznam otázek k rozhovoru s perioperačními sestrami

Příloha 1 Seznam otázek k rozhovoru s perioperačními sestrami

1. Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Kolik let praxe jako perioperační sestra na operačních sálech máte?
4. Na jakém operačním sále pracujete?
5. Proč jste se rozhodla pro tuto specializaci?
6. Jaké činnosti jako perioperační sestra provádíte na operačním sále před operačním výkonem?
7. Jaké činnosti jako perioperační sestra provádíte na operačním sále během operačního výkonu?
8. Jaké činnosti jako perioperační sestra provádíte na operačním sále po operačním výkonu?
9. Jak hodnotíte interpersonální vztahy mezi jednotlivými členy operační skupiny?
10. Domníváte se, že jste mezi členy multidisciplinárního týmu dostatečně respektována?
11. Jak hodnotíte komunikaci mezi členy multidisciplinárního týmu na operačním sále?
12. Jaké jsou nejčastější příčiny problémů s komunikací mezi členy operačního týmu?
13. Jak řešíte případné konflikty v operačním týmu?