

Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Ošetrovatelská péče a komunikace s pacientem na
operačním sále z pohledu anesteziologické sestry
a pacienta**

Bakalářská práce

Autor práce: Dana Velimská
Studijní program: Ošetrovatelství
Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 3. 5. 2012

ABSTRACT

The theme of the Bachelor Degree Work “Nursing Care and Communication with the Patient in the Operating Theatre” was chosen to map out the issue of the current level of the nursing care and communication with the patient in the environment which is for most of them stressful and makes increased demands both on the nursing care and on communication too. Nowadays this theme is very topical as patients’ participation in their treatment come to the fore and their awareness of the types of treatment and carried out surgeries is generally being increased. The proper communication level undoubtedly influences the patient’s state.

The theoretical part of the work deals with the environment of the operating theatre and the nursing care provided by the anaesthetic nurse. Further it deals with the kinds of communication and its significance for the patient.

The practical part contains the results of the quantitative research on the anaesthetic nurses providing nursing care in the operating theatre who also communicate with the patient in the operating theatre most of all. Further there are described results of the qualitative research on patients having experience with the stay in the operating theatre.

The Bachelor Degree Work contains much information about particular characteristics of the nursing care in the operating theatre. It reveals hidden reserves in communication with the patient in this environment.

It refers to the most often patients’ problems in communication with the operating team. It maps out the knowledge level of the anaesthetic nurses in the sphere of the nursing care and communication.

There have been set several aims, hypotheses and research questions to write this work. For aim no. 1, to find out the level of the nursing care for the patient in the operating theatre from the nurse’s point of view, there were made three hypotheses. Hypothesis no. 1 – Nurses have developed nursing care standard in the operation theatre - is confirmed. Hypothesis no. 2 – Nurses have time to provide the nursing care in the operating theatre - is confirmed. Hypothesis no. 3 – Nurses have sufficient material and technical equipment to provide the nursing care in the operating theatre - is confirmed.

Aim no. 2 was to map out the communication between the nursing team and the patient in the operating theatre and there were made two hypotheses. Hypothesis no. 1 – Communication between the nursing team and the patient is influenced by the stressful environment in the operating theatre - is confirmed. . Hypothesis no. 2 – Communication between the nursing team and the patient is limited by the operation hours of the operating theatres – is confirmed. For aim no. 3, to find out the level of communication in the operating theatre between the nursing team and the patient from the patient’s point of view, there were set two research questions. How does the patient perceive communication with the operating team in the environment of the operating theatre? How is communication in the environment of the operating theatre going on? The research questions have been answered. The set aims of the work have been fulfilled.

The results of the research work were used for writing the nursing standard “The Nursing Care for the Patient in the Operating Theatre”. This standard can serve nurses as a brief and clear aid in the nursing process and in order to provide the patient with comfort and security of the quality nursing care in the operating theatre.

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 3.5.2012

(Dana Velimská)

Poděkování :

Ráda bych poděkovala PhDr. Andree Hudáčkové Ph.D své vedoucí práce za odborné vedení, cenné rady a ochotu. Děkuji především za trpělivost při psaní mé bakalářské práce. Dále děkuji ing. Ivě Brabcové za kontrolu a připomínky k mému zpracovanému standardu ošetrovatelské péče o pacienta na operačním sále pro anesteziologické sestry. Za pomoc v odborné části této práce děkuji prim. MUDr. Tomášovi Piksovi.

OBSAH

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	10
1.1 Moderní operační sál	10
1.1.1 Prostředí operačního sálu.....	10
1.1.2 Personální vybavení operačního sálu.....	12
1.1.3 Technické vybavení operačního sálu	15
1.1.3.1 Chirurgické vybavení operačního sálu	15
1.1.3.2 Anesteziologické vybavení operačního sálu.....	16
1.1.4 Provoz operačních sálů	17
1.1.4.1 Hygiena a bezpečnost práce na operačním sále.....	18
1.1.4.2 Dokumentace na operačním sále	19
1.2 Komunikace s pacientem na operačním sále	20
1.2.1. Verbální komunikace	23
1.2.2. Nonverbální komunikace	24
1.2.3 Všeobecné zásady efektivní komunikace s pacientem	26
1.2.4 Překážky v komunikaci s pacientem na operačním sále.....	27
1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta na operačním sále	29
1.3.1 Převzetí pacienta na operační sál	30
1.3.2 Anesteziologická příprava pacienta na operační výkon	30
1.3.3 Monitorace fyziologických funkcí.....	30
1.3.4 Ošetrovatelská péče o invazivní vstupy.....	32
1.3.5 Ošetrovatelská péče o dýchací cesty.....	32
1.3.6 Péče o bezpečnost pacienta na operačním sále.....	33
1.4. Psychická a fyzická zátěž anesteziologické sestry	35
2. Cíle práce, hypotézy, výzkumné otázky	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Hypotézy k cíli 1	36
2.3 Hypotézy k cíli 2	36
2.4 Výzkumné otázky k cíli 3	36

3. Metodika	37
3.1. Metodika práce	37
3.2 Charakteristika výzkumných souborů	38
4. Výsledky	39
4. 1 Rozhovory s pacienty.....	39
4.1.1 Kazuistika č.1.....	39
4.1.2 Kazuistika č.2.....	41
4.1.3 Kazuistika č.3.....	42
4.1.4. Kazuistika č.4.....	44
4.1.5 Kazuistika č. 5.....	45
4.2. Výsledky rozhovorů s pacienty.....	46
4.3. Tabulky rozhovorů s pacienty.....	49
4.4. Grafické vyhodnocení výsledků z dotazníků pro anesteziologické sestry	50
5. Diskuze	66
6. Závěr	77
7. Seznam použitých zdrojů.....	78
8. Klíčová slova	81
9. Přílohy.....	82

Úvod

Cílem této bakalářské práce je seznámit čtenáře s ošetrovatelskou péčí a komunikací s pacientem na operačním sále, a to z pohledu nejen zdravotní anesteziologické sestry, ale i ošetřovaného pacienta. Práce chce seznámit s důležitostí této péče, jejími specifiky spočívajícími především v odlišnosti prostředí operačního sálu. Tato bakalářská práce má několik cílů: zjistit úroveň ošetrovatelské péče na operačním sále z pohledu anesteziologické sestry a zmapovat komunikaci mezi ošetrovatelským týmem a pacientem. Dalším neméně důležitým cílem je zjištění, jak komunikaci v prostředí operačního sálu vnímá pacient.

Kvalita ošetrovatelského procesu vychází ze znalosti, poznání a chápání nemoci jako problému nejen biologického, ale i psychického a sociálního, z pohledu problému, který pacienta omezuje. V prostředí operačního sálu má ošetrovatelská péče o pacienta svá specifika.

Komunikace je v současné době spojována především s výměnou informací, vlastní slovo komunikace pochází z latinského „communicare“ – dorozumívat se. Původní význam slova je radit, spojovat se, společně něco sdílet.

Z mnoha lidských vlastností je schopnost komunikace považována za jeden z nejdůležitějších a nejužitečnějších aspektů. Toto téma jsem si vybrala z několika důvodů. V mém pohledu anesteziologické sestry mne zajímá, jak se pacient na operačním sále cítí, jak nás jako personál vnímá. Děláme svoji práci skutečně správně a pro pacienta to nejlepší? Naše nemocnice se v posledních letech v průzkumech kvality nemocnic (z pohledu pacientů) nachází na předních místech, přesto si myslím, že jsou rezervy a možnosti jak péči o pacienty dále zlepšovat. Pokud ustrneme a zůstaneme na stejném místě, bude nepochybně v budoucnu péče naše pacienty nabírat špatný směr.

Teoretická část se zabývá prostředím operačního sálu, ošetrovatelskou péčí a druhy komunikace. Praktická část obsahuje výsledky kvalitativního výzkumu u pacientů se zkušenostmi z prostředí operačního sálu. Kvantitativní výzkum obsahuje výsledky dotazníkového šetření u anesteziologických sester.

Dotazníkovým šetřením jsem se snažila být v tomto procesu nápomocná a svou prací jsem především chtěla rozpoznat, upřesnit a vysledovat, kde lze najít v naší práci další rezervy a prostor pro další zlepšování kvality ošetrovatelské péče.

Výsledky výzkumné práce byly použity pro zpracování ošetrovatelského standardu péče o pacienta na operačním sále. Standard může pomoci sestřám jako stručná a praktická pomůcka při ošetrovatelské péči a komunikaci s pacientem na operačním sále.

1. Současný stav

1.1 Moderní operační sál

V současné době pojem moderní operační sál představuje systém centralizace operačních sálů. V dřívější době převládal ve většině nemocnic tzv. pavilónový systém, kdy jednotlivá oddělení byla umístěna samostatně v různých budovách, každé oddělení mělo vlastní operační sál. Jednalo se o operační obory chirurgie, ortopedie, gynekologie, urologie, krčního oddělení a podobně. Tento systém přestával postupně vyhovovat a v dnešní době dochází v nemocnicích k přestavbám. Oddělení operačních oborů jsou centralizována do jedné budovy, ke které patří samostatná jednotka centrálních operačních sálů (příloha č. 4, obrázek č. 1). Operační sály jsou zde řazeny vedle sebe a zvláště je oddělen jeden přísně aseptický sál, který má vlastní vchod a filtr. COS zajišťují veškerý plánovaný i neplánovaný operační provoz pro všechna operační oddělení v nemocnici. Nedílnou součástí centrálních operačních sálů (dále COS) je i centrální sterilizace, kde se sterilizují veškeré operační nástroje a pomůcky (41).

1.1.1 Prostředí operačního sálu

Prostorové uspořádání operačního sálu musí být funkční a musí splňovat veškeré hygienické a bezpečnostní předpisy. Vstup personálu do ochranné zóny je zajištěn přes filtr, ve kterém se všichni převléknou do operačního prádla. Součástí filtru jsou hygienická zařízení, WC a sprchy pro personál. Rovněž převoz nemocného je přes vstupní filtr pro operovaného. Jedná se o zvláštní vchod, kam je pacient přivezen na lůžku z oddělení a přeložen na transportní operační stůl, nebo převozový vozík. Zde si pacienta přebírá do péče anesteziologická sestra (1).

Na filtry navazuje ochranná zóna sestávající z příjezdové chodby pro transport pacientů. Na tuto část navazují místnosti pro odpočinek personálu, pracovní vrchní sestry a vedoucího lékaře. Další součástí jsou skladovací prostory (příloha č. 4, obrázek č. 5) pro uložení zdravotnického materiálu, léků, prádla a přístrojů používaných na operačním sále.

Další zóna je aseptická. Jsou to místnosti náležící jednotlivě ke každému operačnímu sálu. Jedná se o umývárny lékařů a instrumentářek, kde je umístěno několik umývadel s pákovým uzávěrem, který lze ovládat paží či loktem a zařízení na opláchnutí rukou desinfekčním roztokem. Dalším článkem aseptické zóny je místnost pro přípravu pacientů před operací (příloha č. 4, obrázek č. 2). V této místnosti provádí přípravu pacienta před operací anesteziologická sestra a lékař anesteziolog.

Vlastní operační sál (příloha č. 4, obrázek č. 4) je považován za sterilní zónu, kde je nezbytné dodržovat všechny zásady sterility a asepse. Operační sál je vybaven většinou jedním operačním stolem, většina nábytku a přístrojů je umístěna mimo operační sál. Jsou kladeny nároky na prostornost operačního sálu, operační stůl musí být dobře přístupný ze všech stran. Na operačním sále jsou pouze instrumentační stolky a anesteziologický přístroj. Prostornost sálu je důležitá, jelikož často je nutné k provedení operačního zákroku umístit na sál řadu přístrojů, například rentgenový přístroj, laparoskopické přístroje, nebo přístroje pro mimotělní oběh.

Podlahy a stěny sálů mají být dokonale hladké, rohy a přechody stěn zaoblené, bez zákoutí, kde by se zachycovala nečistota. Stěny a strop musí být omyvatelné. Barvy se doporučují pastelové modrá, zelená či béžová. Podlaha operačního sálu musí být bez spár, nevodivá, aby se zabránilo výbojům statické elektřiny. Tvar operačního sálu je čtvercový nebo obdélníkový. Dveře na operační sál, ale i v celém operačním traktu musí být dostatečně široké a automaticky otevíratelné na stisknutí čidla.

Přísun a odsun potřebného materiálu a nástrojů pro operační sál probíhá chodbou mimo sál, která se nekříží s přístupem pro personál a transportem operovaných. Pro zajištění maximálně sterilního prostředí na operačních sálech používáme germicidní zářiče k ničení choroboplodných zárodků. Tyto zářiče jsou škodlivé pro lidský organizmus a používají se v době, kdy není přítomen personál a pacienti.

Operační sály se v dnešní době staví bez oken se zabudovanou laminární klimatizací. Pro zamezení proudění vzduchu z vnějšku do operačního sálu, se používá mírný přetlak v klimatizaci, takže při otevření dveří proudí vzduch ze sálu ven.

1.1.2 Personální vybavení operačního sálu

Práce na operačním sále je týmová. Operace je společným dílem všech členů operačního týmu. Na operačním sále pracují lékaři operatéri, asistenti sestry instrumentářky, lékař anesteziolog, anesteziologická sestra, sáloví sanitáři a pomocný zdravotnický personál. Jedná se o náročnou a odbornou práci, ke které je potřebná specializace. Počet personálu závisí na typu, rozsahu prováděné operace a způsobu anestezie.

Operatér je vedoucím operačního týmu. Zodpovídá za průběh a výsledek operace. Určuje postup operace, provádí odborné operační postupy a vydává pokyny pro své asistenty a sestry instrumentářky. Důležitou povinností operujícího je si před začátkem operačního výkonu ověřit správnost operované oblasti, či strany těla podle stranového protokolu a na konci operace se přesvědčit a ověřit si u instrumentářky, zda souhlasí použitý materiál a nástroje. Po celou dobu operačního výkonu operatér úzce spolupracuje s anesteziologickým týmem a společně předchází nežádoucím komplikacím.

Asistenti pomáhají operatérovi jak s přípravou pacienta na operační výkon, tak při samotné operaci. Musí pozorně sledovat průběh operace, včas reagovat na pokyny operatéra a vytvářet podmínky pro snadné provedení operačního výkonu. Podle náročnosti operačního výkonu se odvozuje počet asistentů. Ti se pak dělí na prvního a druhého asistenta. Asistenti zaujmají při operaci vždy takové postavení, aby nebránili ve výhledu a práci operatérovi.

Sestry instrumentářky zabezpečují úkoly související s provozem operačního sálu. Údržbu operačních pomůcek a přístrojů, přípravu operačního materiálu, vedení dokumentace, dodržování aseptických podmínek. Kontrolují provádění úklidu v prostředí operačních sálů. Podle operačního programu připravují potřebné nástroje na jednotlivé operační výkony. Během operace je přítomna jedna sestra instrumentářka, která je sterilně oblečena a podává operatérovi nástroje. Druhá sestra instrumentářka je tzv. "obíhající", a ta tvoří spojku mezi operačním týmem a okolím. Sterilně doplňuje a podává instrumentářce potřebný materiál. Kontroluje počet použitých roušek a longet.

Lékař anesteziolog připravuje pacienta na operační výkon. Den před operací naordinuje pacientovi prepremedikaci a premedikaci, seznámí se s jeho zdravotním stavem, popřípadě doporučí doplnění některých vyšetření. Seznámí pacienta se způsobem anestezie, jeho výhodami a možnými riziky. S tím souvisí následné podepsání souhlasu s anestezií pacientem. Po anesteziologické přípravě a převozu pacienta na operační sál podá pacientovi anestezii.

Anestezii volí podle typu operačního výkonu a zdravotního stavu pacienta. Jedná se o anestezii svodnou, nebo celkovou. Při celkové anestezii uvádí pacienta do umělého spánku a po celou dobu operačního výkonu sleduje vitální funkce operovaného pacienta, komunikuje s operátorem a anesteziologickou sestrou, která plní jeho příkazy.

V závěru operace probouzí pacienta z celkové anestezie. V případě anestezie svodné komunikuje v průběhu operace s pacientem, monitoruje fyziologické funkce a případně dle situace podává pacientovi sedaci. Následně po operaci rozhoduje dle stavu pacienta o předání na dospávací pokoj, na standardní oddělení, na jednotku intenzivní péče daného oddělení, nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení

Anesteziologická sestra spolupracuje se všemi členy operačního týmu. Při příchodu na sál zkontroluje nástroje a pomůcky k zajištění dýchacích cest, uložené v anesteziologickém stolku (příloha č. 4. obrázek č. 6). Především musí zkontrolovat potřeby k intubaci (dva svítící laryngoskopy, endotracheální rourky, zavaděč, stříkačku k nafouknutí těsnicího balonku, náplast na fixaci roury a sprej k navlhčení, Magillovy kleště a další). Připravuje anesteziologický přístroj (příloha č. 4, obrázek č. 3) a zkontroluje jeho funkčnost, zapojí přístroj na zdroj elektrické energie, centrální rozvod plynů (kyslíku, oxidu dusnatého, vzduchu, odsávání plynů zemnění. Vyzkouší těsnost okruhu, zkontroluje funkčnost odsávačky. Doplní inhalační anestetika v odpařovačích. Připraví si monitor pro pacienta k měření EKG (elektrokardiografie), manžetu na měření tlaku krve a saturační čidlo. Nařadí léky a připraví infuzi. (9).

Monitorování dechové frekvence je základním fyziologickým parametrem ventilace. Pulsní oxymetrie je neinvazivní metoda měření saturace hemoglobinu kyslíkem. Omezení této metody je při poruchách periferního prokrvení, přítomnosti anémie, ikteru. Kapnometrie pak stanovuje hladinu oxidu uhličitého ve vydechovaném

vzduchu na konci expiria, hodnota je udávána číselně, vyšetření koncentrace oxidu uhličitého umožňuje posouzení alveolární ventilace. Snímač umožňující kontinuální měření koncentrace oxidu uhličitého ve vydechovaném vzduchu na konci expiria (ETCO₂) může být součástí monitoru (16).

Léky používané při celkové anestezii si určuje anesteziolog. Všechny léky aplikuje sestra intravenózně.

Při příjezdu pacienta na patientský filtr operačních sálů přebírá pacienta od sestry z oddělení. Poté je pacient převezen na anesteziologickou přípravnu. Anesteziologická setra zkontroluje v dokumentaci jméno, příjmení a datum narození. Zeptá se pacienta, zda je nalačno, zda má zubní protézu, alergii, jaké užívá léky a jakou jde operovanou stranu. Zavede periferní žilní katétr a napojí infuzní roztok. Po celou dobu s pacientem komunikuje, edukuje ho a snaží se navodit u pacienta pocit bezpečí. Po převozu pacienta na operační sál asistuje anesteziologovi při úvodu do anestezie. Během výkonu sleduje fyziologické funkce pacienta a dle ordinace lékaře podává potřebné léky (9).

Po skončení operačního výkonu a probuzení pacienta je neustále v jeho blízkosti. Poté společně s anesteziologem předává pacienta sestře z dospávacího pokoje, nebo sestře z oddělení. Na závěr po skončení operačního programu uklidí anesteziologický přístroj, vymění dýchací okruh, uklidí anesteziologický stůl a připraví sál na další operační program.

Sálový sanitář přesunuje pacienty z nemocničního lůžka na operační stůl, nebo transportní vozík. Pomáhá pacienta uložit do vhodné polohy dle typu operačního výkonu. Je proškolený k obsluze některých operačních přístrojů a je k dispozici sálovým i anesteziologickým sestrám. Po provedení operačního výkonu přendá při překladi pacienta zpět na nemocniční lůžko.

1.1.3 Technické vybavení operačního sálu

1.1.3.1 Chirurgické vybavení operačního sálu

Mezi základní prvky ve vybavení operačního sálu patří operační stůl. Nejčastěji se užívá univerzální operační stůl, který je vhodný pro většinu operačních výkonů. Operační stůl je buď pevně zakotven v podlaze, nebo je pojízdný. Jeho nejdůležitější součástí je podložní deska, na níž je pacient uložen. Skládá se z několika zaměnitelných a navzájem pohyblivých dílů. Můžeme jej zvedat a naklánět v různých směrech a nastavit požadovanou polohu pro uložení operovaného. Ovládací prvky jsou umístěny u hlavy operovaného, nebo je používáno dálkové ovládání. To umožňuje úpravu polohy během operace (41).

Operační lampa je umístěna trvale na kloubovém mechanismu nad operačním stolem. Optimální směr paprsku je nutno v průběhu operace seřizovat. Lampy mají speciální držák, na který je možné nasadit sterilní kryt, a směr světla pak může seřizovat některý člen operační skupiny. Na každém operačním sále musí být náhradní elektrický zdroj pro případ přerušení dodávky elektrického proudu ze sítě.

Vybavení pro endoskopickou chirurgii jsou umístěna na pojízdném vozíku. Hlavní součástí je zobrazovací systém, který obsahuje laparoskop, zdroj světla, kamery, monitor a záznamové zařízení. Dalším nutným vybavením je automatický insuflátory, odsávací systém, alarm a elektrokoagulace.

Rentgenová technika je na operačních sálech nutná při osteosyntézách a ortopedických operacích, při odstraňování kontrastních cizích těles, cévních operacích, při zavádění elektrod kardiostimulátorů, při operacích žlučových cest apod. Používá se pojízdných rentgenových přístrojů se zesilovačem a přenosem na televizní obrazovku. Při práci na operačním sále je nutno dodržovat všechny normy pro práci s rentgenovými zařízeními a pro ochranu před zářením.

1.1.3.2 Anesteziologické vybavení operačního sálu

Anesteziologický přístroj (příloha č. 4, obrázek č. 3) je na každém sále a spadá do kompetencí anesteziologického týmu. K němu náleží monitor pro měření fyziologických funkcí, anesteziologický stolek s veškerým resuscitačním vybavením a defibrilátor. Materiál potřebný pro anestezii (intubační tubusy, zavaděče, vzduchovody, laryngoskopy, laryngeální masky apod.) je umístěn spolu s anesteziologickou lékárnou na přípravně v předsáli.

Mezi ostatní přístroje patří různé druhy odsávaček, které se užívají k odsávání ze žaludku, z dýchacích cest, či odsávání krve. Dále jsou to přístroje pro řezání, koagulaci a rozrušování měkkých tkání. Nezbytným vybavením jsou klasické operační nástroje a šicí materiál. Je nezbytné, aby většina pomůcek byla skladována mimo operační sál. Ke standardnímu vybavení patří instrumentační stolky, pomocné a odkládací stolky.

Anesteziologická lékárna je vybavena léky pro celkovou či regionální anestezii. Volba anestetik a anesteziologického postupu je přísně individuální. Řídí se klinickým stavem pacienta a plánem operace. Lékař volí takový druh anestezie, který je pro pacienta nejvíce bezpečný. Úvod anestezie zpravidla zahrnuje podání léku do žíly. Spánkem se dostavuje během několika vteřin. Dýchací cesty jsou během úvodu do anestezie zajištěny dýchací maskou, při déletrvajících výkonech pak pomocí intubační rourky či laryngální masky. Celková anestezie je prováděna na principu umělé plicní ventilace směsí kyslíku, oxidu dusnatého a inhalačních anestetik. Po podání myorelaxancií (svaly uvolňující léky) se pacient svalově uvolní a zejména při operacích v dutině břišní má pak operátor zlepšené podmínky. Celková anestezie je nutná k provádění rozsáhlých operačních výkonů, například při operacích v dutině hrudní či břišní. Regionální anestezie neboli místní znecitlivění je vyřazení pocitu bolesti v místě prováděné operace. Tento způsob téměř neovlivňuje základní životní funkce, jako je vědomí, krevní oběh či dýchání a umožňuje kontakt s nemocným a spolupráci nemocného. Tato metoda je vhodná pro výkony na povrchu těla a končetinách. Použití regionálních technik je výhodné k provádění operačních výkonů u nemocných, kteří

mají závažná onemocnění (například cukrovka, onemocnění krevního oběhu či dýchacích cest) a jsou riziková či kontraindikovaná pro celkovou anestezii (25).

V lékárně jsou především hypnotika, myorelaxancia, analgetika, inhalační anestetika, atropin a antidota. Hypnotika (léky navozující spánek) - dnes nejčastěji Propofol vhodný u starších a více nemocných pacientů, Thiopental – krátkodobě působící barbiturát s klidným a rychlým usínáním, Hypnomidate - s velmi malým omezením činnosti srdce a krevního oběhu a krátkým působením), analgetika a anestetika (bolest potlačující a znečitlivující). Myorelaxancia (svaly uvolňující) ve formě injekční a inhalační – dnes nejčastěji Succinylcholinjodid (působí fascikulace, má velmi krátký účinek, dobře uvolní svalstvo hrtanu s výhodou pro intubaci) , dále Norkuron, Esmeron, Tracrium, Arduan. Jde o léčiva, která mají antidota. Silně účinné léky proti bolesti (opiátová analgetika), během chirurgického výkonu zesilují stav znečitlivění, tlumí dýchání a mají antidota. Podléhají ustanovení zákona o návykových látkách. Patří sem především Fentanyl, Sufenta, Dipidolor, Rapifen. Inhalační anestetika (kapalné látky, nalévají se do odpařovače, jsou vdechovány se směsí kyslíku a oxidu dusnatého). Do této skupiny náleží Narcothan, Isofluran, Sevofluran. Dalšími léky nezbytně nutnými pro anestezii jsou především Atropin – parasympatikolytikum (snižuje podráždění parasympatických nervů ovládajících hladké svaly a srdeční frekvenci). Atropin zvyšuje srdeční frekvenci, Ephedrin zvyšuje krevní tlak a rozšiřuje dýchací cesty. Syntostigmin ruší účinek myorelaxancií, Naloxone ruší účinek opiátů (10,42).

1.1.4 Provoz operačních sálů

Organizace práce na operačních sálech je stanovena provozním řádem oddělení. Centrální operační sály mají svého vedoucího lékaře, vrchní sestru a popřípadě staniční sestru. S provozním řádem je seznámen každý pracovník a musí se podle něj řídit. V období těsně před operací, v jejím průběhu a po skončení výkonu lze provoz rozdělit do několika důležitých etap. První etapou je příprava operační skupiny. Členové operačního týmu prochází na sál přes vstupní filtr, převlečou se zde do operačního

prádla, operační čepice a masky a provedou dezinfekci rukou. Potom přechází na operační sál. Druhou etapou je bezprostřední příprava pacienta, transport pacienta se děje přes vstupní filtr. Zde si ho přebírá anesteziologická setra a sálový sanitář, který převezme pacienta na přípravnu, kde pacienta připraví anesteziologický tým. Poté je pacient převezen na operační sál. Ve třetí etapě jde o rozmístění operační skupiny, záleží na poloze pacienta a na zamýšleném operačním výkonu. U hlavy pacienta bývá zpravidla anesteziologický přístroj a anesteziologický tým. Po stranách operačního stolu je postaven operatér a jeho asistenti. V nohách pacienta je instrumentační stolek a instrumentárka. Ve čtvrté etapě pak probíhá vlastní operace, ta závisí na povaze a rozsahu onemocnění. Závěrečnou etapou je předání pacienta zpět na lůžkové oddělení. Po skončení operace a po probuzení pacienta z anestezie určí anesteziolog, kam pacienta z operačního sálu předá. K dispozici je pooperační dospávací pokoj, kde je pacient pod přímým dohledem anesteziologické sestry a lékaře. Další možností je předání pacienta zpět na lůžkové oddělení.

1.1.4.1 Hygiena a bezpečnost práce na operačním sále

Hygiena a bezpečnost práce na operačním sále. Hygienické nároky na provoz operačního sálu jsou velmi vysoké a řídí se zásadami aseptického provozu. Vysoké nároky na úklid, udržování pořádku, čistoty, údržbu nástrojů, pomůcek a přístrojů musí splňovat všichni zaměstnanci operačního sálu.

Pravidelný úklid se provádí denně mezi operacemi a po skončení operačního programu. Na operačním sále se spojuje náročnost práce po stránce psychické i fyzické. Operační sál má být izolován od vnějšího hluku a všichni v něm mají zachovávat klid. Rizika a nebezpečí na operačních sálech jsou různorodá. Zaměstnanci jsou proškoleni a pravidelně se zúčastňují školení bezpečnosti práce. Používají ochranné pracovní prostředky a řídí se bezpečnostními předpisy. Přísné dodržování bezpečnostních předpisů vyžaduje používání rentgenového přístroje při operačních výkonech. Každý pracovník má vlastní dozimetr a ten je pravidelně kontrolován a přeměřován.

Charakter práce na operačním sále může vést u personálu ke vzniku určitých chorob z povolání. Častá jsou poranění rukou o ostré nástroje, píchnutí o použitou jehlu, vznik alergií na určité dezinfekční prostředky, klouznutí na mokré podlaze apod. Všechna poranění, četně těch drobných jsou hlášena nadřízenému a zapsána do úrazové knihy. Nebezpečí vyplývající z provozu operačních sálů nelze nikdy podceňovat. Zatím podceňované zůstávají důsledky dlouhodobé psychické a fyzické zátěže. Tato práce trvale přetěžuje vyšší nervovou činnost, neboť vyžaduje trvalé maximální soustředění.

1.1.4.2 Dokumentace na operačním sále

Dokumentace na operačním sále je velmi důležitá součást celkové péče o pacienta. Dělíme ji na dokumentaci operační a anesteziologickou. Operační kniha je základní dokumentací na operačním sále. Zaznamenávají se sem všechny důležité údaje: jméno, rodné číslo, číslo diagnózy, datum operace, druh operace, jméno operátora, jméno instrumentářky, jméno anesteziologa a druh anestezie. O každé operaci sepíše operátor operační protokol, který se zakládá do chorobopisu.

Anesteziologický tým vede dokumentaci o způsobu a průběhu anestezie, tzv. anesteziologický záznam. Do tohoto záznamu patří jméno pacienta, rodné číslo, číslo diagnózy, jméno anesteziologa a anesteziologické sestry, léky podané k premedikaci, základní a závažné choroby pacienta, případné alergie. Podrobně se zapisuje průběh anestezie a množství podaných léků, infuzních roztoků, popřípadě krevních náhrad. Na konci operačního výkonu se zaznamenává celkový čas operace. Anesteziologický záznam se vkládá do dokumentace pacienta.

Provoz operačního sálu určuje operační program. Ten sestavuje pro každý obor primář či pověřený lékař daného oddělení. U centrálních operačních sálů, kde pracují lékaři různých oborů, koordinuje tuto činnost vedoucí lékař centrálních operačních sálů. Dbá na hladký průběh, správné časové a ekonomické využití provozu na operačních sálech. Běžný provoz operačních sálů je denně od 7 hod do 15 hod. V odpoledních a nočních hodinách a o víkendech se provádějí akutní a neodkladné operační výkony, které vykonává dle rozpisu služeb určený tým.

1.2 Komunikace s pacientem na operačním sále

Komunikace je všeobecně definována jako podávání a předávání informací a sdělení prostřednictvím nejrůznějších prostředků a signálů. K předávání informací slouží různé prostředky (verbální i neverbální), k předávání může docházet ústně, písemně, mimikou, gesty a dalšími projevy. Komunikace je sociální proces, ve kterém nejde jen o pouhé předávání nezbytných informací, slov, významů, ale také o předávání pocitů, myšlenek, vztahů. Významnou roli ve verbální i neverbální komunikaci nepochybně sehrává také kultura a náboženství (13).

Úroveň komunikace jsou velmi rozdílné. Může jít o zdvořilostní konverzační kliše, kterými vyjadřujeme zájem či pozdrav při interpersonálním kontaktu v obecné rovině sociálního kontaktu (nejsou však zbytečné). Často jde o předávání informací, kde sdělujeme něco, o čem máme vlastní názor a o čem přemýšlíme, ale co postrádá zřetelnou emocionální hodnotu. Otevřená a důvěryhodná komunikace s vyjádřením vlastních postojů a názorů spojená s emocemi pak vyjadřuje vyšší úroveň komunikace (26).

Postavení a role zdravotní sestry se stále a zvláště v poslední době dynamicky a významně mění. Nové a zvyšující se požadavky na dovednosti a odborné i komunikační vlastnosti vedou k tomu, že práce sestry je velmi komplexní a náročná. Komunikačním vlastnostem středních zdravotnických pracovníků je pak v poslední době přikládám nově značný význam a jejich zvládnutí je nedílnou součástí jejich odbornosti (1).

Základem komunikace zdravotní sestry musí být zdvořilost, profesionalita. Pacient musí mít pocit, že je mu sestra nápomocna. Sestra by se od počátku měla verbální, ale i neverbální komunikací v pacientovi snažit vzbudit důvěru. Důvěra je nesmírně důležitá pro vlastní ošetrovatelský proces a jeho kvalitu. Velmi zranitelná pozice pacienta si získání důvěry žádá. Pacient je zranitelný jak fyzicky, tak především psychicky, chce vidět spolehlivost, důvěryhodnost, pacient chce věřit. Získat důvěru nevyžaduje nejen zdvořilost v chování. Je třeba, aby pacient nabyl přesvědčení, že mu sestra naslouchá, že mu rozumí, že je k potřebám pacienta a jeho sdělením pozorná.

Pacient se snaží zachytit zpětnou vazbu, hledá důkazy odezvy na to, co sestře sdělil. Pacient chce být respektovanou lidskou bytostí s ponecháním vlastní důstojnosti. Důležité je, aby pacient nabyl přesvědčení, že všechny sdělované informace i věci, které se na operačním sále odehrají, zůstanou důvěrné. Nabytí takových komunikačních schopností není snadné, je však o těchto potřebách především vědět, rozumět jim a snažit se je nadále zlepšovat. Na operačním sále může být problémem v komunikaci i časová limitace (zvláště jde-li o akutní případy vyžadující neodkladný operační zásah). Přesto by neměla sestra nikdy v pacientovi vzbudit pocit, že na něj čas nemá nebo se o tom dokonce zmínit (33).

Dalekosáhlý dopad kvalitně poskytované komunikace je nezpochybnitelným a důležitým aspektem zdravotnické péče, o které již dnes nikdo nepohybuje. Je nejen základní, ale také nedílnou součástí péče, kterou zdravotní sestry v současné době poskytují. Požadavky na jasnou, srozumitelnou ale i dostatečně informující komunikaci (verbální i neverbální) jsou předpokladem její kvality. Sestra se nesmí bát hovořit s pacientem otevřeně o jeho potížích a jeho nemoci. K takové komunikaci je však třeba i týmové práce. K nezbytnému zabezpečení vysoce odborné a kvalitní péče o pacienta to bez týmové práce nejde. Do tohoto týmu patří nejen lékaři a sestry, ale i mnoho dalších členů jak z řad nemocničního personálu, tak i odjinud. Efektivní spolupráce a kvalitní komunikace mezi členy týmů je pro zajištění kvality ošetrovatelské péče o pacienta nezbytně nutná (29).

K navázání a rozšíření kvalitnějšího kontaktu s pacientem jsou komunikační dovednosti základním předpokladem. Z pohledu klinické praxe lze dovednosti rozdělit na dovednosti povahy verbální, nacházející uplatnění při přesných formulačních sděleních pacientovi a komunikační dovednosti nonverbální povahy, kam patří mimo jiné i schopnost naslouchání nebo schopnost empatie (37).

Pro průběh a výsledek léčby má značný význam kvalita vztahu mezi pacientem a tím, kdo jej léčí. Porozumění tomu, co se v komunikaci pacienta a zdravotníků odehrává, je velmi důležité. Toto porozumění zdravotníkům umožní kontrolovat to, co se opravdu děje, a využít tohoto porozumění ve prospěch nemocných a zkvalitnění péče o ně. Lepší využívání reálných možností, které zdravotní sestra i další zdravotníci mají,

zahrnuje i psychoterapeutický přístup. Ten nemusí klást zvláštní nároky na čas. Balintovské supervizní skupiny jsou jednou z možností k poznání a porozumění svého vztahu k pacientům. Jedná se o semináře zaměřené na vztah mezi pacientem a zdravotníky (především lékařem, ale i sestrou či jiným zdravotnickým pracovníkem).

Na seminářích se pracuje ve skupině. Pokud máme pacienta, kterého lze považovat za problémového, bývá s ním obvykle svízelná a komplikovaná spolupráce. Příčinou této nespolupráce je vztah plný nedorozumění v komunikaci. Nemusíme naplňovat očekávání pacienta, mohou být pro nás rozčilující, zatěžující, nesrozumitelná či zbytečná. Naopak dobrá spolupráce vede většinou ke zlepšování zdravotního stavu pacienta tak, jak všichni očekávají, je-li tomu naopak, stav pacienta se nelepší. To může mít za následek zvyšování nároků pacienta, přerušování léčby. Je třeba se v pracovním kolektivu věnovat této problematice, nezabývat se pouze ošetřováním tělesným, ale i psychickým.

Nepsychoterapeutický přístup či chování jsou pak opakem přístupu a pojetí psychoterapeutického. Nepsychoterapeutický přístup nejen pacientovi nepomůže, ale vytváří podmínky pro možné poškození pacienta zdravotníky (iatropatogenie). Při takovémto chování sester je pak obvyklé, že nejde o záměrné chování, sestry si toto chování často neuvědomují. Obvykle argumentují přesvědčením, že jejich chování je v pořádku, že nemají dostatek kompetencí a především času. Mohou sklouznout k podávání nepravdivých či polopravdivých informací, které jim dočasně práci mohou usnadnit, ale odrazit se ve vyvolání strachu, úzkosti či nevhodném očekávání pacienta (1).

Pro zdravotníky je důležité mít dopředu před komunikací s pacientem správné informace, mít jasno v tom, o čem komunikace bude a čeho je třeba dosáhnout. Lze se dopředu připravit na případné problémy v komunikaci, lze se připravit na případné reakce pacienta. Ke komunikaci je však třeba přistupovat s partnerským postojem, ne direktivně, autoritativně či dokonce nepřátelsky. Nejde o soupeření s pacientem. Je naopak třeba zkusit názory pacienta přijmout jako něco, co je možné. Není s ním však třeba souhlasit, je však třeba se ptát, zvláště pokud zcela nelze porozumět tomu, co pacient chce sdělit. Dotazování signalizuje zájem o pacienta, o jeho problémy. Nemusí

jít o nevědomost či neznalost, pokud některému sdělení pacienta nelze porozumět, je však třeba se ho zeptat, nechat si věc ozřejmit, nestydět se a ptát se (12,14).

Aktivní naslouchání je dovednost (naslouchání zúčastněné). Jde zde o aktivitu naslouchajícího, který se rozhovoru účastní emočně, akčně a kognitivně, takzvaně behaviorálně. Nejde tedy jen o pasivní naslouchání (24).

Práci zdravotní sestry vykonávají většinu ženy. Jejich běžné starosti mohou mít vliv na jejich výkon. Navíc se mohou přidat i svízele ženského kolektivu, situace mezioborové nevráživosti i mezilidské rivality. Na operačním sále se obvykle setkávají sestry z anesteziologie (anesteziologického oddělení) a sálové sestry, spíše méně často patří tyto sestry pod jedno oddělení. Kvalitní společná komunikace, pečlivost a důslednost má zásadní význam pro kvalitní péči o pacienta, důležitá je i vzájemná zastupitelnost (28).

1.2.1. Verbální komunikace

Při verbální komunikaci jde o sdělování, oznamování informací prostřednictvím slov, případně znakovými symboly. Řeč zásadním způsobem odlišuje člověka od ostatních tvorů, jde o typickou duševní funkci. Neverbální komunikace pak dotváří celkový obraz sdělovaného, dotváří verbální komunikaci. Schopnost soustředit se je u pacienta, který přichází na operační sál, snížena. Pacient je rozrušený, může řadu informací přeslechnout, nevnímat či rychle zapomenout. Svůj vliv může hrát i premedikace, která má za cíl nejen navodit určitý stupeň analgezie a potlačit určité rušivé reflexy (především vagové) během anestezie, ale i pacienta zklidnit. Pacient obvykle již večer před výkonem dostává anxiolytika (většinou benzodiazepiny) a na noc často i hypnotika, v den operace pak většinou Atropin, opiátová analgetika, někdy i antihistaminika (31).

Kontrola toho, co chceme sdělit, ale především toho, jako to chceme sdělit, je ve verbální komunikaci naprosto zásadní. Přesné logické vyjadřování s použitím vlastních slov je potřebné. Chybou je zahrnout pacienta příliš velkým množstvím informací, je dobré nepoužívat cizích slov. Je třeba mít uspořádané vlastní myšlenky. Příliš mnoho

informací pacienta zahltní a vede k tomu, že přestane informace přijímat a zpracovávat. Při předávání informací je třeba registrovat pacientovy reakce a vybrat pro sdělení to, co je podstatné a co ne vypustit.

Zcela nevhodné je kázání či moralizování, kritizování pacienta, vyslovování soudů, nařizování. Pacient by neměl mít pocit, že se nad něj zdravotník povyšuje, že mu nařizuje. Nevhodný humor či ironie mohou kvalitu komunikace významně znehodnotit, pacient by neměl mít pocit, že je podceňovaný. Urážlivá až ponižující může být i etiketizace nálepkující pacienta (hypochondr, strašpytel, hysterka). Přání pacienta je třeba brát s vážností a respektem, je nutné dávat najevo zájem a mluvit o tom, co pacient potřebuje a co ho trápí. Mluvit je třeba spíše méně, obezřetně a pozitivně.

1.2.2. Nonverbální komunikace

Neverbální (nonverbální) komunikace bývá nejčastěji definována jako komunikace beze slov, jako řeč těla. Neverbální komunikace může v některých situacích dokonce zcela nahradit slovní komunikaci. Obvyklejší však je, že neverbální komunikace tu verbální doprovází, obohacuje ji. Jde o všechny projevy, které sdělujeme a vysíláme, aniž bychom používaly řeč. Tak lze sdělovat nálady, afekt, zájem o sblížení (i intimní), pocity i emoce. Patří sem snaha o ovlivnění postoje partnera (záměrně), snaha o vytvoření patřičného dojmu o své osobě (26).

Neverbální komunikace nám výrazně pomáhá, když se nás někdo snaží oklamat, zastírat nebo předstírat. Dá se podle ní poznat, že sdělované není autentické, že komunikující lže. Projevy neverbální komunikace probíhající z větší části na nevědomé úrovni se obvykle nedaří tak dobře kontrolovat jako řeč. Pacient, který třeba trpí bolestmi a má bolestivou grimasu, nezastře, že ho něco bolí. Řadu citů a pocitů lze neverbálně sdělit mnohem výstižněji, jde především o výraz obličeje a pohyby těla. Pro neverbální komunikaci zdravotní sestry jsou klíčové oblasti obličeje, především výraz tváře, oční kontakt a pohyby hlavy.

Dále v pořadí jsou pohyby paží a rukou a až poté i pohyby a pozice těla či nohou. Na řadě výzkumů se prokázalo, že neverbální projevy jsou jakýmsi plynulým jazykem

se svým rytmem, slovníkem a tempem podobně jako mluvená řeč. Neverbální komunikace slouží k podpoření a umocnění naší řeči, vyjadřuje pomocí ní emoce, mezilidské postoje. Neverbální komunikací můžeme i řeč nahradit, pomocí této komunikace se sami prezentujeme. Bývá považována za upřímnější než komunikace slovní (Venglářová 2006) .

Řeč těla se skládá z několika složek, patří sem především

- vizika – řeč očí
- kinetika – sleduje pohyby celého těla
- mimika – sleduje pohyby svalů v obličeji
- gestika – zaměřená na postavení a pohyby prstů, paží, nohou i hlavy
- haptika – zaměřená na význam doteků
- proxemika – zabývá se významem vzdáleností
- další (38).

Jednou z klíčových součástí neverbální komunikace jsou oči. Řeč očí bývá nazývána vizika. Nejde jen o zaměření pohledů, dobu výdrže, sled a četnost pohledů, ale také o pohyby očí, vytváření terčů, mrkání, rozšiřování zornic či vrásky kolem kořene nosu. Až 87% našich získaných informací přijímáme zrakem.

Mimikou lze vyjádřit strach i smutek, překvapení. Řeč našich pohybů bývá nazývána gestikou a je součástí kinetiky. Gesta vyjadřují emoce, jsou plná významů. Doprovodná ilustrační gesta upřesňují popis. Gesta regulační ukazují a usměřňují. Gesta adaptační vyjadřují city, emoce či rozpaky.

Komunikace pomocí doteků se nazývá haptika (řecké haptēin znamená dotýkat se). Význam dotyků je velmi pestrý, od formálních, přátelských až po intimní. Náš teritoriální prostor se obvykle rozděluje na společenský, přátelský a intimní. Způsobem strukturování, užívání a vyjadřování času se zabývá chronemika. Jde o lidskou komunikaci v souvislostech času. Jde o dochvilnost, trpělivost v komunikaci, rovnoměrné rozložení času zainteresovaných stran k vyjádření názorů (18).

Proxemika se zabývá vzdálenostmi, sdělováním pomocí přiblížení či oddálení. Může být posuzována z hlediska vzdálenosti horizontální či vertikální. Dominance - nadřazenost bývá spojována s vyšším postavením očí při komunikaci. Každý z nás

včetně pacientů má určitou většinou stabilní vzdálenost od druhého, kterou dodržuje a ve které se cítí příjemně a bezpečně. Pokud někdo vstoupí do tohoto prostoru, může se cítit nepříjemně, ne-li přímo ohroženě. Běžně si však do své intimní zóny člověk pustí jen své nejbližší, vzdálenost bývá u různých autorů udávána odlišně, většinou 15-30 cm.

Zdravotníci při výkonu ošetrovatelské a lékařské péče tyto zóny narušují, což může být nepříjemné. Jsou však situace, kdy dotek a porušení této vzdálenosti (držení pacienta za ruku nebo jen letmý dotek při bolestivém zákroku) může být uklidňující. Obecně je nepochybně fyzický kontakt projevem zájmu, může upoutat pozornost pacienta, který je ponořený do sebe, může redukovat úzkost a strach, pomoci ke sdílení s jiným člověkem. Dotek je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Posturologie je řeč fyzických postojů, je to řeč pomocí držení napětí či uvolnění těla, řeč pomocí náklonů, pohybů rukou, hlavy či celkovým postavením a směřováním celého těla. Při souladu a harmonii jde o kongruenci, shodu komunikujících. Inkogruence je pak tento nesoulad.

Na přechodu mezi slovním a mimoslovním projevem je paralingvistika. Jde o přízvuk, slovosled, intonaci i celkovou kvalitu řeči, její rychlost, plynulost i hlasitost a také o zvuky při řeči, jako je smích či pláč. Komunikace se odehrává i prostřednictvím oblečení, ozdob i vůní. Úprava zevnějšku symbolizuje určitou pozici, postavení, kompetenci (sálové oblečení, uniforma), sděluje schopnost držitele k určitým úkonům ošetrovatelské péče. Nedostatečně či neadekvátně upravená sestra může v pacientovi vyvolat pochyby a nejistotu. Od sestry se očekává, že se vyhne nekonformní úpravě zevnějšku, že bude čistě a pečlivě upravena. Pozornost pacientů je mnohem více upřena směrem k tomu, jak sestra vypadá a jak se chová, než k tomu, co říká.

1.2.3 Všeobecné zásady efektivní komunikace s pacientem

Pacient na operačním sále je snadno zranitelný, o to více, o co více je nemocný a jak je jeho choroba vážná. Každý prožívá svoji chorobu jinak. Aktivní komunikace a spolupráce pacienta a sestry musí respektovat individuální potřeby, musí být od sestry chápající. Pacient porozumění a pomoc očekává. Schopnost vžít se do pocitů a situace

druhého označujeme jako empatii. V ošetrovatelství jde o schopnost, která je i určitým uměním. Jde o to dát pacientovi najevo zájem, porozumění, umět dát pacientovi pocit, že jeho problémy sdílíme a rozumíme jim. Empatie je složitý proces. K tomu, aby sestra mohla pacienta pochopit, je třeba, aby se nevěnovala jen sama sobě. Musí se snažit představit si pacientovu situaci, jak pacientovi asi je, v jakém je rozpoložení (22).

Empatie však není soucit, který nevyžaduje aktivní jednání a je jen pasivním sdílením strachu a starostí. Je třeba si také přes veškerou snahu držet profesionální odstup. Sestry se při komunikaci s pacienty dopouštějí v empatii častých chyb a ve výsledku pak mohou působit nedůvěryhodně. Jde o uhýbání pohledem, zobecňující reakce a rychlá nekompromisní hodnocení a popírání pocitů pacienta. Empatii se lze naučit, ale záleží na každém, jaký má vztah k lidem a zda má chuť a vůli svoje postoje změnit (27).

Evalvace je takové jednání, kdy posilujeme sebevědomí druhého, podporujeme jej, dáváme mu najevo, že jej kladně hodnotíme. Devalvace je pak pravým opakem, v komunikaci pak zahrnuje projevy neúcty k pacientovi, prvky vedoucí k nerespektování druhého. Obecně taková komunikace zhoršuje kvalitu sociální interakce. Může jít i jen o prostou ztrátu zrakové komunikace. Hodnotová interakce pro dobré vztahy mezi lidmi tak nabývá důležitého významu, je důležité, aby byla naplněna nejen věcnými problémy, ale i předáváním postojů a hodnot (32).

Je zcela nepochybné a dnes již i dané zákonem, že o svém zdravotním stavu mají být pacienti plně informováni. Mají znát diagnózu i prognózu, cíl zákroků i léčby, alternativy, následky vyhnutí se zákroku i jejich komplikace. K rozhodnutí se o léčebném i ošetrovatelském postupu potřebuje mít pacient správné informace, tak aby se mohl samostatně a v klidu rozhodnout (2).

1.2.4 Překážky v komunikaci s pacientem na operačním sále

Tyto překážky mohou mít povahu vnitřní i povahu zevní. Překážky mohou být na straně pacienta, ale i ošetrujícího personálu. Problémem může být komunikace s pacientem se specifickými potřebami - psychicky labilní pacient, agresivní pacient,

pacient s úzkostí, poruchou řeči či zraku. K interním překážkám patří problémy plynoucí z osobnosti a schopnosti jedince. Jde o strach, xenofobii, obavu z neúspěchu. Nepřípravenost, ale i o nemoc či fyzické nepohodlí. K externím bariérám patří hluk, šum, vyrušování jinou osobou, neschopnost naslouchat a vizuální rozptylování, může jít také o komunikační zahlcení (26).

Nedostatek morální zodpovědnosti, správného rozhodování a vnímavosti k pacientovi a jeho měnícímu se stavu pak může vést k pochybení, k nedostatečné intervenci (36).

Může dojít k poškození pacienta v důsledku působení lékaře (iatrogenie), ale i ošetřovatelským personálem (serogenie). Může dojít i k ergotogenii, což je negativní působení spolupacientů vedoucí k poškození zdraví pacienta (4).

I psychicky labilní pacient musí se zákrokem souhlasit, a to i písemně. Bohužel dochází často stále k vnímání psychické nemoci pacienta jako něčeho, co mu ubírá důstojnost. U psychicky labilního pacienta nestačí naslouchat, snažit se rozumět, je třeba si informace ověřit také z jiných zdrojů. Naštěstí nepříliš častým problémem je agresivní pacient. Agrese je úzce spjatá s pudem sebezáchovy. V chování agresivního pacienta lze pozorovat zvýšený neklid, podupávání nohama, popocházení, zvýšenou gestikulaci, sílící hlas, hlasitý a nepravidelný dech. V řeči se objevují výhrůžky, urážky i vulgarismy.

V literatuře se poněkud liší doporučení v přístupu k agresivnímu pacientovi. Někteří nabádají k pokojnému profesionálnímu přístupu, jiní připouštějí možnost zvolit odpověď jako zrcadlovou reakci. Nepochybně záleží na příčinách agrese. Je vhodné tuto příčinu zjistit dobře směřovanými otázkami, je také možné na pacientův amok vůbec nereagovat. Honzák doporučuje způsob jednání, které agresii tlumí, a argumentuje tím, že agresivní pacient očekává agresivní odpověď. Pokud se této nedočká, je zaskočen a poté může volit jiné, méně agresivní a přijatelnější způsoby komunikace (11).

Většina psychologů se přiklání k názoru nechat agresivního pacienta vymluvit, udržet od něj bezpečnou vzdálenost a nenechat se vyprovokovat k hrubému a neprofesionálnímu jednání. Nesnížit se k vulgarismům, mluvit vlídně a klidně, zkusit

pacienta přesvědčit, aby si nechal aplikovat uklidňující lék, upozornit pacienta na rizika plynoucí z jeho chování. Zkusit pacientovi nahlédnout do poznání, že ani zdravotník není všemocný a nedokáže vše. Je dobré nešpulit rty a nevzdávat oční kontakt. Konfrontace fyzická dobrým řešením není (17).

Může však nastat situace, kdy jsou ohroženi zdravotníci i ostatní pacienti, pak je třeba volat ochranku nebo policii. V posledních letech přibývá úzkostných pacientů, jsou mnohem častější než pacienti agresivní. Nepravidelně dýchají, mají tichý hlas, pomalé tempo řeči, chovají se nesměle a nejistě, mají zvýšené napětí ve tvářích. Ve zdravotnickově reakci na takového pacienta by měla být zřetelná snaha o porozumění bez okřikování a napomínání, přímý neuhýbavý oční kontakt, důkladné vysvětlení a mírná a klidná gesta.

Pacienti s poruchou řeči vyžadují mimořádnou trpělivost. Je třeba s nimi mluvit pomalu, neusmívat se například koktání, čekat, až co sami řeknou, neodhadovat slabikou načatá slova. Větší problém je při afázii pacienta, kdy nemocný není schopen z psychických či fyzických důvodů verbálně komunikovat. Zde je třeba volit individuálně, na otázky si vyžádat například mrknutí víček či souhlas pokývnutím hlavy. Nastávají situace, kdy s pacientem nelze vůbec komunikovat (bezvědomí). Specifický problém představují nevidomí pacienti. Zde jsou zásadní hlasové a dotekové komunikační schopnosti, přesné informace, podání ruky. Slovní vysvětlení musí dostatečně nahradit zrak, popsat úkony. Nevidomému je třeba pomoc nabízet, dotýkat se ho jemně a s citem., ale nevnucovat se mu.

U neslyšících pacientů je třeba dbát na to, aby mohli dobře odezírat. Je třeba dbát pečlivě na to, abychom volili obvyklá slova, ne odbornou terminologii, kterou neznají. Volit běžné a hlavně kratší věty, být u pacienta blízko, aby dobře viděl (21).

1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta na operačním sále

Kvalitní každodenní ošetrovatelská péče na operačním sále má mimo jiné za úkol zmírnit obavy a často i úzkost pacienta přijíždějícího na operační sál. Je to úkol všech zdravotnických pracovníků, ale zásadní roli hraje právě zdravotní sestra (3).

Ta je tím prvním člověkem, s kterým se pacient přijíždějící na operační sál setkává. K němu se upíná a jemu se snaží důvěřovat, od něho očekává pomocnou ruku. Sama neznámá situace a cizí prostředí, obavy, cizí lidé vedou ke strachu a od zdravotníků se očekává, že svoji empatií a jednáním zmírní pacientovo napětí (7).

1.3.1 Převzetí pacienta na operační sál

Převzetí nemocného na operační sál začíná nejen fyzickým převzetím pacienta, ale i převzetím potřebné dokumentace od pracovníků oddělení, kde je pacient hospitalizován. Od prvního kontaktu s pacientem by měla sestra k pacientovi přistupovat s empatií

a úctou, měla by se snažit zmírnit pacientovo napětí vyvolané neznámým prostředím. Sestra provede fyzikální vyšetření a změří pacientovi základní fyziologické funkce, krevní tlak, tep, dech, všimá si chování a jednání pacienta, pozoruje jeho kůži (30,39).

1.3.2 Anesteziologická příprava pacienta na operační výkon

Vlastní příprava začíná již anesteziologickou vizitou, která by měla proběhnout den před vlastním výkonem. Zdravotnická profese je především o interakci s pacientem a osobnostní kvality jednotlivce určují, jak bude schopný navazovat vztahy a zda komunikací navodí atmosféru důvěry (15).

Jde o to naordinovat taková léčebná opatření z hlediska anestezie, která povedou k nejlepšímu výsledku. Tato opatření spočívají v pohovoru s pacientem, stanovení anesteziologického postupu vzhledem k předpokládanému výkonu s ohledem na celkový zdravotní stav a věk pacienta. Týká se to i správného výběru premedikace (20).

1.3.3 Monitorace fyziologických funkcí

Monitorace tvoří nedílnou součást péče o pacienta na operačním sále během anestezie. Monitorováním se rozumí nepřetržité nebo opakované sledování vybraných fyziologických funkcí. Monitorace pak slouží k detekci abnormalit těchto funkcí,

umožňuje cílenou terapeutickou intervenci i sledování účinnosti použité intervence. Invazivní monitorace a její rozvoj v posledních letech vede ke vzrůstající důležitosti monitorace.

Monitorování kardiovaskulárního systému spočívá především ve snímání EKG křivky, což je základní a dnes již zcela neodmyslitelná monitorace. Snímání EKG křivky slouží nejen k hodnocení tepové frekvence, ale především k záchytu a léčbě případných poruch srdečního rytmu. Monitorace EKG slouží dále k detekci případné ischemie myokardu, k hodnocení funkce přítomného kardiostimulátoru. Standardem je dnes použití tří či pětisvodového EKG. Neinvazivní měření krevního tlaku pomocí manžety tonometru a fonendoskopu je běžné, významu u rizikových pacientů a vybraných typů operací nabývá invazivní měření krevního tlaku pomocí zavedeného katétru do tepenného systému (nejčastěji do arteria radialis). Měření centrálního žilního tlaku je možné po zavedení centrální žilní kanyly nejčastěji cestou vnitřní jugulární či podklíčkové žíly (při jeho hodnocení je však třeba mít na paměti odchylky hodnot při umělé plicní ventilaci spojené s pozitivním přetlakem – PEEP). Monitorace tlaků v plicnici je používána především u kardiochirurgických výkonů, provádí se pomocí speciálního katétru zavedeného přes vstup do centrální žíly do plicnicové tepny a umožňujícího měřit i srdeční výdej (Swan-Ganzův katétr).

Monitorování dýchacího systému začíná posouzením dechové frekvence. Standardní je dnes neinvazivní pulzní oxymetrie, která spočívá v měření saturace hemoglobinu kyslíkem - a odráží tak úroveň prokrvení v části těla, kde je snímač umístěn. Kapnometrie a kapnografie pak měří koncentraci oxidu uhličitého na konci výdechu a umožňují posouzení alveolární ventilace.

Při určitých typech výkonů se monitoruje nitrolební tlak (kraniocerebrální poranění a poškození). Zavedené čidlo na straně poškození snímá a v křivce znázorňuje nitrolební tlak.

Monitorování tělesné teploty invazivně je obvykle zajištěno pomocí čidel, zavedených do tělesných dutin či otvorů, Nejčastěji se jedná o jícen, močový měchýř, čidlo na konci Swan-Ganzova katétru. Běžné je neinvazivní měření teploty digitálními či rtuťovými teploměry, čidly na povrchu kůže. Velmi přesnou, moderní a rychlou

(2-3 vteřiny trvajících) metodou je pak odečítání teploty pomocí tympanálního teploměru prostřednictvím infračerveného senzoru z ušního bubínku.

Při určitých typech výkonů, kde se cíleně mění koagulace, provádíme na operačním sále monitoraci hemostázy (především během kardiochirurgických výkonů), nejčastěji přístrojem Hemochron (16).

1.3.4 Ošetrovatelská péče o invazivní vstupy

Invazivními vstupy myslíme přístupy do cévního řečiště, periferního či centrálního žilního i arteriálního. Konkrétně jde o periferní žilní kanyly, periferní tepenné kanyly do arteria radialis, případně a. brachialis či a. axillaris. Dále se jedná o centrální žilní katétrů cestou vena subclavia či vena jugularis interna. Ošetrovatelská péče spočívá v kontrole a udržování těchto vstupů. Jedná se o vizuální kontrolu místa vstupu (zarudnutí, hnisavá sekrece), kontrolu funkčnosti (průchodnosti) katétrů, sterilní transparentní krytí vstupů s převazy (po zavedení za 1-3 dny). Dále jsou třeba proplachy katétrů dle jednotlivých typů, vždy však před a po aplikaci léku. Při delším nepoužívání katétru dát do kanyly heparinovou zátku. Při každé manipulaci použití dezinfekce.

Novější je pak uzavřený systém ochrany invazivních vstupů. V rámci tohoto systému se používají různé bakteriální a mechanické filtry, které mohou být navzájem propojeny (23).

1.3.5 Ošetrovatelská péče o dýchací cesty

Pečlivé zhodnocení dýchání je základem ošetrovatelské péče o dýchání a dýchací cesty. Problém může vést k zástavě dýchání. Hodnocení začíná pozorováním nemocného, výrazu tváře, pozicí nemocného, přítomností zjevné dušnosti (ortopnoe při obtížném dýchání vleže), kašle, schopnosti souvisle hovořit ve větách. Měření dechové frekvence je jednoduché a zvýšení tepové frekvence signalizuje dýchací potíže. Nemocný by při měření měl být v klidu. Kromě dechové frekvence sledujeme rytmus (Cheyne-Stokesovo dýchání s obdobími apnoe a obdobími hypoventilace) a hloubku

dýchání (Kussmaulovo dýchání hluboké a o vysoké frekvenci). Sledování účinnosti dýchání se objevuje na barvě kůže, nedostatečné se projevuje cyanosou. Základním a dnes již neodmyslitelným monitorovacím přístrojem je pak pulzní oxymetr, nelze se však spoléhat jen na něj.

Ošetrovatelská péče o dýchací cesty zahrnuje sledování kašle, produkci sputa. Součástí léčení je podávání kyslíku včetně jeho zvlhčování. Je třeba správně upravit průtokoměr, sledovat zásoby kyslíku, mít různé pomůcky k aplikaci kyslíku (kyslíkové brýle, různé typy masek). Je třeba mít k dispozici připravenou funkční odsávačku, odsávací hadice a katétr pro odsávání, sterilní destilovanou vodu a ústenku (40).

Součástí ošetrovatelské péče o pacientovy dýchací cesty je kontinuální monitorace tlaku krve, pulsu, , EKG změn, saturace kyslíku a případně oxidu uhličitého, provádění odběrů krevních plynů a vyšetřování acidobazické (dle Astrupa) rovnováhy dle zvyklosti pracoviště. Nedílnou součástí péče je ošetřování endotracheální rourky. Je třeba věnovat prevenci zalomení či skousnutí rourky, případně při riziku skousnutí zavést vedle rourky i ústní vzduchovod. Dále je třeba měřit tlak v obturační manžetě, věnovat pozornost fixační náplasti rourky. Kontrola správné polohy rourky je třeba především při změně polohy pacienta. Specifická je i péče o tracheostomické kanyly, kde je třeba věnovat velkou pozornost kožnímu krytu v oblasti tracheostomatu (16).

1.3.6 Péče o bezpečnost pacienta na operačním sále

Pacient je na operačním sále ohrožen pochybením personálu nejen stran záměny operované končetiny nebo orgánu, ale i komplikacemi, které plynou z vlastní povahy výkonu. Jsou to především možnosti popálení, nozokomiální nákazy, pádu z operačního stolu. Dle zahraničních studií je ohroženo poškozením na operačním sále až 10% pacientů, v České republice je uváděn nulový výskyt těchto poškození. Jde o zjevné popírání reality a nedostatku chuti a vůle zjednat nápravu.

Záměně operované končetiny či operované strany je v posledních letech u nás věnována zřejmě již dostatečná pozornost a většina nemocnic má propracovaný systém opakovaných kontrol a ujištění se stran správnosti. Přesto se takové případy staly

a jejich výsledek může být i tragický. V prevenci pochybení na operačním sále je třeba dostatku vnímavosti k pacientovi, nesmí chybět patřičná morální zodpovědnost a pečlivost (4) .

Nozokomiální infekce představující nadále závažný zdravotnický problém bez výhledu včasné kompletní vyřešení i přes důslednou antisepsi rukou zdravotníků a užívání ochranných rukavic. K popálení během operace může dojít bodovým kontaktem neutrální elektrody s kůží, špatným uzemnění, ale i vlivem užití hořlavých antiseptik. Správné uložení pacienta na operační stůl a zajištění jeho polohy pomocí popruhů významně snižuje riziko pádu. Uložení pacienta do speciální polohy vyžadované povahou operačního zákroku se provádí až po uvedení pacienta do anestezie, nezbytnou součástí uložení pacienta na operační stůl je i prevence vzniku dekubitů a útlaku nervů vedoucích k pareze (ochrnutí) .

Perioperační komplikace typu krvácení, poranění cév a parenchymatózních orgánů, sklouznutí ligatury lze snížit jednak šetrným operováním, ale především pečlivou kontrolou hemostázy, kvalitní přípravou nástrojů včetně sterility a komunikací. Zásadní povinností instrumentářky je pak počítání tamponů, roušek, longet a všech nástrojů. Personál nesmí v průběhu operace ze sálu nic odnášet (30) .

Jinou otázkou je vlastní riziko anestezie, která slouží k bezbolestnému provádění léčebných a diagnostických výkonů. Záleží na způsobu vedení anestezie a především na jejím ukončování. Tento postup se liší podle druhu operace, způsobu anestezie a celkového zdravotního stavu pacienta. Problémy může představovat především extubace (vytažení rourky z dýchacích cest), její správné načasování. Mezi komplikace po extubaci patří zvracení, krvácení z úst nebo laryngu, bronchospasmus, laryngospasmus, aspirace, bolesti v krku a chrapot, poškození hlasivek ale i poruchy srdečního rytmu (34).

Monitorování pacienta v bezprostředním pooperačním období a reagování na případné poruchy dýchání, krevního oběhu, vědomí a barvy kůže snižují výskyt pooperačních komplikací. Nedostatečná léčba pooperačních bolestí může vést k oběhovým i plicním komplikacím (5) .

1.4. Psychická a fyzická zátěž anesteziologické sestry

Problém vyhoření se i u zdravotníků vyskytuje mnohem častěji než v ostatních povoláních. Je často těžké dostat náročným úkolů v zaměstnání, odměna za práci navíc bývá malá (jak finanční, tak ale i ocenění kolegy, nadřízeného, prestiž ve společnosti).

Trvalý a dlouhodobý stres, nekompromisně požadovaný tlak na vysoký, trvalý a nekolísající výkon, který je považován za běžný a neměnný. Minimální nebo nejlépe žádná tolerance chyb, nedostatek uvolnění, odpočinku vede k tomu, že práce tohoto typu je tak nesmírně riziková. U vyhoření (anglicky „burnout“) jde stručně řečeno o ztrátu vnitřní energie. Dostavuje se pocit celkového vyčerpání jak psychického, tak ale i fyzického, oploštění emocí. Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, marnosti. Ubývá snažení, tvořivosti a spontánnosti, všeobecného zájmu. Intenzivní bývá pocit nedocení a sebelítost, začínají se objevovat pocity cynizmu, nepřátelství a agresivity k jiným osobám v pracovním kontaktu. Vše často doprovází ztráta zájmu o další vzdělávání a vlastní obor. Fyzicky pak dominuje apatie, ochablost, zvýšená unavitelnost. Časté jsou poruchy spánku, bolesti hlavy, myalgie (svalové bolesti) a dokonce vznik závislostí. Přibývá konfliktů při nezájmu a lhostejnosti, je patrná zjevná nechuť ke všem problémům, které se týkají profese. Objevuje se nezájem o druhé, ztráta zájmu o hodnocení ze strany druhých a depersonalizace (odosobnění) – ztráta empatie (6).

Vzhledem k nesmírně zatěžující (psychicky i fyzicky) práci zdravotní sestry byla vypracována celá řada doporučení, kterými by se měla sestra řídit. Sestra by si měla být schopna najít své útočiště, místo, kde by se mohla na chvíli uchýlit do klidu. Měla by být spolupracovníkům oporou a povzbuzením, neměla by se bát použít chvály. Měla by si uvědomit, že je zcela přirozené stát denně tvář v tvář bolesti a utrpení s pocitem bezmocnosti a bezbrannosti. Doporučuje se zkoušení změn v postupech, rozpoznání různých druhů nařikání. Doporučuje se radost z práce, vlastní povzbuzování a posilování, tvořivost v práci, mírnost, vlídnost a laskavost k vlastní osobě. Dále důležitost uvědomění si potřeby lidem pomáhat (19).

2. Cíle práce, hypotézy, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat ošetrovatelskou péči o pacienta na operačním sále z pohledu sestry.

Cíl 2: Zmapovat komunikaci na operačním sále mezi ošetřujícím týmem a pacientem z pohledu sestry.

Cíl 3: Zmapovat komunikaci na operačním sále mezi ošetřujícím týmem a pacientem z pohledu pacienta.

2.2 Hypotézy k cíli 1

H1: Sestry mají vypracovaný standart ošetrovatelské péče na operačním sále.

H2: Sestry mají dostatek času k poskytování ošetrovatelské péče na operačním sále.

H3: Sestry mají dostatečné materiální a technické vybavení k ošetrovatelské péči o pacienta na operačním sále.

2.3 Hypotézy k cíli 2

H1: Komunikace mezi ošetrovatelským týmem a pacientem je ovlivněna prostředím operačního sálu.

H2: Komunikace mezi ošetrovatelským týmem a pacientem je časově limitována provozem operačních sálů.

2.4 Výzkumné otázky k cíli 3

VO1: Jak pacient v prostředí operačních sálů vnímá komunikaci s ošetrovatelským týmem?

VO2 : Jak se v prostředí operačních sálů pacientovi komunikuje?

3. Metodika

3.1. Metodika práce

Výsledky šetření z kvalitativního a kvantitativního výzkumu byly použity pro zpracování praktické části této bakalářské práce.

Kvalitativní výzkum byl proveden u pěti pacientů podstupujících celkovou či svodnou anestezii. Pro výzkum byla zvolena metoda individuálního dotazování pomocí nestandardizovaného rozhovoru. Rozhovor s respondenty byl zaznamenáván na diktafon a následně analyzován. Rozhovory probíhaly na odděleních chirurgických oborů Nemocnice Písek a.s. (ortopedické a chirurgické oddělení), byl kladen důraz na co největší soukromí během rozhovoru. Trvání rozhovoru bylo většinou asi 30 min. Výzkumné otázky byly zaměřeny na to, jak pacient v prostředí operačního sálu vnímá komunikaci s ošetřovatelským týmem a jak se pacientovi v prostředí operačních sálů komunikuje. Další otázky rozhovoru se týkaly věku a vzdělání pacienta, zda šlo jeho první či opakované zkušenosti s pobytem na operačním sále. Pacienti odpovídali na otázku zda byli spokojeni s úrovní komunikace, kdo s nimi nejvíce komunikoval a zda se cítili na operačním sále bezpečně. Hodnotili svůj pobyt na operačním sále a úroveň komunikace s anesteziologickou sestrou a ostatními členy operačního týmu.

Kvantitativní výzkum probíhal formou dotazníků (příloha č. 1). Dotazník obsahoval 28 otázek z toho, 26 uzavřených a 2 otevřených. Otázky sloužily ke zpomalování ošetřovatelské péče a komunikace s pacientem na operačním sále z pohledu anesteziologické sestry. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na pohlaví, délku praxe v oboru anesteziologie, dosažené vzdělání a aktuální studium v době vyplnění dotazníku.

Byla sledována problematika ošetřovatelské péče, vypracovaný standard ošetřovatelské péče a jeho využití pro praxi. Sestry v dotazníku hodnotily úroveň kvality ošetřovatelské péče, čas na poskytování ošetřovatelské péče, materiální a technické vybavení operačních sálů. V hodnocení nechybělo používání jednorázových pomůcek pro anestezii. V otevřené otázce sestry uváděly faktory, díky kterým se může ošetřovatelské péče o pacienta na operačním sále zlepšit. V dotazníku byly zahrnuty

otázky zabývající se úrovní komunikace, možností ovlivnit tuto komunikaci na operačním sále a uvítání školení v této oblasti. Byl hodnocen čas na komunikaci.

Dotazovaní hodnotili rezervy členů operačního týmu při komunikaci s pacientem. Byla hodnocena informovanost pacienta před příjezdem na operační sál, vzájemná komunikace členů operačního týmu. V otevřených otázkách byly uváděny faktory, které nejvíce negativně ovlivňují komunikaci s pacientem. Sestry uváděly, zda je komunikace pacienta s ošetrovatelským týmem ovlivněna stresovým prostředím operačního sálu a časově limitována provozem operačních sálů.

Výzkum probíhal se souhlasem hlavních a vrchních sester výše uvedených zdravotnických zařízení v měsíci únoru a březnu 2012, které byly seznámeny s tématem bakalářské práce a cílem výzkumu.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

Výzkumný vzorek kvalitativního výzkumu tvořilo pět vybraných respondentů, kteří absolvovali výkon v celkové či svodné anestezii. Pacienti byli hospitalizováni na ortopedickém a chirurgickém oddělení Nemocnice Písek a.s.

Třemi respondenty byly ženy a dva respondenti byli muži. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 28 – 60 let. Názory a odpovědi pacientů získané v rozhovorech byly zpracovány do jednotlivých kazuistik. Tři pacienti absolvovali výkon v celkové anestezii, dva ve svodné, z toho jeden se sedací během výkonu.

Kvantitativní výzkum byl prováděn dotazníkovou metodou u anesteziologických sester pracujících na operačních sálech z pěti nemocnic jihočeského regionu (Písek, Tábor, Pelhřimov, Strakonice a České Budějovice). Navracené dotazníky byly graficky zpracovány a názorně tak zobrazují problematiku kvality ošetrovatelské péče a komunikace na operačním sále z pohledu anesteziologických sester. Uvedené dotazníky byly zcela anonymní, bylo jich rozdáno celkem 120. Vrátilo se 102 dotazníků, 6 nebylo kompletně vyplněno, pro zpracování bylo zařazeno 96 dotazníků.

4. Výsledky

4.1 Rozhovory s pacienty

Rozhovory s vybranými pěti pacienty byly zpracovány do kazuistik a odpovědi na výzkumné otázky byly zpracovány pro přehled do tabulek.

4.1.1 Kazuistika č.1

Respondentka č.1 ve věku 28 let byla hospitalizována na ortopedickém oddělení s diagnózou: pouřazová ruptura vnitřního menisku pravého kolene. Rozhovor probíhal na nemocničním pokoji ortopedického oddělení, v soukromí bez účasti ostatních pacientů nebo ošetrovatelského personálu. Pacientka byla opakovaně ujištěna o diskrétnosti a zachování mlčenlivosti. Srozumitelně byla seznámena s důvodem rozhovoru, tématem bakalářské práce a souhlasila s poskytnutím odpovědí na dané téma. U pacientky se jedná o první hospitalizaci na ortopedickém oddělení a o první plánovaný operační výkon.

Dotazovaná má středoškolské vzdělání. Sdělila, že se jedná o její první zkušenost s prostředím operačního sálu i operační zákrok. Její zkušenosti z minulosti se týkají pouze prostředí porodního sálu, nikoliv operačního. V současné době se zotavuje po artroskopii pravého kolene pro rupturu vnitřního menisku. Náš rozhovor probíhal druhý den po operačním výkonu. Na otázku, jaký typ anestezie podstoupila, odpovídá, že jí byla doporučena svodná anestezie, která byla v jejím případě vhodnější než anestezie celková.

Respondentka udává, že po převozu na operační sál s ní nejvíce komunikovala anesteziologická sestra, která se jí představila, vysvětlila jí, co bude následovat, a ochotně odpovídala na všechny dotazy pacientky. Ujistila se o správnosti operované strany, o lačnosti a ptala se na případné alergie. Následně se jí představil i lékař anesteziolog a nabídl jí svodnou anestezii vhodnou pro daný operační výkon.

Pacientka dále líčí svoji zkušenost z operačního sálu : „Sestra se mne opakovaně ptala, jestli jsem nalačno a jestli mám zuby napevno“. „Přesvědčovala mě, že svodná anestezie je bezpečná a ať se jí nebojím, že je anesteziologický lékař velmi šikovný“.

„Doktor byl sympaták a rychle mě přesvědčil, měla jsem v něj hned důvěru“. „Sestra mi napíchla žílu a dala kapačku, skoro jsem to ani necítila“.

Zpočátku se svodné anestezie obávala, měla strach, že vše uslyší, nebo uvidí. Anesteziologická sestra i lékař ji uklidnili, vysvětlili postup svodné anestezie a ubezpečili, že při tomto typu anestezie je možná sedace. Podstoupila spinální anestezii, při které s ní neustále komunikoval anesteziolog i anesteziologická sestra. Zpočátku jí bylo nepříjemné znecitlivění dolní části těla, na které si poté zvykla a nečinilo jí potíže. Před výkonem pozdravil respondentku operatér a ujistil se o správnosti operované strany. Ostatní členové operačního týmu s pacientkou nijak nekomunikovali, netušila, kdo se na operačním sále pohybuje. Sálový sanitář se nepředstavil, nicméně byl slušný a s pacientkou šetrně manipuloval. S komunikací na operačním sále neměla žádné problémy, prostředí ji nesvazovalo.

Na otázku, jak na ni působilo prostředí operačního sálu odpověděla, že prostředí bylo zajímavé a čisté. Neustále o ní pečovala anesteziologická sestra, která dbala na její intimitu, zakrývala ji rouškami a ptala se zda jí není zima. Zima jí nebyla. Na operačním sále hrálo tiše rádio, což si chválila, zbavovalo ji to stresu a cítila se uvolněnější. Atmosféra na operačním sále jí připadala přátelská, klidná a bez zbytečného stresu. Komunikaci mezi jednotlivými členy operačního týmu vnímala jako uvolněnou a vhodnou dané situaci. Anesteziolog nabídl možnost částečné sedace, kterou využila a operační výkon prospala. Po ukončení operačního výkonu byla podle jejích slov překvapená, že je již po výkonu. Byla převezena na předsálí, kde se jí nadále věnovala anesteziologická sestra, která ji po chvíli za pomoci sanitáře předala zpět sestře z ortopedického oddělení a ta ji odvezla zpátky na pokoj.

Svůj pobyt na operačním sále zhodnotila jako bezproblémový a příjemný. Nejvíce byla spokojena s komunikací s anesteziologickou sestrou a lékařem. Ocenila jejich vstřícný a trpělivý přístup. Ostatní členy operačního týmu nehodnotila, jelikož s ní nekomunikovali.

4.1.2 Kazuistika č.2

Respondent č.2 ve věku 49 let byl přijat na chirurgické oddělení s diagnózou tříselné kýly vpravo. U respondenta byla provedena laparoskopická operace tříselné kýly. Rozhovor s ním probíhal druhý den po operačním výkonu na nadstandardním pokoji, kde byl sám a cítil se v době rozhovoru dobře. Po seznámení s obsahem rozhovoru souhlasil s poskytnutím svých odpovědí pro kvalitativní výzkum.

Pacient má vysokoškolské vzdělání a pracuje ve státní správě. Jedná se o jeho druhou zkušenost s pobytem na operačním sále. V prvním případě byl hospitalizován před pěti lety na ortopedickém oddělení, s diagnózou ruptury Achillovy šlachy. Pacient porovnal obě zkušenosti s pobytem na operačním sále. Předchozí operace byla neplánovaná, šlo o úraz při sportu a pacient byl operován ještě též den. Vše podle něj probíhalo ve spěchu a překotně.

Operační výkon podstoupil ve svodné anestezii v poloze na břiše. Na sále s ním komunikovala anesteziologická sestra, lékař anesteziolog a operatér. Atmosféra na sále se mu nelíbila, byla mu zima a během výkonu s ním nikdo nekomunikoval. Sedaci odmítl, takže byl po celou dobu operačního výkonu při plném vědomí. Slyšel hovor lékařů a sester, jejich smích a přišlo mu to nepatřičné.

Současná zkušenost je pro něj podle jeho slov o mnoho příjemnější. Byl mile překvapen přístupem ošetřovatelského personálu. Vzhledem k povaze výkonu podstoupil pacient celkovou anestezii. Na operačním sále s ním komunikovala nejvíce anesteziologická sestra. Úroveň komunikace hodnotí jako velmi dobrou, rozuměl všemu, o čem jej sestra informovala, a nebál se zeptat, pokud něčemu nerozuměl. Anesteziolog pacientovi vysvětlil způsob anestezie. Operující lékař jej pozdravil, ale jinak s ním nehovořil. Své dojmy z komunikace na operačním sále líčí takto :

„Sestřička nespíchala, byla milá a ochotná, i když měla určitě hodně práce. Napíchla mi žílu, ale stále se mnou mluvila, působila upřímně, to mě uklidnilo. Taky mi řekla, ať se ničeho nebojím a klidně se ptám jí nebo lékaře. Zatímco si se mnou povídala, připravila infuzi a zavolala na doktora. Sympatický mi nebyl, ale působil seriózně“.

Na dotaz, jak na pacienta působilo prostředí operačního sálu, odpověděl, že čistě a uspořádaně. Cítil se bezpečně, anesteziologická sestra se starala o zachování jeho intimity, byl přikrytý rouškou a jednorázovou dekou. Zima mu nebyla. Ocenil, že vše probíhalo v klidu, sestra měla čas se mu věnovat a na rozdíl od první zkušenosti komunikovala s ním a ne s kolegyněmi. Díky tomu se značně zmírnila jeho nervozita i stres, nicméně se mu v prostředí operačního sálu komunikovalo hůře. Uvádí, že cítil, že personál je tam pro něj a věnuje se mu rád.

Na otázku, jak vnímal komunikaci mezi ostatními členy operačního týmu, odpověděl tím, že ji nijak nevnímal, protože anesteziologická sestra se věnovala jemu a ostatní neposlouchal. Anesteziolog jej upozornil, že začíná s anestezií a víc si nepamatuje. Po výkonu se probudil na předsáli operačního sálu. Snažil se odpovídat na dotazy anesteziologické sestry a pociťoval lehkou nauzeu, páliho ho v krku a měl sucho v ústech. Celkově současnou zkušenost s pobytem na operačním sále hodnotí kladně a s přístupem personálu, zvláště anesteziologického týmu, je velmi spokojen.

4.1.3 Kazuistika č.3

Respondentka č.3 ve věku 58 - vzdělání středoškolské. Byla hospitalizována na chirurgickém oddělení na operaci varixů na pravé dolní končetině. Operační výkon probíhal ve svodné anestezii a trval 80 minut.

Rozhovor probíhal druhý den v podvečer. Byla seznámena s důvodem rozhovoru a byla ubezpečena, že při prezentaci výsledků šetření bude zachována její anonymita. Souhlasila s rozhovorem i s jeho nahráváním na diktafon.

S prostředím operačních sálů se dotazovaná již v minulosti setkala při operaci apendixu, ale jelikož výkon probíhal v celkové anestezii, tak si jen pamatuje nějakou sestřičku a lékaře, že s ní chvíli mluvili a pak usnula a probudila se až zpátky na pokoji. Nyní podstoupila svodnou anestezii a po celou dobu operace byla při vědomí. Popisuje, že když ji sanitář přivezl na sál, tak si nejdříve musela přelézt z postele na vozík, tam jí nějaký pán sundal anděla a dal jí zelenou roušku a pak ji dovezl na sál, kde byla sestřička. Zpětně se domnívá, že to byl asi také sanitář, ale nepředstavil se jí. Sestřička

se představila a řekla jí, že je anesteziologická sestra a s panem doktorem se o ní bude starat během výkonu.

Dále vyprávěla, jak probíhala další komunikace: „Sestřička se mne ptala, zda jsem nic nejedla, nepila, jestli mám napevno zuby v puse a jestli už jsem někdy měla tu anestezii do páteře.“ „Pak mi napíchla žílu a dala mi nějakou infuzi.“ „Sestra mi řekla o té přípravě na tu anestezii a pak přišel doktor.“ Doktor se také představil, byl to anesteziolog a vysvětlil mi, co je to ta anestezie do páteře a jak se to provádí.“

Pacientka uvádí, že během provádění svodné anestezie na ní lékař i sestra mluvili a informovali jí o tom, co budou dělat. Rozuměla všem informacím a instrukcím, které jí dávala anesteziologická sestra. Poté byla převezena na operační sál, kde jí sestra měřila tlak a napojila jí na monitor. Vzpomíná si, že se na sále pohybovaly další osoby, které jí jen pozdravily a ptaly se, jakou stranu budou operovat, ale jinak s ní podrobněji nemluvili, paní se domnívá, že to byly asi sestry instrumentářky. Pak přišel lékař, který jí měl operovat, pozdravil ji a opět se ptal, kterou nohu bude operovat.

Během operace paní byla při vědomí, bez sedace, cítila se dobře, zima jí nebyla a nejvíce s ní komunikovala anesteziologická sestra a anesteziolog, operatér s ní nekomunikoval. Z počátku paní měla strach, že něco ucítí, ale sestra jí ubezpečovala, že jí nic bolet nebude a pak řekla, že už lékaři dávno pracují, a tak se paní uklidnila. Popsala, že atmosféra na operačním sále byla příjemná, bylo tam docela ticho, sestra nebo lékař se jí občas zeptali, jestli jí není zima nebo zda se cítí dobře. Po celou dobu na operačním sále se pacientka cítila bezpečně. Na otázku, zdali byla během pobytu na operačním sále zachovaná její intimita pacientka, odpověděla, že docela ano, že byla stále zakrytá rouškou. Byla spokojena s celkovým dojmem z prostředí operačního sálu. Velice dobře se jí komunikovalo s anesteziologickou sestrou a lékařem, oba na ní působili příjemným dojmem.

S úrovní komunikace byla spokojena, prostředí sálu ji v komunikaci neovlivnilo. Uvádí, že anesteziologická sestra byla velice milá a ochotná a zřejmě měla dostatek času na komunikaci. Komunikaci mezi jednotlivými členy týmu si již nevybavuje.

4.1.4. Kazuistika č.4

Respondent č.4, 60 let, vzdělání vysokoškolské. Byl již podruhé hospitalizován na ortopedickém oddělení pro extrakci kovů z levého lokte po předchozí operaci pro zlomeninu. Operační výkon probíhal v celkové anestezii a trval 30 minut.

Rozhovor probíhal druhý den odpoledne. Pacient byl seznámen s důvodem rozhovoru a bylo zdůrazněno, že při prezentaci výsledků šetření bude zachována pacientova anonymita. Posléze s rozhovorem souhlasí včetně nahrávání rozhovoru na diktafon.

S prostředím operačních sálů se setkal při operaci po zlomenině předloktí před necelým rokem. Na tehdejší výkon si pamatuje dobře, měl velký strach a kladně hodnotí komunikaci s anesteziologickou sestřičkou, komunikace s lékařem byla příliš věcná a neosobní, a tehdy jej neuklidnila. Sestřička naproti tomu byla sdílná a milá, řekla mu, odkud pochází, a snažila se rozptýlit obavy pacienta, jak výkon dopadne.

Nyní podstoupil opět celkovou anestezii. Po příjezdu na sál se sanitářem na několik sekund zůstal sám a cítil se nesvůj. Sestřička na sále se pacientovi představila, byla rázná, usměvavá, uvolněná. Jejím vysvětlením rozuměl dobře. Líčí, že z něj proti předchozí operaci obavy a napětí poněkud opadly, opakované dotazy na to, zdali je nalačno, mu nevadily. Poté přišel lékař, který prováděl předchozí operaci, pacient jej již znal, nemusel se představovat, s pacientem prohodil několik slov a ujistil jej, že jde o malý výkon. Následně se pacientovi představil anesteziolog, cítil z něj sebevědomí, vysvětlil mu, co bude následovat.

Sám respondent komunikaci na operačním sále líčí takto: „Sestřička byla od rány, ale mně se to líbilo a hned jsem měl pocit, že je to člověk na svém místě. Navíc byla hezká a pořád se smála. Doktoři byli trochu suchaři, neměli moc času, ale asi umí. Uklidnila mě ale spíše ta sestra, ta byla v pohodě a neměla s ničím problém“.

Proti předchozí operaci se zdálo pacientovi vše mnohem klidnější, cítil uvolněnou atmosféru a prostředí operačního sálu se mu již nezdálo tak nepřátelské, ale komunikovalo se mu přesto hůře. Cítil se bezpečně.

Na sále pociťoval mírný chlad, s povděkem zaznamenal přikrytí rouškou od sestřičky a zachování intimity. Neměl pocit, že by anesteziologická sestra na komunikaci s ním měla nedostatek času. Vzpomíná, že na sále byly i další osoby, ale ty s ním a ani on s nimi nijak nekomunikovaly, hovořily mezi sebou, vzpomíná, že než usnul, tiše žertovaly.

Pacient líčí, že měl pocit, že skoro nespal a ihned po probuzení se cítil docela čilý, jen se mu mírně točila hlava, měl sucho v ústech a pálilo ho v krku.

Jeho dojem z prostředí operačního sálu byl tentokrát kladný, měl pocit uvolněné a přátelské atmosféry. Rázná a až hlučná anesteziologická sestra pro něj byla opěrným bodem, který vedl k uvolnění strachu a napětí před výkonem a na operačním sále se pak již cítil dobře.

4.1.5 Kazuistika č. 5

Respondentka č.5 ve věku 30 let byla hospitalizována na ortopedickém oddělení s diagnózou dislokované zlomeniny klíční kosti vpravo. Rozhovor probíhal ve společenském prostoru ortopedického oddělení bez účasti ostatních pacientů, mezi čtyřma očima. Pacientka byla opakovaně a řádně ujištěna o diskrétnosti a zachování mlčenlivosti stran získaných informací. Pacientce byl sdělen důvod rozhovoru i téma bakalářské práce. S poskytnutím rozhovoru a odpovídáním na otázky souhlasila ochotně. U pacientky šlo o první hospitalizaci na ortopedickém oddělení a o první operační výkon.

Dotazovaná má středoškolské vzdělání, na žádné operaci doposud nebyla, šlo tedy o její první zkušenost s prostředím operačního sálu (s výjimkou prostředí porodního sálu, má dvě děti). V době rozhovoru byla druhý den po vlastním výkonu, který proběhl v celkové anestezii. Pacientce byla doporučena i svodná anestezie, ale té se bála, proto podstoupila výkon v celkové anestezii.

Po příjezdu na operační sál s ní komunikovala nejvíce anesteziologická sestra, který si ji převzala od sanitáře. Sestra se jí představila a všechno vysvětlila, ochotně odpovídala na otázky. Pacientka neměla pocit, že by na ni sestra pospíchala, jejím

odpovědím porozuměla. Anesteziolog se jí také představil a položil jí několik otázek ohledně jejích nemocí a alergie, znovu jí nabídl možnost svodné anestezie. Operatér se objevil až těsně před úvodem do anestezie, dotázal se ještě znovu na postiženou stranu končetiny, byl stručný a věcný. Pacientka zahlédla i ostatní členy operačního týmu, ale nevěděla, kdo je lékař a sestra či sanitář, ostatní s ní nijak nekomunikovali.

Sama své pocity z operačního sálu líčí takto: „Sestřička byla jemná, ani od ní nebolelo píchnutí do ruky, byla hodně trpělivá. Ti doktoři byli dost sebevědomí, ale mě to uklidnilo. Měla jsem pocit, že dobře ví, co dělají a nepotřebují k tomu velké řeči“.

Na otázku stran prostředí operačního sálu odpověděla, že vnímala prostředí jako chladné, cítila určité napětí, ale i pocit bezpečí. Anesteziologická sestra dbala na její intimitu, měla na ni dost času, zakrývala ji rouškami a ptala se, zda jí není zima (ta jí nebyla). Atmosféru na operačním sále vnímala jako profesionální, soustředěnou. Určitého napětí se nezbavila, komunikovalo se jí špatně. Komunikaci mezi jednotlivými členy operačního týmu vnímala jako věcnou, stručnou a poklidnou, prostou výraznějších emocí, ať kladných či negativních.

Po probuzení na operačním sále nevnímala žádnou bolest, cítila se ospalá, měla sucho v ústech, ale jinak neměla žádné potíže. Pamatuje se dobře, jak si ji převzal od anesteziologické sestry sanitář a odvezl ji na pokoj i na přivítání od ostatních pacientů na pokoji, pak zase usnula.

Pobyt na operačním sále hodnotila víceméně neutrálně, neměla s prostředím operačního sálu sice žádný problém, ale také se zde příjemně necítila. Nejvíce komunikovala s anesteziologickou sestrou a anesteziologem, s operatérem hovořila málo, po operaci s ním nehovořila nebo si to nepamatuje. S ostatními členy operačního týmu nekomunikovala, sanitář prý téměř nehovořil, ale byl slušný.

4.2. Výsledky rozhovorů s pacienty

Celkem 5 pacientů odpovídalo na otázky, které se týkaly jejich věku. Jeden pacient byl ve věku 18-29 let, jeden pacient byl ve věku 30-39 let, jeden ve věku 40-49 let a dva pacienti byly starší 50 let. Z celkového počtu pěti pacientů měli středoškolské

vzdělání dva pacienti a vysokoškolské vzdělání tři pacienti. Jako nejvyšší pouze základní vzdělání neměl žádný pacient. Spolupráce vybraných respondentů byla velmi dobrá.

Z pěti pacientů, kteří podstoupili operační výkon, šlo u dvou pacientů o první operační výkon a u tří šlo o opakovanou zkušenost s podstoupením operačního výkonu. Pacienti, kteří absolvovali opakovaný operační výkon, porovnávali svoji další zkušenost se zkušeností předchozí, nynější vnímání péče a pocit z operačního sálu vyznívaly mnohem příznivěji.

U dvou pacientů pro potřebu operačního výkonu byla použita svodná anestezie, z toho u jednoho svodná anestezie se sedací, u druhé svodná anestezie bez sedace. U tří pacientů byla použita celková anestezie. Třikrát se jednalo o ortopedický operační výkon a dvakrát o výkon chirurgický.

Výzkumná otázka č. 1 „Jak pacient v prostředí operačního sálu vnímá komunikaci s ošetřujícím personálem“ je shrnuta i v tabulce č. 1.

Pět pacientů hodnotilo úroveň komunikace se členy operačního týmu. Na virtuální stupnici přidělovali vnímané komunikaci od jednoho do pěti bodů, přičemž jeden bod byla nejmenší hodnota nejméně a pět největší. Nejvíce s pacienty komunikovala anesteziologická sestra (25 bodů), anesteziologický lékař (17 bodů) a operatér (12 bodů). Méně komunikoval sanitář (7 bodů). Nebyla zaznamenána žádná komunikace se sálovými sestrami. Komunikace sanitáře spočívala v pozdravení a nezbytné komunikaci pro překládání pacienta na operační sál. Sálové sestry se žádným z pěti oslovených komunikací nenavázaly.

Z pěti pacientů tři dostatečně porozuměli podaným informacím anesteziologické sestry a dva pacienti porozuměli uspokojivě.

Všichni pacienti vnímali prostředí operačního sálu jako bezpečné. U všech pěti byla zachovávaná intimita. Jeden pacient měl pocit chladu. Zmírnění stresu na operačním sále udali čtyři pacienti z pěti. Kladně komunikaci mezi jednotlivými členy operačního týmu vnímal jeden pacient, čtyři komunikaci příliš nevnímali. Komunikace všech pěti pacientů s anesteziologickou sestrou byla hodnocena velmi kladně.

Z pěti pacientů podstoupili celkovou anestezii tři pacienti. Pacienti odpovídali na otázky týkající se jejich stavu po probuzení z celkové anestezie. Tři z těchto pacientů pociťovali po probuzení sucho v ústech, dva pálení v krku. Jeden pacient pociťoval nauzeu, jeden ospalost a jeden točení hlavy.

Výzkumná otázka č. 2 „*Jak se v prostředí operačních sálů pacienti komunikuje*“ je podrobně zobrazena i v tabulce č. 2. Dobře se komunikovalo dvěma pacientům, hůře také dvěma, jednomu pacientovi se komunikovalo špatně. Ke vzniku komunikačního bloku nedošlo.

4.3. Tabulky rozhovorů s pacienty

Tabulka č.1 Charakteristika vnímání komunikace pacientů na operačním sále s ošetřujícím personálem

	Pacient č. 1	Pacient č. 2	Pacient č. 3	Pacient č. 4	Pacient č. 5	Celkem
Anesteziologická sestra	5	5	5	5	5	25
Sálová sestra	0	0	0	0	0	0
Anesteziolog – lékař	4	3	3	4	3	17
Operátér – lékař	4	1	2	3	2	12
Sanitář	2	1	1	2	1	7

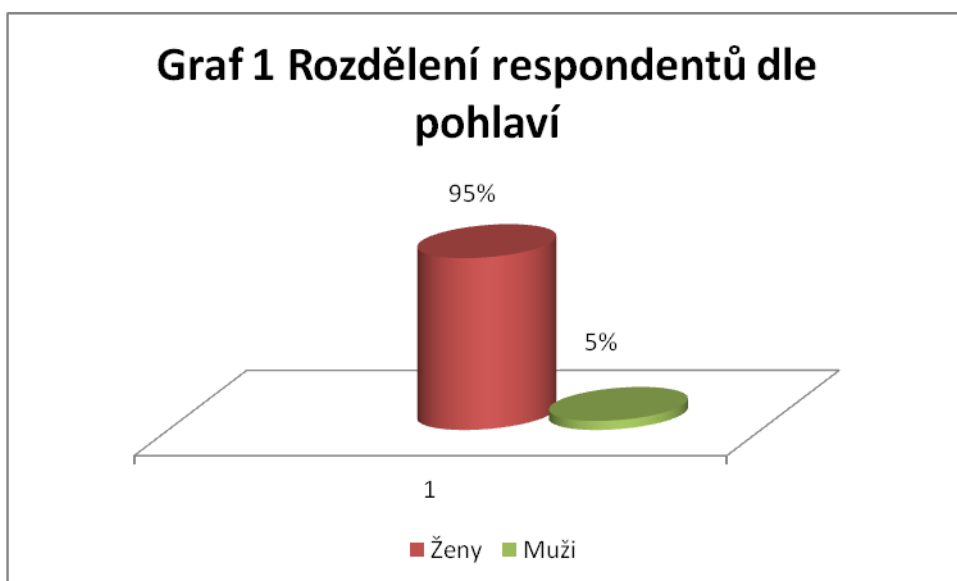
Nejlépe vnímali komunikaci na operačním sále s anesteziologickou sestrou (25), anesteziologem (17) a operátérem(12), hůře se sanitáři (7) a sálovou sestrou.

Tabulka č. 2 Hodnocení komunikace pacienta na operačním sále

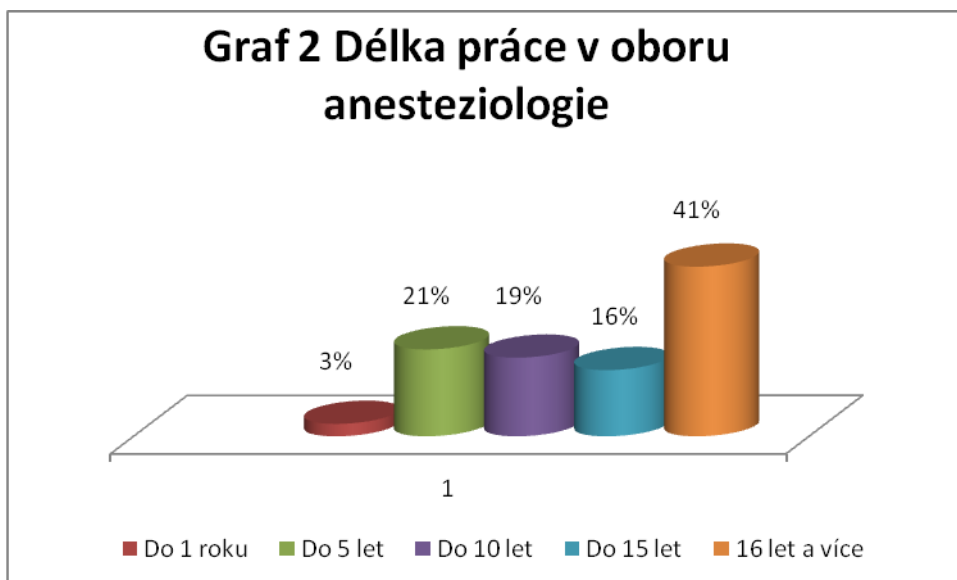
	Pacient č. 1	Pacient č. 2	Pacient č. 3	Pacient č. 4	Pacient č. 5	Celkem
Dobře	+		+			2
Hůře		+		+		2
Špatně					+	1
Nechtější komunikovat						

V prostředí operačního sálu se dobře komunikovalo dvěma pacientům, dvěma hůře a jednomu špatně.

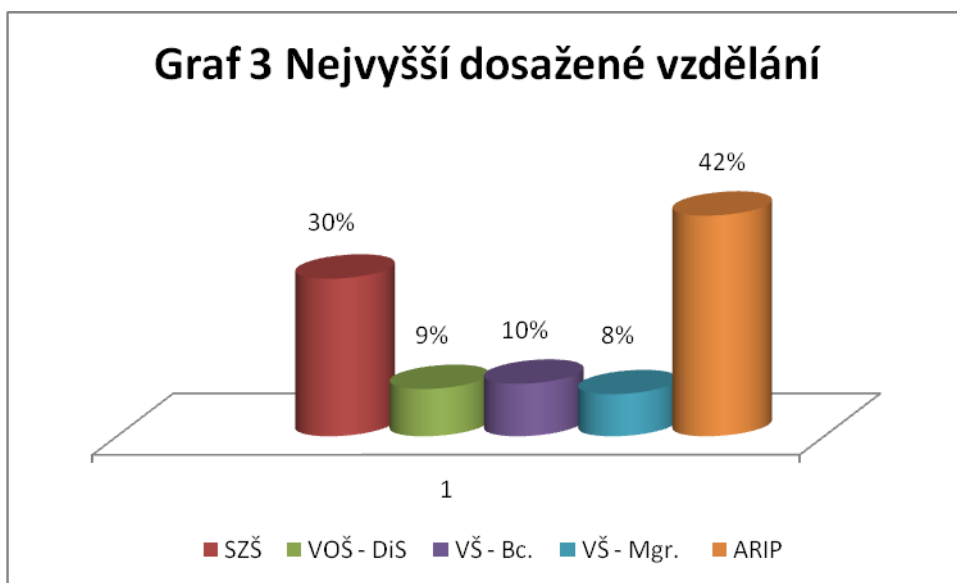
4.4. Grafické vyhodnocení výsledků z dotazníků pro anesteziologické sestry



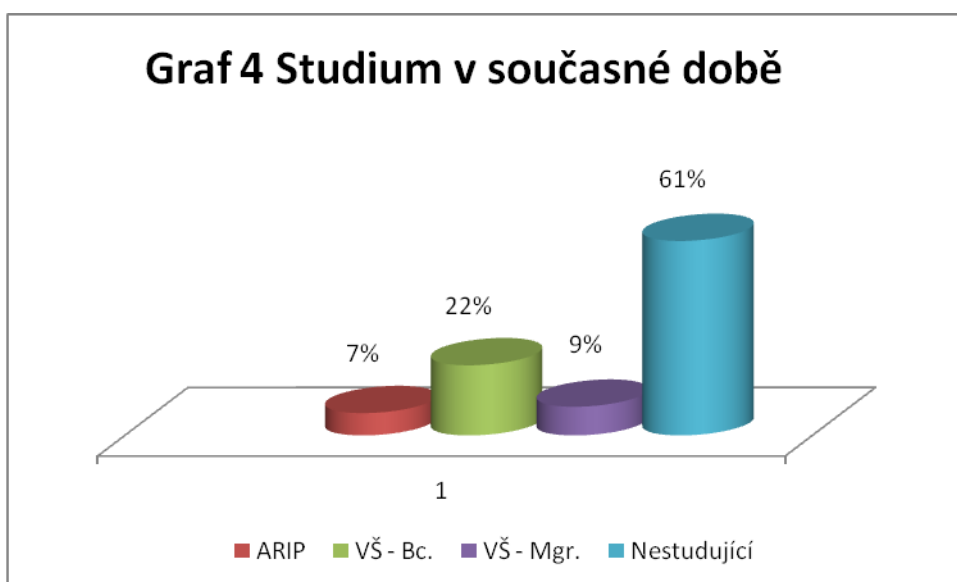
Z celkového počtu odevzdaných dotazníků 96 (100%) bylo žen 91 (95%) a mužů 5 (5%)



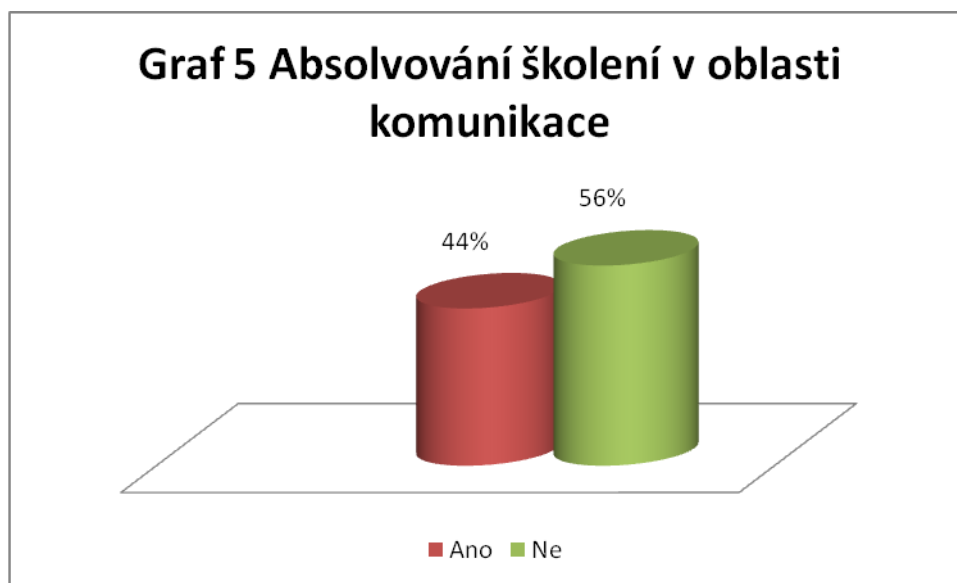
Z celkového počtu 96 respondentů v oboru anesteziologie pracovali 3 (3%) do 1 roku, do 5 let 20 (21%), do 10 let 18 (19%) a do 15 let 17 (16%). Nad 16 let pak v oboru pracovalo 39 sester (41%)



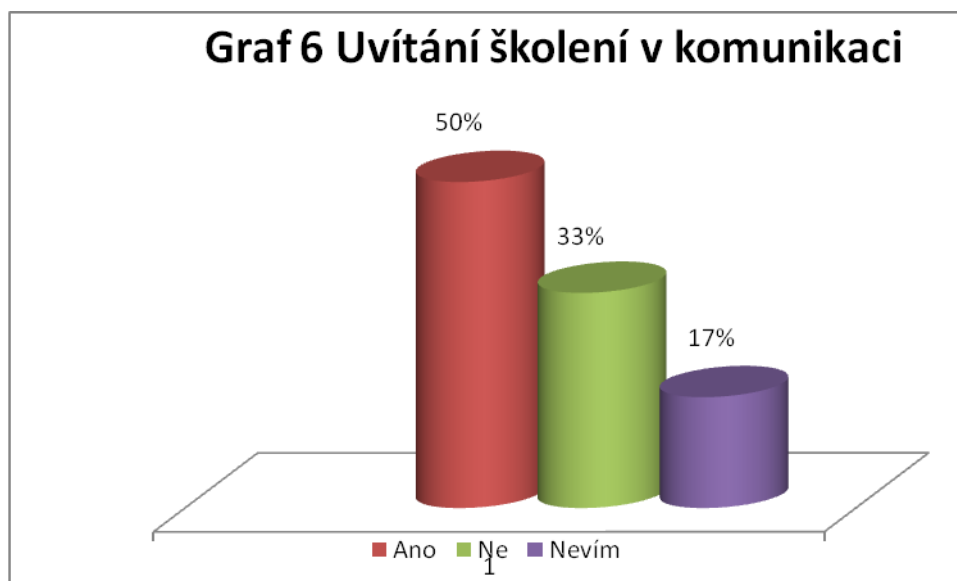
Střední zdravotnickou školu jako nejvyšší vzdělání absolvovalo 29 (30%) respondentů, vyšší zdravotnické vzdělání (VOŠ – DiS) 9 (9%) respondentů, vysokoškolské bakalářské studium 10 (10%) respondentů, 10 respondentů absolvovalo vysokoškolské magisterské studium a 40 (42%) respondentů mělo atestaci z ARIP.



V době vyplnění dotazníků studuje ARIP 7 (7%), bakalářské studium 21 (22%), vysokoškolské magisterské studium 9 (9%) a nestuduje 59 (61%) respondentů.



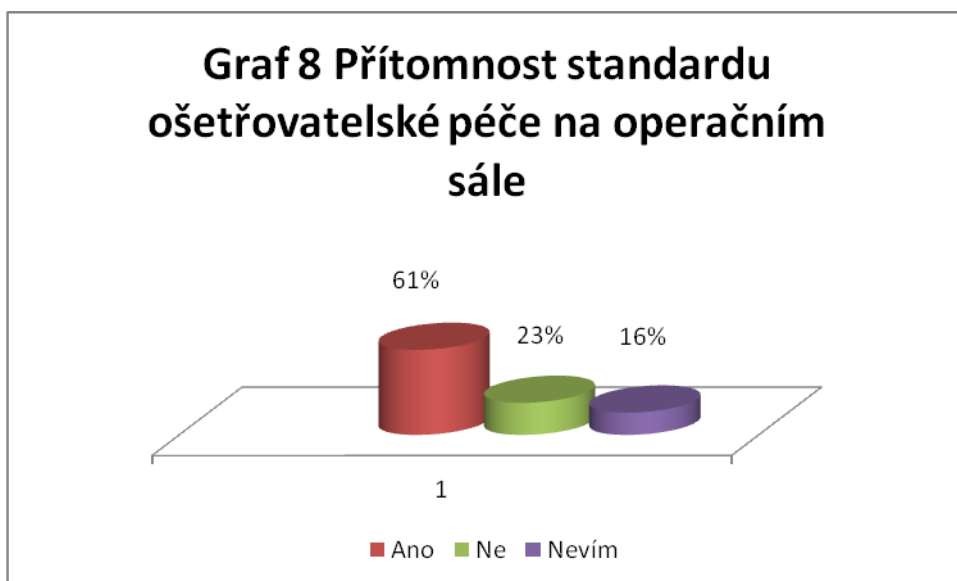
Školení v oblasti komunikace v minulosti absolvovalo 42 (44%) a neabsolvovalo 51 (56%) respondentů.



Školení v oblasti komunikace by uvítalo 47 (50%) respondentů, proti bylo 32 (33%) a nevědělo 16 (17%).

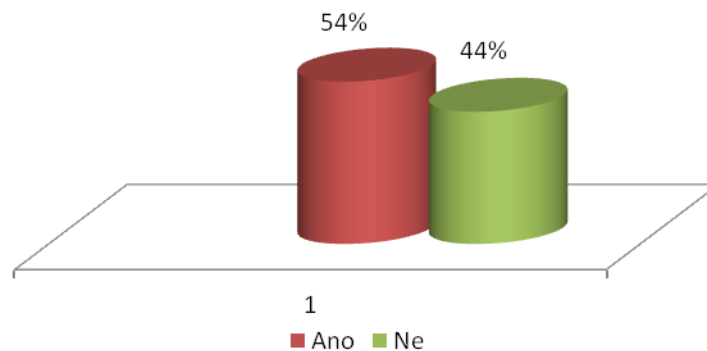


Na otázku, zda respondent může osobně ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče na operačním sále, odpovědělo 88 z 96 respondentů, 88 (90%) kladně a 8 (10%) negativně.



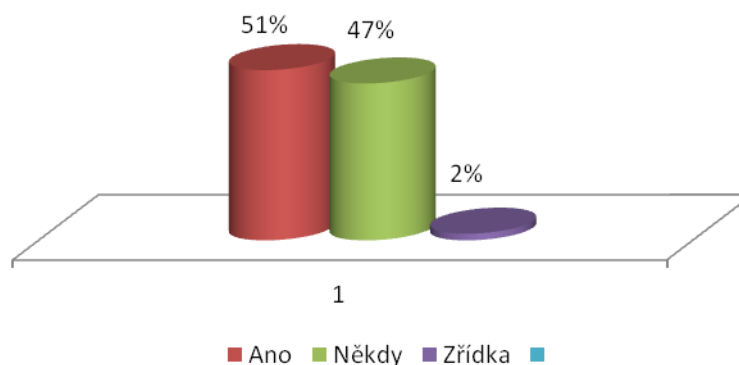
Na otázku, zda mají na oddělení respondenti vypracovaný standard ošetrovatelské péče na operačním sále, odpovědělo 59 (61%) kladně, 22 (23%) záporně a že neví 15 (16%)

GRAF 9 Standard a zkvalitnění ošetrovatelské péče na operačním sále



Na otázku, zda se respondent domnívá, že vypracování standardu ošetrovatelské péče na operačním sále povede ke zkvalitnění péče o pacienty, odpovědělo 54 (54%) kladně a záporně 42 (44%) respondentů.

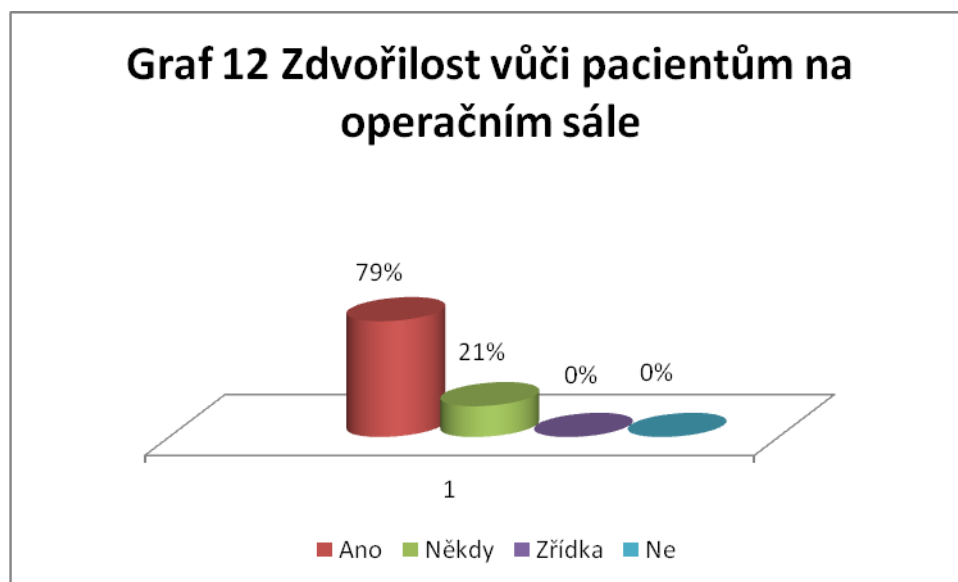
Graf 10 Kvalita ošetrovatelské péče na operačním sále



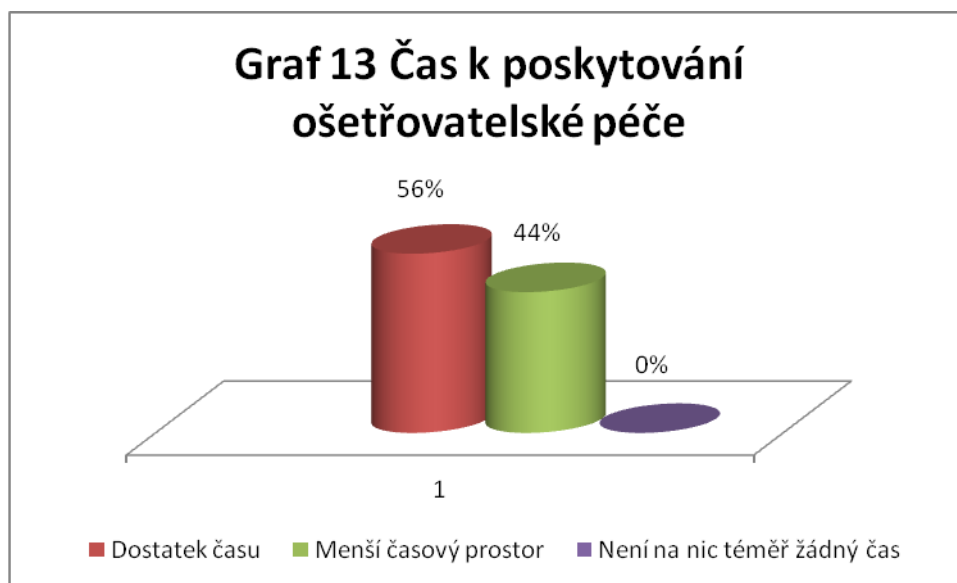
Na otázku, zda je ošetrovatelská péče na operačním sále respondentů velmi kvalitní odpovědělo 49 (51%) že ano, 45 (47%) že někdy a 2 že jen zřídka.



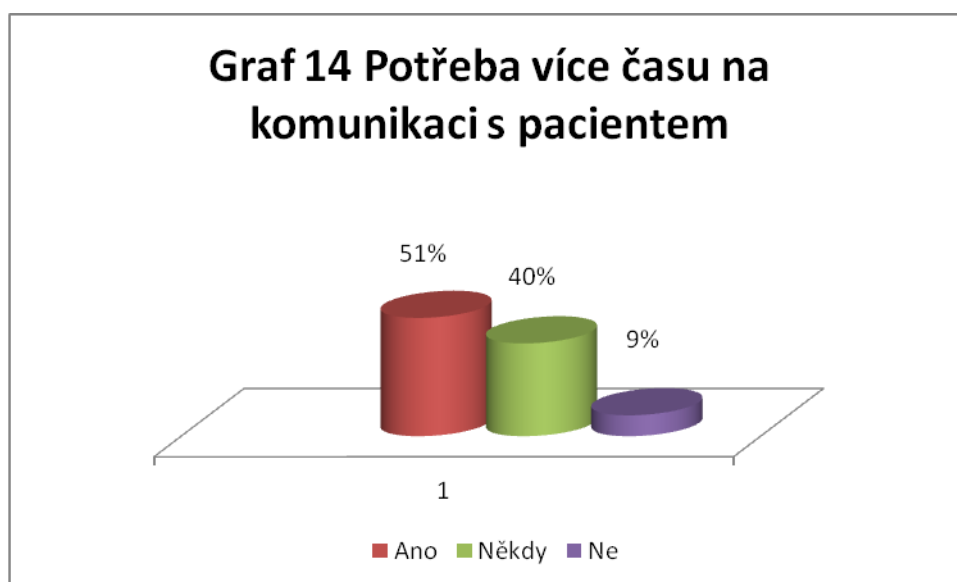
Jako bezproblémovou vidí komunikaci s pacienty na svém operačním sále (na svém domácím pracovišti) 47 (49%) respondentů, 45 (47%) ji hodnotí tak, že ji lze zlepšovat a 4 (4%) ji hodnotí tak, že někdy závažně vážne.



Pocit, že je na operačním sále respondentů s pacienty zacházeno zdvořile a ochotně, mělo 76 (79%) respondentů, 20 (21%) hodnotilo toto chování příjemné jen někdy. Jako absenci a zřídka se vyskytující zdvořilé chování nehodnotil z respondentů nikdo.

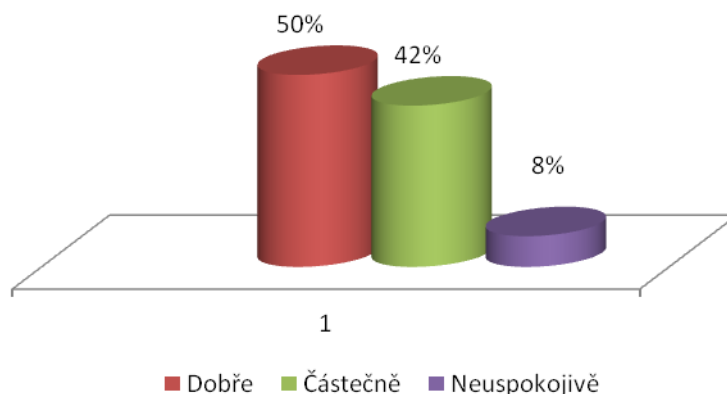


Dostatek času na ošetrovatelskou péči s pacientem na operačním sále uvedlo 54 (56%) respondentů. Pocit, že je na ošetrovatelskou péči na operačním sále menší časový prostor, mělo 42 (44%) respondentů. Žádný čas na ošetrovatelskou péči nikdo nevedl.



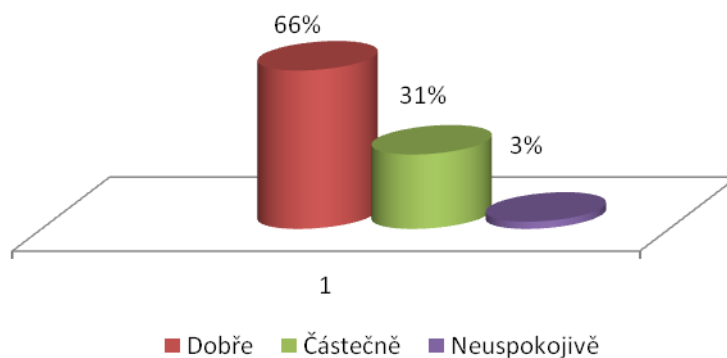
Na otázku, zda je třeba na komunikaci s pacientem na operačním sále více času, odpovědělo 49 (51%) že ano, 38 (40%) že někdy a 9% že ne.

Graf 15 Kvalita informovanosti pacientů o operač. výkonu



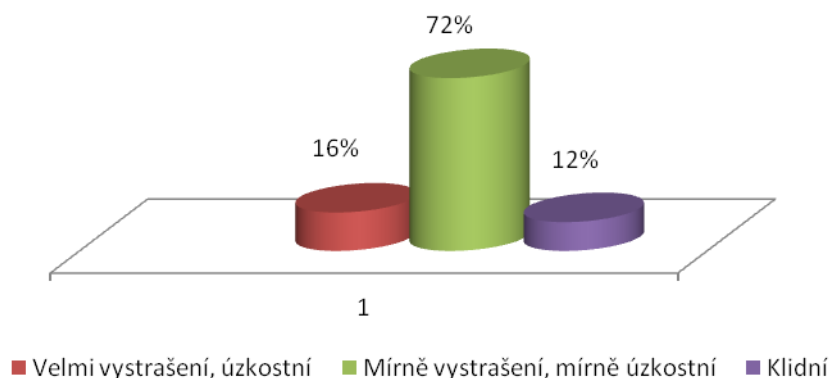
48 (50%) respondentů si myslí, že jsou pacienti přijíždějící na operační sál informováni o průběhu operačního výkonu dobře, 40 (42%) si myslí, že jsou informováni jen částečně a 8 (8%) považuje tuto informovanost za neuspokojivou.

Graf 16 Jak jsou pacienti informováni o průběhu anestezie



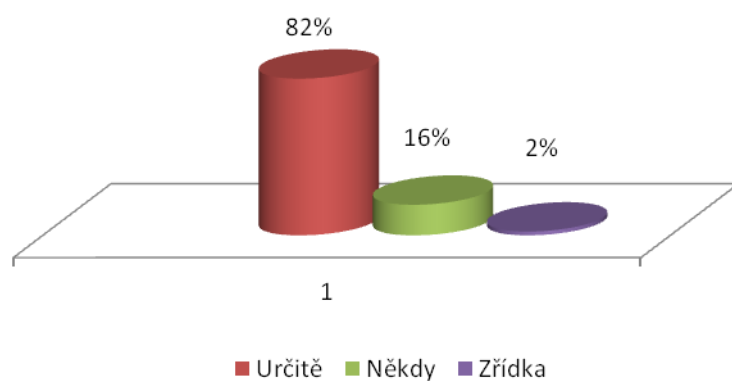
Dle respondentů je 63 (66%) pacientů informováno o průběhu anestezie dobře a 30 (31%) jen částečně a 3 (3%) jsou dle respondentů informováni neuspokojivě.

Graf 17 Stav pacientů při příchodu na operační sál



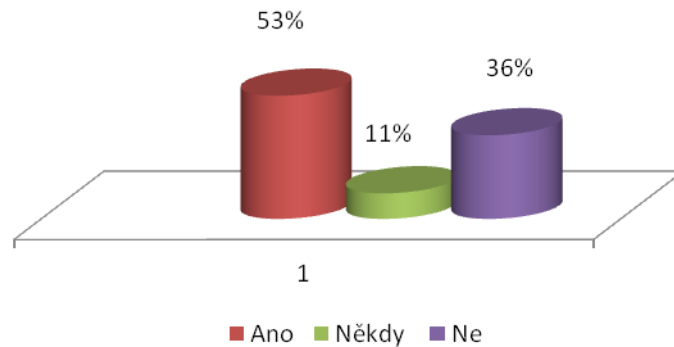
Respondenti hodnotili pacienty, kteří přijíždějí na operační sál v 69 (72%) případech jako mírně vystrašené a mírně úzkostné, v 15 (16%) případech hodnotili pacienty jako velmi vystrašené a ve 12 (12%) případech jako klidné.

Graf 18 Vliv prostředí operačního sálu na komunikaci s pacientem



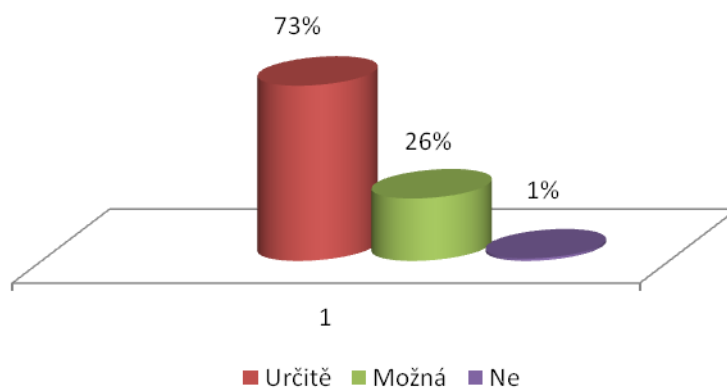
Na otázku, zda stresové prostředí operačního sálu má vliv na komunikaci s pacientem, odpovědělo 79 (82%) respondentů, že určitě, 15 (16%) že někdy a jen 2 (2%) jako zřídka se vyskytující.

Graf 19 Časová limitace komunikace mezi ošetřovatelským týmem a pacientem



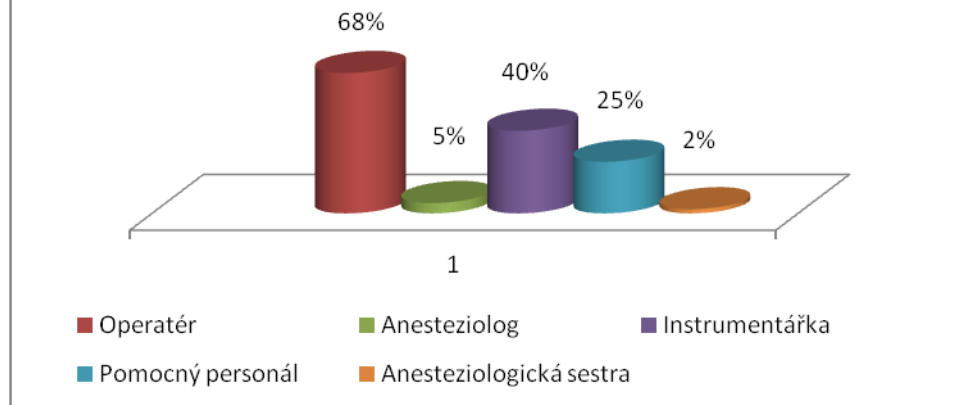
Na otázku, zda je komunikace s pacientem na operačním sále limitována provozem operačních sálů, odpovědělo 51 (53%) respondentů že ano, někdy a 11 (11%), ne odpovědělo 34 (36%) respondentů.

Graf 20 Možnosti zlepšení provozu operačního sálu přípravou pacienta



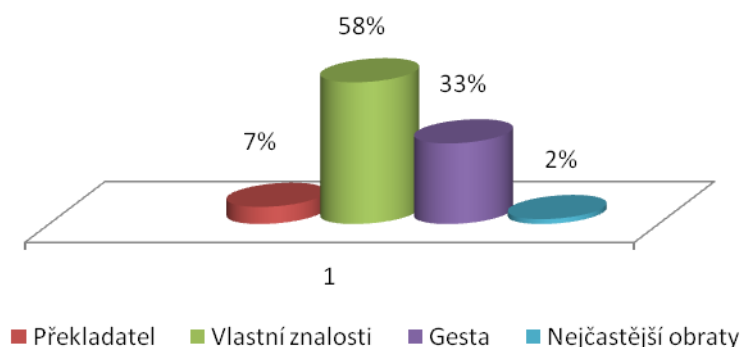
Na otázku, zda je podle respondentů možné zlepšit hladkost provozu na operačním sále kvalitní přípravou pacienta před příjezdem na operační sál, odpovědělo určitě 70 (73%) respondentů, možná 25 (26%) a ne 1 (1%).

**Graf 21 Komunikační rezervy
operačního týmu**



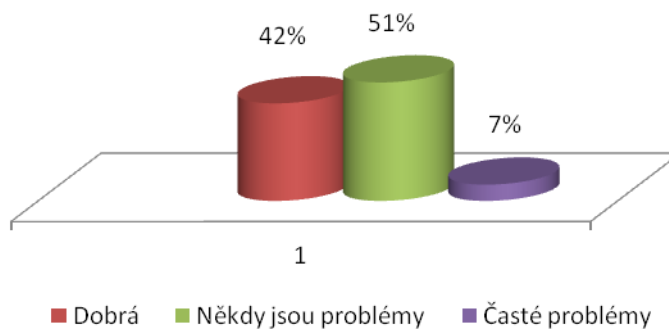
Na otázku, kteří členové operačního týmu mají rezervy v komunikaci s pacientem, bylo možná zatrhnout více odpovědí. Operatér byl uveden v 65 (68%) případech, instrumentářka 39 (40%) a pomocný personál 24 (25%), méně často pak anesteziolog 5 (5%) a anesteziologická sestra 2 (2%).

Graf 22 Řešení komunikace s česky nehovořícími pacienty



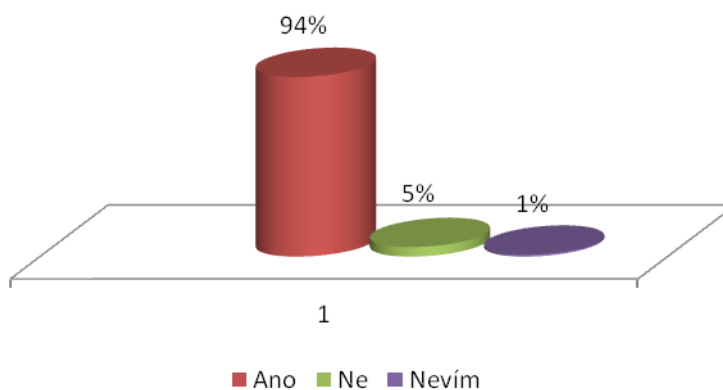
Na otázku, jak řeší respondenti na svém pracovišti komunikaci s česky nehovořícími pacienty, odpověděli v 7 (7%) případech, že s pomocí překladatele, který je k dispozici. Většina respondentů 55 (58%) si vystačí s vlastními znalostmi častých světových jazyků (angličtina, němčina, ruština,..). Pomocí gest se dorozumívá 32 (33%) a naučené základní obraty ve světových jazycích měli 2 (2%) respondenti.

Graf 23 Kvalita komunikace mezi chirurgickým, anesteziologickým týmem a pracovníky op. sálu



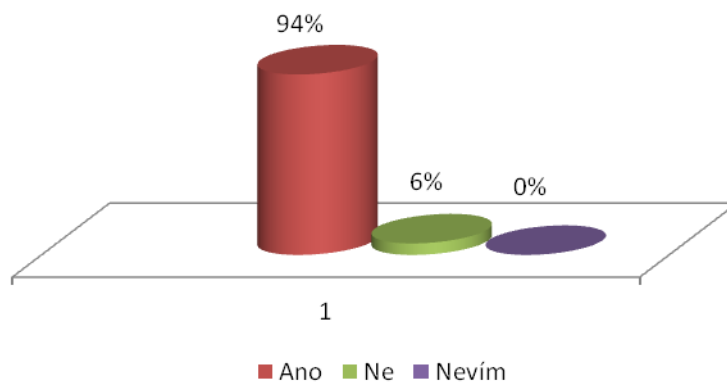
Na otázku, jaká je podle respondentů kvalita komunikace mezi anesteziologickým, chirurgickým týmem a pracovníky operačního sálu, uvedla 40 (42%) odpověď jako dobrou, problémy nachází 49 (51%) a časté problémy 7 (7%).

Graf 24 Dostatečnost přístrojového vybavení na operačním sále



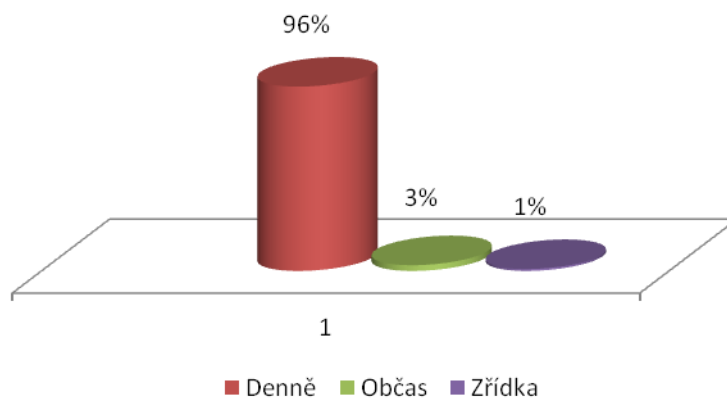
Na otázku, zda je přístrojové vybavení (anesteziologické přístroje, monitorovací systém) na operačním sále dostačující, mělo kladnou odpověď 90 (94%) respondentů, zápornou 5 (5%) respondentů a u 1 (1%) odpověď zněla neví.

Graf 25 Dostatek zdravotnických pomůcek pro anestezií



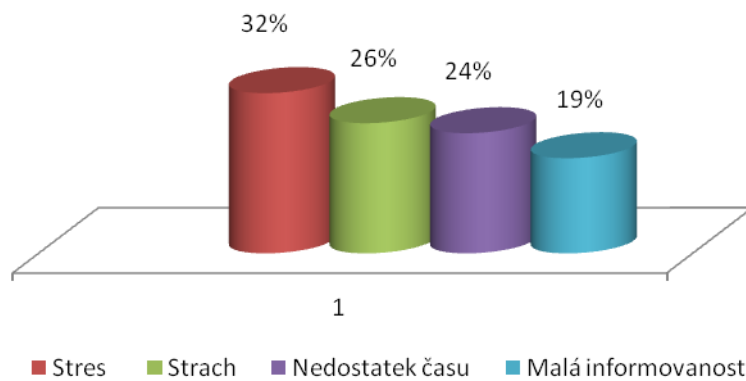
Dostatek zdravotnických pomůcek pro anestezií uvedlo 90 (94%) respondentů, nedostatek pak 6 (6%) respondentů. Odpověď, že neví, nikdo nevyužil.

Graf 26 Využití jednorázových pomůcek pro anestezií



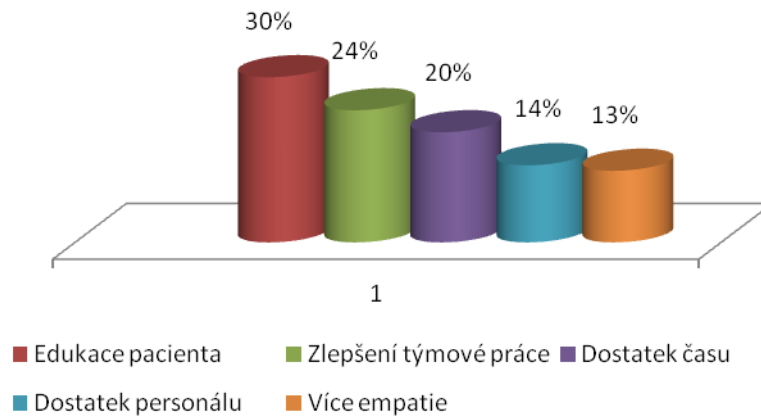
Jednorázové zdravotnické pomůcky pro anestezií užívá 92 (96%) respondentů denně, občasně 3 (3%) a jen jeden respondent uvedl, že tyto potřeby nevyužívá.

Graf 27 Nejčastější negativní faktory ovlivňující komunikaci



V otevřené otázce uváděli respondenti nejčastější 3 faktory ovlivňující negativně komunikaci s pacientem na operačním sále. Stres 30 (32%) a strach 25 (26%) pacienta byly nejčastěji uváděné faktory, nedostatek času byl uveden v počtu 23 (24%) a malá informovanost pacientů v 18 (19%) případech.

Graf 28 Nejčastější faktory možnosti zlepšení ošetrovatelské péče



V otevřené otázce, v čem by se mohla ošetrovatelská péče o pacienta na operačním sále zlepšit, uváděli respondenti 3 nejčastější faktory. V 29 (30%) případech to byla edukace pacienta, v 23 (24 %) případech zlepšení týmové práce, dále v 19 (20%) odpovědích více času na pacienta. Méně často byla uváděn faktor dostatku personálu 13 (14%) a v 12 (13%) případech pak více empatie ze strany personálu.

5. Diskuze

Ošetrovatelská péče a komunikace s pacientem na operačním sále přináší specifické požadavky jak na pacienta, tak i na anesteziologickou sestru a celý operační tým.

Tato práce je zaměřena na zmapování problematiky a kvality ošetrovatelské péče a komunikace s pacientem na operačním sále a dále na zjištění úrovně znalostí anesteziologických sester v oblasti této péče a komunikace. Ve výzkumné části bakalářské práce byl použit výzkum metodou kvantitativní a kvalitativní. Oba tyto výzkumy přinesly mnoho zajímavých informací. Na dotazníky odpovídaly anesteziologické sestry z pěti nemocnic jihočeského regionu a v rozhovorech bylo dotazováno pět respondentů s bezprostřední zkušeností s pobytem v prostředí operačního sálu.

Rozhovory s pacienty poskytly informace o kvalitě poskytované péče a o komunikaci na operačním sále se všemi členy operačního týmu. Dle Farkašové 2006 (8) lze za kvalitní péči považovat takovou péči, která je pacientem pozitivně hodnocena. K potvrzení kvality péče výzkumem došlo, ale byly nalezeny rezervy. Věk respondentů je zastoupen v rozpětí od 28 do 60 let. Jejich dosažené vzdělání je středoškolské ve třech a vysokoškolské ve dvou případech. Předchozí zkušenost z operačního sálu popisují tři z dotazovaných, dva byli na operačním sále poprvé. Pacienti podstoupili výkony ve svodné i celkové anestezii, jednalo se o ortopedické a chirurgické výkony.

K výzkumné otázce č.1: „*Jak pacient v prostředí operačního sálu vnímá komunikaci s ošetrovatelským týmem?*“ pacienti hodnotili kvalitu komunikace s ošetrovatelským týmem na operačním sále.

Konkrétně s anesteziologickou sestrou, lékařem anesteziologem, lékařem operátorem, sálovými sestrami a pomocným personálem. Jde o zajímavá zjištění, kde kvalita komunikace vyznívá lépe pro anesteziologický tým, ve všech pěti případech pacienti udávají, že s nimi nejlépe komunikovala anesteziologická sestra. Z lékařů se pacientům na operačním sále více věnoval anesteziolog než operátor, který byl většinou stručný, ptal se na operovanou stranu, ale většinou se více do komunikace nezapojil. Sanitáři většinou komunikovali jen v nezbytně nutné míře. Nejhůře v hodnocení

pacientů dopadly sálové sestry. Honzák 1999 (11) uvádí, že umět klást otázky a umět naslouchat a analyzovat slyšené je dovednost, kterou mnoho zdravotníků postrádá. Často jen proto, že tuto součást své práce podceňují, neboť preferují diagnostické a terapeutické postupy a zapomínají, že teprve v systematicky budovaném vztahu s pacientem se vytváří atmosféra důvěry a spolupráce.

Řada pacientů nerozpozná v sálovém oblečení, kdo je lékař, sestra či sanitář. Nejsou pak schopni se orientovat v tom, jak mají adekvátně komunikovat. Je otázka, proč vážne komunikace na straně chirurgického týmu. Jde o vyčerpání operujícího lékaře, který na sál právě přiběhl z vizity na oddělení, nebo jde o systémovou chybu? V řadě případů pacient vůbec netuší, kdo jej bude operovat, operujícího lékaře vůbec nezná. V danou chvíli se mu operující lékař nemusí zdát důvěryhodný, ale nyní již nemá čas něco změnit či ovlivnit. Někdy také dochází ke změnám v operačním programu i výkon provádějícím týmu, čímž může být pacient na operačním sále již připravený k výkonu výrazně zaskočen.

Je absence komunikace ze strany sálových sester projevem toho, že „my tady nejsme od toho, my máme jinou práci“, nebo jde o nechuť? Dle Pokorné 2010 (26) právě otevřená a důvěryhodná komunikace s vyjádřením vlastních postojů a názorů spojená s emocemi vyjadřuje vyšší úroveň komunikace, kterou v tomto směru ze strany chirurgického týmu pacienti postrádají.

Jde jen o velkou vyčerpání těchto sester v souvislosti s přípravou na plánovaný operační výkon? K navázání a rozšíření kvalitnějšího kontaktu s pacientem jsou komunikační dovednosti základním předpokladem, ať již jde o dovednosti verbální či neverbální povahy, především však schopnost naslouchat a schopnost empatie, dle Vybíhalové 2011 (37).

Z rozhovorů s respondenty je patrné, že v prostředí operačního sálu se cítí nejistí. Jsou vděční za jakoukoliv pozornost ze strany ošetrovatelského personálu. Pociťují úzkost a strach. Komunikaci se členy ošetrovatelského týmu kromě anesteziologické sestry a lékaře vnímají jako nedostatečnou. Vadí jim hlučnost, smích a neosobní přístup některých členů sálového týmu. Jelikož jsou v komunikaci zvýšeně citliví, vyžadují individuální přístup. Je potěšující, že náročnost komunikace z pohledu pacientů splňují

členové anesteziologického týmu, nejlépe sestra. Během rozhovorů se většina dotazovaných vyjádřila velmi kladně i k tomu, že se jich na tyto pocity zpětně dotazují, nevadilo jim poskytovat odpovědi na otázky a rádi se k tomuto tématu vyjádřili.

Pacienti velmi dobře hodnotili srozumitelnost sdělených informací od anesteziologické sestry. Od anesteziologické sestry se dozvěděli, co se s nimi bezprostředně bude dít, jaký bude další postup. Díky tomuto přístupu se pacienti nebáli zeptat na informace ohledně anestezie. Komunikace s anesteziologickou sestrou uvolňovala jejich komunikační zábrany. Neváhali se zeptat, zda se probudí ještě na sále, jestli mohou po operaci pít a jíst a zda budou mít naordinovány léky na bolest. Úroveň této komunikace se významně podílí na vytvoření pocitu bezpečí pacienta na operačním sále.

Všichni dotazovaní potvrdili, že je komunikace s anesteziologickou sestrou uklidnila. Respondenti také popisovali svoje pocity po probuzení z celkové anestezie. Nejčastější šlo o sucho v ústech, pálení v krku, nauzeu, ospalost, točení hlavy. Šlo o běžné, ale mírné a prognosticky nezávažné potíže v souvislosti s celkovou anestézií. Tyto potíže navíc u všech pacientů rychle odezněly. Ze dvou pacientů, kteří podstoupili svodnou anestezii, si vybral sedací jeden. Probouzení s celkové anestezie ani svodná anestezie bez sedace významně komunikaci pacientů neovlivnily. Ti, kteří absolvovali výkon ve svodné anestezii, nepozorovali významnější nežádoucí účinky tohoto způsobu anestezie. Pacienti v prostředí operačního sálu vnímali dobře komunikaci s anesteziologickou částí operačního týmu a hůře s chirurgickou částí operačního týmu.

Výzkumná otázka č.2: *„Jak se v prostředí operačních sálů pacienti komunikuje?“* Jak vyplývá z předchozí části diskuze, pacientova komunikace na operačním sále je ovlivněna nezvyklým prostředím, určitou ztrátou intimity, osobního prostoru, strachem z operačního výkonu a anestezie. Zde je velmi důležité, aby pacienti správně porozuměli všem informacím, které již sděluje v převážné většině anesteziologická sestra. Získat si důvěru pacienta je důležité. K získání důvěry je nesmírně důležitý postoj personálu. Přístupovat ke komunikaci s partnerským postojem dle Horňákové 2009 (12) je cestou, jak pacientovi usnadnit tuto komunikaci a uvolnit

atmosféru. Není třeba vystupovat autoritativně či dokonce nepřátelsky, pacient nesmí mít pocit soupeření.

Pro zamezení komunikačních problémů je důležité zabránit ve ztrátě pacientovi intimity. Bohužel ještě i dnes se můžeme setkat s direktivním přístupem v komunikaci ze strany ošetřujícího personálu, což pacientovi komunikaci na operačním sále jistě neusnadní.

Tato snaha v odpovědích fungovala dobře, ve všech případech respondenti uváděli, že sestra dbala na zachování intimity a ujišťovala se, že jim není zima. Pocit chladu u respondentů na operačním sále byl zaznamenán jen u jednoho respondenta.

Dle sdělení dotazovaných prostředí neovlivnilo komunikaci u dvou pacientů, ti udali, že se jim komunikovalo velmi dobře. Ve dvou případech šlo o mírné zhoršení komunikace, jednomu se komunikovalo špatně. U žádného z oslovených nedošlo k úplnému komunikačnímu bloku. Výzkumné šetření odhaluje, že se stále nedaří učinit prostředí operačního sálu pro naše pacienty méně stresujícím. A to i přes neustávající snahu o lepší informovanost a empatickou komunikaci. Nejde však jen o prostředí operačního sálu, ale i o strach z operace vlastní, obavy ze ztráty vlastní kontroly při anestezii, obavy z probouzení a hojení po operaci. V soulase s Chmelíkovou 2008 (14) pomáhá dotazování pacienta na jeho problémy, které signalizuje zájem o pacienta, a pacienti tyto dotazy vnímají pozitivně. Je třeba se i zeptat, když některému sdělení pacienta nerozumíme, znovu a nechat si věc od pacienta vysvětlit, což většina pacientů učiní ochotně. Rádi v prostředí, kde jsou nejistí hovoří o něčem, o čem dobře vědí a kde se naopak cítí třeba jistější než personál operačního sálu.

Pacienti, kteří podstupovali opakovaný operační výkon, vnímali stresující prostředí operačního sálu lépe, lépe se jim zde komunikovalo než pacientům, kteří podstupovali operační výkon poprvé. Navíc někteří popisovali příjemné zlepšení v komunikaci a ošetřovatelské péči. Pozitivně pacienti hodnotili především kvalitu ošetřovatelské péče a komunikace s anesteziologickou sestrou a anesteziologickým lékařem, a to v podstatě bez výhrad. Odpověď na výzkumnou otázku č. 2 přinesla zjištění, že pacientům se na operačním sále komunikovalo hůře.

Dostatečně velký počet navrácených dotazníků z rozsáhlého regionu poskytuje zajímavé a reprezentativní informace o reálné situaci v dané problematice. Rozdáno bylo celkem 120 dotazníků, navraceno jich bylo 102. Bohužel 6 dotazníků nebylo vyplněno kompletně, proto tyto dotazníky do výzkumu zařazeny nebyly, zpracováno bylo pak 96 dotazníků. Na otázku, proč byly navraceny také jen zčásti vyplněné dotazníky (většinou ani ne z poloviny) lze odhadovat, že při vyplňování respondenti svoji práci přerušili a zapomněli se k ní vrátit, a pak dotazníky jednoduše odevzdali, neboť dotazníky byly z jednotlivých pracovišť zasílány hromadně. Počet nevrácených dotazníků je poměrně vysoký i přes snahu vytvořit dotazník co nejjednodušším a srozumitelným.

V rámci výzkumného cíle č.1 práce bylo zjišťováno ověření hypotéz, zda mají sestry standard ošetrovatelské péče na operačním sále, zda mají dostatečný čas k poskytování ošetrovatelské péče na operačním sále a zda mají dostatečné technické vybavení.

Hypotézy k výzkumnému cíli č. 2 se zabývaly tím, zda je komunikace mezi ošetrovatelským týmem a pacientem na operačním sále ovlivněna stresovým prostředím operačního sálu a časovou limitací danou provozem operačního sálu.

Při zpracování hypotézy č. 1 k výzkumnému cíli č. 1 „*Sestry mají vypracovaný standard ošetrovatelské péče na operačním sále*“ bylo zarážející, že 16% dotazovaných nevědělo, zda mají vypracovaný standard této péče s pacientem na operačním sále. Standard byl vypracován v 61% případů odpovědí (grafy 8-9). Je však překvapivé, že některé sestry o standardu na svém oddělení ani nevědí. Tento fakt může být způsoben i nechutí číst a studovat nové dokumenty, kterých v práci sester v poslední době přibývá. Může zde hrát roli i pocit zahlcení a odpor k administrativní části práce. Může jít o určitou pohodlnost, nechuť se vzdělávat, pohrdání názory jiných, upřednostňování „své letité praxe“. Je známou skutečností, že s přibývajícím věkem stoupá nechuť zavádět nové postupy a odmítat výrazné změny v práci s tím, že „to jsme nikdy dříve nepotřebovali“. Svoji roli může hrát i věkové rozložení respondentů, kdy na anestezii pracovalo 41% dotazovaných více než 16 let a tvořili největší skupinu. Optimální by však bylo mnohem více procent již z toho důvodu, že většina respondentů potvrzuje, že

vypracování tohoto standardu by vedlo ke zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče.

Při zpracovávání dotazníků bylo na první pohled zjevné, zda dotazník vyplnila zkušená sestra s letitou praxí a vyšším dosaženým vzděláním, anebo sestra s menší zkušeností a nižší mírou erudice. Respondenty byly především ženy (95%). Muži odpovídali pouze v 5% (graf 1). Nejméně anesteziologických sester (včetně mužů) pracovalo v oboru do jednoho roku, v dalších dekádách práce v oboru bylo rozložení poměrně rovnoměrné, převažovaly pak sestry s délkou praxe v oboru anesteziologie a resuscitace více než šestnáct let (graf 2). Z dotazníků je patrné vzrůstající vzdělání sester, což je velmi pozitivní zjištění. Pouze 30% dotazovaných má jen střední zdravotnickou školu, ARIP specializaci vystudovalo 40% a vysokoškolsky vzdělaných sester odpovědělo 18% (10% Bc a 8% Mgr.), což znamená změnu v současném postavení sester a zvýšenou kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Aktuálně se vzdělává dále téměř 40% sester (grafy 3-4). Většina dotazovaných však vypracovaný standard vypracovaný měla, hypotéza 1 k cíli č. 1 se potvrdila.

Zjištění k hypotéze 2 k cíli č.1 „Sestry mají čas k poskytování ošetrovatelské péče na operačním sále“ přinesla spíše očekávané odpovědi. Sestry si dobře uvědomují, že mohou osobně a svým přístupem ovlivnit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na operačním sále (graf 7). V odpovědích, zda je tato péče na operačních sálech velmi kvalitní, odpovídají v 51% ano, v 47% odpovídají „někdy“. To znamená nepochybný prostor pro možnost zlepšení této péče (graf 10). Bubníková a Tóthová 2006 (3) uvádí, že kvalitní každodenní ošetrovatelská péče na operačním sále má zmírnit obavy a častou úzkost pacientů přijíždějících na operační sál, kde zásadní úlohu hraje právě zdravotní sestra v rámci všech zdravotnických pracovníků. Zjištění této práce tento názor potvrzují. V časovém prostoru na poskytování ošetrovatelské péče na operačním sále hraje zásadní úlohu příprava pacienta ještě před příjezdem na operační sál. Informovanost pacienta o typu operačního výkonu i o průběhu anestezie může kvalitu ošetrovatelské péče na operačním sále výrazně zlepšit, bohužel je v tomto směru stále ještě co zlepšovat. Jen 50% dotazovaných si myslí, že jsou pacienti přijíždějící na operační sál informováni dobře o operačním výkonu (graf 15). Znalost o průběhu

anestezie je lepší, 66% je informovaných dle dotazníků dobře (graf 16). To nepochybně souvisí s rozhovory anesteziologů v den před operačními výkony v rámci edukace pacienta a zjištění jeho zdravotního stavu. Problém je občas v tom, že většinou s pacientem vede rozhovor jiný lékař - anesteziolog, než ten, který druhý den podává anestezii na sále. Bohužel se v řadě případů stává, že se lékař v rámci ordinace premedikací spokojí jen s nahlédnutím do dokumentace a s pacientem ani nehovoří. Tento problém je častější u akutních výkonů. Povědomí pacientů o operačním výkonu také souvisí s jejich předchozí zkušeností. Opakovaný operační výkon je spojen s menším strachem, úzkostí a příznivějším náhledem pacienta na tento výkon.

Podle Botíkové 2009 (2) pacient potřebuje mít k rozhodnutí o léčebném a ošetrovatelském procesu správné informace, aby se mohl v klidu a samostatně rozhodnout. S tím nelze než souhlasit a zdůraznit možnost se rozhodnout v klidu, což sama situace a prostředí operačního sálu často nepřináší.

Šamánková 2006 (31) uvádí, že ošetrovatelský proces, umožňuje pacientovi se na ošetrovatelské péči podílet a právě možnost podílet se na ošetrovatelské péči, je pro pacienta největším komfortem. V tomto směru pak vyniká ještě více důležitost přípravy pacienta před vlastním příjezdem na operační sál, který na pacienty silně působí.

Čas na ošetrovatelskou péči s pacientem na operačním sále uvedlo celkem 54 (56%) respondentů. Pocit, že je na ošetrovatelskou péči na operačním sále menší časový prostor, mělo 42 (44%) respondentů. Žádný čas na ošetrovatelskou péči nikdo neuvedl. Hypotéza 2 k cíli č. 1 byla potvrzena.

Hypotéza 3 k cíli č. 1 „Sestry mají dostatečné materiální a technické vybavení k poskytování ošetrovatelské péče na operačním sále“.

V dobách ještě nepříliš minulých se zdravotničtí pracovníci obtížně vyrovnávali s nedostatkem materiálního a technického vybavení, pracovali s přestárlými a často neuvěřitelně poruchovými přístroji, nebyl dostatek jednorázových pomůcek. Často bylo omezené spektrum pomůcek, nebo jejich velikostí. Pomůcky se často až do úplného zničení opakovaně sterilizovaly, řada technických „vylepšení“ se vyráběla „na koleně“ v dílnách nemocnic, či si je zdravotníci vyráběli sami. Aktuální zjištění jsou povzbuzující. Vyznívá výborně stran zajištění technického a materiálního vybavení

operačního sálu. To je v soulase s tím, kam se současná medicína posouvá. Od dobrého technického zázemí a podmínek k tomu, co je stále ještě možné zlepšovat. Jde především o kvalitu ošetrovatelské péče, odbornou a lidskou kvalitu pracovníků a dostatek času na pacienta. Technické vybavení je v současné době na vysoké úrovni, je moderní. Přístroje prochází pravidelnými kontrolami, musí být vybavené prohlášením o shodě, musí splňovat přísná technická pravidla. Aktuální přístrojové vybavení snese plné srovnání s nejvyspělejšími zdravotnickými zařízeními ve světě. Nejinak tomu je i s vybavením materiálním. Samozřejmostí jsou pomůcky na jedno použití v dostatečném výběru a dostatku velikostí. Podobně je tomu i s vybavením lékáren a medikamentů pro svodnou či celkovou anestezii. K dispozici je v případě potřeby i možnost některých statimových laboratorních vyšetření, v řadě případů přímo na operačním sále. Dobře dostupná jsou i přímo na sále potřebná rentgenová vyšetření, přístroje jsou přímo na operačním sále.

Proti minulým dobám uvádí kvalitní přístrojové vybavení 94% dotazovaných (graf 24). Je také dostatek jednorázových pomůcek (96%) i pomůcek pro anestezii (94%), nedostatečné vybavení je udáváno ve velmi nízkém procentu (grafy 24 a 25). Hypotéza 3 k cíli č. 1 byla potvrzena.

Hypotéza 1 k cíli č. 2 „Komunikace mezi ošetrovatelským týmem a pacientem je ovlivněna stresovým prostředím operačního sálu“.

Dotazovaní uvedli, že velmi vystrašených pacientů po příjezdu na operační je 16% a mírně 72%, zcela klidných je výrazná menšina. Prostředí operačního sálu vytváří i určité externí bariéry komunikace, jak uvádí Pokorná 2010 (26). Zde jde především určitý šum, vyrušování jinými osobami a vizuální rozptylování. Pro zvládnutí komunikace za neobvyklých podmínek je samozřejmě důležité vzdělání ošetrovatelské týmu v této oblasti. Školení v oblasti komunikace absolvovala méně než polovina dotazovaných. Je potěšitelné, že si uvědomují důležitost aspektu této složky ošetrovatelské péče. Bartošíková 2000 (1) uvádí, že komunikačním vlastnostem středních zdravotnických pracovníků je v poslední době přikládán značný význam a jejich zvládnutí je součástí jejich odbornosti, naše zjištění a pohled sester tomu plně odpovídá. 50% dotazovaných by uvítalo školení v oblasti komunikace (grafy 5-6).

V práci byla ošetrovatelské péče a komunikace s pacientem zkoumána jak z pohledu pacienta, tak z pohledu sestry. Z pohledu pacienta vychází tato péče i komunikace pro anesteziologické sestry relativně příznivě. Podle Dudy 2000 (7) je sestra tím prvním člověkem, s kterým se pacient přijíždějící na operační sál setkává, ke komu se upíná a komu se snaží důvěřovat v nepřátelském prostředí operačního sálu. Zjištění této práce potvrzuje, že jsou obecně anesteziologické sestry tohoto svého úkolu schopni zhostit se velmi dobře.

Zajímavá data přinesla otázky komunikačních rezerv členů operačního týmu, která lépe vyznívají pro anesteziologickou součást týmu (graf 20). Páleníková 2010 (24) uvádí, že kvalitní společná komunikace, pečlivost a důslednost má zásadní význam pro kvalitní péči o pacienta. V tomto směru viděli dotazovaní nejvíce rezerv na straně operátora, chirurga. On je nepochybně tím, na koho pacienti, zaměřují také největší očekávání, on je z pohledu pacientů tou hlavní postavou celého týmu. Plaňava 2005 (28) uvádí, že aktivní schopnost naslouchat je dovednost. Nejde jen o naslouchání, ale i kognitivní a emoční participaci na rozhovoru. Tu dle respondentů pacienti právě postrádají na straně chirurgického týmu. Tato data však mohou být ovlivněna tím, že sběru se účastnily sestry z anesteziologie a pohled chirurgických, respektive sálových sester, by mohl být poněkud odlišný.

Kvalita komunikace mezi anesteziologickým, chirurgickým týmem a pracovníky operačního sálu (graf 23) zjevně není špatná, ale v polovině odpovědí (51%) je někdy problematická. To může souviset s tím, že se na operačním sále střetávají pracovníci ze třech různých oddělení (ARO, operační sály a chirurgický obor). Každé oddělení má jiné vedení, tyto individuality mohou mít různé názory a především zde mohou hrát roli i mezilidské vztahy mezi lidmi ve vedení těchto oddělení. To se může negativně přenášet i do práce týmu jejich podřízených.

Podle Richardse 2004 (29) je efektivní spolupráce a kvalitní komunikace mezi členy týmů je pro zajištění kvality ošetrovatelské péče o pacienta nezbytně nutná. V otevřené otázce, v čem by se mohla ošetrovatelská péče o pacienta na operačním sále zlepšit, uváděli respondenti nejčastější faktory (graf 28). Nejvíce byla uváděna edukace pacienta před jeho příjezdem pacienta na operační sál (30%), zlepšení týmové práce

(24%). Dostatek personálu nenacházelo 20% respondentů. Tento aspekt však naráží v řešení na již dříve zmiňované ekonomické tlaky ušetřit v provozu. Dostatek času (14%) má podobný aspekt. Uváděný dostatek empatie souvisí s kvalitou vzdělání v komunikaci, proškolením a možností se empatii naučit, souvisí však také s výběrem pracovníka s kvalitou lidských vlastností a s pěkným přístupem k lidem obecně.

Pacienti bývají při příjezdu na operační sál vystrašení a úzkostní (graf 17). Dle dotazovaných má prostředí operačního sálu na komunikaci pacienta vliv až v 82% (graf 18). Hypotéza 1 k cíli č. 2 byla potvrzena.

Hypotéza 2 k cíli č. 2 „*Komunikace mezi ošetrovatelským týmem a pacientem je časově limitována provozem operačních sálů*“. Najít dostatek času ke komunikaci může být problém i v běžném provozu, což je v soulase se Špatenkovou a Královou 2009 (33). Tyto autorky o časové limitaci, která může být na operačním sále problémem, hovoří, zvláště jde-li o akutní případy, přesto by sestra nikdy neměla v pacientovi vzbudit pocit, že na něj nemá čas. I v běžném provozu však z dotazníku vyplývá, že na ošetrovatelskou péči má dostatek času 56% dotazovaných a na komunikaci jen 49%. Z rozhovorů s pacienty vyplývá, že právě komunikaci s anesteziologickou sestrou a její ošetrovatelskou péči hodnotí velmi dobře.

Graf 19 ukazuje předpokládanou skutečnost, že v případě potřeby nelze vždy v nabitém provozu získat čas navíc pro komunikaci s pacientem (ne 11%, většinou ano 53 %). Setkávají se zde aspekty provozně ekonomické a osobně lidské. Snahou provozovatele zdravotnického zařízení je samozřejmě maximální využití operačních sálů z pohledu ekonomického, žádná zdržení, hlavní je vytíženost a efektivita provozu. Ekonomický tlak i v souvislosti s nedostatkem finančních prostředků v systému v poslední době spíše narůstá. S tím se musí vyrovnávat zdravotničtí pracovníci, nesmí na sobě dát pacientovi tyto aspekty rozpoznat, i když se mohou cítit pod velkým tlakem. Důležitý je osobní přístup, schopnost empatie. I když té se dá naučit, jak uvádí Poláchová 2009 (27), nicméně záleží na každém jedinci, jeho vztahu k lidem a chuti měnit své postoje. Podle zjištění z dotazníků (graf 11) z pohledu sester není kvalita komunikace na operačním sále sice špatná- 49% ji hodnotí jako bezproblémovou, ale téměř polovina vidí prostor k jejímu zlepšení (47 %). Nepochybně to souvisí s vžitým

chirurgickým přístupem, kdy chirurgický tým zajímá více technický aspekt operace a anesteziologický tým celkový stav pacienta. Se zdvořilostí není zjevně žádný problém, jinak je tomu ale s časem na komunikaci a k poskytování ošetrovatelské péče na operačním sále (grafy 13 a 14). Ve velké většině odpovědí sestry udávají, že by si přály více času na komunikaci s pacientem. I ony samy jsou stresovány délkou operačních výkonů a množstvím operačních výkonů. Komunikace s pacientem na operačním sále je časově limitována provozem operačních sálů (graf 19). Hypotéza 2 k cíli č. 2 byla potvrzena.

Pohled anesteziologických sester na výše uvedenou problematiku není překvapivý, spíše očekávaný. Příjemné je zjištění kvalitního technického a materiálního vybavení pro jejich práci. Rezervy byly nalezeny především v přípravě pacienta před příjezdem na operační sál, v týmové spolupráci, v dostatku času na ošetrovatelskou péči o pacienta a komunikaci na straně anesteziologické, ale především chirurgické části operačního týmu. Většina sester by přivítala další vzdělávání v komunikaci s pacientem. Standard v komunikaci s pacientem na operačním sále je vypracován jen v nadpoloviční části odpovědí a většina respondentů jeho vypracování vidí jako posun vpřed v možnosti zlepšit ošetrovatelskou péči o pacienty na operačním sále.

Na základě prováděného výzkumu byl vypracován standard ošetrovatelské péče o pacienta na operačním sále pro anesteziologické. Zároveň byl vytvořen stručný návod pro komunikaci na operačním sále nazvaný „Desatero komunikace pro sestry s pacientem na operačním sále“ (příloha č.3).

6. Závěr

K vypracování této bakalářské práce bylo stanoveno několik cílů, hypotéz a výzkumných otázek.

Cílem 1 bylo zmapovat zjistit ošetrovatelskou péči o pacienta na operačním sále z pohledu sestry. Výsledky výzkumného šetření umožnily získat tento pohled a splnit cíl. K cíli 1 byly vytvořeny 3 hypotézy. Hypotéza 1 – sestry mají vypracovaný standard ošetrovatelské péče na operačním sále. Byla potvrzena. Hypotéza 2 – sestry mají čas na poskytování ošetrovatelské péče na operačním sále. Byla potvrzena. Hypotéza 3 – sestry mají dostatečné, materiální a technické vybavení k poskytování ošetrovatelské péče. Byla potvrzena.

Cíl 2 byl zaměřen na zmapování komunikace na operačním sále mezi ošetřujícím týmem a pacientem z pohledu sestry. Hypotéza 1 - komunikace mezi ošetrovatelským týmem a pacientem je ovlivněna stresovým prostředím operačního sálu. Byla potvrzena. Hypotéza 2 – komunikace mezi ošetrovatelským týmem a pacientem je časově limitována provozem operačních sálů. Byla potvrzena.

Cílem 3 bylo zjistit komunikaci na operačním sále mezi ošetřujícím týmem a pacientem z pohledu pacienta a byly k němu zadány dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1 – Jak pacient v prostředí operačního sálu vnímá komunikaci s ošetrovatelským týmem? Výzkumná otázka č. 2 – Jak se v prostředí operačních sálů pacientovi komunikuje? Výzkumné otázky byly zodpovězeny. Cíl 3 splněn.

Výsledky této práce byly použity při zpracování ošetrovatelského standardu pro anesteziologické sestry zaměřeného na péči o pacienta na operačním sále. Tento standard poskytuje stručný, ucelený a přehledný návod na poskytování ošetrovatelské péče na operačním sále (příloha č. 1). Zároveň tak zajišťuje bezpečnost pacienta při ošetřování na operačním sále. Vytvořený standard byl nabídnut k využití hlavním sestrám nemocnic, kde výzkum probíhal. Hlavní sestra nemocnice Písek a.s. využití tohoto standardu přivítala. Dále bylo vytvořeno desatero doporučení pro komunikace sester s pacientem na operačním sále (příloha č. 3). Desatero bylo vytvořeno ze závěrů vlastního výzkumu a zkušeností. Je velmi stručným a základním vodítkem pro sestry komunikujícími s pacienty na operačních sálech.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BARTOŠÍKOVÁ, I, JIČÍNSKÝ, V, JOBÁNKOVÁ, M, KVAPILOVÁ, J *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-288-4.
2. BOTÍKOVÁ, A, ILIEVOVÁ, L, . Úroveň informovanosti pacientů o jejich právech. *Sestra*. 2009, 2009(6). ISSN 1210-0404
3. BUBNÍKOVÁ, H, TÓTHOVÁ, V, Ošetřovatelský proces na sále. *Sestra*. roč. 2006. č. 2. s. 26-27. ISSN 1210-0404
4. BUDINOVÁ, B, ZAORALOVÁ, P, HADWIGEROVÁ, I, . Prevence pochybení na operačním sále. *Sestra*. roč. 2009, č. 1. s. 69-69. ISSN 1210-0404
5. BRATOVÁ, A, MURGAŠ, J., *Sestra: Bezpečnost pacientů při anestezii*. 2011, 2011(7-8). ISSN 1210-0404.
6. ČERŇANSKÁ, R., Jak nevyhořet na operačním sále ? . *Diagnostika v ošetřovatelství*. Roč. 2006, č. 9. s. 364-365. ISSN 1801-1349
7. DUDA, M., *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-642-0. 389 str.
8. FARKAŠOVÁ, D., a kol. Ošetřovatelství-teorie. 1. Martin: Osveta, 2006. 134 s. ISBN 80-8063-227-8.
9. HAŠKOVÁ, M., Práce sestry před celkovou anestezí. *Sestra*., 2010 (7-8). ISSN 1210-0404
10. HEROLD, I, *Svalová relaxancia v anesteziologii a intenzivní péči*. 2004. [s.l.] : Maxdorf, 2004. 264 s. ISBN 80-7345-025-9
11. HONZÁK, R., *Komunikační pasti v medicíně*. 2. dopl. vydání. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-032-0. 165 st.
12. HORŇÁKOVÁ, A, UHEROVÁ, Z, . Jak úspěšně komunikovat. *Sestra*. roč. 2009. 7-8 s. ISSN 1210-0404
13. HORŇÁKOVÁ, A, ŠTEFKOVÁ, G., Specifika komunikace ve zdravotnické profesi. *Sestra*. roč. 2009. č. 5. s. ISSN 1210-0404
14. CHMELÍKOVÁ, J,; ŠILHARTOVÁ, V, Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. roč. 2008. č.7-8. s. 62-62. ISSN 1210-0404

15. ILIEVOVÁ, Ľ, L BEKO a Ľ DOBŠOVIČ. Humanistická psychológia v práci sestry. *Sestra a lekár v praxi*. 2009, 2009 (3-4), 4-4. ISSN 1335-9444
16. KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
17. KRÁLOVÁ, J. Agresivní pacient. *Praktický lékař*. 2005, 2005(4), 230-232. ISSN 0032-6739
18. KRISTOVÁ, J., *Komunikácia v ošetrovatelstve*. [s.l.] : [s.n.], 2009. 185 s. ISBN 978-80-8063-160-3.)
19. KŘIVOHLAVÝ, J., *Sestra a stres*. Praha : Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
20. LARSEN, R. *Anestezie*. 7. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0476-5.
21. LINHARTOVÁ, V., *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
22. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi* . 2010. Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.
23. OPLTOVÁ, B., Ošetrovatelská péče o pacienta po operaci plic. *Sestra*. 2006, 2006(3). ISSN 1210-0404
24. PÁLENÍKOVÁ, K, PROSECKÁ, M, Mezioborová spolupráce sester na operačním sále. *Sestra*. roč. 2010. č. 2, s. 41-43. ISSN 1210-0404
25. PODSTATOVÁ, R; SOVOVÁ, E, ŘEHOŘOVÁ, J, *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. 2007. [s.l.] : Grada, 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
26. POKORNÁ, A., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-524-2.
27. POLÁCHOVÁ, E, *sestra* roč. 2009, č. 9, s. 18-18, ISSN 1210-0404
28. PLAŇAVA, I, *Průvodce mezilidskou komunikací*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0858-2.
29. RICHARDS, A, EDWARDS, S, *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 2003. Praha : Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.

30. SUCHÁ, Š, CHRUDIMSKÁ, K, ŠTEFKOVÁ, I, UHLÍŘOVÁ, M, . Bezpečnost pacienta na operačním sále. *Sestra*. 2009, 2009(1). ISSN 1210-0404
31. ŠAMÁNKOVÁ, M., *Základy ošetrovatelství*. 2006. [s.l.] : Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
32. ŠLAISOVÁ, I, Evalvační a devalvační prvky v komunikaci. *Sestra*. roč. 2009. č., 9, s. 26-27. ISSN 1210-0404
33. ŠPATENKOVÁ, N, KRÁLOVÁ, J, *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-4.
34. THOLE-JECK, S, I HALLBAUM , I PICHLMAYR. *Anesteziologie - praktická příručka*. Martin: Osveta, 1998. ISBN 80-88824-82-6.
35. VENGLÁŘOVÁ, M, MAHROVÁ, G, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
36. VOKURKA, M, HUGO, J, *Velký lékařský slovník*. 2008. [s.l.] : Maxdorf, 2008. 1144 s. ISBN 978-80-7345-202-5.
37. VYBÍHALOVÁ, L. Komunikační dovednosti při práci sestry. *Sestra*. roč. 2011. č. 1. s. 28-28. ISSN 1210-0404.)
38. VYMĚTAL, J, *Průvodce úspěšnou komunikací : Efektivní komunikace v praxi*. [s.l.] : GRADA, 2008. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4
39. VYTEJČKOVÁ, R, SEDLÁŘOVÁ, P, WIRTHOVÁ V, HOLUBOVÁ., J, *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obesná část*. 2011. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
40. WORKMAN, B, BENNER.,C,L, *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1714-X.
41. ZEMAN, M, *Chirurgická propedeutika*. 2000. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-705-2.
42. ZEMANOVÁ, J, *Základy anesteziologie*. 2002. [s.l.] : NCO NZO, 2002. 149 s. ISBN10:80-7013-374-0

8. Klíčová slova

Operační sál

Ošetrovatelská péče

Operační tým

Anesteziologická sestra

Komunikace

Pacient

9. Přílohy

Seznam příloh:

1. Příloha č.1 Standard ošetrovatelské péče na operačním sále pro anesteziologické sestry
2. Příloha č. 2 Dotazník pro anesteziologické sestry
3. Příloha č.3 Desatero komunikace pro sestry s pacientem na operačním sále
4. Příloha č.4 Fotodokumentace operačního sálu a vybavení

Příloha č. 1. Standard ošetrovatelské péče na operačním sále pro anesteziologické sestry

STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP č. 1

Název SOP: **Ošetrovatelská péče na operačním sále, Nemocnice Písek a.s.**

<i>Charakteristika standardu</i>	Standardní ošetrovatelský postup
<i>Oblast péče</i>	individualizovaná
<i>Cílová skupina pacientů</i>	Péče o pacienta na operačním sále
<i>Místo použití</i>	Operační sál nemocnice
<i>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</i>	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Všeobecná sestra Bc., DiS. a Mgr.,všeobecná sestra specialista v rozsahu získané specializace.
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetrovatelské péče
<i>Platnost standardu od:</i>	1.1.2012
<i>Frekvence kontroly</i>	1x za 3 roky
<i>Revize standardu provedena dne:</i>	
<i>Kontrolu vykoná</i>	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
<i>Kontaktní osoba</i>	X.Y. vrchní setra anesteziologického oddělení
<i>Odborný garant</i>	X.Y. Hlavní sestra
<i>Schválil</i> <i>Náměstek pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestra</i>	X.Y. Hlavní sestra

Standard ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľská péče o pacienta na operačnom sále - anesteziologická sestra

Standard definuje rozsah ošetrovateľskej péče anesteziologickej sestry o pacienta na operačnom sále.

Indikace ošetrovateľskej péče na operačnom sále

Ošetrovateľská péče na operačnom sále je indikovaná u všetkých plánovaných i akútnych operačných zákrokov. U všetkých pacientov podstupujúcich celkovú, alebo svodnú anestéziu.

Kontraindikace ošetrovateľskej péče na operačnom sále

Plánovaných operačných výkonov – nevylaščený pacient

Akútne operačné výkony – z vitálnych indikácií – kontraindikácie nie sú

Definice standardu

Ošetrovateľská péče o pacienta na operačnom sále je zaměřena na sledování celkového stavu pacienta, komunikaci s pacientem, kontrole fyziologických funkcí, na znalosti sestry o komplikacích při svodné a celkové anestézii a na intervencích sestry při řešení komplikací při svodné a celkové anestézii.

Standard definuje péči, která je zahájena převzetím pacienta a jeho dokumentace z oddělení chirurgického oboru anesteziologickou sestrou na operační sál. Kontroluje identifikaci pacienta, odebírá ošetrovateľskou anamnézu ohledně výkonu a zaznamenává ji do anesteziologickej dokumentace. Zabezpečí monitoraci základních fyziologických funkcí pacienta s využitím moderní techniky nepřetržitě po celou dobu anestézie. Asistuje při úvodu i ukončení do celkové či svodné anestézie, sleduje průběžně fyziologické funkce, kontroluje polohu pacienta, zabezpečuje tepelný komfort. Zná komplikace spojené s podáním celkové anestézie.

Cíl standardu

Poskytovat kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péči pacientovi na operačním sále.



KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

Všeobecná sestra (SZŠ), diplomovaná všeobecná sestra (DiS.), všeobecná sestra Bc. a Mgr., všeobecná sestra specialista v rozsahu získané specializace

S2 Pomůcky při ošetrovatelské péči na operačním sále

- **Monitorovací zařízení k měření fyziologických funkcí** - monitorace EKG, pulzní oxymetr, kapnometrie, digitální tonometr
- **Pomůcky k zahřívání pacienta** – přikrývky, vyhřívané podložky, termofolie, ohřívače infuzí
- **Pomůcky pro zajištění průchodnosti dýchacích cest** – vzduchovod, endotracheální tubus, laryngeální maska, zavaděč, kyslíková maska napojená na přívod kyslíku, ambuvak s maskou napojený na přívod kyslíku, odsávačka
- **Přístrojové vybavení** – anesteziologický přístroj

S3 Dokumentace

Anesteziologický záznam

Záznam o použití anesteziologických přístrojů

Informovaný souhlas pacienta

S4 Prostředí

Předsálí, operační sál



KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelská péče

Při převzetí pacienta na operační sál

P1 Anesteziologická sestra převezme pacienta od sestry ze standardního oddělení, zkontroluje jméno pacienta a rodné číslo/ročník narození na identifikačním náramku a v dokumentaci, správnost operované strany a pacientem podepsaný souhlas s anestezií.

P2 Anesteziologická sestra zjistí informace od pacienta - lačnost, alergie, zubní protéza.

P3 Anesteziologická sestra komunikuje s pacientem a informuje pacienta o dalším průběhu na operačním sále

P4 Anesteziologická sestra zaznamenává zjištěné údaje do úvodní části anesteziologického záznamu.

Během podávání celkové, nebo svodné anestezie

P5 Anesteziologická sestra asistuje lékaři při podávání celkové, nebo svodné anestezie.

P6 Anesteziologická sestra asistuje lékaři při zajištění dýchacích cest a při úvodu do celkové anestezie

P7 Anesteziologická sestra asistuje lékaři při zavádění epidurální a spinální anestezie

P8 Anesteziologická sestra kontroluje fyziologické funkce pacienta průběžně

P9 Anesteziologická sestra zaznamenává hodnoty fyziologických funkcí do anesteziologického záznamu každých 5 minut, nebo v jiném časovém rozmezí dle ordinace anesteziologa.

P10 Anesteziologická sestra kontroluje polohu pacienta.

P11 Anesteziologická sestra kontroluje teplotu pacienta a dbá na tepelný komfort pacienta

P12 Anesteziologická sestra asistuje lékaři při probouzení pacienta z celkové anestezie

P13 Anesteziologická sestra asistuje lékaři při extubaci pacienta a odsává sekret z dýchacích cest

P14 Anesteziologická sestra rozpozná komplikace související s celkovou anestezií a dokáže na ně neprodleně správně reagovat

P15 Anesteziologická sestra asistuje lékaři při řešení náhle vzniklých komplikací souvisejících s podáním celkové, nebo svodné anestezie

P16 Anesteziologická sestra předává pacienta sestře na dospávací pokoj a zaznamená do dokumentace čas předání

Zvláštní upozornění: Komplikace po celkové anestezii:

Zapadnutí kořene jazyka

Laryngospasmus

Hypoxie

Centrální útlum dýchání

Pooperační zvracení

Aspirace

Změny krevního tlaku – hypotenze, hypertenze

Hypotermie

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Sestra prováděnou ošetrovatelskou péčí nepoškodila pacienta.

V2 Sestra správně prováděnou ošetrovatelskou péčí zajistila bezpečnost pacienta na operačním sále

Literatura

1. KASAL, E., a kol. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1. Praha: Karolinum, 2006. 197 s. ISBN 80-246-0556-2.

2. ČERNÝ, Vladimír, et al. Anestezie v České republice 2010 - jednodenní prospektivní dotazníková studie. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2011, 22, 1, s. 5 - 12. ISSN

3. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
4. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. Praha: Karolinum, 2006. s. 353 ISBN 80-246-1091-4.
5. ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie 1. část*. 1. Brno: NCO NZO, 2002. 149 s. ISBN 80-7013-374-5.

Zpracovala : Dana Velimská, studentka 3. ročníku VSK

Kontrolní kritéria k auditu OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA NA OPERAČNÍM SÁLE

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	An o	Ne
KRITÉRIA STRUKTURY				
S1	Prováděla ošetrovatelskou péči kompetentní osoba?	Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise		
S2	Byly na operačním sále dostupné všechny potřebné pomůcky k ošetrovatelské péči?	Kontrola pomůcek – pohledem, inventář		
S3	Připravila si sestra veškerou potřebnou dokumentaci k ošetrovatelské péči?	Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem		
S4	Byly zkontrolovány přístroje pro podávání anestezie?	Kontrola přístrojů		
KRITÉRIA PROCESU				
P1	Zkontrolovala sestra jméno pacienta a rodné číslo/ročník narození na identifikačním náramku a v dokumentaci?	Pozorování sestry		

P2	Zjistila sestra základní údaje od pacienta?	Pozorování sestry		
P3	Zhodnotila sestra celkový stav pacienta a komunikovala s pacientem?	Pozorování sestry		
P4	Informovala sestra o dalším průběhu na operačním sále?	Pozorování sestry		
P5	Asistovala sestra při podávání celkové, nebo svodné anestezie?	Pozorování sestry		
P6	Asistovala sestra při zajištění dýchacích cest?	Pozorování sestry		
P7	Asistovala sestra při podávání svodné anestezie?	Pozorování sestry		
P8	Kontrolovala sestra fyziologické funkce pacienta?	Dotaz/ otázky pro sestru		
P9	V jakém časovém rozmezí sestra zaznamenává hodnoty fyziologických funkcí do dokumentace?	Dotaz/otázky pro sestru		
P10	Kontrolovala sestra polohu pacienta?	Dotaz/otázky pro sestru		
P11	Zajistila sestra tepelný komfort pacienta?	Dotaz/otázky pro sestru		
P12	Asistovala sestra při probouzení s celkové anestezie?	Dotaz/otázky pro sestru		
P13	Asistovala sestra při extubaci?	Dotaz/otázky pro sestru		
P11	Zná sestra příznaky neprůchodnosti DC?	Dotaz/otázky pro sestru		
P12	Zná sestra příznaky aspirace?	Dotaz/otázky pro sestru		
P13	Zná sestra příznaky hypotermie?	Dotaz/otázky pro sestru		
P14	Zná sestra komplikace související s podáním celkové a svodné anestezie?	Dotaz/otázky pro sestru		
P15	Umí setra asistovat při řešení komplikací v souvislosti s anestezií?	Dotaz/otázky pro sestru		

P16	Předala sestra pacienta na dospávací pokoj a zapsala čas předání do dokumentace?	Dotaz/otázky pro sestru		
KRITÉRIA VÝSLEDKU				
V1	Nepoškodila sestra pacienta při provádění ošetrovatelské péči?	Pozorování sestry		
V2	Zajistila sestra bezpečnost pacienta?	Dotaz/otázky pro sestru		

Příloha č. 2 Dotazník pro anesteziologické sestry

Vážená kolegyně, kolego,

jmenuji se Dana Velimská a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který poslouží jako podklad k vypracování bakalářské práce na téma „Komunikace s pacientem na operačním sále z pohledu anesteziologické sestry a pacienta“. Tento dotazník je zcela anonymní a Vámi uvedené údaje budou využity výhradně k účelům mé práce. Pokud není uvedeno jinak, zvolte vždy jednu možnost odpovědi.

Za Vaši ochotu, čas a poskytnuté informace velice děkuji.

Dana Velimská

Dotazník pro anesteziologické sestry

1. Jsem

- a) žena
- b) muž

2. V oboru anesteziologie pracuji:

- a) do 1 roku
- b) do 5 let
- c) do 10 let
- d) do 15 let
- e) 16 a více

3. Mé nejvyšší dosažené vzdělání.

- a) VŠ – Mgr.
- b) VŠ – Bc.
- c) VOŠ –DiS
- d) SZŠ
- e) jiné

4. Studujete v současné době ?

- a) ARIP
- b) VŠ - Bc
- c) VŠ – Mgr.
- d) ne

5. Absolvoval/a jste někdy školení v oblasti komunikace ?

- a) ano
- b) ne

6. Uvítala byste školení v oblasti komunikace ?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Domníváte se, že Vy osobně můžete osobně ovlivnit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče na Vašem operačním sále?

- a) ano
- b) ne

8. Máte vypracovaný standard ošetrovatelské péče o pacienta na operačním sále ?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

9. Domníváte se, že tento standard vede ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty ?

- a) ano
- b) ne

10. Myslíte, že ošetrovatelská péče na Vašem operačním sále je :

- a) velmi kvalitní
- b) uspokojivá
- c) nedostatečná

11. V komunikaci s pacienty na Vašem operačním sále

- a) nevidíte žádný problém
- b) lze ji bezpochyby zlepšovat
- c) někdy vážně závažným způsobem

12. Máte pocit, že na Vašem operačním sále je s pacienty zacházeno zdvořile a ochotně ?

- a) ano
- b) někdy
- c) zřídka
- d) ne

13. Na komunikaci s pacientem máte :

- a) dostatek času
- b) menší časový prostor
- c) není na ni téměř žádný čas

14. Myslíte, že na ošetrovatelskou péči na operačním sále máte čas ?

- a) ano
- b) někdy
- c) ne

15. Jak jsou dle Vašeho názoru pacienti přijíždějící na operační sál informováni o průběhu operačního výkonu

- a) dobře
- b) částečně
- c) neuspokojivě

16. Jak jsou dle Vašeho názoru pacienti přijíždějící na operační sál informováni o průběhu anestezie

- a) dobře
- b) částečně
- c) neuspokojivě

17. Většina pacientů, kteří jsou přivázeni na operační sál jsou podle Vás :

- a) velmi vystrašení, úzkostní
- b) mírně vystrašení, mírně úzkostní
- c) klidní

18. Myslíte, že stresové prostředí operačního sálu ovlivňuje komunikaci pacienta s ošetrovatelským týmem na operačním sále ?

- a) určitě
- b) někdy
- c) zřídka

19. Je komunikace na operačním sále časově limitována provozem operačních sálů

- a) ano
- b) někdy
- c) ne

20. Je podle Vás možné zlepšit hladký provoz na sále kvalitní přípravou pacienta před příjezdem na sál ?

- a) určitě
- b) možná
- c) ne

21. Kteří členové operačního týmu z Vašeho pohledu mají rezervy v komunikaci s pacientem na operačním sále ?

- a) operatér
- b) anesteziolog
- c) instrumentářka
- d) pomocný personál

e) anesteziologická sestra

22. Jak na řešíte komunikaci s pacienty nehovořícími česky ?

- a) máme překladatele
- b) většinou si vystačíme s častými světovými jazyky (angličtina, němčina, ruština,...)
- c) pomocí gest
- d) mám naučené nejčastější obraty ve světových jazycích

23. Je podle Vás komunikace mezi anesteziologickým, chirurgickým týmem a pracovníky operačního sálu dobrá ?

- a) většinou ano
- b) někdy se najdou problémy
- c) problémy jsou časté

24. Považujete přístrojové vybavení (anesteziologické přístroje, monitorovací systém) operačního sálu za vyhovující

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

25. Máte dostatek zdravotnických pomůcek nezbytných pro anestezii ?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

26. Jednorázové zdravotnické pomůcky pro anestezii využíváte

- a) denně
- b) občas
- c) zřídka

27. Napište prosím, které 3 negativní faktory nejvíce ovlivňují potíže komunikace s pacientem na operačním sále

.....

28. V čem by se mohla ošetrovatelská péče o pacienta na operačním sále zlepšit především, uveďte hlavní 3 faktory

.....

Děkuji vám za spolupráci

V Písku 20.2.2012

Dana Velimská

Příloha č. 3 Desatero komunikace pro sestry s pacientem na operačním sále

1. Představ se pacientovi – nebuď anonymní
2. Získej důvěru pacienta
3. Respektuj identitu pacienta – oslovuj jménem, titulem
4. Nechvátej - buď trpělivá
5. Informace podávej srozumitelně - nepoužívej odborné výrazy
6. Pozoruj reakce pacienta – vnímej zpětnou vazbu od pacienta
7. Dej pacientovi prostor a čas k vyjádření
8. Chovej se profesionálně
9. Užívej prostředky neverbální komunikace
10. Empatie – ber v úvahu pocity pacienta

(vlastní zdroj: z výsledků výzkumu)

Příloha č. 4 Fotodokumentace operačního sálu a vybavení

Obrázek č. 1 - vstup na operační sály



Obrázek č. 2 - anesteziologická přípravná - předsálí



Obrázek č. 3 - anesteziologický přístroj



Obrázek č. 4 – operační sál



Obrázek č. 5 – sklad sterilního materiálu



Obrázek č. 6 – anesteziologický stolek



Fotodokumentace: vlastní zdroj

