

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Prostředí operačního traktu a jeho vliv
na pacienta**

Bakalářská práce

Autor: Denisa Kubíková, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Denisa Kubíková, Dis.**
Studijní program: Ošetrovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Prostředí operačního traktu a jeho vliv na pacienta**
Cíl práce: Cílem práce bude zjistit, jak pacienti v peroperačním období vnímají své bezprostřední okolí, v souvislosti právě s těmito faktory.

PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Anotace

Cílem práce je zmapovat, jak vybrané faktory prostředí operačního traktu působí na pacienty v bezprostředním předoperačním období. Výzkumná část obsahuje kvalitativní výzkum, který byl realizován pomocí částečně strukturovaného rozhovoru. Respondenti – pacienti (n=12) byli vybráni dle námi určených kritérií. Mezi hlavní problémové oblasti v kontextu prostředí operačních sálů patří absence edukace o perioperační péči, překládové okno a chlad v prostorách patientského filtru i na operačních sálech. Na základě zjištění doporučujeme pro zdravotnickou praxi využívání dostupných metod k zajištění tepelného komfortu pacienta a využívání edukačního letáku. Managementu Centrálních operačních sálů navrhujeme zabývat se problematikou překládového zařízení.

Klíčová slova

Operační trakt, překládové okno, tepelný komfort, edukace, ošetřovatelství

Annotation

The aim of this work is to map how selected environmental factors affect the patients in the immediate preoperative period. The research part contains qualitative research, which was realized through a partially structured interview. Patient respondents (n = 12) were selected according to our criteria. The main problem areas in the context of the operating room theatre environment include the lack of education on perioperative care, the transfer unit and the cold in the patient filter and in the operating theatre. Based on the findings, we recommend for medical practice the use of available methods to ensure the patient's thermal comfort and use of an educational leaflet. We propose the management of the Central Operating Theaters to deal with the issue of transfer facilities.

Keywords

Surgery tract, transfer unit, thermal comfort, education, nursing care

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 10. dubna 2020

.....

Podpis studentky

Poděkování

Touto cestou bych především velice ráda poděkovala PhDr. Ingrid Juhásové, PhD. Za její vysoce odborné vedení, cenné rady, trvalý zájem i osobní přístup během psaní mé bakalářské práce. Za vstřícný přístup děkuji také mým nadřízeným, vedení nemocnice a kolegyním. Dále chci poděkovat respondentům za jejich účast na realizaci výzkumu. V neposlední řadě chci věnovat významné poděkování mé rodině, která mi byla po celou dobu studia oporou.

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav problematiky	11
1.1 Předoperační péče	11
1.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava	12
1.1.2 Krátkodobá předoperační příprava	12
1.1.3 Bezprostřední předoperační příprava	13
1.1.4 Předanestetické vyšetření	13
1.1.5 Premedikace	14
1.1.6 Transport pacienta na operační sál	15
1.2 Stavební uspořádání operačního traktu	15
1.3 Organizace práce a provoz na operačních sálech	17
1.3.1 Základní dokumenty operačních sálů	17
1.3.2 Multioborový tým operačních sálů	18
1.4 Bezpečnost pacienta na operačním sále	19
1.5 Holistická péče o pacienta v perioperačním období	23
1.5.1 Komunikace s pacientem	23
1.5.2 Strach a úzkost pacienta před operací	29
1.5.3 Potřeby pacienta v perioperačním období	32
2 Výzkumná část – Prostředí operačního traktu a jeho vliv na pacienta	36
2.1 Průběh výzkumného šetření	37
2.2 Metodika výzkumu	37
2.3 Charakteristika výzkumného prostředí a skupiny respondentů	38
2.4 Výsledky a analýza výzkumného šetření	41
2.5 Diskuze	59
2.6 Návrh řešení a doporučení pro praxi	67
Závěr	70
Seznam použité literatury	72
Přílohy	76

Seznam tabulek

Tabulka 1 Tepelná pohoda v prostorách patientského filtru.....	42
Tabulka 2 Zájem zdravotnického personálu o tepelnou pohodu pacientů.....	43
Tabulka 3 Projevy vzduchotechniky v patientském filtru.....	44
Tabulka 4 Doba čekání v patientském filtru před operací	45
Tabulka 5 Vyjádření respondentů k době čekání v patientském filtru.....	46
Tabulka 6 Poskytování informací zdravotníky pacientům, během transportu přes překladové okno.....	47
Tabulka 7 Hodnocení transportu přes překladové okno	48
Tabulka 8 Pozitivní aspekty prostor operačního traktu	50
Tabulka 9 Negativní aspekty prostor operačního traktu	51
Tabulka 10 Poskytování informací zdravotníky na operačním sále při realizaci péče...	52
Tabulka 11 Hodnocení interpersonální komunikace zdravotníků	53
Tabulka 12 Hodnocení péče o intimitu pacientů	54
Tabulka 13 Poskytování informací o operačním traktu.....	56
Tabulka 14 Představy o operačním traktu	58
Tabulka 15 Identifikace obav před operací.....	59

Seznam použitých zkratek

ASA	American Society of Anesthesiologists
ASPAN	The American Society of PeriAnesthesia Nurses
ATB	antibiotika
DM	diabetes mellitus
EKG	elektrokardiografie
i.m.	intramuskulárně
mg	miligram
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NGS	nasogastrická sonda
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
PMK	permanentní močový katetr
p.o.	per os
PŽK	periferní žilní katetr
R	respondent
RBC	resortní bezpečnostní cíle
RTG	rentgen
VAS	vizuální analogová škála

Úvod

Prostory operačního traktu představují pro pacienta, jenž podstupuje intervenční výkon, v různé míře neznámé prostředí. Důvodem je jejich provoz, který se odlišuje od jiných úseků nemocnice. Zeman (2001) k tomuto vysvětluje, že u pacientů podstupujících operační výkon, existuje zvýšené riziko přenosu a rozvoje infekce. Zabezpečení zásad asepse a antisepte je proto velice důležité, v nejvyšší míře potom na operačních sálech (Zeman, 2011). Tyto zásady jsou v prostorách operačního traktu zajištěny jejich režimem i funkčním a stavebním uspořádáním. Je tedy přirozené, pokud pacienti v předoperačním období nemají reálnou představu o tom, jaké prostředí operačních sálů vlastně je. Jejich představy mohou být ovšem ovlivněny. Například obrazem, jenž je prezentován v médiích, vzpomínkami na zážitky z operačního sálu z dob minulých nebo z vyprávění známých či informacemi z internetu. Negativně vytvořený obraz operačních sálů, včetně samotného dění, může u pacientů vyvolávat strach a obavy.

Pacienti se v prostorách operačního traktu dostávají do situace, kdy jsou odkázáni na míru profesionality osob, které neznají, a přesto jim musí zcela důvěřovat. Také jejich vnímání a vůle jsou v různé míře ovlivněny nejen premedikací, ale i stresem, který mohou před invazivním výkonem prožívat. Morovicsová (2010) zdůrazňuje, že pacienti během intraoperačního období, velice citlivě vnímají působení různých, i negativních faktorů, jako jsou například: hluk, chlad, nové prostředí, přístrojové vybavení, bariéry v komunikaci, neosobní přístup zdravotníků a nerespektování intimity.

Těchto aspektů by si sestra, při realizaci vysoce odborné ošetrovatelské péče v rámci perioperačního období, měla být vědoma. Neměla by spoléhat pouze na jednoznačné verbální či neverbální projevy diskomfortu pacienta, ale vzhledem k okolnostem, by měla citlivě vnímat i projevy nenápadné. Dle Hippokrata (Citáty, 2020) musí být lékař odpovědný i za to, co mu pacient neřekne“. Toto rčení, pokud místo slova lékař dosadíme slovo sestra, vhodně doplňuje charakteristiku rolí sester dle Staňkové (2002), která mimo jiné přisuzuje sestře roli obhájkyne pacienta. Sestra obhájkyne stává se mluvčím pacienta v momentě, kdy on sám není schopen své potřeby, problémy a přání projevit. Naší povinností je tedy věnovat maximální pozornost jak fyzickým, tak i psychickým potřebám pacienta.

V současné době je kladen důraz na bezpečnost a kvalitu ošetrovatelské i lékařské péče. Péče praktikovaná na operačních sálech není prosta rizik a v rámci jejího poskytování může docházet k chybám, které vzhledem k charakteru práce, mohou mít velice vážné až fatální důsledky. K zajištění kvalitní péče a bezpečnosti pacienta na operačním sále existují různá nařízení a směrnice, které mohou být účelné pouze tehdy, když se do tohoto procesu plně a vědomě zapojí všichni zainteresovaní zdravotničtí pracovníci. Pokud budeme ovšem k pacientovi přistupovat z holistického úhlu pohledu a budeme citlivě vnímat jeho potřeby, dojdeme k zjištění, že takto komplexní péče není a nemůže být definována pouze hranicemi platných dokumentů.

První kapitola bakalářské práce – Současný stav problematiky, se týká prostředí operačního traktu i prožívání pacienta. Naším záměrem bylo vyzdvihnout specifické jevy níže popsanych okruhů, které jsou s bezprostředním předoperačním obdobím spojeny. Popisujeme zde stavební uspořádání a organizaci operačního traktu, neboť toto vede k pochopení různých specifických kroků v perioperační péči. V současném stavu problematiky dále přibližujeme faktory, které mohou pacienta v období před operací doprovázet a ovlivňovat. Kromě potřeb pacienta, kdy je pozornost věnována zajištění tepelné pohody, popisujeme pojmy jako předoperační péče, komunikace, důstojnost či strach a úzkost. Druhou kapitolou je samostatný kvalitativní výzkum s nastavenou metodologií. Jako respondenty jsme vybrali pacienty, kteří byli podle kritérií oslovení k rozhovoru.

Cílem kvalitativního výzkumu je zachytit jedinečnost prožitků, které vznikly díky interakci pacienta se zdravotnickými pracovníky a prostředím jako takovým. Výjimečné odpovědi pacientů mohou pomoci zrealizovat adekvátní doporučení pro ošetrovatelskou praxi.

Ve výzkumu jsme se zaměřili na zmapování několika konkrétních oblastí:

- informovanost pacientů o dění v prostorách operačního traktu,
- komunikaci zdravotnického personálu,
- péče o intimitu a tepelnou pohodu pacienta.

Motivace k výběru tématu bakalářské práce Prostředí operačního traktu a jeho vliv na pacienta, vyplynula z mých zkušeností z praxe. Pracuji jako anesteziologická sestra a vždy jsem se zajímala o bezpečnost a komfort pacientů v celém spektru holisticky pojaté péče. Díky výsledkům výzkumného šetření můžeme odhalit problémové oblasti a následně realizovat změny k lepšímu.

1 Současný stav problematiky

1.1 Předoperační péče

Předoperačním obdobím začíná velký úsek zvaný perioperační péče. Jedná se o fázi intenzivní přípravy pacienta na operaci. Na tuto etapu navazuje vlastní operační výkon a následně pooperační péče, kdy se pacient postupně stabilizuje. Předoperační období dle naléhavosti výkonu může trvat 1–2 dny, ale také pouze několik minut (Zeman, Krška a kol., 2011). Kasal a kol. (2003) k tomuto konstatují: „*Předoperační příprava začíná již v okamžiku, kdy je nemocný indikován k operačnímu výkonu*“. Cílem předoperační přípravy je snížit na minimum riziko operace a podání anestezie, zabránit vzniku peroperačních i pooperačních komplikací a zkrátit dobu léčení a rekonvalescence na minimum.

Součástí předoperační péče je předoperační příprava. Kasal a kol. (2003) vzhledem k naléhavosti výkonu uvádí její následující cíle:

- Před plánovanými výkony kompenzovat komplikující onemocnění a optimalizovat stav nemocného.
- Před akutními výkony je cílem stabilizovat stav nemocného. Kompenzaci přidružených onemocnění již nedovolí časová tíseň. Někdy je možné dodržet dobu lačnění.
- Výkony z vitální indikace se co se předoperační přípravy týká, omezují na protišoková opatření a resuscitační péči (Kasal a kol., 2003).

Podle Janíkové, Zeleníkové (2013) je možné předoperační přípravu rozdělit z několika hledisek, které se navzájem doplňují a prolínají:

- Obecná, jež je společná pro všechny chirurgické výkony a speciální, která je přizpůsobená typu onemocnění a charakteru operace.
- Tělesná, psychická a medikamentózní, která je zaměřená na přípravu vlastního organismu, edukaci a mírnění obav, úpravu medikace.
- Celková a místní, jež se zaměřuje na organismus jako celek a místo plánované operace.
- Dlouhodobá, krátkodobá a bezprostřední zohledňující časové hledisko.

1.1.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Časové hledisko dlouhodobé předoperační přípravy se odvíjí od zdravotního stavu pacienta a typu operace. Zahrnuje náležité vysvětlení celého léčebného procesu lékařem pacientovi, kdy zapojení nemocného při rozhodování zvyšuje jeho důvěru v lékaře i zvolené metody terapie. Veškeré informace by měly být pacientovi podány pro něj srozumitelným jazykem, ústní i písemnou formou. Na základě těchto informací má pacient právo se svobodně rozhodnout, zda operační výkon podstoupí. Tento rozhovor by měl vyústit v podepsání informovaného souhlasu se zvoleným operačním zákrokem (Janíková, Zeleníková, 2013).

Standardní vyšetření v rámci dlouhodobé předoperační přípravy:

- Zhodnocení informací o zdravotním stavu pacienta ze zdravotnické dokumentace, fyzikálním vyšetřením a anamnézou.
- Interní vyšetření v rozsahu, jež odpovídá zdravotnímu stavu pacienta, operačnímu výkonu a způsobu anestezie. Dle stanovení anesteziologického rizika a určení pacienta dle ASA klasifikace (příloha 1) je stanovena platnost i nutnost jednotlivých vyšetření. Součástí interního vyšetření je kromě získání anamnézy a fyzikálního vyšetření, i zhodnocení vitálních funkcí, screeningové vyšetření krve a moči, EKG, RTG srdce a plic.
- Gynekologické vyšetření u žen.
- Nutriční příprava.
- Odebrání autotransfuze (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.1.2 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava plynule navazuje na dlouhodobou předoperační přípravu. Odehrává se 24 hodin před samotným operačním výkonem. Povinností lékaře i všeobecné sestry je zhodnotit dostupné informace a zkontrolovat všechna doposud provedená vyšetření a dle potřeby případně navrhnout další, doplňující vyšetření (Janíková, Zeleníková, 2013).

Na základě dostupných předoperačních vyšetření a typu operačního výkonu, provede anesteziolog anesteziologické konzilium. Během konzilia lékař edukuje pacienta a volí typ anestezie, premedikace a prepremedikace. Výsledkem této přípravy je podepsání informovaného souhlasu s anestezií (Janíková, Zeleníková, 2013).

Příprava na operaci v tělesné oblasti se odvíjí od zvyklostí oddělení a typu operace:

- oholení, odmaštění operačního pole,
- příprava gastrointestinálního traktu (dieta, lačnění, klyzma či ortográdní příprava),
- hygienická péče (celková koupel, odlakování nehtů, desinfekce pupku),
- aplikace léků dle ordinace lékaře (infusní terapie, parenterální výživa, antibiotická profylaxe, transfuze, premedikace),
- zajištění invazivních vstupů (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.1.3 Bezprostřední předoperační příprava

Toto období se odehrává cca 2 hodiny před samotným operačním výkonem. Je charakteristické kontrolou dokumentace, provedených vyšetření a úkonů v předchozím období přípravy (lačnění, příprava operačního pole atd.) Z navazujících ošetrovatelských intervencí je možné přiložení elastických bandáží jako prevence TEN, zavedení invazivních vstupů (PŽK, PMK, NGS) a aplikace medikace dle ordinace lékaře (ATB, infuse, inzulin). Aplikace a načasování premedikace je podána dle pokynů anesteziologa (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.1.4 Předanestetické vyšetření

Péče anesteziologa v perioperačním období je charakteristická podílem na přípravě pacienta na operační výkon, samotným zajištěním v jeho průběhu a péčí navazující. Během předoperačního období spolupracuje s indikujícím lékařem o rozsahu, riziku a časovém plánu operačního výkonu. V bezprostředním období před operací ještě hodnotí stav nemocného a zvolený způsob anestezie (Skalická, 2007). Všechny intervence jsou směřovány k tomu, aby se co nejvíce snížilo předoperační riziko pro pacienta (Larsen, 2004).

Vlastní předanestetické vyšetření se provádí formou konzilia u lůžka pacienta během hospitalizace nebo v anesteziologické ambulanci. K získání co nejvyššího množství validních informací pacienta je používán předoperační dotazník, jenž pacient obdrží v dostatečném předstihu před plánovaným výkonem a vyplněný ho předá anesteziologovi (Skalická, 2007).

Zemanová (2009) zahrnuje do předanestetického vyšetření:

- odebrání anesteziologické anamnézy s pomocí dotazníku,
- kontrolu laboratorních výsledků a pomocných vyšetření, případně jejich doplnění,
- objektivní zhodnocení anatomických podmínek nutných pro zajištění dýchacích cest a intravenózního přístupu,
- zhodnocení psychiky pacienta,
- poučení nemocného o povaze anestezie,
- volba premedikace (Zemanová, 2009).

1.1.5 Premedikace

Skupina autorů (Kasal a kol., 2003; Zemanová, 2009; Skalická, 2007) k premedikaci udává následující informace: Premedikace je farmakologická příprava před samotnou anestezií a operačním výkonem. Ten představuje pro pacienta stresovou situaci a zátěž, jak v oblasti psychické, tak i somatické. Výše uvedení autoři definují cíle premedikace:

- Zklidnění nemocného a tím usnadnění úvodu do anestezie.
- Snížení úrovně metabolismu a tím snížení nároků organismu na kyslík a spotřebu anestetik.
- Potenciace účinku podaných anestetik.
- Snížení výskytu pooperační nauzey a zvracení.
- Snížení sekrece z dýchacích cest a salivace.
- Oslabení vagových reflexů.
- Snížení reakce na intubaci.

Premedikace se dělí na tzv. prepremedikaci, která se podává v předvečer operace a jejím úkolem je zajistit nemocnému klidný spánek. Většinou se k tomuto účelu používají hypnotika ze skupiny benzodiazepinů nebo barbiturátů či jiné hypnotikum. Vlastní premedikace se podává perorálně nebo intramuskulárně (u dětí rektálně či intranasálně) 30-45 minut před začátkem anestezie. Dle zvyklostí pracoviště a stavu pacienta se podávají látky ze skupiny anxiolytik, sedativ, hypnotik, parasimpatolytik, H₂ antagonistů, analgetik a opioidů.

Po aplikaci premedikace již zůstává pacient v klidu na lůžku a v doprovodu zdravotnického personálu je vleže transportován na operační sál (Kasal a kol., 2003; Zemanová, 2009; Skalická, 2007).

1.1.6 Transport pacienta na operační sál

Pacient je na operační sál přivezen, dle svého zdravotního stavu, jedním z členů zdravotnického personálu. Zdravotní stav je určen klasifikací ASA.

- ASA I, II – pouze sanitář,
- ASA III – sanitář se sestrou,
- ASA IV – sanitář, sestra, lékař,
- Pacient vyžadující resuscitační péči – resuscitační tým (Wichsová a kol., 2013).

Transport nemocného na operační sál se děje přes vstupní filtr pro pacienta. Zde jej převezme spolu s potřebnou dokumentací sálový personál a anesteziolog. Důležitá je identifikace operovaného. Nemocný ve vstupním filtru odloží veškerý oděv a je přeložen na vozík sloužící pouze pro operační sál nebo na odnímatelnou desku operačního stolu (Zeman, Krška a kol., 2011). Některé operační trakty mají instalované překladové okno používající překladovou podložku pro překlad pacienta (Wichsová a kol. 2013). Na sál je pacient transportován nahý, zahalený do prostěradla, vlasy má kryté operační čapkou. Členové operačního a anesteziologického týmu a operační zřízenec dle svých kompetencí provedou kontrolu přípravy nemocného a co je potřebné, doplní. Ačkoliv hlavní příprava je realizována na oddělení, některé nepříjemné výkony, jako je např. zavedení NGS či PMK, mohou být po domluvě provedeny až po uvedení pacienta do anestezie (Zeman, Krška a kol., 2011).

Je žádoucí, aby pacient přicházel na sál již utlumen a co nejméně vnímal své okolí, neboť se ocitá v prostředí pro něj rušivém (Zeman, Krška a kol., 2011).

1.2 Stavební uspořádání operačního traktu

Organizace a řízení provozu v prostorách operačních sálů je dáno především jejich typem. V posledních 15–20 letech je trendem výstavba centralizovaných operačních sálů (Jedličková, 2019). Operační sály a k nim přiléhající nezbytné prostory tvoří tedy ve většině nemocnic samostatné operační trakty. Jejich oddělením od ostatních částí nemocnice je redukována možnost přenesení infekčních původců, personálem

i materiálem. Vyloučení kontaminace je prioritním požadavkem každého operačního sálu (Wendschke a kol., 2012).

V komplexu operačních sálů má být provoz rozdělen do dvou samostatných chodeb, z nichž jedna slouží pro pohyb s pacienty a úklid, a druhá – čistá je určená pro personál operačního traktu. Požadavek, aby potřebný materiál a nástroje byli dopravovány samostatnou cestou, je obtížně realizovatelný. Dle německých směrnic je však možné, aby přístroje i materiály byly pod zvýšeným hygienickým opatřením – uloženy v transportním obalu až do příjezdu před operační sál (Wendschke a kol., 2012).

Jak uvádí Wendschke a kol. (2012), nesmí docházet ke křížení čistého a nečistého provozu. Čistý provoz je definován, jako prostor s řízeným prostředím, ve kterém je řízená koncentrace částic pevného aerosolu ve vzduchu podle daných limitů. Částice jsou do vzduchu emitovány lidmi, technologií, údržbou a zařízením a neustále musejí být ze vzduchu odváděny. Kontrolovat počet částic a eliminovat je na co nejnižší možnou míru, má za úkol vzduchotechnika. Vzduchotechnické a teplotní požadavky na sálech zajišťuje klimatizace. Výrobci a dodavatelé klimatizačních zařízení dnes nabízejí zařízení se třemi stupni filtrace (hrubý, jemný a koncový HEPA filtr). Každý filtrační systém je vybaven signalizací o zanesení filtru. Velký význam má proudění vzduchu mezi jednotlivými sály a méně čistými prostory, tzv. tlakování. Přetlak musí vždy směřovat proti směru možného šíření mikrobiální kontaminace a ostatních škodlivin. Rozdílné tlaky jsou malé a pro organismus nevnímavé. Nejvyšší přetlak je tedy na aseptických sálech. Opakem jsou potom sály septické, kde je tlakový gradient nižší oproti okolí (Wendschke a kol., 2012).

Doporučená teplota na operačních sálech je 21–24 °C, vlhkost 30–60 % (Wichsová a kol., 2013).

Podlaha operačního sálu musí být beze spár a nevodivá, kvůli riziku vzniku výbojů statické elektřiny. Stěny jsou hladké, rohy a přechody stěn zaoblené, aby se zde nezachycovala nečistota. Stěny a strop musí být omyvatelné. Pokud jsou součástí operačních sálů okna, musí dokonale těsnit, aby se nenarušovala klimatizace (Zeman, Krška a kol., 2001).

Samotné prostorové uspořádání operačního traktu musí vycházet z jeho funkčního členění. Rozlišujeme zónu ochrannou, čistou (aseptickou), sterilní a odsunovou.

- Ochranná zóna: vstupuje se do ní přes filtr. Ve filtru pro personál se zaměstnanci převlékají do operačního prádla. Součástí tohoto filtru jsou i hygienická zařízení (WC a sprchy pro personál). Převoz nemocného na operační sál je veden přes filtr pro pacienty, kde se operovaný překládá z lůžka či transportního vozíku, na kterém přijel z oddělení, na odnímatelnou desku operačního stolu či vozík, sloužící pouze pro účely transportu v operačním traktu. Samotná ochranná zóna tedy přímo navazuje na filtry a sestává se z příjezdové cesty pro transport nemocných, místností pro odpočinek personálu mezi operacemi, pracoven vedoucího oddělení a skladovacích prostor (léky, operační nástroje, prádlo, přístroje)
- Aseptická zóna: patří místnosti přiléhající přímo k vlastním operačním sálům. Jedná se o umývárny lékařů a instrumentárek, místnost pro přípravu nemocného před operací, místnost pro sterilizaci a umývání nástrojů.
- Sterilní zóna: za ni jsou považovány prostory operačních sálů (Zeman, Krška a kol., 2001).

1.3 Organizace práce a provoz na operačních sálech

Organizace práce na operačních sálech se týká několika oblastí. K zajištění provozu slouží následující:

1.3.1 Základní dokumenty operačních sálů

Provozní řád: definuje a stanovuje organizační strukturu operačních sálů. Obsahuje informace o charakteristice pracoviště s popisem prostorového uspořádání i technického vybavení, personálním zabezpečení, hygienickém vybavení, preventivních opatřeních pro zajištění běžného provozu a opatřeních během mimořádných událostí. V provozním řádu jsou dále obsaženy základní provozní podmínky, používaná patientská i ostatní dokumentace a popis pohybu pacienta před i po operačním výkonu (Jedličková, 2019).

Organizační řád: informuje, jakým způsobem je realizováno manažerské vedení operačních sálů. Vymezuje kompetence, odpovědnost a pravomoci jednotlivých pracovníků. Od vedoucích pozic až po jednotlivé kategorie nelékařských zdravotnických pracovníků, popřípadě dalších kategorií zaměstnanců potřebných pro provoz operačních sálů. Organizační řád také stanovuje zastupitelnost jednotlivých

kategorií zdravotnických pracovníků. Dále popisuje organizaci provozních porad, schůzek, seminářů, školení a schůzek s pomocným personálem (Jedličková, 2019).

Hygienicko-epidemiologický řád: je dokumentem, jenž charakterizuje pracoviště z hlediska hygienicko-epidemiologických podmínek. Jeho zaměření je na několik oblastí:

- Personál-stanovení hygienických podmínek vstupu na operační sály pro veškerý personál.
- Pacient-jak je realizován vstup a výstup z operačního sálu a příprava pacienta na operačním sále.
- Návštěvníky-stanovení hygienických podmínek vstupu na operační sál pro studenty a externí spolupracovníky (pracovníci zdravotnické techniky, radiologičtí asistenti, konsiliární lékaři apod.).
- Provozní podmínky, klimatizace, zdravotnická přístrojová technika, zajištění, uložení a transport sterilního materiálu, zabezpečení úklidu, dělení, likvidace a transport odpadů (Jedličková, 2019).

Dokumenty politiky kvality: obsahují vypracované pracovní postupy, základní a odborné standardy. Pro získání certifikací a akreditací je nutné sledovat odbornou způsobilost personálu a jeho další vzdělávání a rozpracovávání jednotlivých procesů, které jsou pro provoz operačních sálů nezbytné. Po stránce ekonomické je vhodný monitoring a měření jednotlivých produktů, validace přístrojů a analýza údajů se zaměřením na neustálé zlepšování činnosti (Jedličková, 2019).

Mezi další dokumenty, které jsou pro provoz operačních sálů nezbytné, lze také zařadit:

- Evakuační plán.
- Traumatologický řád.
- Procesní a jiná dokumentace na sálech (Jedličková, 2019).

1.3.2 Multioborový tým operačních sálů

Charakter činnosti na operačních sálech vyžaduje zapojení jednotlivců víceoborového týmu. Obecně rozlišujeme kategorii pracovníků lékařského a nelékařského zdravotnického povolání. Dále potom pracovníky v přímém vedení, pracovníky pracující bez odborného dohledu a pracovníky pracující pod odborným dohledem.

Právní normy, jež souvisejí s odbornou a specializovanou způsobilostí zdravotnického pracovníka k výkonu povolání jsou:

- Zákon č. 95/2004 Sb. o lékařských povoláních v platné znění.
- Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) v platném znění.
- Vyhláška 55/2011 Sb. v platném znění o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. v platném znění o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí (Jedličková, 2019).

Multioborový tým operačních sálů se stává:

- NLZP bez odborného dohledu: všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka se specializací nebo bez specializace, radiologický asistent, biomedicínský technik/inženýr.
- NLZP pod odborným dohledem: ošetrovatelka, sanitář/sanitářka, dělník, technicko-hospodářský pracovník.
- Lékařská povolání: lékaři jednotlivých chirurgických oborů, anesteziolog, lékař zajišťující konziliární službu.

Kompetence jednotlivých nelékařských zdravotnických povolání jsou odvozeny od dosaženého kvalifikačního a specializačního vzdělání. Základním dokumentem pro nastavení kompetencí ze strany zaměstnavatele je uzavřená pracovní smlouva. Ta definuje pracovní pozici zastávanou u zaměstnavatele. Na ní navazuje náplň práce, která upřesňuje a konkretizuje požadované činnosti (Jedličková, 2019).

1.4 Bezpečnost pacienta na operačním sále

Zdravotní péče je považována za nebezpečnou, což znamená, že rizika se ve zdravotnických zařízeních objevují a objevovat budou. Je tedy morální povinností všech zdravotnických pracovníků učinit vše, co je v jejich silách, aby poskytovaná péče byla nejen kvalitní, ale i bezpečná. Bezpečnost pacienta je jednou z priorit, která vyžaduje aktivní zapojení všech zúčastněných osob. Většině nežádoucích událostí lze předejít,

nebo alespoň zmenšit závažnost jejich dopadu na pacienta, přijetím a realizací bezpečnostních postupů. Řízení rizik má vysokou důležitost v systému řízení kvality. Cílem je identifikace zdrojů rizik, tvorba scénářů možných dopadů a hodnocení míry rizik ohrožujících organizaci či útvar (Jedličková, 2019).

Ve smyslu ustanovení §47 odst. 3 písm. (b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, je poskytovatel rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. MZ vypracovalo pro zavedení tohoto systému tzv. „Minimální požadavky“, které jsou v aktualizovaném znění uveřejněny ve Věstníku MZ č. 16/2015. Jedním z těchto požadavků je i zavedení **resortních bezpečnostních cílů (RBC)**.

- RBC 1 – Bezpečná identifikace pacientů.
- RBC 2 – Bezpečnost při používání rizikových léčiv.
- RBC 3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech.
- RBC 4 – Prevence pádů pacientů.
- RBC 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.
- RBC 6 – Bezpečná komunikace.
- RBC 7 – Bezpečné předávání pacientů.
- RBC 8 – Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

Pozn. RBC 3 byl doplněn o kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu (Jedličková, 2019).

Jedličková (2019) uvádí, že možných rizik a nebezpečí ohrožujících pacienta na operačním sále je několik:

- **Záměna pacienta**

Každé zdravotnické zařízení má stanovený jednotný postup identifikace pacienta. Mezi hlavní způsoby patří identifikační náramky a ústní dotaz na pacienta. Dále je důležitá kontrola dokumentace, ambulantní karty a operačního programu. Vždy se vyžadují alespoň dva identifikační údaje, např. jméno a datum narození.

Na operačním sále se provádí vícestupňová identifikace pacienta. Jednak ihned při přijetí na dispečinku, další provádí anesteziologická sestra a následně ještě perioperační sestra.

- **Záměna operované strany**

Prevenčí této nežádoucí události je vícestupňová kontrola. Jedná se o kontrolu dokumentace pacienta, dobře viditelné označení místa výkonu dle zvyklostí pracoviště, stranový – verifikační protokol a dotazem pacienta.

- **Pád a sesunutí**

Překlad pacienta na operační sál a jeho pobyt na něm musí být vždy za dozoru sálového personálu. Při každém transportu nebo změně polohy pacienta musíme zajistit fyziologickou polohu končetin a fixaci popruhy.

- **Ischémie, otlak, paréza**

Při polohování pacienta na operačním stole musí být všechna místa, která jsou ohrožena vznikem tlakového poškození nebo útlakem nervů s následnou parézou, podložena polohovacími pomůckami a antidekubitárními podložkami.

- **Popálení**

Příčinou popálení pacienta na operačním sále bývá kontakt neutrální elektrody s kůží, používání hořlavých antiseptik nebo špatné uzemnění přístrojů.

- **Alergická reakce**

Alergie se zjišťují dotazem na pacienta při příjezdu na operační sál a následnou kontrolou dokumentace. Dle zjištěných faktů volíme desinfekci a podávaná léčiva.

- **Záměna plynů**

Medicínální plyny jsou dodávány potrubím, které je součástí centrálních rozvodů nebo formou přenosných tlakových lahví.

Odběrová místa potrubí jsou umístěna na zdi nebo zabudována do ramp či chirurgických a anesteziologických stativů. Ukončena jsou rychlospojkou. Potrubí medicínálních plynů je barevně označeno podle druhu plynu, který přepravuje. Stejně barevné rozlišení mají i tlakové lahve. Před připojením přístrojů je nutné zredukovat tlak v lahvi tzv. redukčním ventilem. Každá láhev se stlačeným plynem je vybavená štítkem, který obsahuje informace o velikosti lahve, druhu plynu a plnicím tlaku.

- **Zapomenutý nástroj, rouška**

Předměty neúmyslně ponechané v operační ráně představují pro pacienty, jejich lékaře, operační tým a instituci závažné komplikace. Zpravidla jde o tampony, jehly, chirurgické nástroje, roušky, longety. Opsány byly snad ve všech lidských dutinách, nejčastěji pak v dutině břišní a hrudní. Následkem ponechaných předmětů může být infekce, ileózní stav nebo vznik píštěle.

Kontrola počtu nástrojů probíhá vždy před operací, před uzavřením vnitřních vrstev dutin, před uzavřením operační rány, při střídání sester v průběhu operačního výkonu a na konci výkonu. Každý nástroj, rouška či jiný zdravotnický materiál musí být nalezen. Pokud není, je tento problém řešen jako mimořádná událost na pracovišti se zápisem do dokumentace pacienta a záznamem do databáze mimořádných událostí.

- **Poškození přístrojovým vybavením**

Každý přístroj musí být vybaven provozní dokumentací a kontrolován minimálně jednou za 12 měsíců v rozsahu stanoveném legislativou a místním provozním bezpečnostním předpisem.

- **Podchlazení**

Při předpokládaném delším výkonu používáme vyhřívací podložku. Pokud nelze podložku použít nebo se výkon nečekaně protáhne, je možné pacienta zakrýt termoizolační příkrývkou. Během operace je nutné průběžně kontrolovat funkci přístroje, aby nedošlo k přehřátí pacienta.

Jedličková (2019) dále zdůrazňuje, že pro větší bezpečí pacienta může být v souvislosti s operačním výkonem zaváděn na pracovištích tzv. **check list** (kontrolní list). Jeho úkolem je zamezit možným pochybením tím, že na ně v pravou chvíli upozorní příslušný zdravotnický personál. V kontrolním listu jsou ošetřeny kritické momenty perioperační péče. Preventivní kroky jsou zaměřeny například na předoperační přípravu, identifikaci pacienta, dokumentaci, ověření typu a místa výkonu, funkční stav přístrojů a nástrojů včetně počtu. Bezpečnostní kontrola probíhá na oddělení, na předsáli, dále pak po přípravě operačního pole a nakonec po skočení operace. Procesu se účastní anesteziologický a chirurgický tým společně s personálem oddělení, ze kterého pacient pochází. Výhodou je, že se jednotlivé části nemusí vypisovat, ale stačí pouze zaškrtnout jejich provedení. Celý proces netrvá déle jak dvě minuty (Jedličková, 2019).

1.5 Holistická péče o pacienta v perioperačním období

Rolí sestry i lékaře je advokacie pacienta, což platí především v situacích, kdy je plně odkázán na jejich péči a rozhodování. Ochrana nemocného člověka není definována pouze bezchybným provedením odborného úkonu se zajištěním bezpečnosti po stránce fyzické i psychické, ale je dána i úsilím zachovat důstojnost a komfort pacienta (Černá-Pařízková, 2015; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011; Plevová a kol., 2011). Rapčíková (2017) a Ptáček, Bartůněk a kol. (2011) považují důstojnost za jednu ze základních hodnot existence člověka a k tomuto dále dodávají, že samotná nemoc i se všemi možnými důsledky, jako jsou terapeutické a diagnostické výkony nebo hospitalizace, více či méně důstojnost narušují. K velkému tlaku na lidskou důstojnost dochází v případech poškození s následkem viditelné stigmatizace, radikálními chirurgickými zákroky a umíráním. Mnohými je důstojnost považována za prioritní hodnotu propojenou nejenom s kvalitou života, ale i se zdravotnickými a sociálními službami. Ve zdravotnických zařízeních byla nejednou porušena zásada respektování důstojnosti a to nerespektováním práva pacienta na intimitu a dodržení soukromí.

O nutnosti zachování intimity pacienta v souvislosti s péčí v prostorách operačního traktu, píše také Wichsová a kol. (2013) a Wendschke a kol. (2012).

Humánní a ohleduplná péče, zohledňující lidskou důstojnost, pomáhá eliminovat bolest, fyzické i psychické utrpení, pacienta aktivizuje a dává jeho životu nový rozměr. Pacient je člověk mimořádně zranitelný. Potřebuje lidskou přítomnost, vyžaduje empatii, soucit a to i v komunikaci. Profesionalita zdravotníka nesouvisí pouze s jeho odborností, ale především s postojem, který dokáže zaujmout i k těm nejzranitelnějším jedincům (Rapčíková, 2017; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

1.5.1 Komunikace s pacientem

Komunikace představuje neoddělitelnou součást intervencí všech zdravotnických pracovníků. Výrazným způsobem ovlivňuje hodnocení pacientů i laické veřejnosti. Je tedy jednou z vizitek zdravotnictví (Morovicsová, 2010).

Verbální i neverbální komunikace velice ovlivňuje kvalitu vzájemného vztahu. Neochotu, nezájem, hrubost, netaktní jednání na sebe prozradí lékař, sestra i ostatní zdravotnický personál svou mluvou, chováním a jednáním. Pacienta nezajímá, čím jsou zdravotníci k neprofesionálnímu jednání motivováni. Zda jde o reakci na momentální

problémy osobního rázu nebo je takovéto vystupování jejich přirozeností. Profesionalita v kontextu s komunikací znamená profesionálně vedenou komunikaci a to jak z hlediska obsahu (o čem mluvím), tak z hlediska formy (jak s pacientem mluvím). V zájmu profesionálního chování je nezbytné utlumit vlastní nepříznivé pocity a řídit se jistými pravidly a modely chování, s citlivým vnímáním jedinečnosti každé situace (Linhartová, 2007).

Význam komunikace bývá ve vědecké medicíně podceňován a to navzdory trendu větší autonomie pacienta, která je v opozici k paternálně pojaté medicíně. To s sebou nese mnohem větší nároky na komunikační dovednosti. Pacient potřebuje, aby byl vnímán, pochopen a přijat jako člověk, ne jako objekt (Honzák, in Klener et al., 2006). Podstoupení operačního výkonu u pacienta často evokuje nepříjemné pocity, mezi něž patří obavy, strach a bolest (Janáčková, Weiss, 2008). Málek a kol. (2004) dále uvádí úzkost, kterou dávají do souvislosti se ztrátou nezávislosti, změnou integrity vlastního těla, nežádoucími diagnostickými výsledky, s nejistotou pooperačního průběhu i strachem ze změny profesionálního a sociálního statusu. Wendschke a kol. (2012) nepříjemné prožitky pacientů v perioperačním období doplňují o faktor neznalosti prostředí operačního sálu a dodávají, že se pacient ocitá v situaci, kdy je plně odkázán na péči zdravotnického personálu, musí mu důvěřovat, ale danou situaci nemůže zásadně ovlivnit. Dle Lepiešové a kol. (2004) jsou negativní pocity pacienta mimo jiné důsledkem nedostatku informací o zdravotním stavu, včetně možností léčby. Dále také kontaktem pacienta s neznámými lidmi a absencí zdrojů podpory.

Zvýšené nároky fyzického, psychického či kombinovaného původu, představují pro organismus zátěž – stres. Z biologického hlediska může být takovýmto stresorem mimo jiné operační výkon, úraz, těžký stav, silná bolest, ale i zátěž psychogenního původu. Na tuto agresi reaguje organismus celkovou odpovědí s aktivizací řady pochodů na ose hypothalamus – hypofýza – nadledvinky. Cílem je zvýšená činnost organismu tak, aby zátěž byla úspěšně zvládnuta. Nejdříve se aktivizuje nervově – hormonální složka, na ní navazují změny v metabolismu, například se mění fluidokoagulační rovnováha, přechodně klesá imunita, dýchání a krevní oběh zvyšují svůj výkon, nadledvinky vyplavují kortikosteroidy, prokrvení trávicí trubice je sníženo aj. Komplexním psychosomatickým přístupem lze předejít zbytečným pooperačním komplikacím. S celou řadou faktorů, včetně psychologických, je udávána například embolie. Platí,

že fyziologická nerovnováha vytváří psychosociální nerovnováhu, ovšem tak je tomu i naopak (Drábková, 2001; Wendschke a kol., 2012).

Vznik intraoperačních a pooperačních komplikací je dán především celkovým stavem pacienta, složitostí operačního zákroku a časovým faktorem operace. Riziko komplikací lze minimalizovat v každé fázi perioperační péče. Ovšem v kontextu s komunikací, má největší význam fáze předoperační (Lepiešová a kol., 2004). Průběh i efektivitu komunikace samotné ovlivňují sociální aspekty, typ poskytované zdravotní péče i časový faktor. Během poskytování ošetrovatelské i lékařské péče vzniká široká škála vztahů se vzájemnou propojeností, kdy na základě kvality těchto vztahů může být komunikační proces ovlivněn kladně, ale i záporně. Způsob a záměr komunikace bude rozdílný u pacienta podstupujícího plánovaný výkon oproti stavu akutnímu. Nebo u pacienta hospitalizovaného oproti pacientovi, podstupujícího zákrok v rámci jednodenní chirurgie (Morovicsová, 2010).

Podstatou komunikace během kontaktu s pacientem a jeho příbuznými je předávání adekvátních a srozumitelných informací. Při realizaci zdravotnické péče přichází nemocný do styku s celým týmem pracovníků. Z jejich postavení vychází kompetence o rozsahu poskytovaných informací. Lékař předává informace týkající se diagnostického a léčebného postupu, operačního výkonu, intraoperačních rizik a pooperačních komplikací. Sestra je kompetentní informovat pacienta o ošetrovatelských postupech v perioperační péči. Mezi ně patří i edukace, jež se může zaměřovat na průběh předoperační přípravy, prevenci komplikací či na zlepšení soběstačnosti. Sestra také podporuje schopnost adaptace pacienta například na jeho onemocnění, nutnost hospitalizace a operace, na nemocniční prostředí i danou ošetřující jednotku. Cílem efektivní komunikace je získání důvěry nemocného (Lepiešová a kol., 2004; Morovicsová, 2010).

Efektivní komunikace s pacientem sehrává důležitou roli při tlumení negativních pocitů nemocného. Představení se, empatie, úcta i autentičnost projevu by měly být základní a nedílnou součástí každé komunikace. Během rozhovoru s pacientem je také nutné mít na paměti individuální prožívání každého jedince, a proto je třeba poskytované informace přizpůsobit jeho osobnostním požadavkům.

Způsob podání informací i jejich rozsah je nutné volit s ohledem na věk, aktuální fyzický a psychický stav i intelektuální úroveň nemocného, s přihlédnutím

ke konkrétním okolnostem. Zpětně je nutné si ověřit, zda pacient podaným informacím porozuměl (Morovicsová, 2010). Čumlivski (2018) k přenosu a příjmu informací mezi dvěma osobami glosuje „Není důležité, co A říká, ale co B, rozumí“.

Janáčková, Weiss (2008) potom shrnují komunikaci s chirurgickým pacientem do následujících doporučení:

- Detailně si s pacientem promluvit o možnosti volby chirurgického výkonu, vysvětlit pozitiva i negativa.
- Mluvit pomalu, srozumitelně.
- Umožnit pacientovi klást otázky a vhodným způsobem na ně odpovědět.
- Ponechat nemocnému dostatek času na rozmyšlenou, je-li to možné.
- Ubezpečit pacienta o bezbolestnosti zákroku a informovat jej o způsobu provedení typu anestezie, jež si zvolil.
- Přijatelnou formou poskytnout nemocnému informace o daném operačním výkonu, včetně délky trvání.
- Podpořit pacienta a vyslovit naději na úspěch.
- Seznámit nemocného s průběhem pooperačního období (o předpokládaném pobytu na jednotce intenzivní péče, bolestech, dalších doporučení).
- Podat informace o očekávané délce hospitalizace a následné rekonvalescenci.

Morovicsová (2010) upozorňuje na zásady komunikace, kterými je třeba se řídit v případě, kdy operační výkon bude veden ve svodné či lokální anestezii. Pacient musí být upozorněn, že během výkonu bude při vědomí a bude tedy vnímat dění na operačním sále. Musí vědět, že komunikace je během výkonu omezena na monitorování jeho stavu (percepce, bolesti, celkového stavu a případných jiných nežádoucích příznaků). Při realizaci svodné anestezie jsou zvýšené nároky kladeny i na chování a komunikaci celého operačního týmu. Za neetické a nevhodné se považuje, pokud se členové operační skupiny věnují tématům, jež nesouvisí s výkonem nebo při řešení nepředvídatelných situací reagují neadekvátně, například křikem, nadávkami a nešetrným přístupem. Tyto okolnosti pak pacient vnímá velice citlivě a může mít obavy z nedostatečné koncentrace operátora na samotný výkon (Morovicsová, 2010).

Významnou, neoddělitelnou i nutnou součástí péče o pacienta v perioperačním období jsou **prvky nonverbální komunikace**. Je důležité věnovat pozornost shodě, kongruenci. To znamená, že projevy neverbální komunikace by měli odpovídat

projevům komunikace verbální. Pokud dojde v těchto projevech k neshodě (inkongruenci), s pětkrát větší pravděpodobností jedinec uvěří právě nonverbální složce (Pokorná, 2010; Wendschke a kol., 2012). Význam přikládají Morovicsová (2010) a Wendschke a kol. (2012) všem následujícím složkám neverbální komunikace:

- **Pohled (vizika)** je nejdůležitějším neverbálním projevem. Člověk zrakem vnímá až 87 % informací o lidech a okolí. Podle obrazu očí můžeme odhadnout psychický stav člověka, jeho vlastnosti i vztah k nám. Při profesionálně vedené komunikaci s pacientem je vhodné udržovat oční kontakt, který by ovšem – jedná-li se o pohled přímý - neměl přesáhnout tři vteřiny. V ošetrovatelské praxi má výpovědní hodnotu průměr zornic, které reagují nejen na světlo, ale i na emoční prožitek, bolest, alkohol a drogy. Existuje několik druhů pohledů. Například mrkání, pootevřená víčka značí nervozitu a napětí. Pokud pacient uhýbá pohledem, příčinou může být nejistota a stud (Pokorná, 2010; Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011; Morovicsová, 2010). Dle Gulášové (2009, in Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011) pokud někdo v průběhu komunikace zavře na delší dobu oči, je to známka toho, že potřebuje oddych.
- **Haptický kontakt** představuje extrémní případ přiblížení se. Může se jednat o stisk (ten je obvykle první formou haptické komunikace s pacientem v podobě podání ruky), objetí, pohlazení, políbení, poplácání a podobně. Ačkoliv je dotek nejvíce podpůrnou terapeutickou technikou, jež vyjadřuje míru empatie, je nutno zdůraznit, že v některých lidech může vyvolávat nepříjemné pocity. Nadto se ještě vyskytují transkulturní a interpersonální rozdíly, které je nutno zohlednit. V souvislosti s procesem perioperační péče je haptický kontakt doporučován především za účelem zklidnění nemocného a vyjádřením psychické podpory. Haptickému kontaktu s nemocným bychom se tedy neměli vyhýbat, ale ani bychom jej neměli dotykem přesytit (Janáčková, Weiss, 2008; Wendschke a kol., 2012).
- **Posturologie**, neboli řeč polohy a držení těla, končetin i hlavy, v sociální interakci vyjadřuje postoj jedince k okolnímu prostředí. Zájem o svoji osobu, který pacient od zdravotnického personálu očekává, lze vyjádřit nejenom dotykem ruky, ale i například mírným předklonem k němu. Tělesná poloha, jež pacient zaujímá, má vypovídající hodnotu o tom, co se s ním děje nebo dělo (Zacharová, Šimčíková-Čížková 2011; Wendschke a kol., 2012).

- **Proxemika** je vědomé členění vlastního prostoru a určování hranic. Ve zdravotnictví je častým jevem situace, kdy lékař, sestra nebo jiný zdravotnický pracovník musí překročit intimní nebo osobní zónu pacienta. Hned za těmito oblastmi následuje ještě zóna společenská a nakonec veřejná. Prostorová vzdálenost člověka k člověku je rozlišována na horizontální a vertikální rovinu. Horizontální rovina je vzdáleností komunikujících od sebe, nástrojem je přiblížení nebo odstoupení. Například pokud se sestra vzdaluje od pacienta, nechce v komunikaci dále pokračovat. Vertikální rovinu lze definovat jako výšku očí komunikujících k sobě navzájem. Pokud jsou při rozhovoru vzájemné polohy komunikujících sladěné (například sestra i pacient sedí), nabízí se tak nejlepší prostor pro spolupráci (Janáčková, Weiss, 2008; Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011).
- **Gesta** mají výrazný sdělovací účel. Mohou naznačit to, co mohlo být sděleno slovem, doplňují a i zesilují verbální projev. V perioperační péči se využívají především za účelem příkazovým a ilustračním. Mezi známá gesta patří pohyb hlavou, jenž značí souhlas či nesouhlas nebo smutek. Ruce mohou vyjádřit prosbu, pokyn, odmítnutí aj. (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011; Wendschke a kol., 2012).
- **Mimikou** lze nejlépe vyjádřit psychické rozpoložení a emoce. Jedná se o komunikaci pomocí svalů tváře, které jsou sice ovladatelné vůlí, ale jistou roli zde hrají i mimovolní aspekty. Mezi dva nejvýznačnější prostředky této nonverbální komunikace patří úsměv a pláč. Vlastní, nefalšovaný úsměv značí přátelství, důvěru, stimuluje k toleranci, odlehčuje napětí, je povzbuzující. Autentický úsměv sestry má na pacienta posilující efekt. Při komunikaci působí jednoznačně evalvačně, stejně jako uvolněná mimika ve tváři. Výrazným emocionálním projevem je i pláč. Je nutno mít na paměti, že intenzita pláče nemusí vždy odpovídat intenzitě smutku nebo problému (Morovicsová, 2010; Pokorná, 2010; Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011).
- **Paralingvistika** je přechodem od způsobu mimoslovní komunikace ke slovní. Nejde pouze o to, co říkáme, ale jak to říkáme. Hlas účinně znázorňuje psychické rozpoložení hovořící osoby. Hovořící také svým hlasovým důrazem na slova ve větě, změnou melodie hlasu, pauzami v řeči vyjadřuje svůj postoj. Toto se projevuje nezávisle na obsahu mluveného. S paralingvistikou souvisí

i tempo řeči. Během komunikace s pacientem by měli sestra či lékař vědět, že velmi rychlá řeč je vnímána obtížně a pouze po omezenou dobu, rychle vede k únavě a kolísání pozornosti. Při takovémto sdělení hrozí riziko, že pacient nezachytí všechna důležitá fakta. Pomalým tempem řeči by měly být sdělovány věci důvěrné, věcná témata by naopak měla být vyjádřena jasně a stručně (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011; Morovicsová, 2010; Pokorná, 2010).

1.5.2 Strach a úzkost pacienta před operací

Dle Křivohlavého (2002, in Mandincová, 2011) je v naší kultuře očekáváno, že nemocný pacient si nebude připouštět distress a negativní emoce, ale naopak bude plný optimismu, naděje a odvahy s nemocí bojovat. Přitom onemocnění samo o sobě zpravidla jedince překvapí (Gulášová, 2005; in Mandincová, 2011) a vyvolá u něj celou řadu, většinou nepříjemných, pocitů (Mandincová, 2011). Během nemoci jsou zvýšené nároky na adaptaci pacienta, na jeho úsilí i motivaci. Nemocný se musí vyrovnat nejen s vlastním zdravotním stavem, ale připravit se i na nadcházející diagnostické a terapeutické výkony (Wendschke a kol., 2012).

Je všeobecně známé, že očekávaný operační výkon, bez ohledu na to, o jaký typ výkonu jde, vyvolává u pacientů strach a úzkost. Jejich synonymem jsou obavy. Obě jsou silně emočně zbarvené prožitky, které vznikají na základě pocitu ohrožení. Jedná se tedy o jednu z obranných forem organismu, v jehož pozadí stojí pud sebezáchovy. Mezi úzkostí a strachem nejsou jednoznačně dané hranice a oddělit je od sebe v praxi je mnohdy velice obtížné. Vzájemně se doplňují, podmiňují, splývají a jsou doprovázeny podobnými pocity a projevy. Vymětal (2004, in Janíková, Zeleníková, 2013) nazývá nepodmíněný strach existující spolu s úzkostí termínem *anxieta*.

Strach je dle autorek Zacharové, Šimčíkové-Čížkové (2011) nepříjemný pocit, kterým reagujeme na ohrožení, kdy se bojíme toho, co se stane nebo by se stát mohlo. Tuto situaci lze vyjádřit i tak, že prožitek strachu je vždy spojen s něčím konkrétním. Může se jednat o událost, osobu nebo i předmět. Reakce člověka vždy záleží na tom, jak danou situaci vnímá, jak ji hodnotí. Užitečný je přiměřený strach, který chrání před zbytečným rizikem. Opakem je nadměrný, panický strach, který vede ke škodlivým reakcím. Hartl, Hartlová (2009, in Janíková, Zeleníková, 2013) v Psychologickém slovníku popisují tyto neurovegetativní projevy strachu: zblednutí, chvění, zrychlené dýchání, bušení srdce, zvýšený krevní tlak s pohotovostí k obraně a útěku. Účelem této

mobilizace je dodat člověku energii. Pokud ovšem ohrožení „nelze utéct“, je tato mobilizace zbytečná a organismus poškozuje druhotnými vegetativními reakcemi, jako je hypertenze, pocení, poruchy zažívání apod. (Janíková, Zeleníková, 2013).

Úzkost je většinou vnímána jako více nepříjemná, neboť jejím důvodem je očekávání něčeho nepříjemného a neznámého, což je horší, než událost sama. Na rozdíl od strachu je úzkost bezpředmětná, má ráz neurčitého ohrožení, neuvědomujeme si její bezprostřední příčinu. Nemusí být pouze psychickou reakcí, ale může figurovat jako primární příznak například u infarktu myokardu, plicní embolie či anginy pectoris. K úzkosti bývají predisponováni lidé s určitým typem osobnosti (úzkostné osoby) a duševní poruchou. K somatopsychickým projevům úzkosti patří například rozčilení, podráždění nebo naopak útlum až strnulost, ustrašený výraz, nekoordinované pohyby, rychlá, překotná řeč, roztržitost, rozšířené zornice, zrychlený tep a dech, zblednutí, sucho v ústech, pocení (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011).

Mezi **rizikové faktory**, jež podmiňují vznik předoperační úzkosti u pacientů podstupujících plánovaný výkon, považuje Caumo et al. (2001, in Janíková, Zeleníková, 2013) onkologické onemocnění v anamnéze, rozsah výkonu, psychiatrické onemocnění, úzkostné rysy, úroveň bolesti, kouření, ženské pohlaví, úroveň vzdělání a fyzický stav dle ASA klasifikace. S nižším výskytem předoperační úzkosti je naopak spojená předchozí operace v anamnéze. Což je v rozporu s výsledky studie, kterou prováděl Málek a kol. (2004). Dle výsledků jím provedeného výzkumu, přítomnost obav nesouvisí s předchozí zkušeností s anestezií a operací, i když větší tendence k obavám by se dala najít. V roce 1991 popsali Copley et al. (in Pudner, 2010; in Janíková, Zeleníková, 2013) pět nejvíce stresujících událostí u pacientů před operací. Jmenovitě mezi stresující události patří: čekání na operaci a výzvu z operačního sálu, nemožnost se napít, nemožnost ponechat si zubní protézu, odvoz na operační sál na lehátko, vstup do operačního sálu.

Všechny **projevy strachu i úzkosti** mohou zhoršit průběh nemoci i terapeutických a diagnostických intervencí (Zacharová, Šimčíková-Čížková, 2011). Vazokonstrikce způsobená úzkostí může činit obtíže při kanylaci periferní žíly nebo odběru krve (Pritchard, 2009; in Janíková, Zeleníková, 2013). Úzkostný pacient má kvůli zvýšenému svalovému napětí snížený práh bolesti. To následně ovlivňuje pooperační průběh, zejména v oblasti rehabilitace a zotavení a tím se může prodloužit délka hospitalizace (Pudner, 2010; in Janíková, Zeleníková, 2013). O vlivu nezvládnutých

negativních prožitků v souvislosti s bolestí píší i Janáčková a Weiss (2008), kdy v tomto případě upozorňují na přechod akutní bolesti v chronickou. Berth et al. (2007, in Janíková, Zeleníková, 2013) potom upozorňuje na vyšší spotřebu anestetik, analgetik a též zmiňuje delší dobu hospitalizace stejně jako Pudner (2010, in Janíková, Zeleníková, 2013). K problémům psychického rázu, jež mohou vzniknout důsledkem nezvládnutého strachu, radí Gulášová (2012) mírnou apatii, hypochondrizaci, zvýšený pooperační strach, dezorientovanost, euforičnost a vystrašenost.

Janíková, Zeleníková (2013) udávají, že na zjištění míry strachu a úzkosti lze využít několik škál. Většina z nich je dostupná v původním, nejčastěji anglickém jazyce. Při jejich překladu by bylo třeba respektovat standardní postup překladu, stávající se z několika fází, včetně získání souhlasu autora. K používaným měřicím standardizovaným nástrojům patří například VAS – vizuální analogová škála, která je presentována linkou v rozsahu 0–100, přičemž 0 presentuje žádnou úzkost a 100 největší možnou.

Využitím dostupných prostředků a metod, jenž působí na pacienta, mohou zdravotníci pracovníci pozitivně ovlivnit jeho názory, postoje a prožívání. Mezi základní postupy snižující předoperační strach a úzkost patří:

Farmakologická příprava v podobě premedikace podle Gulášové (2012) někdy dominuje nad jinými možnostmi.

Psychologické působení, jehož cílem je dle Gulášové (2012) příznivě ovlivnit pacientův přístup k onemocnění, ke způsobu léčby a získání jej pro aktivní spolupráci.

Pacienta lze pozitivně motivovat ve třech základních rovinách:

- Racionální působení spočívá v adekvátním poskytnutí informací, jež jsou zaměřeny na plánované ošetrovatelské a léčebné intervence. Jako vhodné se jeví poukázat na úspěchy léčby podobného chirurgického výkonu. Jestliže je množství podaných informací nedostatečné, může se u pacienta manifestovat iatrogenie. Navíc hrozí nebezpečí, že informace bude získávat například od jiných pacientů, přičemž jejich kvalita může být skreslená, zveličená nebo nedostatečná.
- Sugestivní působení je využíváno tehdy, nepřijme-li pacient racionální argumenty. V rámci tohoto přístupu, jehož podstatou je změna citové reakce

a postoje k daným postupům, je vhodné upřít pozornost pacienta na rodinu a další blízké osoby, jež jsou v očekávání dobrých výsledků operace.

- Návštěva příbuzných dává nemocnému jistotu, že rodině není lhostejný a že jim záleží na jeho uzdravení. Pokud ovšem příbuzní poskytují pacientovi například mylné informace, jsou lítostivý, nerozhodní, mohou tak působit spíše negativně (Gulášová, 2012).

Relevantní množství informací, které pacient obdrží, vyzdvihuje nejenom Gulášová (2012) v předchozí kapitole, ale přidávají se k ní i další autoři. Janíková a Zeleníková (2013) udávají, že poskytnutí informací pacientovi redukuje psychologický a emocionální distres. Ptáček, Bartůněk a kol. (2011) též dávají do souvislosti množství adekvátních informací se snížením hladiny stresu a úzkosti pacienta. Ten se po důkladném poučení cítí spokojenější, lépe rozumí svému stavu a tím se lépe adaptuje na léčebný režim. Také se zkracuje doba hospitalizace i množství užitých léků.

Budoucnost perioperační ošetrovatelské péče vidí Lindwall a von Post (2009, in Janíková, Zeleníková, 2013) v praktikování **perioperačního rozhovoru**, jenž představuje model pro kontinuitu perioperační ošetrovatelské péče. Tento rozhovor je veden sestrou pracující na operačním sále (sestra pro perioperační péči, anesteziologická sestra) s pacientem před operací, v jejím průběhu a po ní. Dle výzkumu, který provedl Gürsay, Ayla et al. (2016), předoperační návštěva sestrou pracující na operačních sálech, přispěla u chirurgických pacientů ke zmírnění strachu. V České republice na většině pracovišť organizace práce perioperačních sester neumožňuje standardně tento model provádět (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.5.3 Potřeby pacienta v perioperačním období

Péče o pacienta v perioperačním období je velice náročná, neboť nedodržení daných postupů a preventivních opatření, může dojít k poškození pacienta. Operace je zásahem do bio-psycho-sociální i spirituální integrity člověka, kdy sama o sobě představuje pro pacienta riziko. Úspěch péče je tedy dán holistickým přístupem k pacientovi, s ohledem na všechny jeho psychofyzilogické potřeby, jež jsou ovlivňovány vzájemnou interakcí. Porucha jedné složky vyvolá poruchu celého systému. Každá jedna potřeba je výrazem celého jedince. Potřeby pacienta a z nich plynoucí **ošetrovatelské diagnózy**, jsou přísně individuální, stejně tak jako intervence, jež vycházejí z jejich posouzení (Lepiešová a kol., 2004; Wendschke a kol., 2012; Trachtová, 2013; Janíková, Zeleníková, 2013).

Dle Janíkové, Zeleníkové (2013) jsou možné ošetrovatelské diagnózy dle NANDA-I, taxonomie II, v perioperačním období například tyto:

- Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu (00002).
- Riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu (00025).
- Nedostatečné znalosti v oblasti předoperační přípravy (00126).
- Strach (00148).
- Úzkost (00146).
- Riziko pádu (00155).
- Akutní bolest (00132).

V souvislosti s perioperačním obdobím zmiňují Wendschke a kol. (2012) ošetrovatelskou diagnózu **Riziko snížení tělesné teploty** v souvislosti nedostatečného zajištění ohřevu pacienta během operace.

Jednou z biologických potřeb jedince je i potřeba regulace tělesné teploty, termoregulace, jež je snadno ohrožitelná rutinními praktikami prováděnými v souvislosti s operačním výkonem (Šamánková a kol., 2011; Stewart, 2017). Fyziologická hodnota tělesné teploty, jež je získána měřením z axily, se pohybuje v rozmezí 35,8-37,0°C. Takto naměřené teplotě se říká teplota slupky a její výše je závislá na aktivitě a stavu organismu, na teplotě, vlhkosti a proudění vzduchu v okolí a na oblečení jedince. Proti ní je teplota jádra relativně konstantní, nezávislá na teplotě vnějšího prostředí. Jedná se o teplotu v hrudní a břišní dutině a její hodnota měřená v játrech je 39-40 °C. Neinvazivně lze teplotu jádra monitorovat v rektu, kde je její hodnota o 0,5 °C vyšší než v axile. Normotermie je udržována tvorbou nebo výdejem tepla. Teplo je tvořeno především v játrech a v činných svaích. Výdej tepla potom úzce souvisí s podmínkami v okolí organismu. Probíhá sáláním, vedením, prouděním a odpařováním (Rokyta, 2000).

Podchlazení neboli hypotermie je stav definovaný poklesem teploty tělesného jádra pod 35 °C. Tuto hodnotu udává Rokyta (2000), Klener (2006) i Jabor (2008). V doporučeních ASPAN (2001) je jako hypotermie označován stav, kdy teplota tělesného jádra poklesne pod 36 °C. K podchlazení dochází obecně v situacích, kdy výdej tepla překročí jeho produkci. Uplatňuje se například nízká teplota okolí, ležení na studeném povrchu, promáčení nebo nedostatečné oblečení. Hraniční hodnotou venkovního prostředí, kdy již hrozí vznik hypotermie, je 15,5 °C. V případě pokojové

teploty je tato hodnota vyšší, dosahující na 22-24 °C. Při této teplotě jsou v nebezpečí například osoby svlečené a dlouhodobě ležící, čekající na chirurgický zákrok nebo jej podstupující (Jabor, 2008).

Na pokles teploty reaguje organismus aktivací obranných mechanismů, jejíž snahou je zabránit dalším tepelným ztrátám. Dochází k třesu, vazokonstrikci a tachykardii (Rokyta, 2000). Protrahované působení chladu vede ke zvýšení diurézy (tzv. chladová diuréza), vzniká hypotenze, snižuje se aktivita enzymatických pochodů, vážne uvolňování kyslíku v tkáních. Při teplotě pod 32°C se mohou objevit srdeční arytmie z poruch vedení, inaktivuje se inzulin a koagulační faktory. Může dojít k bronchospasmu a dostavit se mohou i poruchy CNS, od dysartrie či oslabení reflexů až po hluboké kóma (Klener a kol., 2006).

Nepříjemný pocit chladu a chvění snižuje komfort pacienta. Mezi další negativní důsledky, jež se pojí s perioperační hypotermií, patří i srdeční příhody, poruchy hojení ran, změněný metabolismus léčiv a koagulopatie (ASPAN, 2001). Jabor (2008) upozorňuje, že třes zvyšuje spotřebu kyslíku, která je potom vyšší než jeho dodávka. Vzniká acidóza a následné cirkulační změny, které nemocný nedokáže kompenzovat.

Dle ASPAN (2001) je každý chirurgický pacient ohrožený hypotermií. Mezi rizikové faktory, které ke vzniku hypotermie přispívají, řadí ASPAN (2001): hraniční věkové kategorie; ženské pohlaví, těhotenství; vliv pokojové teploty; délka a typ chirurgického zákroku; kachexie, popáleniny, velké otevřené rány, endokrinní onemocnění, cévní onemocnění; významný intravenózní příjem tekutin, včetně proplachů; celková, spinální anestezie.

Kroky vedoucí k posouzení stavu pacienta vzhledem k jeho tělesné teplotě:

- Identifikovat rizikové faktory,
- změřit tělesnou teplotu pacienta během jeho příjmu na operační sál,
- určit stupeň teplotní pohody pacienta dotázáním se,
- posoudit přítomnost dalších známek pocitu chladu-třes, piloroerexce, studené končetiny (ASPAN, 2001).

Při zjištění normotermie se preventivní opatření mohou zaměřit na pasivní zahřívání pacienta. K tomuto účelu lze využít například přikrývky, ponožky, čepice.

Důležité je snížit expozici působícího chladu okolního prostředí na pokožku na minimum a podle možností zvýšit teplotu v místnosti (ASPAN, 2001). Stewart (2017) dle výsledků svého výzkumu doporučuje používat předeřáté desinfekční prostředky, jež se aplikují na kůži. Použití takto upraveného desinfekčního prostředku nabývá na významu především při desinfikování velkých tělesných ploch. Jabor (2008) hodnotí situaci v prostorách operačního traktu obdobně, neboť upozorňuje na význam dostatečné teploty nejen na operačním sále, ale i v prostorách, kde se pacient těsně před operací i po ní nachází. Dále doporučuje nenechávat nemocného zbytečně odkrytého a apeluje na používání ohřátých desinfekčních roztoků určených k přípravě operačního pole, ale stejně tak i infúzí.

Použití aktivního zahřívání je indikováno u pacientů hypotermických. Lze využít jednak vnějšího oteplování pomocí vyhřívaných pokrývek, nebo vnitřního, jenž se provádí inhalací ohřátého vzduchu, infúzí ohřátých tekutin na 40° či extrakorporálním ohřevem krve hemodialýzou (ASPAN, 2001; Klener, 2006).

V doporučeních ASPAN (2001) se uvádí doporučení monitorovat tělesnou teplotu u každého pacienta, jenž podstupuje operační výkon.

2 Výzkumná část – Prostředí operačního traktu a jeho vliv na pacienta

Analýza současného stavu problematiky a také výsledky jiných studií (Málek a kol, 2004; Škarydová, 2014; Dodková, 2013) se stali východiskem pro problém našeho výzkumu: **Jak prostředí operačního traktu působí na pacienta v bezprostředním předoperačním období?**

V souvislosti s fyzickým i psychickým komfortem jsme se zaměřili i na oblast patientského filtru, neboť tomuto úseku nebývá věnována taková pozornost jako prostředí operačního sálu.

Na základě problému byl formulován hlavní cíl výzkumu: Zmapovat, jakým způsobem prostředí operačního traktu působí na pacienta v bezprostředním předoperačním období.

Hlavní cíl je rozčleněn na částečné cíle, ze kterých vzešly výzkumné otázky. Ty se potom staly podkladem pro položky částečně strukturovaného rozhovoru.

Částečné cíle a výzkumné otázky:

ČC 1: Zmapovat prožitky pacientů během jejich pobytu v patientském filtru.

VO 1: Je teplota vzduchu v prostorách patientského filtru pro pacienty komfortní?

VO 2: Jak dlouho čekají pacienti v prostorách patientského filtru?

VO 3: Jak vnímají pacienti čekání v patientském filtru?

VO 4: Jaké pocity mají pacienti během překlada přes překladové okno?

ČC 2: Zanalyzovat vybrané faktory prostředí operačního traktu, jenž působí na pacienta.

VO 5: Které okolnosti v rámci operačního traktu hodnotí pacienti jako pozitivní a které jako negativní?

VO 6: Jak vnímají pacienti komunikaci zdravotnického personálu?

VO 7: Jak hodnotí pacienti ochranu jejich intimity?

ČC 3: Zjistit, zda jsou pacienti v rámci předoperační přípravy seznámeni s bezprostřední předoperační péčí a s prostorami operačního traktu.

VO 8: Vizualizují si pacienti před operací prostory operačního traktu?

VO 9: Z čeho mají pacienti před operací obavy?

2.1 Průběh výzkumného šetření

Výzkum byl realizován v Nemocnici Znojmo v průběhu měsíce února 2020. Nejprve jsme podali žádost o výzkumné šetření náměstkyni ošetrovatelské péče, která jej následně schválila (Příloha 2). Před započítím rozhovoru byli pacienti poučeni o účelu výzkumu, jejich dobrovolné účasti, zachování anonymity a možnosti rozhovor kdykoliv ukončit.

Rozhovory s respondenty probíhaly na oddělení chirurgických oborů s pacienty první pooperační den. Toto časové určení jsme vybrali z několika důvodů. Na jedné straně jsme pacientům umožnili klidné zotavení z anestezie i operačního výkonu v den operace, na straně druhé byl časový úsek od prožitku bezprostřední předoperační péče k rozhovoru co nejnížší možný, čímž jsme eliminovali zkreslení informací časovou prodlevou.

V rámci provozních možností daného oddělení a výchozí diagnózy pacienta, bylo zajištěno klidné prostředí. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, o čemž byli respondenti předem informováni. S tímto postupem nesouhlasili pouze dva respondenti a rozhovory byli proto zaznamenány písemně. Do písemné podoby byly po realizaci všech rozhovorů zpracovány všechny nahrávky. Průměrný čas rozhovorů byl osm minut, přičemž nejkratší trval 4:25 a nejdelší nahrávaný 9:16. Přepsaná data byla poté analyzována a rozkládána pomocí metody „tužka – papír“.

Nahrané rozhovory byly následně zpracovány do písemné podoby. Získaná data byla zpracována pomocí otevřeného kódování metodou „*tužka – papír*“ (Příloha 3) a byla interpretována technikou „*vyložení karet*“.

2.2 Metodika výzkumu

Kvalitativní výzkum byl realizován pomocí částečně strukturovaného rozhovoru, který tvořilo šestnáct otázek (příloha č. 4). Řadění položek rozhovoru k výzkumným otázkám je následovné:

- VO 1: položky v rozhovoru číslo 1, 2, 3.
- VO 2: položka v rozhovoru číslo 4.
- VO 3: položka v rozhovoru číslo 5.
- VO 4: položka v rozhovoru číslo 6, 7.

- VO 5: položky v rozhovoru číslo 8, 9.
- VO 6: položky v rozhovoru číslo 10, 11.
- VO 7: položka v rozhovoru číslo 12.
- VO 8: položka v rozhovoru číslo 14, 15, 16.
- VO 9: položka v rozhovoru číslo 13.

Položky byly individuálně formulovány tak, aby byly pro pacienty pochopitelné. Některé výrazy, jako například patientský filtr nebo překladové okno byly pacientů předem vysvětleny. Respondenti dostali možnost vlastního vyjádření nejenom vstřícným přístupem během celého rozhovoru, ale i poslední položkou na seznamu otázek, kdy se ptáme, zda existuje cokoliv, co je překvapilo.

Na počátku byla provedena pilotní studie, po jejímž vyhodnocení jsme upravili otázky v rozhovoru tak, aby korespondovaly se aktuálním stavem bezprostřední předoperační péče v nemocnici Znojmo.

2.3 Charakteristika výzkumného prostředí a skupiny respondentů

Rozhovory probíhaly vždy v klidném prostředí. Z důvodu pooperačního režimu pacientů, nebylo ovšem možno vždy opustit patientský pokoj nebo požádat ostatní pacienty o soukromí. V tomto případě vždy respondent i ostatní pacienti na pokoji souhlasili s provedením výzkumu. Výhodou tohoto postupu byly dodatečné, zajímavé postřehy i od spolupacientů respondenta a ve výsledku dobré naladění všech zúčastněných. Výzkumná šetření dále probíhala v soukromí nadstandardního pokoje, na vyšetřovně a v denní patientské místnosti.

Skupinu respondentů tvořilo dvanáct pacientů. Tito pacienti byli vybráni na základě předem určených kritérií:

- probíhající první pooperační den,
- ASA I – II,
- absence onkologické diagnózy v anamnéze,
- plánovaný výkon.

Při výběru kritérií bylo našim cílem ponechat pacientům dostatek prostoru pro zotavení z anestezie i výkonu. Nadto, jak uvádí Horáček (2018), 24 hodin po výkonu může být ovlivněna schopnost soustředit se, přetrvávají poruchy koordinace či hybnosti. Z těchto

důvodů jsme zvolili pro výzkumné šetření první pooperační den. Pacienty zařazené do skupiny ASA III, IV, V jsme do výzkumného šetření nezařadili z důvodu přítomných komorbidit. V ASA klasifikaci je definováno, že přidružená onemocnění v případě ASA III, pacienta funkčně limitují nebo v případě ASA IV a V, ohrožují na životě (Bartůněk a kol., 2016). Stejně tak jsme zamýšleli zohlednit i nemocné s onkologickou diagnózou, která sama o sobě představuje obtížnou životní situaci. Obtěžovat pacienty, kteří podstoupili operační výkon z důvodu onkologické diagnózy, jsme nepovažovali za vhodné. Plánované operační výkony jsou z našeho pohledu pro pacienta méně zátěžové než akutně vzniklé. Zacharová, Šimčíková-Čížková (2011) upozorňují, že především u pacientů po úrazu nastávají velké psychické změny a adaptace na novou situaci.

Charakteristika respondentů je doplněna o další údaje. Mezi ně patří:

- věk,
- pohlaví,
- druh operace a její pořadí,
- přidružená onemocnění,
- premedikace, způsob anestezie.

Vzorek respondentů byl složen z 5 žen a 7 mužů. Nejmladšímu respondentovi bylo 38 let, nejstaršímu 77 (obě byly ženy), průměrný věk byl 58 roků. Jedna oslovená pacientka rozhovor odmítla úplně, neboť se po operaci dle jejích slov „necítila“. Ostatní oslovení pacienti se výzkumného šetření zúčastnili ochotně, i když někdo více, někdo méně, čemuž odpovídají časy nahrávek.

Respondent 1:

- Žena, 67 let, operace hernia ventralis (3. operace), ASA II, celková anestezie.
- Přidružená onemocnění: hypertenze, obezita.
- Premedikace: Dolsin 100mg, Degan 10mg i. m.

Respondent 2:

- Muž, 74 let, operace hernia inguinalis (1. operace), ASA II, celková anestezie.
- Přidružená onemocnění: hypertenze, hypertrofie levé komory.
- Premedikace: Dolsin 100mg, Degan 10mg i. m.

Respondent 3:

- Žena, 77 let, totální endoprotéza kolene (2. operace), ASA II, svodná anestezie.

- Přidružená onemocnění: DM II. typu, hypertenze.
- Premedikace: Dolsin 100 mg, Degan 10 mg i. m.

Respondent 4:

- Muž, 49 let, artroskopie kolene (2. operace), ASA I, celková anestezie.
- Přidružená onemocnění: sine.
- Premedikace: Oxazepam 10 mg p. o.

Respondent 5:

- Muž, 64 let, artroskopie kolene (2. operace), ASA II, svodná anestezie.
- Přidružená onemocnění: DM II. typu.
- Premedikace: Oxazepam 10 mg p. o.

Respondent 6:

- Muž, 67 let, operace morbus dupuytren (3. operace), ASA II, celková anestezie.
- Přidružená onemocnění: hypertenze.
- Premedikace: Dolsin 100 mg, Degan 10 mg i. m.

Respondent 7:

- Žena, 42 let, laparoskopická cholecystektomie (2. operace), ASA II, celková anestezie.
- Přidružená onemocnění: hypercholesterolémie, obezita.
- Premedikace: Dolsin 100 mg, Degan 10 mg i. m.

Respondent 8:

- Muž, 72 let, stabilizace bederní páteře (1. operace), ASA II, celková anestezie.
- Přidružená onemocnění: hypertenze, kuřák.
- Premedikace: Oxazepam 10 mg p. o.

Respondent 9:

- Muž, 48 let, artroskopie ramene (1. operace), ASA I, celková anestezie.
- Přidružená onemocnění: sine.
- Premedikace: Oxazepam 10 mg p. o.

Respondent 10:

- Muž, 44 let, tonsilektomie (1. operace), ASA I, celková anestezie.

- Přidružená onemocnění: sine.
- Premedikace: Dolsin 100 mg, Degan 10 mg i. m.

Respondent 11:

- Žena, 58 let, laparoskopická cholecystectomie (1. operace), ASA II, celková anestezie.
- Přidružená onemocnění: hyperfunkce štítné žlázy.
- Premedikace: Dolsin 50 mg, Degan 10 mg i.m.

Respondent 12:

- Žena, 38 let, artroskopie ramene (1. operace), ASA I, celková anestezie.
- Přidružená onemocnění: sine.
- Premedikace: Oxazepam 10 mg p.o.

2.4 Výsledky a analýza výzkumného šetření

V této části analyzujeme výpovědi respondentů. Naší snahou je zaznamenat jedinečnost jejich odpovědí v kontextu s položkami rozhovoru. Z důvodu lepší přehlednosti znázorňujeme odpovědi respondentů v tabulkách.

VO 1: Je teplota vzduchu v prostorách patientského filtru pro pacienty komfortní?

K této výzkumné otázce se vztahují položky v rozhovoru 1, 2, 3.

Položka 1: Jak jste se cítila v prostorách patientského filtru po stránce tepelné pohody?

Po stránce teploty se v patientském filtru cítili dobře nebo příjemně R1, R3, R5, R6, který řekl, že to bylo přímo ideální, dále R8, R9 a R10. R2 se k tepelnému komfortu vyjádřil slovy: „*Nebylo tam teplo, bylo tam ale příjemně. Cítil jsem se tam dobře.*“ Zajímavé byly odpovědi R5 a R10, kterým bylo dokonce až příliš teplo. R5 konkrétně řekl: „*Bylo tam teplo, jsem se musel i odkrývat. Se mě ptali, jestli mi není zima...*“. Na druhou stranu chlad pocítovali R4, R7, R11, R12. R4 konkrétně uvedl: „*Zima tam nebyla, ale jako... Chladno tam bylo... Ale dalo se to přežít.*“ Podobně odpověděla R11: „*No, úplně teplo tam nebylo, ale dalo se.*“

Jak se respondenti cítili po stránce tepelné pohody v patientském filtru, znázorňujeme v tabulce 1 (s. 42).

Tabulka 1 Tepelná pohoda v prostorách patientského filtru

Dekódování	Dobře, příjemně	Chladněji
Respondent 1	x	
Respondent 2	x	
Respondent 3	x	
Respondent 4		x
Respondent 5	x	
Respondent 6	x	
Respondent 7		x
Respondent 8	x	
Respondent 9	x	
Respondent 10	x	
Respondent 11		x
Respondent 12		x
Spolu	9	3

Zdroj: Vlastní zpracování

Položka 2: Pečoval zdravotnický personál o vaši tepelnou pohodu?

Podle výpovědi sedmi respondentů (R2, R3, R6, R7, R8, R9, R11) se zdravotnický personál aktivně zajímal o jejich tepelnou pohodu, přičemž R7, který pociťoval chlad, poskytl personál přikrývku navíc. R6 k tomuto řekl: „*Jo, zeptali se mě. I ve filtru. I přímo, kdo mě uspával. Jestli je mi zima nebo teplo.*“ R4 a R5 poskytli v tomto bodě podobnou výpověď. Řekli, že čas strávený v patientském filtru byl tak krátký, že se jich zdravotnický personál na tepelnou pohodu ani nestihl zeptat. R10 k této problematice řekl: „*No, člověk má takové nervy, že to ani nevnímá. Nervy z toho, jak to dopadne.*“ R12 si na to, zda se zdravotnický personál zajímal o její tepelnou pohodu, nevzpomíná. R1 jako jediná odpovídá na tuto otázku negativně, i když s určitou pochybností o svém tvrzení „*No, já myslím, že ne.*“

V jaké míře se zdravotnický personál zajímal o tepelnou pohodu pacientů, přehledně zobrazujeme v tabulce 2 (s.43)..

Tabulka 2 Zájem zdravotnického personálu o tepelnou pohodu pacientů

Dekódování	Ano	Ne	Nevzpomínám si
Respondent 1		x	
Respondent 2	x		
Respondent 3	x		
Respondent 4		x	
Respondent 5		x	
Respondent 6	x		
Respondent 7	x		
Respondent 8	x		
Respondent 9	x		
Respondent 10		x	
Respondent 11	x		
Respondent 12			x
Spolu	7	4	1

Zdroj: Vlastní zpracování

Položka 3: Pociťoval/a jste v patientském filtru nějaké projevy vzduchotechniky?

Na otázku, zda v patientském filtru respondenti pociťovali projevy vzduchotechniky, odpověděli všichni negativně. Dotazovaní odpovídali většinou jednoslovně a jednoznačně „Ne.“ Odpověď na otázku č. 3 lehce rozvedli např. R6: „Ne, necítil jsem.“ a R8: „Nevím, nevším jsem si toho. Já myslím, že ne.“ R12: „To bych řekla, že ne.“

Odpovědi respondentů, ve kterých se vyjadřují k projevům vzduchotechniky v patientském filtru, zobrazujeme v tabulce 3 (s. 44).

Tabulka 3 Projevy vzduchotechniky v patientském filtru

Dekódování	Ano	Ne
Respondent 1		X
Respondent 2		X
Respondent 3		X
Respondent 4		X
Respondent 5		X
Respondent 6		X
Respondent 7		X
Respondent 8		X
Respondent 9		X
Respondent 10		X
Respondent 11		X
Respondent 12		X
Spolu		12

Zdroj: Vlastní zpracování

VO 2: Jak dlouho čekají pacienti v prostorách patientského filtru?

K této výzkumné otázce se vztahuje položka v rozhovoru 4.

Položka 4: Jak dlouho jste čekal/a v patientského filtru, než jste se dostal/a na operační sál?

Vyhodnocení průměrné čekací doby oslovených respondentů, by nebylo objektivní. Neboť někteří odpovídají slovy: „*Nečekal jsem.*“, „*Čekání si nepamatuji z důvodu premedikace.*“, „*Ani ne pět minut.*“ nebo „*Téměř nečekal.*“ R1 si přesný čas čekací doby nepamatovala, nicméně jej odhadla na 10 až 20 minut. Tento čas uvedla i R11. R3 udává, že čekala 5 minut, víc ne. Dle R6 bylo čekání chvílička, ani ne 3 minuty. Průměrně 3 minuty čekali i R8, R9, R10. R12 popisuje, že čekala také maximálně 3 minuty.

Dobu, po kterou respondenti čekali v patientském filtru, znázorňujeme v tabulce 4 (s.45).

Tabulka 4 Doba čekání v patientském filtru před operací

	Vyhodnocení
Respondent 1	10–20 minut
Respondent 2	Ani ne 5 minut.
Respondent 3	5 minut
Respondent 4	Nečekal.
Respondent 5	Nečekal.
Respondent 6	3 minuty
Respondent 7	Nepamatuje si z důvodu premedikace.
Respondent 8	1–2 minuty
Respondent 9	5 minut
Respondent 10	5 minut
Respondent 11	10–20 minut
Respondent 12	3 minuty

Zdroj: Vlastní zpracování

VO 3: Jak vnímají pacienti čekání v patientském filtru?

K této výzkumné otázce se vztahuje položka v rozhovoru 5.

Položka 5: Jak jste vnímal/a čekání v patientském filtru?

Respondenti, kteří v patientském filtru nečekali, se k této otázce nevyjadřovali. Jedná se o R3, R4, R5, R8. Tuto otázku nekomentovala ani R7, která si na čekání ve filtru nepamatuje z důvodu premedikace. R1 k čekání v patientském filtru udává: „*Bylo nás tam víc, víc nás tam čekalo. No a sestřičky se tam smály, že to ani nebylo takové, že jde člověk na operaci. Jako kdyby se nic nedělo. Legrace tam byla ... Tam jsem to ještě nějak nezaznamenala, že jdu na operaci. Nějak jsem to nebrala.*“ Dle její výpovědi jí čekání nevadilo, ani nebylo zdrojem stresu. R2 se vyjádřil následovně: „*Prožíval jsem to přemýšlením, co bude dál. Spíš takový...no... co mě čeká za další překvapení. Ale stresující to nebylo. Byl jsem oblbnutej lékama, tak jsem byl takovej...no...*“

R3 udává, že čekala 5 minut, víc ne. Operaci jí kvůli kapacitě operačních sálů odložili o týden, tak byla ráda, že „jde na řadu.“ Dle R6 bylo čekání chvílička. Přesto cítil nervozitu, kterou toto čekání prohloubilo. Zvýšenou nervozitu pociťovala i R11, která k tomuto po krátkém zamyšlení řekla: „*Člověk má strach, přemýšlí... Asi mě to trochu*

znervózňovalo. To čekání. Prvně na oddělení, potom tam. Ale nebylo to nic tak hrozného.“ R12 popisuje čekání slovy: „Bylo to v pohodě. Ale vadil mi vtipkující personál. To, jak se bavili o osobních věcech.“

Jak vnímají čekání v prostorách patientského filtru oslovení respondenti, popisujeme v tabulce 5.

Tabulka 5 Vyjádření respondentů k době čekání v patientském filtru

	Slovní hodnocení
Respondent 1	Byla tam legrace, nebylo zdrojem stresu.
Respondent 2	Přemýšlením.
Respondent 3	Pociťovala radost.
Respondent 4	Nečekal.
Respondent 5	Nečekal.
Respondent 6	Prohloubení nervozity.
Respondent 7	Nepamatuje si.
Respondent 8	Čekal velmi krátce.
Respondent 9	Nebylo nepříjemné.
Respondent 10	V pohodě, je to hezké.
Respondent 11	Prohloubení nervozity.
Respondent 12	V pohodě, s výhradou.

Zdroj: Vlastní zpracování

VO 4: Jaké pocity mají pacienti během překlada přes překladové okno?

K této výzkumné otázce se vztahují položky v rozhovoru 6 a 7.

Položka6: Instruoval Vás zdravotnický personál o tom, co máte během přepravy přes překladové okno dělat a co se bude dít?

Během překlada pacientů přes překladové okno, ve většině případů, zdravotníci pracovníci informovali a instruovali respondenty tak, aby věděli, co mají dělat a co se s nimi bude dít. R2 uvedl: „Jo, to říkali. Bude to studit, jo. Nehejbejte se, lůžko je pod váma. Takže to mě informovali.“ Kladně odpověděla také R3: „Ano. A pomohli mně. Tam byli výborní. Jsou tam fakt výborní.“ Vyjádření R5 bylo následovné: „Samozřejmě. Říkali, abych se položil na stranu, pak tam dali tu plošinu. Akorát to bylo

studený, ale bylo to v cuku letu hotový.“ Vyjimku tvořili R8, R9 a R12. R8 popisoval, že byl nehybný, a proto jej museli zdravotníci přeložit sami. Žádné instrukce mu tedy podány nebyly. R9 si nepamatuje. R12 k tomuto říká: *„No, povelů bylo málo a nerozuměla jsem jim pořádně, co po mě chtějí.“*

Názorný přehled odpovědí respondentů, jež se vztahují k poskytování informací zdravotníky během transportu pacienta přes překladový pás, zobrazujeme v tabulce 6.

Tabulka 6 Poskytování informací zdravotníky pacientům, během transportu přes překladové okno

Dekódování	Informovali	Neinformovali	Nevzpomíná si	Inf. nedostatečně
Respondent 1	x			
Respondent 2	x			
Respondent 3	x			
Respondent 4	x			
Respondent 5	x			
Respondent 6	x			
Respondent 7	x			
Respondent 8		x		
Respondent 9			x	
Respondent 10	x			
Respondent 11	x			
Respondent 12				x
Spolu	9	1	1	1

Zdroj: Vlastní zpracování

Položka 7: Byl pro Vás způsob překladu pomocí překladového okna spíše příjemný či nepříjemný? Jak byste to popsal/a?

Když měli respondenti popsat, jak vnímali samotný transport přes překladové okno, odpovědi byly rozdílné. Ve většině případů se ale shodli na faktu, že deska překladového okna byla studená. Takto ji hodnotilo osm z dvanácti dotazovaných. R2 se vyjádřil takto: *„Bylo to velmi nepříjemné. Stůl byl studený jak hrom.“* Podobně hodnotila i R7: *„No, to je spíš takový...ani nepříjemný, ani příjemný...je to teda*

studený, což je takový šok pro tělo. To je můj názor. “Hodnocení překladu jako takového bylo rozmanité. R1 i R7 uvedly, že se obávaly, že spadnou, ačkoliv je personál uklidňoval a ujišťoval o opaku. Výrazy jako „dobrý“, „v pohodě“, „normální“ hodnotili transport přes překladové okno R3, R6, R9, R10. R2 a R12 popisují překlad jako nepříjemný. Pro R4 byl tento moment situací vyvolávající stres. A to z toho důvodu, že se blíží operace. S humorem k tomuto způsobu překladu přistupoval R5: „Ze špásu jsem si říkal, to je jak na mrtvolu. Ne, jinak jsem to bral normálně.“ R11 se vyjádřila následovně: „No, divné. Nezvyklé. Asi jim to pomůže, že se nemusí tahat s námi. To jo. Ale vzbuzuje to trochu strach. Nevím, jak to popsat.“

V tabulce 7 uvádíme, jak se respondenti vyjadřují k transportu přes překladové okno.

Tabulka 7 Hodnocení transportu přes překladové okno

	Slovní hodnocení
Respondent 1	Studený překladový pás. Bála se, že spadne.
Respondent 2	Studený překladový pás. Velmi nepříjemné.
Respondent 3	Chladnější překladový pás, jinak v pohodě.
Respondent 4	Stresující, protože se blížila operace.
Respondent 5	Studený překladový pás, jinak normální.
Respondent 6	V pohodě, překlad normální.
Respondent 7	Studený překladový pás. Bála se, že spadne.
Respondent 8	Krátké překladové okno.
Respondent 9	Neutrální pocit, deska jej studila do zad.
Respondent 10	Dobré.
Respondent 11	Studený překladový pás. Divné, nezvyklé, strach.
Respondent 12	Studený překladový pás. Nepříjemné.

Zdroj: Vlastní zpracování

VO 5: Které okolnosti v rámci operačního traktu hodnotí pacienti jako pozitivní a které jako negativní?

K této výzkumné otázce se vztahují položky v rozhovoru 8 a 9.

Tyto otázky byly zaměřeny na zhodnocení situace v prostorách operačního traktu respondenty tak, že jim byl poskytnutý prostor pro samostatnou a zcela individuální odpověď. Dotazovaní měli sami uvážít, jaké oblasti prostor operačního traktu hodnotí jako pozitivní, a které jako negativní.

Položka 8: Co všechno ve Vás v prostorách operačního traktu zanechalo pozitivní dojem?

Deset respondentů z dvanácti se kladně vyjádřilo k přístupu personálu. Podle jejich názoru je zdravotnický personál operačních sálů příjemný, profesionální, jeví o ně zájem a komunikuje. Takto odpověděli R1, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12. Doslovné hodnocení R6 bylo následovné: *„Líbilo se mi tam, dá se říct všechno, protože to byl přístup doslova profesionální. Ať to byla anestezioložka, co mě uspávala... Všechno proběhlo v naprostém pořádku. Líbí se mi ta čistota.“* “Odpověď R7 zněla takto: *„Jako jsou tam dobří doktoři, sestřičky, pěkně komunikují, vše vysvětlí.“* Nové, krásné a čisté prostředí operačního traktu uvedli R2, R3 a R11. Přičemž R3 konkrétně uvedla: *„Mně se líbily ty prostory. Že to mají nádherně vybavený. Běloučký všechno. Nádherný to bylo.“* R4 kladně ocenil hrající hudbu na sále. R12 pozitivně kvitovala fakt, že byla brzy po příjezdu na sál uspaná a dále již nečekala.

Přehled pozitivních aspektů operačního traktu z pohledu dotazovaných uvádíme v tabulce 8 (s. 50).

Tabulka 8 Pozitivní aspekty prostor operačního traktu

	Slovní hodnocení
Respondent 1	Komunikace, zájem personálu.
Respondent 2	Prostředí.
Respondent 3	Personál, prostředí, vybavení.
Respondent 4	Hudba na sále.
Respondent 5	Zájem personálu.
Respondent 6	Profesionální přístup, čistota prostředí.
Respondent 7	Přístup, komunikace personálu.
Respondent 8	Přístup lékařů.
Respondent 9	Pozitivní nálada personálu.
Respondent 10	Příjemný personál.
Respondent 11	Zájem personálu, prostředí.
Respondent 12	Příjemný personál, brzké usnutí.

Zdroj: Vlastní zpracování

Položka 9: Co ve Vás v prostorách operačního traktu zanechalo dojem negativní povahy?

Poté, co se dotazovaní vyjádřili k pozitivním aspektům operačních sálů, dostali dotaz, co by hodnotili jako negativní. I v tomto případě panovala většinová shoda, neboť devět z dvanácti respondentů odpovědělo „Nic.“ nebo „Není co zlepšovat.“ Jisté výhrady měli pouze R7, R11 a R12. Po krátké úvaze označila R7 jako negativní aspekt překladový pás. Dodala ovšem, že je jistě tento způsob překladu pacientů pro personál jednodušší. Vyjádření R11 bylo takovéto: „Nevím. Jako ve špatném asi nic. Jen úplně není, nebyla pro mě dobrá ta zima a okno. Jinak nemůžu říct nic špatného.“ Ojedinělý postřeh nám v rozhovoru poskytla R12: „Asi takhle nic. Ale co mi vadilo, když mi píchali žílu, odkládala si setra věci na můj hrudník. To mi vadilo v tu chvíli. A strašná zima na sále. Člověk se klepe nervozitou i zimou. Tak jsem byla ráda, že mě uspali...vadilo mi, jak vybalovaly sestry nástroje, ten hluk z toho.“

V tabulce 9 jsou zobrazeny negativní aspekty prostor operačního traktu.

Tabulka 9 Negativní aspekty prostor operačního traktu

	Vyhodnocení
Respondent 1	Nic.
Respondent 2	Nic.
Respondent 3	Nic.
Respondent 4	Nic.
Respondent 5	Nic.
Respondent 6	Nic.
Respondent 7	Překládový pás.
Respondent 8	Nic.
Respondent 9	Nic.
Respondent 10	Nic.
Respondent 11	Překládový pás, chlad.
Respondent 12	Chlad, chybný pracovní postup sestry.

Zdroj: Vlastní zpracování

VO 6: Jak vnímají pacienti komunikaci zdravotnického personálu?

K této výzkumné otázce se vztahují položky v rozhovoru 10 a 11.

Komunikaci lze hodnotit z několika hledisek. V rámci našeho výzkumu nás zajímaly především tyto aspekty:

- Informují zdravotníci pacienty o dalších postupech tak, aby věděli, co se s nimi bude dít?
- Jak vnímají pacienti komunikaci zdravotníků mezi sebou navzájem?

Položka 10: V prostorách operačních sálů, informoval Vás průběžně zdravotnický personál o dalším postupu tak, abyste věděl/a, co bude následovat?

Reakce respondentů na otázku, která se týkala informovanosti o dalších postupech, byla téměř jednoznačná. Všichni, až na R9, který si na toto nepamatuje, odpověděli kladně. Dotazovaní uvedli, že je zdravotnický personál průběžně informoval o následujícím dění tak, že věděli, co bude následovat. Jako příklady uváděli zavádění žilního katetru, napojení na monitor, měření krevního tlaku nebo zahájení celkové anestezie. Spíše

se ovšem k problematice vyjadřovali obecně. R1: „*Informovali mě o všem. Co všichni dělali, o všem mě informovali.*“ R3: „*Ano. Přišla sestra, teď vám změříme tlak, pak nevím, co měřili... Já to taky zapomenu... Říkali všechno, co mi budou dělat. Byla jsem spokojená.*“ R6: „*Každý úkon mi říkali. Ať to bylo uspávání. Nebo to, že budou dělat to, tohle. Všechno bylo perfektní.*“

Souhrnný přehled odpovědí znázorňujeme v tabulce 10.

Tabulka 10 Poskytování informací zdravotníky na operačním sále při realizaci péče

	Informovali	Neinformovali
Respondent 1	x	
Respondent 2	x	
Respondent 3	x	
Respondent 4	x	
Respondent 5	x	
Respondent 6	x	
Respondent 7	x	
Respondent 8	x	
Respondent 9		x
Respondent 10	x	
Respondent 11	x	
Respondent 12	x	
Spolu	11	12

Zdroj: Vlastní zpracování

Položka 11: Jak jste vnímal/a komunikaci zdravotnických pracovníků mezi sebou navzájem?

R7 uvedla: „Já přemýšlím, jestli mezi sebou mluvili... Spíš takové srandičky mezi sebou. Jako takový příjemný. Nejsou na sebe odměřený. Bylo to příjemné, ne rušivé. Člověk nepřemýšlí nad takovými věcmi, když poslouchá je.“ R1 se k problematice vyjádřila následovně: „Oni byli takoví, že jsem se nebála. Oni se třeba zasmáli. Tak jsem ani nevěnovala pozornost tomu, že jdu na operaci... ne, nerušilo mě to. Byla jsem ráda, že to tak dělají.“ Podobně se ještě vyslovili R3 a R11. R2 vypověděl, že toho moc neslyšel, protože se bavili potichu a navíc nerozuměl odborným výrazům. Pro R4, R5,

R9 a R10 nebyla komunikace zdravotnických pracovníků mezi sebou obtěžující, nerušila je, vnímali ji „normálně“. R8 uvedl: „Já bych řekl, že jsem to snad ani nevnímal.“ Na profesionální úrovni hodnotí komunikaci R6. R12 měla v tomto ohledu výhrady ke komunikaci zdravotníků na překladišti, ale na operačním sále již žádné neměla, neboť jak říká: „Na tom sále mezi sebou moc nemluvili, takže to bylo pořádku, z mého pohledu.“

Jak vnímají dotazovaní komunikaci zdravotníku mezi sebou navzájem, zobrazujeme v tabulce 11.

Tabulka 11 Hodnocení interpersonální komunikace zdravotníků

	Vyhodnocení
Respondent 1	Zasmála se, nebála.
Respondent 2	Neslyšel.
Respondent 3	Neznervózňovalo, nevyrušovalo.
Respondent 4	Neobtěžovalo.
Respondent 5	Neobtěžovalo.
Respondent 6	Profesionální komunikace.
Respondent 7	Zábavné.
Respondent 8	Nevnímal, neví.
Respondent 9	Nevyrušovalo.
Respondent 10	Nevnímal.
Respondent 11	Příjemné rozptýlení.
Respondent 12	Na překladišti obtěžující, na sále nevadilo.

Zdroj: Vlastní zpracování

VO 7: Jak hodnotí pacienti ochranu jejich intimity?

K této výzkumné otázce se vztahuje položka v rozhovoru 12.

Při výzkumném šetření jsme se zaměřili i na tuto oblast, neboť je z našeho pohledu důležitá. Zajímalo nás, jak pacienti hodnotí péči zdravotnického personálu o ochranu jejich intimity.

Položka 12: Jak hodnotíte péči zdravotnického personálu o ochranu vaší intimity?

Odpovědi respondentů byly v případě otázky číslo 12 zcela jednoznačné. Všichni dotazovaní odpověděli kladně. Pro ilustraci uvádíme několik příkladů. R1 „*No tak jako dobře. Přikryli mě ještě něčím modrým, opatrně stáhli košili. Starali se dobře.*“ R2 na tuto oblast nahlížel s humorem, neboť odpověděl: „*Snažili se mě neustále něčím přikrývat. A jinak, oni jsou asi nabažení, tady těma pohledama.*“ R6: „*Úplně perfektní. I při nakládání. Furt jsem přikrytej. Tam snad není ani okamžik, kdy bych byl odkrytej.*“

I R7 byla s péčí o ochranu její intimity spokojená. Vypověděla, že byla stále zakryta. Během odpovědi na tuto otázku zmínila i zkušenost z předchozí operace, která s intimitou úzce souvisí: „*Když jsem byla na operaci s kolenem, před čtyřma rukama, to jsem měla teda měsíčky. Tak mi nedali vložku. Nechtěli. Tak mi to bylo nepříjemný, jak jsem tam ležela. Dala jsem si tampon. Na to dlouho nezapomenu. Kdyby tam byly doktorky...*“

Jak hodnotí respondenti péči zdravotníků o jejich intimitu, uvádíme v tabulce č. 12.

Tabulka 12 Hodnocení péče o intimitu pacientů

Dekódování	Pozitivní	Negativní
Respondent 1	x	
Respondent 2	x	
Respondent 3	x	
Respondent 4	x	
Respondent 5	x	
Respondent 6	x	
Respondent 7	x	
Respondent 8	x	
Respondent 9	x	
Respondent 10	x	
Respondent 11	x	
Respondent 12	x	
Spolu	12	

Zdroj: Vlastní zpracování

VO 8: Vizualizují si pacienti před operací prostory operačního traktu? Pokud ano, tak jak?

K této výzkumné otázce se vztahují položky v rozhovoru 14, 15, 16.

Naším cílem bylo zjistit, zda vůbec a popřípadě jak, si pacienti, které čeká operační výkon, představují samotné prostředí operačního traktu. Také nás zajímalo, zda představy byly poté shodné s realitou a jestli respondenty něco v prostorách operačního traktu překvapilo. Z důvodu usměrnění představ pacientů jsme v rámci této VO zjišťovali, zda jsou pacienti informováni o prostorách operačního traktu a o tom, co se s nimi bude dít.

Položka 14: Byl/a jste před operací informován/a o dění v prostorách operačního traktu?

V případě této problematiky odpovědělo devět dotazovaných, že je nikdo o dění v prostorách operačního traktu neinformoval. Jednalo se o R1, R2, R4, R5, R6, R8, R9, R11, R12. Informace od pacientek na pokoji získala R11, která se vyjádřila takto: *„Ne, to ne. O tom okně mi říkaly ženský na pokoji, co už mají po operaci. Jsem se ptala, jak to tam vypadá a tak...“* Na danou otázku nemohli odpovědět R3 a R10, protože si nevzpomínají. Jediná kladná odpověď zazněla od R7: *„To mi říkali. Že mě převevou. Na oddělení, že mi dají injekci, převevou mě, tam budu chvíli stát, pak tam na tom pásu.“*

Zda byli respondenti před operací informováni o prostorách a postupech v rámci operačního traktu, znázorňujeme v tabulce 13 (s. 56).

Tabulka 13 Poskytování informací o operačním traktu

	Vyhodnocení
Respondent 1	Neinformován.
Respondent 2	Neinformován.
Respondent 3	Nevzpomíná si.
Respondent 4	Neinformován.
Respondent 5	Neinformován.
Respondent 6	Neinformován.
Respondent 7	Informován.
Respondent 8	Neinformován.
Respondent 9	Neinformován.
Respondent 10	Neví.
Respondent 11	Neinformován. Informace od pacientek.
Respondent 12	Neinformován.

Zdroj: Vlastní zpracování

Položka 15: Jaké pocity ve Vás vyvolávala představa operačního traktu před operací?

Položka 16: Byla realita dění v prostorách operačního traktu poté shodná s Vašimi představami? Překvapilo Vás něco?

Vzhledem k faktu, že odpovědi respondentů na otázky 15 a 16 měli na sebe příčinnou návaznost, rozhodli jsme se při jejich analýze pro lepší přehlednost, zaznamenat výsledky obou otázek dohromady tak, jak na ně dotazovaní odpovídali.

R1 vypověděla, že si nic nepředstavovala. Překvapená byla z kvalitní péče personálu i komunikace. Žádné představy neměl ani R2. Zmínil se, že: „*Nemůžu to k ničemu přirovnat. Jedině ke „staré nemocnici“, to byla primitivita.*“ Překvapený byl technikou a výborným zacházením personálu. Jelikož byla R3 již na druhé operaci, přičemž první proběhla teprve před půl rokem, odpověděla, že věděla, co ji čeká a nic ji ani nepřekvapilo. R4 neměl žádné představy, ani o tom nepřemýšlel. Překvapila ho ovšem hudba na operačním sále. Určujícím faktorem pro představy R5 byla televize. Ovšem v konečném důsledku se představy lišili. Řekl: „*Bylo tam plno všelijakých přístrojů. Je tam toho tolik, natěsnaného.*“ Toto bylo i příčinnou jeho překvapení. Ačkoliv je manželka R6 rentgenoložkou, a dle jeho slov mu již něco řekla, neměl představu vůbec

žádnou. Jelikož základy věděl od ženy, nic ho výrazně nepřekvapilo. R7 se vyjádřila následovně: *„To vám řeknu přesně. Když jsem šla poprvé, tak jsem si představovala místnost, zelené, staré kachlíky...Tak to byla moje představa o operačních sálech. Přitom to ale tak vůbec nebylo.“* Když hodnotila srovnání představ a reality, mínila: *„Je jiná. Je to hezčí. Vypadá to pěkně. Je to uklidňující. A ani nic mě nepřekvapilo.“* Nepatrný rozpor v odpovědích ohledně představ měl R8. Nejprve odpověděl, že představy neměl žádné a k tomuto dodal: *„Právě proto jsem to potom spíš pozoroval. Jsem technický typ, tak mě to zajímalo.“* Následně na otázku, zda přece jenom může realitu s něčím porovnat, odpověděl: *„Já myslím, že jo. Já jsem operační sály viděl jenom ve filmech, takže takhle nějak jsem si to představoval a tak to i probíhalo.“* Před operací o prostředí operačního traktu vůbec nepřemýšlel R9. Nicméně by ho přirovnal k tomu, co viděl v seriálech v televizi. Nepřekvapilo jej nic. R10 věděl, že operační sály jsou nově přestavěné, ale nedokázal si představit „co a jak“. Překvapený nebyl ničím. R11 se vyjádřila takto: *„Já nevím. Něco jako teď v televizi. Moderní, pěkný. Ale úplně představu jsem neměla, to ne.“* Když porovnávala realitu s představami, pokračovala následovně: *„Jo, spíš jo. Taky to tam máte hezký.“* Překvapil ji překladový pás, i když o něm věděla. Ale ani tak si jej nedovedla představit. Originální představu o operačním traktu, odlišnou od zbylých dotazovaných, popsala R12: *„Představovala jsem si, že jsou menší. A tu chodbu bych si nepředstavovala tak dlouhou. Přišlo mi to jak továrna na operace. Dlouhá chodba, samé dveře, přístroje. Trošku jsem z toho měla tíseň.“* K tomu, co ji překvapilo, odpověděla též zcela odlišně: *„Překvapilo. Že mi sundali toho anděla a pak mi nechali jenom tu roušku, prostěradlo, nebo co to bylo. To jsem si přišla taková nahá, i když jsem byla. Ale i tak... a taky mě překvapilo nebo spíš vadilo, jak vybalovaly sestry nástroje, ten hluk z toho.“*

Představy, které měli dotazovaní ohledně operačního traktu v období před operací a také důvody jejich překvapení, popisujeme v tabulce 14 (s.58).

Tabulka 14 Představy o operačním traktu

	Slovní hodnocení
Respondent 1	Nepředstavovala si nic. Překvapená byla z kvalitní péče a komunikace personálu.
Respondent 2	Neměl žádné představy. Překvapila ho technika.
Respondent 3	Nic si nepředstavovala. Nic ji nepřekvapilo.
Respondent 4	Nepřemýšlel o tom, představy neměl. Překvapila ho hudba.
Respondent 5	Představy si utvořil podle TV. Překvapilo jej množství přístrojů, původně si jich představoval méně.
Respondent 6	Neměl žádné představy. Nic jej nepřekvapilo.
Respondent 7	Realita byla hezčí než původní představy. Nic ji nepřekvapilo.
Respondent 8	Nevytvořil si žádné představy. Nic jej nepřekvapilo.
Respondent 9	Nic si nepředstavoval. Nezažil žádné překvapení.
Respondent 10	Nedokázal si nic představit. Nic jej nepřekvapilo.
Respondent 11	Představy podle TV, byly shodné s realitou. Překvapil ji překladový pás.
Respondent 12	Realita byla jiná než představy. Domnívala se, že operační trakt je menší.

Zdroj: Vlastní zpracování

VO 9: Z čeho mají pacienti před operací obavy?

K této výzkumné otázce se vztahuje položka v rozhovoru 13.

Výzkumným šetřením jsme chtěli zjistit, zda měli dotazovaní před operací obavy. Pokud ano, tak z čeho konkrétně, a zda jako důvod obav uvedou i prostředí operačního traktu.

Položka 13: Pociťoval/a jste před operací nějaké obavy? Pokud ano, tak z čeho?

Analýza výsledků této oblasti ukázala, že žádné obavy před operací nepociťovali R7, R8 a R9. Oproti těmto třem respondentům stála zcela odlišná odpověď R2, který se vyjádřil takto: „Ze všeho. Vůbec jsem nevěděl, do čeho jdu, co můžu očekávat. Taky, že mám jakýsi věk, nemám 100% srdce, takže jsem měl takový stresový stav, co se může stát všechno.“ Odlišnou reakci měla i R12: „Měla jsem obavy, že jak budu spát, nebudu při vědomí, nebudu mít kontrolu nad situací.“ Ostatní dotazovaní odpovídali různě. R1 a R4 měli strach z usnutí. Obavy z výsledku operace, tak „aby to dobře dopadlo“, měli

R5 a R6. Vyjádření R5 znělo následovně: „*No, tak to má člověk takový pocit, jak to dopadne. Už mám za sebou dvě operace, tak jsem věděl, co mě čeká. Úplně strach jsem neměl, ale takový nepříjemný pocit. Jak to bude bolet.*“ Strach z operace a probuzení z anestezie udával R10. Obdobně odpověděla i R11, ale ta ještě dodala, že se bojí, aby neměla bolesti.

Výpovědi respondentů, vztahující se k jejich obavám před operací, uvádíme v tabulce 15.

Tabulka 15 Identifikace obav před operací

	Vyhodnocení
Respondent 1	Obavy z anestezie.
Respondent 2	Obavy ze všeho, co jej čeká, z neznáma, nejisté situace.
Respondent 3	Obavy z výsledku operace.
Respondent 4	Obavy z anestezie.
Respondent 5	Obavy z výsledku operace, bolesti.
Respondent 6	Obavy z výsledku operace.
Respondent 7	Bez obav.
Respondent 8	Bez obav.
Respondent 9	Bez obav.
Respondent 10	Obavy z výsledku operace a anestezie.
Respondent 11	Obavy z výsledku operace, anestezie, bolesti.
Respondent 12	Obavy ze ztráty kontroly nad situací během anestezie.

Zdroj: Vlastní zpracování

2.5 Diskuze

V této kapitole se vyjadřujeme k cílům výzkumného šetření na základě zjištění. Dále porovnáváme získané výsledky se závěry jiných autorů.

ČC 1: Zmapovat prožitky pacientů během jejich pobytu v patientském filtru.

K tomuto cíli náleží konkrétní položky rozhovoru 1–7.

Pomocí položek rozhovoru náležící k VO 1 jsme chtěli zjistit, jak pacienti v prostorách patientského filtru vnímají teplotu vzduchu. V Nemocnici Znojmo není teplota v tomto

úseku nařízena ani měřena. Oproti tomu na operačních sálech je vedena dle Metrologického řádu Nemocnice Znojmo (2019) a to v rozmezí 21-24 °C. Během analýzy současného stavu problematiky jsme zjistili, že úseku patientského filtru není věnována taková pozornost, jako operačním sálům. Dle Jabora (2008) je ovšem důležité, aby dostatečnou teplotu měl nejen operační sál, ale i prostory, ve kterých se pacient nachází v době před operací. Jabora (2008) také upozorňuje, že hypotermie může vzniknout i při vnitřní teplotě, která je v rozmezí 22-24 °C.

Během našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že 7 dotazovaných (58 %), více než ½, vnímalo teplotu vzduchu v prostorách patientského filtru jako komfortní. Konkrétně udávali, že jim bylo dobře, teplo nebo příjemně. 2 respondenti (17 %) odpověděli, že v těchto prostorách teplo nebylo, ale cítili se příjemně. Zbylí 4 dotazovaní (33 %) pocítovali v patientském filtru chlad. Dle výsledků je zřejmé, že v nadpoloviční většině byla teplota vzduchu pro pacienty komfortní. Jedná se o subjektivní hodnocení respondentů, nicméně i tak můžeme říci, že podmínka dostatečné teploty prostředí byla v těchto případech dodržena tak, jak doporučuje Jabor (2008).

Protože nás vzhledem k této problematice také zajímalo, zda se zdravotnický personál v prostorách patientského filtru zajímal o tepelnou pohodu pacientů, porovnali jsme výsledky položky 1 a 2. Analýzou položky 1 vyšlo najevo, že v úseku patientského filtru chlad pocítovali R4, R7, R11, R12. R11 a R7 uvedli, že personál o jejich tepelný komfort zájem projevoval, přičemž R7 dostala pokrývku navíc. Tuto oblast negativně hodnotil R4, neboť ve filtru pobyl krátkou dobu. R12 si na toto nevzpomínala.

Nicméně z celkového počtu respondentů polovina uvedla, že zdravotníci jevíli zájem o to, zda se z tohoto pohledu cítí dobře. Negativní odpověď byla jediná. 2 respondenti uvedli, že v patientském filtru pobýli tak krátce, že se jich na toto nikdo nestihl dotázat. 1 dotazovaná si nevzpomínala. Rokyta (2000) uvádí, že velikost a rychlost ztráty tepla nezávisí pouze na teplotě okolního prostředí, ale například i na proudění vzduchu. Z tohoto důvodu jsme chtěli zjistit, zda tento jev negativně neovlivňuje pocitovou teplotu pacientů v patientském filtru. Dle odpovědí na položku 3, jež byly všechny negativní, můžeme konstatovat, že pocit chladu nevyvolávalo nebo nezhoršovalo proudění vzduchu.

K prostředí patientského filtru nás dále zajímalo, jak dlouho v tomto úseku pacienti před operací čekají.

Pacienti jsou z oddělení na operační sál voláni dle pořadí v operačním programu daných sálů, kterých je dle vytiženosti v provozu 5–7. Načasování pokynu k transportu dalšího pacienta na sál je řízeno anesteziologem. Neexistuje žádná platná směrnice, která by definovala moment, kdy je vhodné přistoupit k telefonickému pokynu o přivezení následujícího pacienta z oddělení. Obecně lze říci, že takovýmto momentem v případě spinální anestezie bývá „poslední steh“, v případě celkové anestezie alespoň částečné obnovení spontánní ventilace nebo přímo extubace. Snahou celého operačního týmu je, aby pacient v patientském filtru pokud možno čekal co nejkratší dobu. Na druhé straně je nutností vyvarovat se i zbytečným prodlevám v transportech pacientů, které mohou v konečném důsledku vést k nedodržení operačního programu. Existuje však několik proměnných, které nelze vždy ovlivnit. Může se jednat o chybný management telefonických pokynů, obsazené telefonní linky, vytižené transportní výtahy, náhlá změna stavu pacienta před odjezdem z operačního sálu nebo přetížená kapacita překladačového pásu, kdy začíná a končí více sálů najednou.

Po vyhodnocení doby, po kterou dotazovaní čekali v patientském filtru, jsme došli k závěru, že 75 % respondentů čekalo průměrně kolem tří minut. Pouze dva respondenti odpověděli, že čas strávený v patientském filtru činil 10–20 minut. Naše výsledky lze porovnat s výsledky Škarydové (2014), která ve svém kvalitativním výzkumu analyzuje prostředí předsálí a její výzkumný vzorek činí 6 respondentů. Škarydová (2014) zjistila, že jedna polovina dotazovaných čekala na předsálí „pár minut“ a druhá polovina 10–15 minut.

Výzkumným šetřením jsme také chtěli zjistit, jak pacienti čekání v patientském filtru vnímají. Podle odpovědí respondentů je zřejmé, že čekání v patientském filtru před operací může být zdrojem nepříjemných pocitů, navzdory účinkům premedikace. Nervozitu pociťovali dva respondenti, R11 a R6. R2 vypověděl, že čekání v patientském filtru pro něj nebylo přímo stresující, nicméně přemýšlel, co jej čeká dál. Podle vystupování a způsobu řeči tohoto respondenta jsem toho názoru, že čekání pro něj příjemné nebylo. Čekání na operaci, jakožto stresující událost, shodně popisují ve svých výzkumech i jiní autoři Cobley et al. (1991, in Pudner, 2010; in Janíková, Zeleníková, 2013) a Kindler et al. (2000, in Janíková, Zeleníková, 2013). Také Škarydová (2014) ve své studii uvádí výpověď jedné respondentky, která největší obavy prožívala na předsálí.

Nedílnou součástí patientského filtru je překladový pás. Pomocí tohoto zařízení jsou pacienti překládáni z lůžka na operační stůl. Odděluje ochrannou zónu operačního traktu od filtru. Každá strana překladového okna je vybavena ovládacím zařízením, které obsluhuje proškolený personál z řad sanitářů nebo všeobecných sester. Dle zdravotního stavu pacienta provádí anesteziologický tým dohled již při samotném transportu přes překladový pás. Po každém pacientovi, je deska ošetřena desinfekcí a čeká se do zaschnutí. V Nemocnici Znojmo je překladový pás o délce 180 cm. Není vyhřívaný.

Díky zkušenostem z praxe jsme nabyli dojmu, že ne vždy je tento způsob transportu pacienty kvitován pozitivně. Výzkumným šetřením jsme tedy chtěli získat empirická data, jež se týkají těchto oblastí:

- zda zdravotnický personál instruuje a informuje pacienty během překladu přes překladové okno
- jak tento způsob překladu pacienti vnímají.

Dle získaných odpovědí jsme zjistili, že $\frac{3}{4}$ (75 %) dotazovaných bylo během překladu zdravotnickým personálem instruováno a informováno. Převládajícím pocitem při transportu přes překladové okno byl pocit chladu. 66, 5 % respondentů udalo, že povrch pásu překladového okna byl studený. Nepříjemné pocity ze samotného transportu nebo přímo obavy, uvedlo 50 % dotazovaných. Dvě respondentky popsaly strach z pádu z desky překladového okna. Jistý diskomfort mohou vnímat také pacienti vyššího věku, neboť překladové okno pro ně může být krátké. Tento problém zaznamenal 1 respondent. Překladovému zařízení se věnovala i Hajžmanová (2014). Její kvalitativní výzkum zahrnoval výpovědi 4 respondentů. Tito samotný transport přes překladové okno vnímali lépe než respondenti našeho výzkumu. Hajžmanová (2014) uvádí, že 3 dotazovaní popsali samotný překlad slovy „nevadí, líbilo se.“ Čtvrtý dotazovaný použil slova „zvláštní“. Jako jediného se autorka tázala, zda byl během překladu zdravotníci průběžně informováni. Odpověděl, že možná ano.

Zmapovat prožitky pacientů v patientském filtru se nám podařilo. Zjistili jsme, že většina respondentů se v tomto úseku po stránce tepelné pohody cítila dobře. Pocit chladu uvedla 1/3 dotazovaných. Transport přes překladové okno působil obavy a nepříjemné pocity u 50 % respondentů. Až 66 % dotazovaných uvedlo pocit chladu, způsobený překladovou deskou. **Částečný cíl 1 byl splněn.**

ČC 2: Zanalyzovat vybrané faktory prostředí operačního traktu, jež působí na pacienta.

K tomuto cíli náleží položky v rozhovoru 8–12.

Ačkoliv položky 10, 11, 12 byly zacíleny na operační sály jako takové, respondenti se mnohdy vyjadřovali k operačnímu traktu jako celku. Proto jsou výsledky sumarizované za celý operační trakt.

Naším záměrem bylo odhalit skutečně autentický pohled pacientů na operační trakt, co vnímají jako pozitivní a co jako negativní. Nepředkládali jsme jim žádné varianty odpovědí. Respondentům jsme ponechali možnost vybavit si, co z operačního traktu jim utkvělo v paměti a jakou podobu to s odstupem času zanechalo. Zjistili jsme, že více jako $\frac{3}{4}$ (85 %) dotazovaných vnímalo pozitivně především přístup a komunikaci zdravotnického personálu. $\frac{1}{4}$ (25 %) respondentů kladně ohodnotilo i nově zrekonstruované prostory sálů. Negativní dojem, podle většiny odpovědí (75 %), neměli respondenti z ničeho. Ve třech případech dotazovaní negativně ohodnotili překládový pás a chlad. Na pozitivní a negativní aspekty prostředí operačních sálů se dotazovala i Škarydová (2014). Ačkoliv konkrétní položka rozhovoru byla zacílena právě na toto téma, klientky jejího výzkumu se v ní přímo k tématu nevyjádřily. Pozitiva a negativa bylo ovšem možné vyčíst z jiných částí rozhovoru. Stejně jako v našem výzkumu, i respondentky Škarydové (2014), kladně hodnotily komunikaci personálu a příjemné vystupování. Takto se vyjádřilo 100 % dotazovaných. 2 respondentky pozitivně ohodnotily také novost a čistotu prostředí i vybavení. Dle odpovědí klientek ve výzkumu Škarydové (2014), není žádná oblast operačních sálů, kterou by její respondentky označily jako negativní. Dle Berana (2010) mají komunikační dovednosti význam při navazování kvalitního vztahu zdravotníka s pacientem. Morovicsová (2010) považuje komunikaci za neoddělitelnou součást intervencí všech zdravotnických pracovníků. Z těchto důvodů jsme se rozhodli, zabývat se tématem komunikace i v našem výzkumném šetření. Existuje mnoho směrů, ze kterých lze toto téma zkoumat. My jsme se zaměřili jednak na poskytování informací zdravotníky v průběhu péče, kdy nás zajímalo, zda personál průběžně informuje pacienta o tom, co se s ním bude dít. Také jsme chtěli zjistit, jak pacienti vnímají komunikaci zdravotníků mezi sebou navzájem. Během výkonu naší praxe jsme se mnohokrát pozastavili nad otázkou, zda pacienty tento druh komunikace neobtěžuje.

Analýzou odpovědí na položku 9 jsme došli k zjištění, že v 92 % zdravotnický personál operačních sálů informoval respondenty o probíhající péči. Výjimkou byl jeden respondent, který si na toto nevzpomínal. K podobnému závěru došla ve své práci také Hajžmanová (2014). 3 respondenti ze 4 odpověděli, že je zdravotnický personál informoval o průběhu péče na operačním sále. Jeden respondent si na toto nevzpomínal.

Hodnocení interpersonální komunikace zdravotníků bylo v 75 % případů kladné, 3 respondenti ji nevnímali. Zjistili jsme, že tato komunikace pacienty nejen že neobtěžuje, ale v některých případech může přispět ke snížení míry stresu a strachu pacientů. Naše zjištění je v rozporu s tvrzením Moroviczové (2010), která považuje za nevhodné, pokud členové operačního týmu řeší během výkonu témata, která s operací nesouvisí. Výsledky našeho výzkumu podpořila i odpověď jednoho respondenta Hajžmanové (2014). Ten označil komunikaci zdravotnického personálu po čas operace, za příjemnou.

Během naší praxe jsme byli několikrát svědky situace, kdy byla zdravotnickým pracovníkem porušena intimita pacienta. Vnímáme, že ochrana intimity je nezadatelným právem každého pacienta, proto jsme se rozhodli zaměřit, v našem výzkumném šetření, i na tuto oblast. V prostorách operačního traktu je nahota pacienta nevyhnutelná a to v zájmu zachování aseptických podmínek a postupů. Je však v možnostech zdravotníků, neodhalovat pacienta víc, než je nezbytně nutné. V Etickém kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (2004) stojí, že zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.

Zeman (2011) tvrdí, že pacient ve vstupním filtru odloží veškerý oděv a na operační sál je již transportován nahý, přikrytý rouškou nebo prostěradlem, s čepicí na hlavě. V Nemocnici Znojmo jsou pacienti již z oddělení transportováni v jednorázových pláštích, zahalení příkrývkou. Během překlady přes překladové okno je příkrývka vyměněna za roušku nebo prostěradlo. Jednorázový plášť pacienti odkládají většinou na předsálí nebo přímo na operačním sále.

Po zmapování situace v oblasti péče zdravotníků o ochranu intimity pacientů, jsme došli k závěru, že tato péče byla respondenty vnímána jednoznačně pozitivně, na profesionální úrovni. Ke stejnému závěru dospěla ve svém výzkumu i Ferenczová (2012). 100 % dotazovaných ohodnotilo přístup zdravotníků jako diskrétní nebo

profesionální. Zajímavé ovšem bylo, že i přes snahu personálu, se 6 pacientů ze 7, necítilo příjemně. Ve všech případech se jednalo o ženy. Ty jako moment, kdy byla porušena jejich intimita, označily vysvlékání pyžama na předsálí a přesun na lehátko. V našem výzkumu jsme se, na pocity pacientů souvisejících s nahotou cíleně neptali. Z rozhovorů jsme ale nabyli dojmu, že nahotu ve spojení s operací všichni vnímali pragmaticky, ženy nevyjímaje. Také předpokládáme, že díky důvěrné atmosféře během rozhovoru, by se nám respondenti svěřili sami od sebe i bez vyzvání.

Všechny námi určené oblasti, jenž souvisí s prostředím operačního traktu a působí tedy na pacienta, jsme podrobili důkladné analýze. Je patrné, že výpovědi respondentů ohledně těchto oblastí spolu korespondují. Pacienti vnímají jako nejvíce pozitivní aspekt péči a komunikaci zdravotnického personálu. Samostatné hodnocení komunikace zdravotníků i jejich péče o ochranu intimity pacientů, přineslo též výsledky z většiny kladné. Na základě tohoto můžeme říct, že **druhý částečný cíl byl splněn.**

ČC 3: Zjistit, zda jsou pacienti v rámci předoperační přípravy seznámeni s bezprostřední předoperační péčí a s prostorami operačního traktu.

K tomuto částečnému cíli náleží položky v rozhovoru 13–16.

Výzkumným šetřením jsme zjistili, že 75 % respondentů se v období před operací nedostalo informací, jež se týkají prostor a péče poskytované v rámci operačního traktu. Přitom Morovicsová (2010) poukazuje na fakt, že vhodná informovanost nemocného vede k uspokojení jedné z jeho potřeb. Oproti tomu neposkytnutí informací může u pacienta vést ke zvýšenému prožívání strachu, obav, nejistoty. V našem výzkumu pouze 1 respondentka uvedla, že byla stran této oblasti zdravotníky informována. Těmto zjištěním odpovídají i další výsledky. Podle těchto výsledků, 65 % respondentů nemělo o operačním traktu v předoperačním období žádné představy. Nemohli je tedy následně porovnat se skutečností. R7, které informace o operačním traktu byly poskytnuty, uvedla, že její představy byly přesto odlišné. Stejného názoru byli další dva dotazovaní. Ti si své představy utvořili na základě televizní tvorby. R11 získala informace od pacientky na společném pokoji a jako jediná uvedla při srovnání představ a reality, shodu. Štefková (2008) ve své práci došla k podobnému závěru. S prostředím operačních sálů nemělo možnost se seznámit skoro 3/4 dotazovaných.

Poučení pacienta v rámci perioperačního období považují za důležitou i autorky (Jedličková a Hodová, 2012) Edukačního programu perioperační péče ve FN Brno.

Během realizace první etapy projektu zjišťovaly, zda mají pacienti zájem nejen o informace, které se týkají přípravy na operační výkon, ale i o informace o prostorách a technickém vybavení operačních sálů. Z dotazníkového šetření jim vyplynulo, že pacienti mají zájem i o tyto informace a to v tištěné podobě.

Během rozhovoru s pacienty bylo naším cílem také identifikovat důvody jejich obav, které měli před operací. Janíková, Zeleníková (2013) popisují, že chirurgický výkon bývá u pacientů obvykle spojen se zvýšeným stresem a úzkostí. Cobley et al. (in Pudner, 2010; in Janíková, Zeleníková, 2013) v roce 1991 zjistili pět nejvíce stresujících událostí u pacientů před operací. Mimo jiné uvedli, jako jeden z důvodů stresu, vstup do operačního sálu.

Z analýzy výsledků položky, jež byla zaměřena na identifikaci obav pacientů před operací, vyplynulo, že 75 % dotazovaných nějaký druh obav popisuje. Bez obav byli pouze 3 respondenti. Tyto výsledky jsou shodné s výsledky dalších autorů (Štefková, 2008; Málek, 2004). Podle zjištění Štefkové (2008), mělo obavy různé intenzity (malé, zvládnutelné, velké), 70 % dotazovaných. Málek (2004) uvádí 65,5 % respondentů. V našem výzkumu jsme nezjistili jako zdroj obav prostředí operačního traktu, jako takové. Dotazovaní se ve většině případů obávali anestezie, výsledku operace a bolesti. Zajímavá je odpověď R12, která měla strach ze ztráty kontroly nad situací během anestezie. Tyto výsledky můžeme porovnat s výsledky studie Mála (2004). Ten zjistil, že se respondenti nejčastěji obávali operace a komplikací po ní, dále anestezie, pooperační bolesti a smrti.

Zmapovali jsme současný stav edukace o perioperační péči v nemocnici Znojmo, i všechny námi zadané podoblasti této problematiky. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že ve $\frac{3}{4}$ případů nebyla edukace realizována. Následkem toho, neměla většina dotazovaných žádné představy o tom, jaké je prostředí operačního traktu.

Obavy před operací popsalo 75 % respondentů. Důvody obav pacientů byly následující: anestezie, výsledky operace a bolest. **Třetí částečný cíl považujeme za splněný.**

2.6 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Výsledky výzkumného šetření odhalily oblasti, které se při realizaci perioperační péče jeví jako problémové. Jedná se o:

- překladové okno,
- edukace o perioperační péči.

Zaznamenalí jsme ovšem i další nedostatek. Ten byl sice zjištěn v menší procentuální míře než výše jmenované, ale i přesto by bylo vhodné se jím zabývat. Jde o problematiku:

- chlad v patientském filtru i na sále.

Pro všechny tyto oblasti, předkládáme následující návrhy řešení.

Překladové okno

V případě oblasti – překladové okno – označili respondenti jako důvody diskomfortu studený pás, celkově nepříjemné pocity a strach. Pro pacienty vyššího věku může být problémem nedostatečná délka překladového okna.

Vzhledem k provozním podmínkám překladového pásu i jeho technickým parametrům, není možné realizovat nenákladné, jednoduché řešení. Jedinou možností by byla instalace nového transportního zařízení větších parametrů, s vyhřívanou deskou. Realizace takového nápravného opatření náleží do kompetence managementu operačního traktu a nejvyššího řízení nemocnice. Díky výsledkům našeho výzkumného šetření mají podklady, proč se této problematice do budoucna věnovat.

Možnou rezervu, jak alespoň částečně tuto situaci napravit, představuje personální složka. My jsme zjistili, že zdravotníci jednají během transportu pacientů přes překladové okno velice profesionálně. V tuto chvíli se ovšem jako jediné možné řešení nabízí, důsledně dbát na dokonalou edukaci pacientů zdravotníky tak, aby byly alespoň zmírněny nepříjemné následky přepravy překladovým pásem.

Edukace pacientů o průběhu perioperační péče a prostorách operačního traktu

Výsledky našeho výzkumu poukázali na absenci edukace, která je zacílená na perioperační péči a prostředí operačního traktu. Součástí našeho šetření nebylo zjišťovat, zda by respondenti měli zájem i takovéto informace. Dle výsledků Jedličkové,

Hodové (2012), které vytvořili Edukační program perioperační péče ve FN Brno, je zřejmé, že pacienti o tyto informace zájem mají.

Navrhujeme, aby součástí předoperační přípravy byla i edukace o perioperační péči a prostorách operačního traktu. Pro tento účel jsme vytvořili informační leták s názvem Ošetrovatelská péče a prostory Centrálního operačního traktu (příloha 5). Informace v něm obsažené jsou podány přehlednou a srozumitelnou formou tak, abychom pacienta nezahltili nadměrným množstvím informací. Text je doplněn o fotky a ilustraci. Pacient touto formou dostane informace týkající se:

- vzhledu prostor operačního traktu, ve kterých se bude postupně nacházet,
- konkrétních krocích perioperační péče, které jsou uvedené v kontextu s danými prostory a personálu Centrálních operačních sálů.

Chlad v patientském filtru, na operačních sálech

Téměř 1/3 pacientů pociťovala v prostorách patientského filtru chlad. Chlad byl také označen dvěma respondentkami jako negativum operačních sálů. Proto je nutné, věnovat v doporučeních pro praxi pozornost i tomuto tématu. V našem výzkumu jsme mapovali prožitky pacientů v bezprostředním předoperačním období. Nebudeme se proto v doporučeních pro tuto oblast zabývat postupy prevence hypotermie, určených pro období intraoperační.

Ačkoliv jsme zjistili, že pacienti v tomto úseku patientského filtru pobývají relativně krátkou dobu (nejčastěji 3 minuty), může se stát, že čekací doba bude delší (10–20 minut). A spolu s ní tedy bude delší i expozice chladu. Díky výsledkům výzkumu také víme, že pacient bude následně vystaven nepříjemnému prožitku studené překladové desky. Pro tento úsek navrhujeme následná opatření:

- monitoring teploty vzduchu,
- důsledné využívání dalších příkrývek k zajištění tepelné pohody pacienta
- prewarming (viz. níže).

Na operačních sálech bývá teplota udržována v rozmezí 21–24° C. Není snadné nastavit takovou hodnotu, aby plně vyhovovala všem přítomným na operačním sále. Jiné požadavky bude mít fyzicky pracující, zcela zahalený operátor a jiné právě pacient. Ten při příjezdu na sál může pociťovat nervozitu doprovázenou třesem, je ležící a halí jej často pouze jedna vrstva příkrývky. Není v našich kompetencích svévolně zvyšovat

teplotu na operačním sále. Můžeme ale dohlédnout na to, aby nebyla pod limitem doporučeného rozmezí. Další možností zachování tepelné pohody pacienta v bezprostřední předoperační péči, je využívání přikrývek a co nejdůkladnější zahalení. Řešením by bylo také využití předoperačního zahřívání pacienta, tzv. prewarmingu. V Nemocnici Znojmo se tato metoda používá pouze u pacientů, kteří podstupují operační výkon páteře. K tomuto je využívána izotermická fólie. Primárně se jedná o metodu prevence peroperační hypotermie. Ovšem autoři Kiekkas a Karga (2005) uvádí jako jednu z výhod fakt, že pacient je během celého perioperačního období udržován v teple, bez utrpení z tepelné nepohody. Na základě tohoto můžeme předpokládat, že předeřtý pacient bude i chladnější teplotu vzduchu vnímat příznivěji než pacient nepředeřtý. Podle Kiekkas a Karga (2005) je nejvíce efektivní metodou prewarmingu tzv. aktivní zahřívání pomocí teplovzdušných ohříváčů. Další doporučení pro praxi by tedy byla následující:

- kontrola teploty na operačních sálech,
- využívání přikrývek,
- dokonalé zahalení pacienta,
- prewarming aplikovaný teplovzdušnými ohříváči, platný pro pacienty všech operačních oborů.

Závěr

Operační trakt představuje pro nás, zdravotníky, komplex-prostory, které jsou nám známé. Považujeme je za prostředí, které by mělo být bezpečné a přívětivé. Může se stát, že díky vysokému pracovnímu nasazení a jakési rutině, zapomeneme na to hlavní – jak se zde cítí pacient. Jsme si vědomi, ve kterých situacích prožívá pacient diskomfort, který nemusí být nevyhnutelný? Nebo přispívá způsob naší komunikace ke zmírnění jeho obav? Právě touto problematikou se zabývá bakalářská práce Prostředí operačního traktu a jeho vliv na pacienta.

Práce je logicky členěna na dvě hlavní kapitoly. První mapuje současné poznatky v problematice prostředí operačního traktu. Druhá kapitola obsahuje kvalitativní výzkum, který byl realizován pomocí částečně strukturovaného rozhovoru s pacienty (n=12). Cílem výzkumu bylo zmapovat, jakým způsobem ovlivňuje prostředí operačního traktu pacienty v bezprostředním předoperačním období. Pozornost jsme věnovali úseku patientského filtru, včetně překladového okna, a dále operačním sálům. Zabývali jsme se především problematikou péče o tepelný komfort a intimitu pacienta, dále oblastí komunikace a edukace pacientů o perioperační péči.

Zjistili jsme, že $\frac{3}{4}$ (75 %) pacientů nemá informace týkající se operačního traktu a perioperační péče. Přicházejí tedy do těchto prostor jako do jim zcela neznámého prostředí. Zjistili jsme, že ve $\frac{3}{4}$ případů prožívají pacienti před operací obavy. Nejvíce se obávají anestezie, operace a bolesti. Prostředí operačního traktu jako zdroj obav v odpovědích nefigurovalo. V prostorách patientského filtru se většina dotazovaných cítila dobře. Čekání na překlad na operační sál činilo průměrně 3 minuty. Ačkoliv se jedná o relativně krátkou dobu, zjistili jsme, že i tak může být zdrojem zvýšené nervozity pacientů. Po stránce tepelné pohody se většina respondentů cítila příjemně. Není ovšem zanedbatelné, že $\frac{1}{3}$ dotazovaných bylo v tomto úseku chladnější. Podle výsledků můžeme prohlásit, že překladové okno je problematickou oblastí. Pacientům není překlad přes toto zařízení příjemný a působí jim obavy. Převládajícím pocitem u více jako $\frac{1}{2}$ (66 %) dotázaných byl chlad, způsobený studenou překladovou deskou. S tímto korespondují odpovědi na položku rozhovoru, která se týkala negativních aspektů operačního traktu. Ačkoliv $\frac{3}{4}$ (75 %) dotázaných by nezlepšilo nic, zbylí jako negativum označili právě chlad a překladovou desku. I přes tato zjištění, byli někteří respondenti toho názoru, že překlad pomocí překladového pásu ulehčuje zdravotníkům

jejich práci. Velice kladně hodnotili pacienti přístup zdravotnického personálu. Komunikace, poskytování informací, péče o jejich komfort a intimitu – byly dle mnohých - na profesionální úrovni.

Díky jedinečným výpovědím respondentů - našich pacientů - jsme měli příležitost zjistit, jaké jsou silné nebo naopak slabé stránky perioperační péče v Nemocnici Znojmo. Realizací výzkumného šetření se nám podařilo dosáhnout stanoveného hlavního cíle. Výsledky výzkumu se tak stali východiskem pro doporučení pro praxi, která povedou k vyšší kvalitě i bezpečnosti perioperační péče. Např. námi zhotovený edukační materiál, pacientům představuje prostředí Centrálních operačních sálů. Je naší povinností jednat v nejlepším zájmu pacienta a péči o něj vést jistou cestou k excelenci. Všichni zdravotníci, sestry nevyjímaje, se musí umět dívat kolem sebe tak, aby byli schopní identifikovat faktory, které devalvují naši snahu o co nejlépe odvedenou péči.

Seznam použité literatury

ASPAN, 2001.

<https://Clinicalguidelineforthe prevention of unplanned perioperative hypothermia.> (2001). *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 16(5), 305–314. [Online] [Citace: 15. 09 2019.]

BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D. a kol. 2016.

Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha : Grada, 2016. ISBN: 978-80-247-4343-1.

Benešová Andrea, Bc. 2019. Diplomová práce. *Hodnocení normotermie u operačních výkonů na ORL pracovišti.* Pardubice : Univerzita Pardubice, 2019.

BERAN, J. a kol. 2010. *Lékařská psychologie v praxi.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.

CITÁTY. <https://citaty.net/autori/hippokrates/pacient/>. [Online] [Citace: 16. 2 2020.]

ČUMLIVSKI, R. <http://esarim.cz>. [Online] Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny . [Citace: 28. 8 2019.]

DODKOVÁ, V. 2013. *Pobyt na operačním sále z pohledu pacienta.* Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě. Lékařská fakulta. Vedoucí: PhDr. Renáta Zeleníková, PhD., 2013.

DRÁBKOVÁ, J. 2001. *Teoretické podklady - anatomie, fyziologie a patofyziologie.* Brno : idvpz, 2001. Sv. 67.

Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. www.mzcr.cz. [Online] [Citace: 29. 3 2020.]

FERENCZOVÁ, Romana. 2006. Problematika intimity pacientů při předoperační přípravě a. *Bakalářská práce.* České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006.

GULÁŠOVÁ, I. Zvládání strachu pacienta před operací. <https://zdravi.euro.cz>. [Online] [Citace: 28. 8 2019.]

HAJŽMANOVÁ, L. 2014. Psychologická problematika pacientů v perioperační péči. *Bakalářská práce*. Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, 2014.

JABOR, A. a kol. 2008. *Vnitřní prostředí*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN: 978-80-247-1221-5.

JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha : Portál, s.r.o., 2008. ISBN:978-80-7367-477-9.

JANÍKOVÁ, E., ZELÉNÍKOVÁ, R. 2013. [autor knihy] Zeleníková Renáta Janíková Eva. *Ošetrovateľská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha : Grada, 2013.

JEDLIČKOVÁ, M. 2019. Ošetrovateľská perioperační péče. [autor knihy] Miroslava Jedličková. *Ošetrovateľská perioperační péče*. Brno : NCONZO, 2019.

JEDLIČKOVÁ, M., HODOVÁ. http://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/publications/articles/edukacni-program-perioperacni-pece.pdf. *Edukační program FN Brno*. [Online] [Citace: 31. 3 2020.]

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. ISBN: 80-247-0548-6.

KASAL, E. a kol. 2003. Základy a anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče. [autor knihy] Eduard a kol. Kasal. *Základy a anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče*. Praha : Karolinum, 2003.

KIEKKAS, P, KARGA, M. 2005. Prewarming: Preventing Intraoperative Hypothermia. *British Journal of Perioperative Nursing (United Kingdom)*, 15(10), 444–451 | 10.1177/175045890501501004. Sci-Hub: removing barriers in the way of science [online]. Dostupné z: <https://sci-hub.tw/10.1177/1>. [Online] 2005. [Citace: 31. 3 2020.]

KLENER, P. et al. 2006. Vnitřní lékařství. [autor knihy] Pavel et al. Klenner. *Vnitřní lékařství*. Praha : Galén, 2006, stránky 12-14.

2010 Komunikácia v perioperačnom období *Ošetrovateľstvo a porodná asistencia*. 2I-III ISSN: 1336-183X

LARSEN, R. 2004. *Anestezie*. Praha : Grada, 2004.

LEPIEŠOVÁ, M., TOMÁŠKOVÁ, Z., HLINKOVÁ, P. 2004. Komunikácia s pacientom pred operáciou. *Sestra*. III, 2004, č.4, stránky 16-17.

LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha : Grada, 2007. 978-80-247-1784-5.

MÁLEK, J., ČTRNÁCTÁ, E., KURZOVÁ, A. 2004. Obavy a prožitky pacientů v perioperačním období. *Rozhledy v chirurgii*. č.8, 2004, roč. 83, stránky 406-410.

MANDINCOVÁ, P. 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného-Onemocnění štítné žlázy*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN: 978-80-247-3811-6.

METROLOGICKÝ ŘÁD. Znojmo : Nemovnice Znojmo, p.o., 2019.

PAŘÍZKOVÁ, I. <https://www.prolekare.cz/casopisy/anesteziologie-intenzivni-medicina/2015-6-5/anesteziolog-jako-ochrance-pacienta-aneb-ceka-nas-povinnost-donaset-na-nase-kolegy-57051>. [Online] [Citace: 28. 8 2019.]

PLEVOVÁ, I. a kol. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN: 978-80-247-3557-3.

POKORNÁ, A. 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno : NCO NZO, 2010. ISBN: 978-80-7013-524-2.

PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ A KOMPENZACE PACIENTA, Algoritmy, kompletní výpis, ASA klasifikace. www.akutně.cz. [Online] 13. 4 2020.

PTÁČEK, P., BARTŮNĚK, P. a kol. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

RAPČÍKOVÁ, T. 2016. Pacient je naší prioritou. <https://www.slu.cz/fvp/cz/uo/docs/sbornik-2017/>. [Online] 24. 11 2016. [Citace: 3. 9 2019.]

ROKYTA, R. 2000. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. Praha : Lékařství, 2000. ISBN: 80-85866-45-5.

SKALICKÁ, H. 2007. Předoperační vyšetření návody pro praxi. [autor knihy] Skalická Hana a kolektiv. *Předoperační vyšetření návody pro praxi*. Praha : Grada, 2007.

STWART, M.W. 2017. [http://Stewart, MW \(2017\).](http://Stewart, MW (2017).) Udržování pacientů v teple. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32 (3), 264–265. doi: 10,016 / j.jopan.2017.04.003. <http://j.jopan>. [Online] 2017. [Citace: 3. 9 2019.]

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha : Grada publishing, a.s., 2011. ISBN: 978-80-247-3223-7.

ŠKARYDOVÁ, K. 2014. *Vliv prostředí gynekologického operačního traktu na pacientku*. Pardubice : Univerzita Pardubice. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí: Mgr. Zuzana Škorníčková, 2014.

ŠTEFKOVÁ, I. 2008. Míra oškození pacienta v perioperační péči. *Bakalářská práce*. Brno : Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelských studií, 2008.

TRACHTOVÁ, E. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : NCO NZO, 2013. ISBN: 978 80-7013-553-2.

WENDSCHKE, P., POKORNÁ, A., ŠTEFKOVÁ, I. 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha : Galén, 2012. 78-80-7262-894-0.

WICHISOVÁ, J., PŘIKRYL, P., POKORNÁ, R., BITTNEROVÁ, Z. 2013. *Sestra a perioperační péče*. [autor knihy] Wichsová Jana. Praha : grada, 2013.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMČÍKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN: 978-80-247-4062-1.

ZEMAN, M., KRŠKA, Z. a kol. 2011. *Chirurgická propedeutika*. [autor knihy] Krška Zdeněk a kol. Zeman Miroslav. *Chirurgická propedeutika*. Praha : Grada, 2011.

ZEMANOVÁ, J. 2009. *Základy anesteziologie*. [autor knihy] Jitka Zemanová. *Základy anesteziologie*. Brno : NCONZO, 2009.

Přílohy

Příloha 1: ASA klasifikace

Příloha 2: Žádost o výzkumné šetření

Příloha 3: Ukázka kódování „tužka-papír“

Příloha 4: Položky rozhovoru

Příloha 5: Edukační leták