

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Eva Lužová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Senior na operačním sále – rizika perioperační péče o osoby vyššího věku

Bc. Eva Lužová

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Eva Lužová**
Osobní číslo: **Z18303**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Senior na operačním sále – rizika perioperační péče o osoby vyššího věku**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-356-6.
WENDSCHE, Peter, POKORNÁ, Andrea a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-894-0.
WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jana Wichsová, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2018**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27. 04. 2020

Podpis autora
Eva Lužová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Janě Wichsové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a připomínky při psaní této práce.

Chtěla bych také poděkovat všem respondentům, kteří mi trpělivě odpovídali na otázky a ochotně se mnou spolupracovali. Poděkování také patří mé rodině za podporu během studia.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá problematikou osob vyššího věku na operačním sále. Práce se skládá z teoretické a průzkumné části. Teoretická část předkládá literární rešerši o stárnutí populace, perioperační péči a rizicích spojených s ošetrovatelskou péčí v intraoperační fázi perioperační péče. Průzkumné šetření bylo provedeno formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly poté analyzovány metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Hlavním cílem této diplomové práce bylo představit problematiku seniorů na operačním sále. Praktickým výstupem byla zvolena doporučení pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Intraoperační péče. Perioperační péče. Operační výkon. Ošetrovatelská péče. Rizika. Senior.

TITLE

Elderly in the Operation Room – The Perioperative Care of Older Patients

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the issue of elderly people in the operating room. The thesis consists of a theoretical and exploratory part. The theoretical part presents a literature search on the ageing of the population, perioperative care and the risks associated with nursing care in the intraoperative phase of perioperative care. The exploratory survey was conducted in the form of semi-structured interviews. The interviews were analyzed by interpretive phenomenological analysis. The main goal of this diploma thesis was to present the issue of seniors in the operating room. The practical output of this diploma thesis was a recommendation for the practice.

KEYWORDS

Intraoperative Care. Nursing Care. Perioperative Care. Surgical Procedure. Senior.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	9
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	10
TERMINOLOGIE	12
1 Cíl práce	15
2 Teoretická část	16
2.1 Stáří a stárnutí	16
2.1.1 Rozdělení stáří	17
2.1.2 Stárnutí populace v ČR	18
2.2 Geriatrická ošetrovatelská péče	18
2.2.1 Geriatrická křehkost	19
2.3 Perioperační péče	21
2.3.1 Předoperační péče	22
2.3.2 Intraoperační péče	23
2.3.3 Pooperační péče	25
2.4 Operační výkon ve stáří	26
2.4.1 Předoperační příprava seniorů	27
2.4.2 Fyziologické změny a komplikace operačního výkonu ve stáří	28
2.4.3 Prevence a řešení pooperačních komplikací	29
2.5 Management rizik	30
2.5.1 Charakteristika základních pojmů managementu rizik	31
2.5.2 Řízení rizik v ČR	33
2.6 Safe surgery saves lives – Bezpečná chirurgie zachraňuje životy	34
2.7 Bezpečnost pacienta na operačním sále	34
2.7.1 Ošetrovatelská rizika v intraoperační péči z pohledu perioperačních sester	35
2.7.2 Ošetrovatelská rizika v intraoperační péči se zaměřením na problematiku seniorů z pohledu perioperačních sester	39

3	průzkumná část	42
3.1	Metodika průzkumného šetření.....	42
3.1.1	Metodika sběru dat.....	43
3.1.2	Etické aspekty výzkumu	43
3.1.3	Vymezení průzkumného souboru	43
3.1.4	Organizace průzkumu	44
3.1.5	Pilotní studie	44
3.1.6	Metodika analýzy dat.....	45
3.1.7	Limity šetření.....	46
3.2	Výsledky analýzy rozhovorů.....	46
3.2.1	Popis zkušeností jednotlivých respondentů	47
3.2.2	Popis jednotlivých témat.....	52
3.3	Doporučení pro praxi	70
4	Diskuze	73
5	Závěr	75
6	Použitá literatura	77
7	Přílohy.....	84

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 ÚDAJE RESPONDENTŮ	47
Tabulka 2 Téma - Převzetí pacienta na operační sál	53
Tabulka 3 téma - Komunikace	55
Tabulka 4 téma - Důstojnost pacienta	57
Tabulka 5 Téma - Kontrola pacienta	59
Tabulka 6 Téma - Přesun na operační stůl	61
Tabulka 7 Téma - Polohování	63
Tabulka 8 Téma - Tepelný komfort pacienta	66
Tabulka 9 Téma - Prevence rizika vzniku infekce v místě operačního výkonu	68

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ASA	American Society of Anesthesiologists (Americká anesteziologická společnost)
atd.	a tak dále
CŽK	Centrální žilní katetr
ČR	Česká republika
EORNA	European Operating Room Nurses Association (Evropské sdružení sálových sester)
IADL	Instrumental Activity of Daily Living (Test instrumentálních všedních činností)
IAGG	International Association of Gerontology and Geriatrics (Mezinárodní asociace gerontologie a geriatrie)
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IMCHV	Infekce v místě chirurgického výkonu
IPA	Interpretative Phenomenological Analysis (Interpretativní fenomenologická analýza)
ISCH	Ischemická choroba srdeční
ISO	International Organization for Standardization (Mezinárodní organizace pro normalizaci)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení)
JIP	Jednotka intenzivní péče
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
např.	například
NÚ	Nežádoucí událost
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
PBP	Perioperační bezpečnostní procedura

PMK	Permanentní močový katetr
RTG	Rentgenové záření
s.	strana
SAK	Spojená akreditační komise
tj.	to je, to jest
tzv.	takzvaný, takzvané
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Severoamerická asociace pro sesternské diagnózy)

(VOKURKA, HUGO et al., 2015)

TERMINOLOGIE

Ageismus	stereotypizování jednotlivců i skupin kvůli věku; diskriminace z důvodu věku; hyperkritický a přehnaně negativně zobecněný postoj ke stáří
Deteriorace	zhoršení, úpadek, např. duševních schopností
Epikríza	shrnutí nemoci a zdravotního stavu pacienta
Fenotyp	soubor všech pozorovatelných vlastností a znaků organismu, výsledkem interakce jeho genotypu s prostředím
Iatrogenní	vyvolané lékařem, jeho neuvážené jednání, špatným vyšetřením, chybným léčivem
Interindividuální	existující mezi jedinci
Involuční	zmenšení orgánu přirozenými změnami organismu např. hormonálními vlivy, stárnutím.
Morbidita	nemocnost
Mortalita	úmrtnost na určitou nemoc nebo celková
Multikauzální	jev podmíněný, determinovaný (určený) více příčinami
Multimorbidita	přítomnost více chorob u téhož jedince, často ve vyšším věku
Ortogeneze	vývoj organismů v předurčeném směru
Penzionovaný	v důchodu, na odpočinku
Variabilita	proměnlivost, odchylnost od normálu nebo typu
Vulnerabilita	zranitelnost, tělesná i duševní

(VOKURKA, HUGO et al., 2015, LINHART, 2007)

ÚVOD

„Každý den je malý život – každé probuzení a vstávání je malé narození, každé čerstvé jitro je malé mládí, každé uléhání a usínání je malá smrt.“

Arthur Schopenhauer (německý filozof, 1788-1860)

Téma „Senior na operačním sále – rizika perioperační péče o osoby vyššího věku“ je tématem aktuálním a dle předpokladů demografického vývoje populace bude stále aktuálnější. Již v roce 2017 tvořila populace osob starších 65 let v České republice 19,3 %. Dle NZIS (2020) populace ČR čítala k 31. 12. 2017 celkem 10 610 055 obyvatel. Osoby starší 65 let tudíž představovaly 2 040 183 obyvatel. Pokud budeme brát v úvahu data uváděná Eurostatem (2020), tak v roce 2025 bude v ČR 2 277 528 obyvatel starších 65 let, tedy 21,12 %. V roce 2050 sice celková populace obyvatel ČR klesne na 10 530 251, ale osoby starší 65 let budou tvořit 28,47 % populace, tedy 2 998 232. Tento trend stárnutí, je celosvětový, a proto se této problematice začíná věnovat čím dál větší pozornost ze strany odborné veřejnosti. Jako příklad může být uveden pojem geriatrizace medicíny. Tento pojem zahrnuje reakci medicíny na posun těžiště populace ze středního věku do stáří. A s tímto trendem vývoje populace souvisí spotřeba nemocniční péče, na kterou je třeba se zaměřit.

Zvyšující se věk populace dle Švába (2008, s. 13) spočívá ve vymizení epidemií nález, zlepšení sociálního zajištění a zdravotní péče. Pokrok vědy a medicíny přispěl k pochopení patofyziologie celé řady onemocnění, vedl k jejich prevenci a úspěšné léčbě. Trend vzrůstajícího věku populace, ale také vedl k negativním dopadům. Zvyšující se počty degenerativních a nádorových onemocnění jsou právě jeden z těchto dopadů. Nárůst onemocnění, zvyšující se věk nemocných a zlepšující se zdravotní péče vedly k rozšíření indikací chirurgických výkonů jak v populaci obecně, tak především u osob vyššího věku.

Samotná problematika perioperační péče o osoby vyššího věku vychází především ze zdravotního stavu pacienta před výkonem. Před samotným výkonem je důležité stanovení indikační epikrízy, která je rozvahou o vhodném chirurgickém postupu pro daného pacienta. Závěr této epikrízy stanovuje přínos chirurgického výkonu v porovnání s mortalitou a morbiditou, zlepšení kvality života a zachování či obnovení soběstačnosti. Drábková (2004, s. 2481-2494) uvádí, že v ideálním případě, před chirurgickým výkonem, dochází k předoperační přípravě z hlediska zlepšení celkového stavu pacienta, kompenzaci přidružených onemocnění, úpravě nutričního stavu, podání antibiotické profylaxe a k prevenci

časných operačních komplikací. Mezi tyto komplikace spadá tromboembolická nemoc a delirantní stavy.

Hlavní problematika seniorů na operačním sále v intraoperační péči vychází z obecných rizik pacientů v tomto období. Pacienti vyšších věkových skupin mají zvýšené riziko především z důvodu involučních změn a velkého množství potenciálních přidružených onemocnění. Mezi rizika intraoperační péče seniorů patří dle Drábkové (2004, s. 2481-2494) záměna pacienta či záměna operované strany, pád či sesnutí, ischemie, otlaky, parézy, podchlazení a infekce v místě chirurgického výkonu (IMCHV).

1 CÍL PRÁCE

Teoretická část:

Cílem teoretické části této diplomové práce je předložit rešerši publikovaných poznatků o problematice rizik perioperační péče o osoby vyššího věku.

Dílním cílem teoretické části diplomové práce je předložit podklady pro další průzkumná šetření.

Průzkumná část:

Cíl 1: Zjistit zkušenosti perioperačních sester s pacienty vyššího věku na operačním sále.

Cíl 2: Zjistit, jaká jsou prováděna opatření v kontextu péče o pacienta vyššího věku na operačním sále.

Cíl 3: Zjistit, jak probíhá převzetí pacienta vyššího věku na operační sál.

Cíl 4: Zjistit, jaký je postup v kontextu manipulace s pacientem vyššího věku.

Cíl 5: Získat informace o zajištění bezpečnost pacientů vyššího věku na operačním sále.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Délka lidského života se v průběhu staletí téměř zdvojnásobila. Jedná se o jeden z největších úspěchů jak lidstva, tak vědy. Dožití se vysokého věku se stává masovou záležitostí. Délka života se tak začala přibližovat jeho biologické hranici. Weber (2015, s. 1042) uvádí, že klasická medicína v posledních padesáti letech prošla rozmachem spojeným s rozvojem vědy a techniky. Se stárnutím populace významně vzrostla potřeba osvojení si znalostí specifík geriatrické medicíny. Cíle moderní geriatry jsou shrnuty jako zachování zdraví seniorů, co nejdéle žít kvalitní nezávislý život a minimalizovat období syndromu terminální geriatrické deteriorace¹. Kalvach et al. (2004, s. 81-86) poukazuje na geriatrizaci medicíny jako reakci na stárnutí populace. Seniori představují stále se zvyšující část nemocničních klientů.

2.1 Stáří a stárnutí

„Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje lidský život.“ (Čevela et al. 2011, s. 50)

Jedná se o projevy změn spojených s involučními² změnami jak funkčními, tak morfologickými. Dle Kalvacha, Mikeše (2004, s. 90-96) pojem stáří je označováno pozdní období ontogeneze. Jedná se o přirozený průběh lidského života, který je založen na projevech a důsledcích involučních funkčních a morfologických změn. Tyto změny mohou probíhat se specifickou interindividuální variabilitou a rychlostí, které vedou k charakteristické podobě tzv. stařeckého fenotypu. Stařecký fenotyp může být modifikován nejrůznějšími faktory jako je životní prostředí, zdravotní stav jedince, sebehodnocení, adaptace a přijetí sociální role.

Tošnerová (2013, s. 21-22) pojem stáří spíše vztahuje k postproduktivnímu věku. Dále dodává, že stáří je spojeno s řadou negativních stereotypů a předsudků, které velice ovlivňují a devalvují veřejné povědomí o této problematice. Velmi rozšířenou je i představa, že většina lidí staršího věku je společensky izolovaná, osamělá nebo přirozeně ustoupila od společenského života. Jako jeden z nejčastějších problémů populace vyššího věku je přítomnost deprese. V současné době ve společnosti převažuje domněnka, že je potřeba navýšit množství domů pro seniory a domů s pečovatelskou službou. K velmi častým předsudkům stáří patří pokles duševních schopností starších jedinců, a to především kognitivních funkcí.

¹ Deteriorace - zhoršení, úpadek, např. duševních schopností

² Involuce – zmenšení orgánu přirozenými změnami organismu např. hormonálními vlivy, stárnutím

2.1.1 Rozdělení stáří

Z důvodu mnohočetnosti příčin a projevů nelze jednoznačně vymezit a rozčlenit stáří. Nejčastěji rozdělujeme stáří na kalendářní, sociální a biologické.

Kalvach, Mikeš (2004, s. 90-99) popisují kalendářní stáří jako vymezitelné, ale nevýstižné z hlediska interindividuálních odlišností. Dnes je považován za začátek stáří 65. rok života, ale pojem stáří se používá až od 75 let. Nejčastěji je používáno rozdělení stáří odvozené od B. L. Neugartenové³, která v 60. letech minulého století navrhla rozdělení stáří na podkladu demografického vývoje populace a zlepšení zdravotního stavu starších jedinců. Členění stáří je od 65 do 74 let na mladší senioři spojené s problematikou penzionování, volnočasových aktivit a seberealizace v tomto věku. Další období představují starší senioři, ve věku od 75 do 84 let, s problematikou adaptování a zátěže spojené se specifickými onemocněními a osamělostí. Posledním členěním jsou velmi staří senioři, v rozmezí 85 a více let, spojování s problematikou zabezpečení a soběstačnosti.

Sociální stáří zpravidla začíná nárokem na starobní důchod jedince nebo počátkem samotného penzionování. Je vystiženo proměnou sociálních rolí a sociálních potřeb, životním stylem a ekonomickým zajištěním. Tento pojem je také spojen s riziky, jako jsou maladaptace na penzionování, pokles životní úrovně a ztráta společenské prestiže. Kalvach, Mikeš (2004, s. 93-99) dále uvádějí jako rizika stáří ze sociálního hlediska ztrátu soběstačnosti, věkovou segregaci, osamělost a ageismus. Oproti tomu Petrová Kafková (2013, s. 13-14) zdůrazňuje koncept celoživotního vzdělávání a rozvoje, seberealizaci a participaci na společenském životě jako klíčové k zachování kvality života a životní spokojenosti.

Biologické stáří nelze exaktně vyjádřit. Jedná se o míru involučních změn určitého jedince z pohledu hodnocení funkčních změn, výkonnosti, kondice a patologie.

„Čistá involuce by měla být měřena pomocí molekulárních či buněčných markerů, např. telomér či chování odebraných buněk v kultuře (parametry replikativního stárnutí). To ovšem vesměs vypovídá o konkrétním ukazateli, který je in vivo významně modulován.“ (KALVACH, MIKEŠ, 2004, s. 93-99)

Klinické hodnocení má význam pro zhodnocení funkčního stavu ve vztahu k určité způsobilosti k fyzické aktivitě nebo výkonu spojeného se zdravotní péčí. Dle Kalvach, Mikeš (2004, s. 93-104) se v současnosti tato metodika nevyužívá. Nově se začaly identifikovat ukazatele tzv.

³ Bernice Levin Neugarten (1916-2001) americká psycholožka specializující na vývoj dospělých a psychologii stárnutí

biomarkery, na jejichž základě by bylo možné predikovat délku života jedince. Na základě rychlosti změn biomarkerů je odhadovaná maximální délka života člověka kolem 120 let.

2.1.2 Stárnutí populace v ČR

Pokud bude uvažován současný stav demografického vývoje populace České republiky, osoby starší 65 let činili dle NZIS (2016) ke konci roku 2017 19,3 % celkové populace. Celkem tedy 2 040 183 z 10 610 055 obyvatel ČR. Celková délka dožití pak činila u mužů 76 let a 81,85 let u žen. Pokud porovnáme údaje z Švába (2008, s. 16), tak celkový počet osob nad 65 let k roku 2006 byl 14,4 %, tedy 1 482 437 osob. V roce 2020 dle Eurostat (2020) se jejich počet zvýšil na 2 131 201, čili 19,93 %. V roce 2025 se odhaduje nárůst na 21,12 % obyvatel a roce 2050 až na 28,47 % populace, tedy 2 998 232.

2.2 Geriatrická ošetrovatelská péče

Základní kameny moderního ošetrovatelství můžeme najít již v práci Florence Nightingalové⁴. Její vize ošetrovatelství byla založena především na komunitním ošetrovatelství, které vystudovala v roce 1851 v Kaiserwertu v Německu. Zdůrazňovala vzdělávání sester v terénu, a proto své absolventky vysílala pečovat o chudé a staré nemocné do ošetroven. Alligood (2013, s. 60-78) uvádí, že v její knize Poznámky k ošetrovatelství vydané roku 1859 jsou popsány prvky psychoterapie pro dlouhodobě nemocné aplikovatelné i dnes.

Česká geriatric se začala rozvíjet roku 1843 přednáškami J. Hammerníka o nemocech stáří na Lékařské fakultě v Praze. Od roku 1921 se R. Eiselt⁵ zabýval problematikou geriatric a roku 1929 změnil Ústav pro nemoci stáří (dnešní Thomayerovu nemocnici v Praze) na fakultní kliniku. Pravděpodobně se jednalo o první univerzitní pracoviště na světě. Kalvach, Mikeš (2004, s. 100-112) dále uvádějí profesora B. Prusíka⁶, který po druhé světové válce založil Českou gerontologickou společnost a patřil mezi zakladatele International Association of Gerontology and Geriatrics IAGG (Mezinárodní asociace gerontologie a geriatric). V roce 1981 byla vydána první česká monografie. Jednalo se o monografii Gerontologie autorů V. Pacovského⁷ a H. Heřmanové⁸ z roku 1981. Roku 1977 vznikl postgraduální kabinet geriatric

⁴ Florence Nightingalová (1820-1910) anglická ošetrovatelka a autorka odborných publikací, známá jako „dáma s lampou“, zakladatelka moderního ošetrovatelství

⁵ Rudolf Eiselt (1881-1950) český lékař, zabýval se vnitřním lékařstvím, zakladatel československé gerontologie

⁶ Bohumil Prusík (1886-1964) český lékař, zakladatel české angiologie

⁷ Vladimír Pacovský (1928-2011) český internista, specializoval se na obor geriatric

⁸ Hana Heřmanová (*1968) spoluautorka spisu Gerontologie 1981

v Praze. Další významným představitelem české geriatrie byla profesorka H. Haškovcová⁹ a její práce.

Nicholls, Wilson (2006, s.202) uvádějí, že klíčem k efektivní geriatrické péči je vyhledávání skrytých problémů, předvídání nezvyklých klinických projevů onemocnění a aktivní řešení mnohočetné patologie. Péče by měla spočívat v rehabilitacích po operačních výkonech a měla by být zaměřena na celkovou funkčnost a soběstačnost pacienta. Faktory vedoucí k poruše zdraví u starších pacientů jsou zejména omezená homeostáza jako regulace teploty, výživa, imunitní reakce, funkce ledvin, plicní kapacita a srdeční výdej. Mezi další faktory můžeme zařadit špatnou koordinaci a rovnováhu spojenou s pády, poruchu hybnosti, sensorické poruchy, jako ztrátu zraku a sluchu, inkontinenci moče a stolice, kognitivní poruchy jako jsou demence, zmatenost a delirium. Nesmíme zapomínat ani na iatrogenní onemocnění spojené s podávanými léky.

2.2.1 Geriatrická křehkost

Geriatrická křehkost je jedno z nejvýznamnějších témat moderní geriatrie především od devadesátých let 20. století, kdy začala být vnímána jako multidisciplinární fenomén. Holmerová et al. (2008, s. 117-118) odhadují, že v současné době by se mohlo jednat o klíčové téma problematiky a specifičnosti geriatrické péče o pacienty i intervencí o ně. Lally, Crome (2007) uvádějí jako hlavní problematiku nesjednocenost definovaných pojmů.

Kalvach (2004, s. 576-578) popisuje pojem geriatrická křehkost jako funkční kategorii seniorů nevládající IADL, tj. instrumentální aktivity každodenního života. Jako řešení navrhuje komunitní služby nebo dlouhodobou ústavní péči. Strawbridge et al. (1998, s. 9-16) chápou křehkost jako obtíže nejméně dvou ze čtyř oblastí a to tělesných, kognitivních, sensorických funkcí nebo nutrice. Samotný pojem křehkost může být pochopen i zdravotnickými odborníky z několika způsoby. Chin et al. (1999, s. 1015-1021) označují za projev křehkosti hubnutí a hypoaktivitu. Imuta et al. (2001, s. 443-453) predikovali křehkosti pacienta na základě psychosociálních a psychosomatických aspektů. Mezi tyto aspekty byly zařazeny nízké sebehodnocení, špatné subjektivní hodnocení zdraví, sociální izolace nebo naopak emoční závislost, deprese, malá pohybová aktivita a zdatnost. Lord et al. (2002, s. 539-543) podpořili psychomotorické aspekty v závislosti křehkosti na základně významu svalové slabosti a pádů. Homerová et al. (2008, s. 118) třídí možné pochopení křehkosti pacienta do tří kategorií. Ty jsou rozděleny na kategorii nezdatnosti a závislosti v souvislosti s nevládním IADL, a

⁹ Hana Haškovcová (1945- současnost) česká biologka a filozofka, profesorka lékařské etiky

potřebou péče pečovatelské služby, kategorii „vetchosti“ vyřazující pacienty ze standardních léčebných postupů např. pacienty onkologických onemocnění, a poslední kategorii zastoupenou nespecifickou vulnerabilitou organismu, kterou můžeme chápat jako míru akumulace funkčních deficitů nebo jako syndrom. Právě poslední kategorie představuje míru poklesu potenciálu zdraví, dispozice k opakování dekompenzovaného stavu, zvýšenou potřebu zdravotní péče a hospitalizaci, a ztrátou soběstačnosti v IADL.

„S involucí související multikauzálně podmíněná a progresivně se zhoršující (deteriorující) nízká úroveň potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu) s přibývajícím typickými multisystémovými funkčními deficity, celkovým zhoršováním stavu a s růstající disabilitou (interferující s nezávislostí, sociálními rolemi a zdravím podmíněnou kvalitou života daného pacienta), s narůstajícím rizikem opakovaných dekompenzací zdravotního a/nebo funkčního stavu, typických geriatrických komplikací, potřeby zdravotní péče a její geriatrické modifikace, ztráty soběstačnosti, institucionalizace a úmrtí.“ (HOLMEROVÁ et al., 2008, s. 118)

Mezi faktory podílející se na rozvoji geriatrické křehkosti jsou genetické dispozice a expozice, involuční změny morfologické i funkční, chorobné procesy, multimorbidita, nežádoucí účinky léků, důsledky pohybové inaktivity, kognitivní deficit a deprese, psychomotorická dekompenzace a maladaptace, vnější vlivy fyzikální i sociální. Dle Holmerové (2008, s. 121-125) patří mezi zvláště závažné zánět, oxidační stres, produkce a eliminace volných radikálů, inzulinová rezistence, respektive přítomnost metabolického syndromu, anorexie, malnutrice a hubnutí, sarkopenie, svalová atrofie a slabost, zhoršující se výkonnost dolních končetin, disfunkce autonomního nervového systému, apatie, deprese, kognitivní a hormonální deficit, úzkost a některé osobnostní rysy, organický psychosyndrom, chronické bolesti a stres, sedavý způsob života jen s nízkou pohybovou aktivitou, anemie a nežádoucí účinky léků.

Samotný klinický projev geriatrické křehkosti spočívá v únavě při běžných denních činnostech, ubývání spontaneity a variability (pohybové, stravovací, programové), hypomobilita, omezování pohybových aktivit, psychomotorické zpomalení, dekondice, úbytek svalové hmoty a síly (sarkopenie), klesající tolerance tělesné i psychické zátěže, instabilita s pády, nechutenství, sensorický deficit a další. V pokročilé fázi geriatrické křehkosti jsou přítomny imobilita, závažná inkontinence, delirantní stavy, pokles zájmu o okolí a ireverzibilní zhoršování nutričního stavu.

2.3 Perioperační péče

„Definice perioperační péče

Perioperační péče je péče o pacienta před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu.“ (WICHISOVÁ, 2013, s. 133).

Dle Wichsové (2013, s. 133) rozdělujeme perioperační ošetrovatelskou péči na předoperační, intraoperační a pooperační. Wendsche, Pokorná et al. (2012, s. 15) popisuje perioperační sestry jako všeobecné sestry, které většinou mají perioperační specializaci – specializaci zaměřenou na činnosti související s chodem operačních sálů, přípravou materiálu a nástrojů, sterilizací, péčí o operační přístroje a hlavně s instrumentováním.

„Operační sál je místem, v jehož magickém prostředí jsou instrumentárky nepostradatelnými, tichými a spolehlivými průvodkyněmi nemocných i chirurgů.“ (DUDA, 2000, s. 20)

Práce perioperační sestry je vysoce specializovaná práce, která vyžaduje maximální důraz na vlastnosti jako jsou pečlivost, spolehlivost, emoční stabilita, trpělivost, schopnost práce v týmu, ochota učení nových věcí, schopnost improvizovat a být kreativní. Wichsová (2013, s. 48) dále uvádí předpoklady z hlediska velké fyzické zátěže perioperačních sester. Mezi tyto předpoklady jsou zařazeny fyzická zdatnost, výdrž a v neposlední řadě i manuální zručnost.

„Sestry operačního oddělení, i když dosáhnou hodnosti instrumentárky, pracují v celém sálovém areálu a nikoli jen u instrumentačního stolku. Dovedou-li sebe lépe uplatnit své znalosti při operaci a obratně podávat nástroje, je to jen část jejich úkolů jiných, velmi odpovědných, i když méně efektivních, než je vlastní instrumentování. Sestra se musí seznámit s celým svým pracovištěm a jeho zařízením a pochopit jeho smysl a účel, aby pracovala s porozuměním a svědomitě naplnila jeho poslání.“ (NIEDERLE, HÁJEK, PEŠKOVÁ, 1986, s. 15)

Protože je perioperační sestra vysoce specializovaný zdravotnický pracovník, je třeba se zaměřit i na kompetence a vzdělání. Vzdělání perioperačních sester dle Jedličkové (2012, s. 3) začalo vycházet z nároků Světové zdravotnické organizace a Evropské unie. Spadá pod tzv. specializační vzdělání, pro které vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR metodický pokyn sestavený podle zákona č. 96/2004 Sb., zákon o podmínkách získání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy zákon č. 201/2017 Sb. a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického

povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. Kompetence perioperačních sester jsou definovány ve vyhlášce č. 2/2016 Sb., jsou definovány ve vyhlášce č. 55/201 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Kompetencemi v perioperační péči se v evropském kontextu zabývá také Evropská asociace sálových sester EORNA. Tato asociace zahrnuje přesah práce perioperačních sester v některých evropských zemích. Všeobecné sestry na pozici perioperačních sester mohou provádět např. činnosti anesteziologické sestry, postanesteziologické sestry, asistentky operátora a jejich kompetence mohou zasahovat i do managementu bolesti a managementu hygieny (EORNA, 2009).

2.3.1 Předoperační péče

V některých zdravotnických zařízeních perioperační sestry zajišťují edukaci pacienta před výkonem. Pokud perioperační sestra edukaci provádí, dochází k pacientovu lůžku večeř před výkonem. Dle Wichsové (2013, s.133) lze při edukacích využít tištěné materiály, fotografie, video nebo ústní vysvětlení průběhu operace a odpovědi na dotazy.

Edukace pacientů před výkonem není ukotvena v povinnostech perioperačních sester a pokud se v rámci zdravotnického zařízení provádějí, mohou být komplikované z hlediska přehlcení pacienta informacemi. Pacient je přijat den před operačním výkonem, absolvuje pohovor s anesteziologem, chirurgem a v případě potřeby i další předoperační vyšetření. Edukace perioperační sestrou by pak mohla být neefektivní z důvodu zahlcení informací a stresem z nadcházející operace. Vhodnou variantou by mohlo být ústní upřesnění výkonu spolu s informačním letákem, kde by byly všechny informace shrnuty. Wichsová (2013, s. 133-136) také poukazuje na vytíženost perioperačních sester, kdy provoz operačního traktu neumožní provedení předoperačních edukací na oddělení. Problematická situace může také nastat v případech, kdy do některých zdravotnických zařízení dochází pacienti až v den operačního výkonu. Edukace by se tedy z časových důvodů nestihla provést. V této fázi perioperační péče dochází k prvnímu kroku Perioperační bezpečnostní procedury dle WHO. Tento krok zahrnuje bezpečné uložení pacienta na operační stůl, přiložení neutrální elektrody při použití monopolární elektrokoagulace, polohování pacienta na operačním stole a v případě ordinace lékaře perioperační sestra zavede PMK, tedy permanentní močový katetr. V této fázi se natírá operační pole pro antisepsu kůže a dochází k jeho sterilnímu zarouškování.

Hodová, Jedličková (2012, s. 155-156) do předoperační péče zahrnují především přípravu pacienta na standardním oddělení. Příprava pacienta shrnuje aplikaci klyzmatu, oholení

operačního pole, koupel, bandáž dolních končetin, premedikaci, odložení šperků, oděvu a protetických pomůcek. V neposlední řadě zahrnuje i vymočení před transportem na operační sál a samotný transport. Předoperační fáze je ukončena před přeložením pacienta na operační stůl v operačním traktu. Z pohledu perioperační sestry shrnují předoperační fázi jako přípravu operačního sálu před chirurgickým výkonem. Je provedena dezinfekce prostředí, kontrola funkčnosti přístrojů, příprava instrumentária a dalších zdravotnických prostředků spojených s operačním výkonem, jako je rouškování, sterilní obvazový materiál a léčiva. Wichsová (2013, s. 133-136) zaměřuje pozornost v předoperační období na péči o pacienta z pohledu edukace před výkonem, jeho přijetí na operační sál, polohování na operačním stole a další ošetrovatelskou péči spojenou s pobytem na operačním sále. Předoperační péče je ukončena sterilním zarouškováním operačního pole. Wendsche, Pokorná et al. (2012, s. 69-75) do perioperační péče aplikují holistické pojetí pacienta. V předoperační fázi se zabývají ošetrovatelským procesem, který pacienta jak psychicky, tak fyzicky připravuje na operaci. Do předoperační přípravy zahrnují nemocného i jeho příbuzné. Důraz kladou na srozumitelné poučení a na fakt, že pacient by měl veškeré informace obdržet i v písemné formě. Z nejčastějších ošetrovatelských diagnóz dle publikace NANDA International – ošetrovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2009-2011 uvádějí v předoperačním období nedostatečné znalosti (00126), úzkost (00146), strach (00148) a narušený vzorec spánku (00198). Předoperační období je ukončeno převzetím a kontrolou pacienta na operačním sále týmem, a to anesteziologické sestry s anesteziologem.

2.3.2 Intraoperační péče

Legislativní norma upravující organizaci práce a péči na operačních sálech vychází např. za zákona č. 185/2001 Sb., o odpadech, ve znění pozdějších předpisů. Janíková, Zeleníková (2013, s. 157-164) dále uvádějí vyhlášku MZ ČR č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavní sociální péče, ve znění pozdějších předpisů. Wendsche, Pokorná et al. (2012, s. 75-76) a Hodová, Jedličková (2012, s. 155-156) se shodují, že intraoperační fáze perioperační péče začíná přeložením pacienta na desku operačního stolu v prostoru operačního traktu. V této fázi je ošetrovatelská péče zaměřena na zachování intimity pacienta, jeho chránění před veškerým poškozením, na sledování a vedení dokumentace o průběhu operačního výkonu. Dle Hodové, Jedličkové (2012, s. 155-156) přebírá pacienta pracovník dispečinku operačních sálů, který provádí kontrolu identifikačních údajů pacienta, nasazení pokrývky hlavy, zakrytí pacienta jednorázovou nebo vyhřívací příkrývkou, a zabezpečuje pacienta pásy přes dolní

a horní končetiny. Dispečer následně převezve pacienta na příslušný operační sál dle operačního programu. Na operačním sále si pacienta přebírá anesteziologický tým.

Dle Wendsche, Pokorná et al. (2012, s. 75-76) je pacient přijat na operační sál anesteziologickou sestrou a anesteziologem. Anesteziologická sestra kontroluje totožnost pacienta, podepsaný informovaný souhlas pacienta s anestézií, s operací stanoveného rozsahu a pacientem podepsaný dokument o stranové shodě končetiny, části těla nebo orgánu. Personál operačních sálů dbá na správné uložení nemocného na operačním stole, aby nedošlo k poškození kůže. Obíhající sestra během výkonu zajišťuje tepelný komfort pacienta. Po skončení výkonu je pacient převezen na dospávací pokoj, nebo po probuzení a stabilizaci stavu, na pooperační oddělení. Pacienti, kteří v pooperačním období vyžadují umělou plicní ventilaci nebo kardiopulmonární monitoraci, sledování metabolického, a pitného režimu jsou převáženi na JIP nebo ARO. Přeložením pacienta končí intraoperační fáze perioperační péče. I v tomto perioperačním období jsou stanoveny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II, a to jako následující: riziko perioperačního poškození (00087), riziko pádu (00155), riziko narušení integrity kůže (00047), riziko krvácení (00206), neefektivní vzorec dýchání (00032), snížený srdeční výdej (00029), riziko snížení srdeční tkáňové perfúze (00200), riziko neefektivní cerebrální tkáňové perfúze (00201), riziko neefektivní gastrointestinální tkáňové perfúze (00202) a riziko neefektivní renální tkáňové perfúze (00203).

Hodová, Jedličková (2012, s. 155-156) popisují začátek intraoperační péče otevřením dokumentace pacienta perioperační sestrou a uvítání se s pacientem. Dalšími kroky je bezpečné polohování pacienta, antisepse operačního pole, příprava operační skupiny, sterilní rouškování operačního pole a operační výkon.

Obíhající sestra je během výkonu spojkou mezi sterilním a nesterilním prostředím. Doplňuje instrumentáře sterilní materiál, zapojuje přístroje, sleduje dodržování aseptických zásad a pohyb na operačním sále. Během výkonu instrumentářka plní pokyny operační skupiny, asistuje a sleduje počet podaných nástrojů a obvazového materiálu.

Pokud dojde během výkonu k odběru biologického materiálu, odevzdává odebraný materiál obíhající sestře do připravené nádoby. Vzorek je označen identifikačními údaji pacienta. Důležitý je i zápis do odběrového deníku a zajištění transportu materiálu do laboratoře.

Vytečková (2013, s. 682-687) zdůrazňuje, že před každým odběrem biologického materiálu je nutné vždy ověřit identifikaci nemocného. Odběry biologického materiálu nebo jejich uložení by mělo probíhat dle požadavků laboratoře a standardu oddělení. Samotný odběr by měl být

proveden do předem označené nádoby. Jedná se o prevenci záměny vzorků. Na bok nádoby se lepí identifikační štítek pacienta obsahující jméno, příjmení, rodné číslo, oddělení a datum odběru. Ke každému vzorku náleží laboratorní žádanka se specifiky místa odběru vzorku a informacemi o antibiotické léčbě pacienta. V případě nového zavedení ochrany osobních údajů pacienta, je štítek tištěný přes program laboratorních žádanek. Tento štítek je opatřen čárkovým kódem. Tento kód je shodný s kódem na laboratorní žádance a zkumavky se „načítají“ přes elektronický systém v laboratoři čtečkou.

Intraoperační péče dle Wichsové (2013, s. 137-138) začíná po zarouškováním operačního pole přítomností operační skupiny na operačním sále a provedením Perioperační bezpečnostní procedury. Klade důraz na bezpečnost během operačního výkonu. Instrumentářka před zahájením operačního výkonu dělá ve spolupráci s obíhající sestrou početní kontrolu nástrojů a materiálu. Početní kontrola je provedena i před ukončením operačního výkonu a souhlas/nesouhlas je nahlášen operátorovi. Chybějící nástroje nebo materiál je považován za nežádoucí událost. Chybění materiálu při opakovaných početních kontrolách je důvodem RTG vyšetření. Intraoperační fáze je zakončena omytím operační rány s následným osušením, ošetřením antiseptikem a přelepením sterilním krytím.

2.3.3 Pooperační péče

Poslední fáze perioperační péče začíná dle Hodové, Jedličkové (2012, s. 156-157) sterilním zakrytím rány v místě operačního výkonu a zapojením drénu na aktivní/pasivní drenáž. V případě potřeby se přiloží imobilizační obvaz nebo znehybňující dlaha. Pokud byl pacient ve speciální poloze z důvodu místa operačního výkonu, srovná se zpět do základní horizontální polohy. Tato fáze perioperační péče končí celkovým vzbuzením pacienta z anestezie a jeho transportem buď na dispečink operačních sálů a dále na oddělení mimo sály, nebo na dospávací pokoj. V širším pojetím můžeme říct, že pooperační péče začíná přijetím pacienta na oddělení dle vyžadované pooperační péče až do úplného zotavení.

Wendsch, Pokorná (2012, s. 76-77) popisují pooperační období z hlediska péče o pacienta po anestezii. Důležité je monitorování fyziologických funkcí pacienta a plnění ordinací lékaře. V tomto období je velice důležité, aby sestra ošetřovaného pacienta oslovovala jménem a opakovala, že je po výkonu. Po návratu reflexů a stabilizaci stavu je pacient přeložen na lůžko a odvezen z operačního traktu na pooperační lůžkové oddělení. Ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie II jsou zastoupeny: rizikem dysbalance (00195), dysfunkční gastrointestinální motilitou (00196), zhoršenou verbální komunikací (00051), rizikem pádu

(00155), rizikem narušení integrity kůže (00047), rizikem krvácení (00206), neefektivním vzorcem dýchání (00032), akutní bolesti (00132) a rizikem infekce (00004).

Dle Wichsové (2013, s. 138) po ukončení výkonu probíhá třetí krok Perioperační bezpečnostní procedury WHO. V této části perioperační sestra potvrdí provedený výkon, početní souhlas nástrojů a použitého materiálu, odebrané vzorky tkání a eventuálně nahlásí problémy s přístrojovou technikou sálu. Chirurg a anesteziolog stanovují pooperační medikaci. Pacient je převezen na standardní oddělení, JIP nebo ARO. Z operačního traktu je pacient předáván anesteziologem s příslušnou dokumentací.

2.4 Operační výkon ve stáří

Celkově zvyšující se věk populace vede k navýšení počtu chirurgických výkonů u starších pacientů. Tato problematika se dotýká jak elektivních výkonů, tak především výkonů urgentních či akutních. Během procesu indikace seniorů k chirurgickému výkonu se posuzuje operační diagnóza a celkový stav pacienta. K posouzení celkového zdravotního stavu je nejčastěji využíváno ASA Score, které zahrnuje rizika během operace, v období do 7. den po operaci, operační zátěž a šanci přežití pacienta.

Kasalický (2008, s. 25-26) dále rozebírá rizika operačních výkonů dle věkových skupin. U zdravých seniorů ve věku 65-70 let není během chirurgického výkonu ovlivněna psychosomatika rezerv organismu na stresovou situaci, kromě neuropsychické oblasti. U seniorů starších 70 let se zvyšuje pravděpodobnost omezení rezerv kardiiovaskulární, ventilační a neuropsychické oblasti. U seniorů nad 80 let jsou rizika zvýšena i o pokles metabolické-energetické rezervy a svalové síly. Riziko operace také zvyšuje pacientovu nesoběstačnost a je doprovázeno jedním či více geriatrickými syndromy jako jsou demence, delirium, deprese, inkontinence, instabilita a imobilita.

Při indikaci elektivních chirurgických výkonů se komplexně posuzuje jak základní onemocnění, tak biologický stav pacienta. Pokud to zdravotní stav nemocného umožňuje, je vhodné před výkonem stabilizovat jeho celkový zdravotní stav. Kasalický (2008, s. 26-27) uvádí, že před samotným výkonem je také třeba zvážit rozsah výkonu vzhledem k šanci na přežití seniora. Mortalita u seniorů během velkých chirurgických výkonů je pětikrát větší než u pacientů středního věku.

Během indikace akutních nebo urgentních chirurgických výkonů se jedná většinou o výkony z vitální indikace. U těchto výkonů se jedná hlavně o přípravu po stránce oběhové, ventilační a metabolické. Urgentní výkony představují dvakrát vyšší mortalitu než akutní výkony. Pokud

nebyla provedena správná předoperační příprava, mortalita je pětikrát vyšší než u pacientů středního věku.

2.4.1 Předoperační příprava seniorů

Výskyt komplikací není jednoznačně spojen s věkem. Jedná se spíše o faktor přidružených onemocnění, které s věkem souvisejí. Skalická (2007, s. 23-24) dále uvádí, že je stárnutí doprovázeno fyziologickými změnami, se kterými je během chirurgického výkonu třeba počítat.

Mezi nejčastější fyziologické změny související se stárnutím organismu patří hypertenzní nemoc, ICHS, chronická obstrukční plicní nemoc a diabetes mellitus. Zvláště zdůrazňována je před výkonem kompenzace právě těchto onemocnění a kontrola glykémie.

U polymorbidních starších pacientů se zvažuje riziko úmrtí v souvislosti s výkonem. S věkem nemocného toto riziko úměrně stoupá. Pokud porovnáme úmrtnost v souvislosti s chirurgickým výkonem k interním onemocněním, mají třikrát větší podíl interní onemocnění, a to především kardiovaskulární selhání. Pacienti starší 70 let s kardiovaskulárním onemocněním mají 15% úmrtnost při všech typech operačních výkonů. Nicholls (2006, s. 202) doplňuje, že dle patologicko-anatomických studií je nejčastější příčinou smrti u pacientů vyššího věku pooperační pneumonie, která je nejčastěji nezjištěnou diagnózou. Mezi nejčastější výkony u starších pacientů patří výkony jako náhrada velkých kloubů, operace tračníku pro karcinom, operace žlučových cest, cévní výkony a resekce prostaty.

Skalická (2007, s. 24-25) dále uvádí, že nejčastější příčiny operací u vyšších věkových kategorií pacientů jsou onkologická onemocnění, onemocnění kardiovaskulárního aparátu, pohybového aparátu a traumata. Tyto operační výkony jsou spojené s vysokým chirurgickým rizikem. Samotný průběh výkonu ovlivňuje délka probíhajícího onemocnění, intenzita bolesti před výkonem, krevní ztráty a přesuny tekutin, metabolické výkyvy a psychická zátěž z nutnosti výkonu. Z hlediska chirurgického výkonu lze pacienta vyššího věku spojit i s větším počtem přidružených chorob, horší schopností hojení tkání, častými poruchami kognitivních funkcí zhoršujícími spolupráci a rehabilitaci. Právě z těchto důvodů je u pacientů vyššího věku nutná pečlivá korekce stavu před výkonem. Pokud se jedná o pacienta vyššího věku zatíženého v kardiorespirační oblasti, je v případě urgentních výkonů v maximální míře zatížen jak chirurgickým výkonem, tak bezprostředně život ohrožujícími perioperačními komplikacemi.

2.4.2 Fyziologické změny a komplikace operačního výkonu ve stáří

V rámci komplikací operačních výkonů u starších pacientů musí být odlišen proces fyziologického stárnutí od zátěže, kterou představuje klinické onemocnění a funkční postižení spojené s chirurgickým výkonem. Nicholls (2006, s. 203) uvádí fyziologické změny respiračního systému ve stáří jako snížení vitální kapacity plic až o 25 %, zvýšení reziduálního objemu a snížení inspirační kapacity plic. Dále dochází ke zhoršení výměny plynů a poklesu parciálního tlaku kyslíku v arteriální krvi. Ve stáří jsou z hlediska respiračního systému významné i změny na páteři. Kyfóza je velké konvexní zakřivení páteře v hrudní a křížové oblasti, které vede ke snížení plicní kapacity.

U srdce dochází ke snižování ejekční frakce s věkem a zpomalení fyziologické odpovědi organismu na stres. Velkým rizikem je tzv. němá ischemická choroba srdeční, která je typická pro pacienty s diabetem a jedná se o bezpříznakový průběh ischemické choroby srdeční bez typických bolestí na hrudi. Pacient tuto nemoc nerozpozná, ale dochází k poškození srdce ischemickými změnami. Ve stáří také dochází ke zvýšení tuhosti stěn artérií, které negativně ovlivňují autoregulaci průtoku krve mozkem a ledvinami.

Nicholls (2006, s. 203-204) dále popisuje snížení glomerulární filtrace ledvin. Další skryté poškození ledvin může být způsobeno poklesem svalové hmoty jedince, se kterým souvisí pokles produkce kreatininu. Zvýšená hladina kreatininu v séru může vest k významnému poškození ledvin. S věkem se také zhoršuje tubulární funkce a zhoršení renálních parametrů. Oslabení je také reakce organismu na tekutinu ať už z pohledu dehydratace, tak hyperhydratace.

Nervová soustava je ovlivněna především z hlediska snížení reaktivity posturálních reflexů a oslabení sluchu, zraku i kognitivních schopností jedince.

Samostatný problém představují změny spojené s trávicím ústrojím a metabolismem organismu. S věkem dochází ke zpomalení metabolismu, chronické malnutrici a úbytku svalové hmoty. Prodlužuje se doba výživy ve střevě a snížení absorpce střevní stěnou.

Involuční změny jsou spojeny i s imunitním systémem organismu. Snížená je specifická i nespecifická odpověď organismu, reakce bílých krvinek a může být negativně ovlivněna i regulace teploty, proto se při infekci nemusí projevit zvýšení tělesné teploty jedince.

Mezi další fyziologické změny organismu spojené se stářím můžeme zařadit snížení elasticity a turgoru kůže, který může být použit jako spolehlivý ukazatel hydratace jedince. S věkem také klesá denzita a hmota kostí.

2.4.3 Prevence a řešení pooperačních komplikací

Z hlediska prevence infekce byla provedena u starších pacientů studie, která prokázala při profylaktickém podání cefalosporinů snížení výskytu ranné infekce až o 45 % u výkonů v břišní a ortopedické chirurgii. Nicholls (2006, s. 204-205) uvádí profylaktické podávání antibiotik až dvě hodiny před výkonem a poté pokračování dávkování 24 hodin.

Dalším důležitým opatřením by měla být profylaxe žilní trombózy. Plicní embolie představuje častou příčinu úmrtí u pacientů vyššího věku. Profylaxe by měla probíhat jako rutinní součást perioperační péče u chirurgických výkonů bez ohledu na to, zda proběhne chirurgický výkon či nikoliv.

Zvýšená mortalita a morbidita u starších pacientů spojená s chirurgickým výkonem je také ovlivněna stavem výživy. Výživa ovlivňuje hojení ran, infekci ran, stabilitu anastomóz a výskyt pooperačních infekcí. Kasper (2015, s. 505) upozorňuje na výzkumy, které prokázaly, že nedostatečný příjem proteinů negativně ovlivňuje výsledky břišních operací. Příkladem může být špatná pevnost a odolnost střevních anastomóz a zpomalení hojení ran. Pouze u pacientů s malnutricí vysokého stupně jsou prokázány výhody podávání parenterální výživy v průběhu prvních 7 až 15 dnů od chirurgického výkonu. Při podávání parenterální výživy u kontrolní skupiny a skupiny s nízkým stupněm malnutrice během studie došlo k významně častější komplikacím.

Mezi další časté pooperační komplikace ve stáří patří dle Nichollse (2006, s. 205) i retence moči, inkontinence i infekce močových cest. U mnoha starších pacientů je indikována krátkodobá katetrizace močových cest z důvodu monitorace diurézy. Sledování diurézy je důležité u pacientů s onemocněním srdce a ledvin. Katetrizace je také často indikována u nepohyblivých pacientů po ortopedických a břišních výkonech. U starších mužů může dojít k retenci moči, a proto se doporučuje odstranění močového katetru do 24 hodin od zavedení.

„Delirium je častou a závažnou neuropsychiatrickou komplikací nemocí ve stáří, především u oslabených hospitalizovaných osob, a velmi často nasedá na již přítomnou demenci. Delirium zůstává často nerozpoznané a neléčené.“ Konrád (2013, s. 248)

Nicholls (2006, s. 205) uvádí, že pooperační delirium se rozvine až u dvou třetin pacientů vyššího věku. Tato pooperační komplikace prodlužuje dobu hospitalizace, zvyšuje úmrtnost a zvyšuje riziko následné ústavní péče. Pooperační delirium se rozvíjí především u pacientů vyššího věku, těžce nemocných, pacientů s kognitivním deficitem nebo abusem alkoholu. Mezi další faktory patří metabolické poruchy, dehydratace, infekce, hypoxémie, retence moči, změna

prostředí, odnětí návykové látky a medikace, především opioidů. Dle Konrád (2013, s. 249) ve zdravotnických zařízeních a zařízeních sociálních služeb se u osob vyššího věku delirium projevuje u 10 - 44 % jedinců. V klinické praxi je obtížné rozpoznat delirium od demence. K rozlišení je důležitá kvalitní anamnéza a objektivní zhodnocení nynějšího onemocnění.

Rehabilitace je dle Nichollse (2006, s. 205-206) důležitou prevencí mnoha komplikací. Fyzioterapie by měla být zaměřena na časnou mobilizaci. Pracovní terapie poté zahrnuje obnovení dovedností každodenní činnosti důležitých pro nezávislost jedince. Rehabilitace také zahrnuje péči geriatra z hlediska optimální konzervativní léčby, posouzení sociální situace, psychologickou podporu jak pacienta, tak rodiny. Umístění pacienta na lůžko geriatrické péče významně zkracuje délku pobytu v nemocnici u mnoha stavů vyžadujících hospitalizaci.

2.5 Management rizik

Zdravotní péče jako každý proces, během něhož je zapojeno velké množství odborníků, lidských povah, emocí a stresu, neproběhne vždy dle připraveného plánu. Dalšími faktory jsou moderní diagnostické a terapeutické technologie, variabilita lidské biologie, nedostatek finančních prostředků, nedostatek personálu, zastaralé funkční řízení a organizační struktura, nebo nestabilní politické a ekonomické zázemí.

„Riziko představuje kombinaci pravděpodobnosti výskytu nežádoucího jevu a stupně negativního dopadu takového jevu na výstup procesu. Cílem programu řízení rizik je rizika odstraňovat nebo alespoň posouvat do akceptovatelné oblasti. Klíčovou podmínkou k dosažení tohoto cíle, stejně jako při léčbě závažných onemocnění, je včasná „diagnóza“ existujících nebo potenciálních rizik.“ (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008, s. 12)

Šupšáková (2017, s.59-67) popisuje historický kontext vnímání rizika jako pozitivní ve smyslu „odvaha, odvážit se“. V dnešní době je pojem riziko spojeno s negativním jevem, s nebezpečím jisté ztráty. Mezi nejčastější definice je zařazena pravděpodobnost vzniku ztráty nebo neúspěchu, nejistota dosažení výsledků a odchýlení od očekávané skutečnosti.

Řízení rizik se stalo základem moderního managementu, představuje proaktivní strategii směřující k ochraně pacientů, návštěv, zaměstnanců a majetku. Dále chrání dobrou pověst zdravotnického zařízení. Dle Škrla, Škrlová, 2008, s. 20 se jedná hlavně o neustálé zvažování možností výskytu rizik, jejich náročnosti, účinnosti preventivních opatření a jejich ekonomiky. Pokud vezmeme riziko z pohledu zdravotnického zařízení, mělo by být rizikem vše, co lze považovat za možný zdroj nejistoty nebo nežádoucí variability. Šupšáková (2017, s. 59-67) však uvádí, že v českých podmínkách, v programu řízení rizik, dochází ke zpětně

analýze a vyhodnocování nežádoucích událostí, na jejichž základě dochází k poučení z negativních jevů. Cílem řízení rizik by mělo být jejich aktivní vyhledávání v kontextu komplexní činnosti zdravotnického zařízení. Vyhledávání rizik z toho hlediska tedy může být rozděleno na retrospektivní a prospektivní. Retrospektivní neboli retroaktivní detekování rizik spočívá ve vyhodnocování a analýze již proběhlých událostí. Opakem je prospektivní (proaktivní), které aktivně vyhledává a analyzuje možná rizika.

Pokud se zaměříme na samotné modely a teorie vzniku rizika, pro prostředí poskytování zdravotních služeb je používán model „švýcarského sýra“. Tento model spočívá v představě, že rizika a hrozby mohou proniknout vrstvami ideálně homogenního materiálu. Možná selhání a pochybení pak představují díry v bariéře tvořené právě těmito vrstvami. Klíčová je kombinace všech jevů, na jejichž základě dojde k proniknutí negativního jevu soustavou děr či nikoliv. Tento model je nazýván Raesonův model. Je založen na principu několika bezpečnostních bariér tzv. „plátcích sýra“, které brání vzniku nežádoucího jevu. Tyto bariéry mohou být mechanické nebo systémové jako např. alarmy, supervize, dvojí čtení nebo zálohy. Z pohledu rizika ohrožení můžeme hrozby „díry“ dělit na aktivní neboli aktivní pochybení např. aktuální pochybení pilota, lékaře, a pasivní neboli latentní pochybení. Jako latentní pochybení označujeme dle Šupšákové (2017, s. 59-76) taková pochybení jsou skrytá a pouze náhodnou shodou okolností mohou způsobit negativní jev.

K problematice vzniku rizika je také nutno zmínit fenomén černé labutě (The Black Swan). Jedná se o událost se třemi základními znaky. Mezi tyto znaky patří výskyt události mimo očekávání, protože situaci nelze odvodit od předešlé zkušenosti, událost má výjimečné následky (dopad), jedná se o abnormální až nepředvídatelnou událost, a přesto je snaha vyhledávat vysvětlení a vytvářet zdání, že tuto událost lze předvídat.

Šupšáková (2017, s. 72-87) dále uvádí, že vliv tohoto fenoménu spočívá v jeho znalosti a retrospektivní předvídatelnosti. Na základě takové události lze vytvořit opatření k zabránění opakování. Je to však velice komplikované z důvodu tzv. generační paměti a malého počtu těchto událostí.

2.5.1 Charakteristika základních pojmů managementu rizik

Pojem riziko Šupšáková (2017, s. 59-67) definuje jako neurčitost dosažení výsledků nebo odklonění od očekávané skutečnosti a jeho pravděpodobnost odchýlení. Příkladem registrace rizik může být Australská rada pro standardy zdravotní péče, která navrhla registrační list. Tato strategie představuje efektivní zpětnou vazbu a prevenci rizik. Může se jednat o registr rizik

pro celé zdravotnické zařízení nebo pouze pro celky, tedy jednotlivá oddělení, kde jsou zachyceny konkrétní specifická rizika pro danou jednotku.

V souvislosti s managementem rizik je také třeba zmínit manažera rizik. Jedná se o osobu koordinující celý proces rozpoznávání, vyhodnocování rizik, ale také vytváření opatření a jejich kontrolu. Škrla, Škrlová (2008, s. 21-23) dále uvádějí pojem manažer kvality, který řídí všechny aspekty programu kontinuálního zlepšování kvality.

Nežádoucí událost je dle Věstníku č. 7/2016 (MZ ČR, 2016) „*událost nebo okolnosti, které mohly vyústit v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout*“. Za nežádoucí událost (déle jen NÚ) považujeme situace, při kterých mohlo dojít k psychickému nebo socioekonomickému poškození pacienta, k poškození poskytovatele zdravotnických služeb nebo pracovníka. Dále situace, ve kterých dojde k náhlému zhoršení stavu pacienta, pokud mají za následek trvalé poškození nebo jeho úmrtí. Byly zařazeny i situace, kdy bylo ohroženo zdraví pacienta a dosud není známo, zda bylo možné se takové situaci vyhnout. NÚ si poskytovatel zdravotnických služeb může doplnit o další události, které nejsou uvedeny. Na nestandardizovanou terminologie upozorňují i Škrla, Škrlová (2008, s. 16). Pokud bude pojem „nežádoucí událost“ dále rozebíráme, můžeme NÚ nazvat „incidentem“ dle Škrdla (2005, s. 59), Pokorná (2019, s. 15-19) nebo „mimořádná událost“ dle Wichsové (2013, s. 59), Škrla, Škrlová (2005, s. 59). Je třeba také dodat, že za NÚ se nepovažuje léčba pacienta proti jeho vůli při dodržení legislativy. Věstník č. 7/2016 MZ ČR (2016) udává jako tyto okolnosti například detenci psychiatricky nemocných nebo přenosných chorob s povinnou léčbou.

Téměř dokonaná pochybení nebo také „skorochyby“ jsou situace, u kterých byl odhalen nesprávný postup, nebo postup neodpovídal doporučeným postupům, a mohl by potenciálně vést k poškození pacienta či dalších účastněných pacientů nebo zdravotnického personálu.

NÚ bez následků Škrla (2005, s. 22) Pokorná (2019, s. 15-23) uvádějí jako událost vzniklou na podkladě nedodržení doporučených postupů, ale u které nedošlo k poškození zdraví pacienta nebo majetku. Příkladem může být chybné označení operované strany pacienta bez toho, aby se operační výkon uskutečnil.

Posledním pojmem je NÚ s následky, který vzniklá na podkladě nedodržení doporučeného postupu. Škrla (2005, s. 22-23) dodává, že právě během NÚ s následky dochází k poškození zdraví pacienta nebo majetku. Následky mohou být lehké až vážné, trvalé nebo mohou skončit i úmrtím pacienta.

2.5.2 Řízení rizik v ČR

„Cílem programu řízení rizik je snížit možnost výskytu těch nežádoucích situací, které by mohly jakýmkoliv způsobem poškodit zdraví pacienta či zaměstnance, majetek zdravotnického zařízení nebo jeho pověst. Cílem je také prevence finančních ztrát, především těch, které jsou spojeny s nekvalitou, popřípadě s rizikem nákladných a vleklých soudních sporů. Správně fungující program managementu rizik by měl být schopen úspěšně čelit nebezpečí soudních sporů namířených proti zdravotnickému zařízení, oddělení nebo zdravotnickému personálu.“
(ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2008. s. 14)

Pro zdravotnická zařízení představují soudní spory a negativní medializace závažný problém. Proto je třeba těmto událostem předcházet a je nutné, aby manager rizik a všichni zaměstnanci byli seznámeni s problematikou hrozeb a rizik. Škrla, Škrlová (2008, s. 30-31) uvádějí, že pouze pochopení a nesnižování důležitosti nebezpečí vede k fungujícím preventivním opatřením.

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických služeb je v ČR zahrnuto v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. V souvislosti s tímto zákonem je poskytovatel zdravotních služeb povinen zajistit interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Šupšáková (2017, s. 196-207) rovněž uvádí, že externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických zařízení je ukotven v § 98 zákona č. 372/2011 Sb. a provádějí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů. Informace o způsobu provádění interních hodnocení byly poskytovatelům zdravotních služeb doporučeny ve Věstníku č. 16/2015 MZ ČR (2015). Celosvětový standard kvality a bezpečnosti péče udává JCAHO – Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení. Obdobou v ČR je SAK ČR – Spojená akreditační komise České republiky. Specifické standardy této organizace se zabývají problematikou rizik medikačního procesu, stravovacího provozu, nozokomiálních infekcí, pozitivní identifikace pacienta, zdravotnickou dokumentací, informovanými souhlasu a likvidací odpadů. Jedním z moderních systémů řízení kvality je ISO 9001:2000. Škrla, Škrlová (2008, s. 29) popisují tento systém jako excelentní, kvalitně i ekonomicky výkonný. Cílem je dosažení trvalé shody mezi požadavkem na produkt a produktem. Šupšáková (2017, s. 357-373) také uvádí, že ISO 9001:2015 je novou normou s jednodušší strukturou systému řízení rizik. Tato norma obsahuje nový pojem „risk based thinking“, tedy myšlení založené na riziku. Představuje novou cestu v přemýšlení nad riziky a je hlavním bodem v celém systému managementu rizik. Právě tento způsob myšlení zajišťuje, že je riziko zvažováno v průběhu celého postupu. Řízení rizik vybudované na preventivním charakteru je součástí strategického a operačního řízení.

2.6 Safe surgery saves lives – Bezpečná chirurgie zachraňuje životy

Hlavním kritériem perioperační péče o nemocného je bezpečnost a všechna související opatření. Wichsová (2013, s. 160) uvádí, že i přes veškerá opatření dochází během péče k událostem, které vedou k perioperačním nebo pooperačním komplikacím. WHO (2009, s. 2) upozorňuje na data z roku 2004, kdy v 56 zemí světa proběhlo 187 - 281 milionů chirurgických výkonů. V přepočtu to znamená jeden operační výkon ročně na 25 obyvatel. Právě z důvodu rozsáhlého výzkumného souboru je obtížné porovnat míru úmrtnosti v souvislosti s operačním výkonem v průmyslových a rozvojových zemích. V průmyslových zemích je míra komplikací 3 - 22 % na chirurgický výkon, úmrtnost činí 0,4 - 0,8 %. Studie ukázala, že téměř polovině těchto komplikací se dalo předejít. V rozvojových zemích úmrtnost spojená s operačním výkonem dosahuje 5 - 10%, úmrtnost v souvislosti s anestezií dosahuje jedno úmrtí na 150 anestezií v subsaharské Africe. Počty infekcí a dalších pooperačních komplikací jsou znepokojivé po celém světě.

2.7 Bezpečnost pacienta na operačním sále

Bezpečná perioperační péče o pacienta je základem práce a opatření, která v rámci operačních sálů akceptujeme. Světová zdravotnická organizace proto na podkladě výzkumu stanovila deset zásad podpory bezpečnosti chirurgických výkonů. Wichsová (2013, s. 160) uvádí tyto výkony:

- *„Chirurgický tým bude operovat správného pacienta na správném místě.*
- *Pacientovi bude podána bezpečná anestezie včetně prevence bolesti.*
- *Tým bude připraven na problémy se zajištěním dýchacích cest a dýcháním.*
- *Tým bude připraven na problémy s krevní ztrátou.*
- *Tým bude připraven na problémy vyplývající ze známé alergické reakce.*
- *Tým bude používat metody, které omezují rizika infekce v místě chirurgického výkonu.*
- *Tým bude předcházet nezamýšlenému ponechání nástroje či materiálu v ráně.*
- *Tým zajistí bezpečné a správné označení biologického materiálu.*
- *Tým bude efektivně komunikovat pro bezpečné vedení operace.*
- *Nemocnice i veřejné zdravotnictví bude provádět stálý dozor nad výsledky chirurgické péče.“*

(WICHSOVÁ, 2013, s. 160)

Právě tyto body byly staveny WHO jako základ Surgical Safety Checklist (Chirurgický kontrolní list) (Příloha A). Dle WHO (2009a, s. 6) má nejčastěji na starost vedení této procedury cirkulující sestra, ale může být provedena jakýmkoliv klinickým pracovníkem ve spolupráci s celým operačním týmem. Samotná procedura je rozdělena na tři části.

SIGN IN před podáním anestezie. V této části procedury se kontroluje identita pacienta, místo operace a jeho označení, předpokládaný typ chirurgického výkonu, informované souhlasy pacienta, funkčnost anesteziologického přístroje spolu s připraveností podávaných anestetik, přiložení pulzního oxymetru, alergická anamnéza pacienta, riziko aspirace, překážky v dýchacích cestách a odhadované riziko krevních ztrát.

TIME OUT probíhá těsně před provedením kožního řezu. WHO (2009a, s. 9-11) uvádí, že v této části bezpečnostní procedury probíhá kontrola operační skupiny, včetně uvedení jména a pozice pracovníka. Dále se znovu potvrzuje identita pacienta, místo a typ chirurgického výkonu a potvrzuje se profylaktické podání antibiotik v předchozích 60 minutách. Operatér posuzuje předpokládaný průběh výkonu spolu s riziky, dobu operace, krevní ztráty a potvrzení podání profylaktické dávky antibiotik. Anesteziolog v této části udává možná rizika anestezie. Hlavní úkol perioperačních sester spočívá v připravenosti instrumentářií, pomůcek, dodržení jejich sterility a dostupnost obrazové dokumentace dle potřeby.

SIGN OUT je poslední část bezpečnostní procedury před předáním pacienta mimo operační trakt např. na dospávací pokoj, standardní lůžkovou část nebo JIP, popřípadě ARO. Před samotným ukončením operačního výkonu perioperační sestry potvrzují název operačního výkonu, početní kontrolu a souhlas nástrojů s dalším materiálem, jako jsou roušky, tampony nebo jehly. Dále sestry potvrdí název a označení vzorků odebraných během výkonu a případné problémy s přístrojovou technikou sálu, které je nutno řešit. Na závěr operatér s anesteziologem stanoví plán péče o pacienta v nejbližším pooperačním období a pooperační medikaci.

2.7.1 Ošetřovatelská rizika v intraoperační péči z pohledu perioperačních sester

Právě Bezpečnostní chirurgický list a všeobecná pravidla bezpečné ošetřovatelské péče tvoří základ perioperační ošetřovatelské péče. Nutné je doplnit také ošetřovatelskou péči spojenou s použitím speciální přístrojové techniky jako např. elektrokoagulace.

Možná rizika perioperační péče shrnuje Šilerová (2012, s. 55-58). Mezi možná rizika patří záměna pacienta, záměna operované strany, pád nebo sesunutí pacienta, ischemie, otlak, paréza, popálení, alergická reakce, záměna medicínálních plynů, zapomenuté nástroje, roušky a další materiál, poškození přístrojového vybavení a podchlazení. Wichsová (2013, s. 163) dále uvádí infekci v místě chirurgického výkonu. Loosová, Jedličková (2012, s. 92) uvádějí časté odebírání biologických vzorků v průběhu operačního výkonu a s tím spojená rizika. Vytejčková (2013, s. 681-688) dále upozorňuje na všeobecné riziko záměny či ztráty odebraných vzorků biologického materiálu.

Každé pracoviště má vnitřním předpisem stanovený způsob identifikace pacienta. Šilerová (2012, s. 55) doporučuje vždy použít dvojí kontrolu pacienta a to dotazem např. na celé jméno a datum narození. Wichsová (2013, s. 134) doplňuje dle Bezpečnostního chirurgického listu WHO kontrolu pacienta pomocí dotázání na předpokládaný operační výkon, operovanou stranu a označení místa výkonu na těle pacienta.

Záměna operované strany patří mezi nežádoucí události, kterým lze správným postupem Bezpečnostní procedury zabránit. Dle Šilerové (2012, s. 55) patří mezi hlavní příčiny záměny operované strany určení místa výkonu pouze jedním členem operačního týmu, vynechání účasti pacienta na potvrzení operované strany, provádění několikačetných výkonů současně, použití nestandardizovaných zkratk v dokumentaci, nečitelné ručně psané záznamy v dokumentaci nebo zvláštnosti pacienta např. mentální nebo fyzické postižení. Prevence spočívá v kontrole dokumentace pacienta, stranovým-verifikačním protokolem, viditelným označením operované strany a aktivním zapojením pacienta dotazem.

Dle Šilerové (2012, s. 56) musí být pacient během překlada a pobytu na operačním sále neustále pod dozorem. Při transportu a změně polohy je nutné pacienta fixovat popruhy pro prevenci pádu či sesunutí. Miertová (2019, s. 33-40) uvádí, že následky pádu mohou ovlivnit pacienta jako po strážce fyzické, tak i psychické. Mezi nejčastější závažné následky pádu patří fraktury a subdurální hematomy, které komplikují základní onemocnění a vyžadují léčbu. Následky pádu poté nesou i prodloužení hospitalizace a zvýšení nákladů na poskytovanou zdravotní péči. V případě podání žaloby pacientem na zdravotnické zařízení může dojít k nákladným soudním jednáním a ztrátě prestiže pracoviště.

Při uložení pacienta na operační stůl musíme respektovat dle Wichsové (2013, s. 135) fyziologii těla pacienta, aktuální klinický stav, typ operačního výkonu a přání chirurga. Při samotném polohování pacienta musíme chránit nejvíce ohrožená místa ke vzniku proleženin či poškození nervů. Mezi predilekční místa patří temeno hlavy, lokty, ramena, krajina sakrální, kyčle, kolena, kotníky a paty. V případě speciálních poloh se pak řídíme dle míst, na která je vyvinut enormní tlak na měkké tkáně těla. Při polohování také musíme dbát na fyziologické postavení těla a končetin. Ohrožení nervů spočívá nejen v jejich kompresi po dobu operačního výkonu, ale i extrémními polohami kloubů, které neodpovídají fyziologické poloze. Nejvíce ohroženými nervy jsou plexus brachialis, nervus radialis, n. ulnaris, n. medianus a n. ischiadicus.

Příčinou popálení bývá dle Šilerové (2012, s. 56) používání hořlavých antiseptických přípravků k dezinfekci operačního pole nebo chybné uzemnění přístrojové techniky operačních sálů.

Wichsová (2013, s. 66-67, 135) doplňuje nutnost přiložení neutrální elektrody na tělo pacienta při použití monopolární elektrokoagulace během chirurgického výkonu. Šilerová (2012, s. 56), Wendsche, Pokorná a Štefková (2012, s. 34, 37) shrnují zásady přiložení neutrální elektrody do několika bodů. Tyto body jsou příkládání neutrální elektrody na suché místo, dle potřeby, zbavené ochlupení. Přiložená elektroda musí mít kontakt po celou dobu operace, včetně změny polohy pacienta během výkonu. Poloha elektrody musí být zaznamenána do dokumentace. Uložení elektrody by mělo být co nejbližší operačnímu poli a před rouškovaním operačního pole je třeba nechat zaschnout povrchová antiseptika. Je nutné eliminovat riziko zatečení tekutiny mezi elektrodu a kůži pacienta. Důležité je také odkládání aktivní elektrody na instrumentační stolek nebo do pouzdra, nikoliv na tělo pacienta. Při samotném odstraňování neutrální elektrody po výkonu je nutné dbát na opatrné snímání z důvodu vysoké lepivosti jejího povrchu.

Již během překladau na operační sál je kontrolována alergická anamnéza pacienta. Šilerová (2012, s. 56) doporučuje provádět dvojí kontrolu, aktivní zapojení pacienta dotazem a kontrolu dokumentace. Na základě anamnézy je nutné přizpůsobit dezinfekci operačního pole a podávané léčivé přípravky během výkonu.

Problematiku rizika podchlazení pacienta na operačním sále je nutné brát z komplexního hlediska. V rámci zajištění aseptických podmínek operačních sálů je nad operačním polem umístěn vzduchový systém s vertikálním a horizontálním prouděním vzduchu obsahující hepafiltry. Jedličková (2012, s. 27) doplňuje, že teplota operačních sálů je doporučována na 20 - 21 °C. Při velkých operačních výkonech u pacientů tělesná teplota klesá, pokud nejsou aktivně zahříváni. Dle Çam et al. (2016, s. 1-5) tělesná teplota během operačního výkonu klesá o 0,5 - 1,5 °C za hodinu. Při výkonu trvajícím 2 - 4 hodiny může tělesná teplota pacienta klesnout až pod 35 °C. Nicholls, Wilson (2006, s. 50) popisují následky hypotermie jako vazokonstrikci, svalový třes, vyšší spotřebu kyslíku a zvýšení srdeční zátěže. Prevencí tohoto stavu může být vyhřívací podložka umístěná na desku operačního stolu. Při použití aktivního zahřívání přístroji je nutné hlídat teplotu pacienta z důvodu možnosti přehřátí. Další možnost může představovat zahřátí pacienta podáním ohříváných intravenózních roztoků anesteziologickým týmem.

Samostatnou část rizik perioperační péče představuje záměna medicínálních plynů. Medicínální plyny jsou na operačních sálech nejčastěji k dispozici pomocí centrálního rozvodu medicínálních plynů nebo formou tlakových láhví, které jsou určeny k přenosu. Šilerová (2012, s. 57) upozorňuje na nutnost správného označení medicínálních plynů jak pomocí barevného rozlišení, tak pomocí štítků na tlakových láhvích s údaji o druhu medicínálního plynu, velikosti

láhve a plnicím tlaku. Záměna medicínálních plynů s sebou může nést i fatální následky pro pacienta. Greilich et al. (1995, s. 871-874) uvádí, že již roku 1933 došlo k první intraabdominální explozi během laparoskopické operace, kdy byl použit jako insuflační plyn pro vytvoření pneumoperitonea 100% kyslík.

Neúmyslně zapomenutý nástroj nebo rouška v operační ráně představuje vážnou nežádoucí událost. Rizikové faktory vzniku této nežádoucí události jsou akutní operační výkon, neočekávaná změna v operačním výkonu, chyba při početní kontrole nástrojů a roušek nebo výkon, na kterém se podílelo více operačních týmů. Šilerová (2012, s. 57) uvádí, že nejčastěji zapomenutým materiálem v operační ráně jsou roušky a longety. Důsledky zapomenutého materiálu tvoří infekce, ileózní stavy nebo vznik píštěle.

Poškození přístrojového vybavení operačního sálu s sebou nese také rizika. Šilerová (2012, s. 58) uvádí, že každý přístroj podléhá každoroční kontrole stanovené legislativou a bezpečnostním předpisem daného zdravotnického zařízení. Po celou dobu provozu přístroje je uchovávána dokumentace k danému přístroji. Operační stůl představuje riziko z hlediska uvolnění částí a pádu pacienta, nebezpečí otlaků kovových částí stolu nebo selhání ovládání stolu. Starší typy elektrokoagulačních přístrojů nemusí mít signalizaci poruchy vodícího přívodního kabelu nebo signalizaci správného přiložení neutrální elektrody. Rentgenový přístroj má být používán pouze při správné indikaci, omezení opakovaného záření a krytí pohlavních orgánů pacienta. Laserem mohou být poškozeny sítnice odrazem světla laseru. Pacientovy oči by měly být chráněny vlhkým tmavým očním chráničem. Všechny přístupové dveře na operační sál by měly být vybaveny zřetelnou světelnou signalizací o probíhajícím výkonu a varováním o zákazu vstupu při probíhajícím výkonu.

Infekce v místě chirurgického výkonu dále jen IMCHV představuje druhou nejčastější nozokomiální nákazu. Dle Wichsové (2013, s. 163-166) se objevuje u 25 % operačních výkonů. Povrchová IMCHV zasahuje kůži a pokožku a dochází k ní do třiceti dní od výkonu. Musí být přítomen alespoň jeden z ukazatelů, a to hnisavý výtok, přítomnost mikroorganismů, diagnóza stanovena lékařem, bolest, otok, zarudnutí nebo zvýšená teplota v místě kožního řezu. K hluboké IMCHV dochází do třiceti dní od výkonu bez vložených implantátů, anebo do jednoho roku s implantáty, a zasahuje měkké tkáně. Musí být přítomen alespoň jeden z příznaků: hnisavý výtok z hluboké incize, samovolná nebo nucená dehiscence rány pro horečku nebo bolest, absces nebo diagnóza hluboké IMCHV lékařem. Poledním typem IMCHV je IMCHV orgánu nebo prostoru okolí rány. Infekce u toho typu se také objevuje do třiceti dní

od operačního výkonu bez přítomnosti implantátu v ráně, anebo do jednoho roku bez přítomnosti implantátu. Také platí pravidlo přítomnosti alespoň jednoho příznaku. Mezi tyto příznaky patří hnisavý výtok z drénu zavedeného do orgánu nebo okolí rány, přítomnost mikroorganismů v orgánu nebo okolí rány, absces a jiné známky infekce nebo diagnostika orgánové IMCHV nebo okolí rány lékařem. Maďar, Podstatová, Řehořová (2006, s. 40-50) uvádějí jako rizikové faktory věk, stav výživy, zdravotní stav, diabetes, hypoxii, anémii, alkoholismus/nikotinizmus, infekci, imunodeficienci, imunosupresi, délku hospitalizace a stav vyžadující urgentní výkon. Pokud budeme uvažovat přímo perioperační péči, tak patří mezi rizika bezprostřední příprava pacientů a to holení, dezinfekce a rouškování operačního pole. Další bezprostřední přípravu představuje příprava operační skupiny, a to chirurgická dezinfekce rukou, sterilní plášť a operační rukavice. Riziko IMCHV lze minimalizovat dodržováním zásad asepse a bariérové ošetrovatelské péče.

Záměna či ztráta biologického materiálu odebraného v průběhu operačního výkonu znamená také významné riziko pro pacienta. Loosová, Jedličková (2012, s. 92) uvádějí, že odebrané vzorky tkání slouží k identifikaci onemocnění a stanovení diagnózy. Metodika odběru biologického materiálu se řídí pokyny laboratoře, kde dané zdravotnické zařízení vzorky zpracovává. Mezi další zásady správného odběru biologického materiálu dle Pavlíkové, Vytejkové (2013, s. 681-688) patří správná identifikace pacienta, kterému je odběr prováděn. Hlavním a často opomíjeným pravidlem je, že odběr se provádí do předem označené nádoby k tomu určené. Jedná se o prevenci záměny vzorků. Na nádobě by měl být identifikační štítek pacienta obsahující jméno a příjmení, rodné číslo, oddělení a datum odběru. V případě štítků tištěných přes program laboratorních žadanek, je každý štítek opatřen čárkovým kódem, jménem a příjmením pacienta, rodným číslem, datumem a časem odběru, typem odběru a případně zkrácenou verzí lokalizace odběru. Důležitá je také správná žádanka, pokud není použit elektronický systém zadávání žadanek pro laboratoř.

2.7.2 Ošetrovatelská rizika v intraoperační péči se zaměřením na problematiku seniorů z pohledu perioperačních sester

Rizika ošetrovatelské péče o seniory v intraoperačním období nejsou z hlediska perioperačních sester zcela zpracována. Problematika je přehledně zpracována z chirurgického, myšleno lékařského hlediska, a z hlediska anesteziologického, a to jak z lékařského, tak sesterského. Zahraniční odborná literatura teprve zaznamenává první odborné publikace s problematikou seniorů v perioperačním období. Tyto publikace se zaměřují především na vytváření protokolů pro péči o danou věkovou skupinu. Shippee-Rice, Long, Fetzer (2011, s. 41-60) popisuje základ

péče o seniory na operačním sále z pohledu geriatrických ošetrovatelských protokolů založených na důkazech. Tyto protokoly jsou zaměřené na standardizované směrnice, změny související s věkem, kognitivní poznávací funkce, atypické projevy, kritickou péčí, delirium, demenci, depresi, etnogeriatrické a kulturní kompetence, pády, péči ze strany rodiny, management hydratace, iatrogenní poškození, medikaci, výživu ve stáří, péči a zdraví orální dutiny, bolest, paliativní péči, fyzické omezení, kožní léze a poškození kůže, sensorické změny, spánek, návykové látky a močovou inkontinenci. Samotné téma geriatrické perioperační ošetrovatelské péče je poté vztaženo téměř výhradně k péči poskytované anesteziologickou sestrou.

Problematika rizik intraoperační péče o osoby vyššího věku vychází z kapitoly 2.7.1. Ošetrovatelská rizika v intraoperační péči z pohledu perioperačních sester. Tato kapitola obsahuje souhrn ošetrovatelských rizik intraoperačních péče všeobecně s tím, že pacienti vyšších věkových skupin mají vyšší pravděpodobnost některých těchto rizik z důvodu involučních změn organismu.

Pacienti vyššího věku mohou mít vyšší riziko záměny identifikace či záměny operované strany z důvodu možného zhoršení komunikace vlivem zhoršení kognitivních funkcí jedince, zraku i sluchu dle Nicholls (2006, s. 203-204). Arnold, Boggs (2020, s. 478) dále uvádějí, že involuční změny kognitivních funkcí jsou u zdravých seniorů minimální. Senioři nemusí vykazovat ztrátu inteligence. Jejich omezení může spočívat pouze ve vyžadování více času na odpověď z důvodu hledání v hluboké paměti nebo sestavení verbální odpovědi. Pokorná (2010, s. 49-52) upozorňuje na schopnosti a dovednosti posluchače, který svým přizpůsobením může zvýšit pravděpodobnost správnosti a přesnosti pochopení komunikace.

Senioři na operačních sálech mohou mít zvýšené riziko i v oblasti sesunutí či pádu. Nicholls (2006, s. 203-204) popisuje u seniorů involuční změny spojené se zpomalením metabolismu, chronické malnutrice a úbytku svalové hmoty, který vede ke snížení celkové svalové síly jedince. Kalvach, Drbal, Zavázalová a Holmerová (2008, s. 21-34) dále rozvádějí riziko pádu z hlediska poruchy kognitivních funkcí, lékové anamnézy či psychiatrického onemocnění, které mohou vést ke zmatenosti pacienta, a proto je nutná fixace pacienta na operačním stole a jeho neustálý dohled.

Další zvýšení riziko představuje pro seniory ischemie, otlaky, parézy a poškození kůže. Jak Nicholls (2006, s. 203-204) uvádí, involuční změny významně ovlivňují snížení efektivity funkce srdce, zvýšení tuhosti stěn artérií. Dále je významně ovlivněn metabolismus do takové

míry, že dochází ke snížení svalové hmoty. Nedostatek hydratace pak negativně ovlivňuje elasticitu a turgor kůže.

Pacienti vyššího věku mají opakované poklesy tělesné teploty i v prostředí s teplotou nad 20 °C. Kalvach, Šnejdrová (2008, s. 268-277) uvádějí jako příčiny hrubé poruchy autonomních regulací i hrubé poruchy periferní vazomotorické reakce s chybějící vazokonstrikcí a třesem.

Infekce v místě chirurgického výkonu je rizikovější pro seniory z důvodu involučních změn jako jsou dle Nicholls (2006, s. 203-204) snížení specifické i nespecifické odpovědi organismu, reakce bílých krvinek i regulace teploty, která může vést k nepřítomnosti zvýšené teploty jako projevu infekce.

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Kvalitativní vědecká metoda představuje nematematický analytický postup. Kvalitativní šetření umožňuje získat detailní informace o zkoumaném jevu. Tato metoda také umožňuje prozkoumat problematiku do hloubky. Hlavní pozitivum spočívá v možnosti účastníků interpretovat své názory a zkušenosti vlastními slovy. Dle Kutnohorské (2009, s. 21-26) může být kvalitativní průzkumné šetření úvodem pro další kvantitativní šetření. Výstupem jsou údaje interpretované textem. Samotné šetření je velice náročné na čas, vědomosti a dovednosti badatele. Pro vyhodnocení těchto dat je důležitý cit pro analýzu textových dat, kreativní a analytické myšlení, schopnost syntézy a sociologická imaginace.

„Kvalitativnímu výzkumu se vytýká, že jeho výsledky představují sbírku subjektivních dojmů. Pro jeho pružný a nestrukturovaný charakter ho lze – na rozdíl kvantitativního výzkumu – těžko replikovat. Protože pracuje s omezeným počtem jedinců a obvykle na jednom místě, vznikají také obtíže se zobecněním výsledků. (Zobecnitelnost v kvantitativním výzkumu zajišťuje náhodný výběr. Tato procedura se však v kvalitativním výzkumu vůbec nepoužívá.) Někdy se také kvalitativnímu výzkumu vytýká jeho nepřehlednost, malá transparentnost.“

(HENDL, 2005, s. 52-53)

Pro tuto diplomovou práci byl zvolen fenomenologický přístup kvalitativního výzkumného šetření metodou polostrukturovaných rozhovorů. Jak Hendl (2005, s. 128) uvádí, hlavní cíl tohoto přístupu spočívá v popisu a analýze prožité zkušenosti určitého fenoménu, který má určitá skupina nebo jednotlivec. Výzkumník se snaží zachytit vnitřní svět jedince a získaná data analyzovat se zachycením esence prožité zkušenosti. Výsledek fenomenologické studie je pak „pravdivě zničí“ text, který zachycuje danou zkušenost s tímto fenoménem. Nejčastější způsob sběru dat probíhá rozhovorem.

Průzkumná otázka byla stanovena takto: **Jaká je zkušenost perioperačních sester se seniory na operačním sále a jaká opatření z hlediska této problematiky aplikují?**

3.1 Metodika průzkumného šetření

Sběr dat proběhl na přelomu února a března 2020 ve zdravotnickém zařízení – nemocnici všeobecného typu. Kritériem zařazení zdravotnického zařízení byl souhlas s provedením průzkumného šetření v rámci diplomové práce a přítomnost operačních sálů v daném zdravotnickém zařízení. Dalším kritériem byl souhlas zdravotnického zařízení s prezentací dat spojené s aktivitami v rámci diplomové práce a Studentské grantové soutěže.

3.1.1 Metodika sběru dat

Hendl (2005, s. 196-67) uvádí, že vedení rozhovoru je nejen uměním, ale i vědou. Pro vedení kvalitního rozhovoru je třeba dovednost výzkumníka, citlivost, koncentrace i interpersonální porozumění a disciplína. Před rozhovorem si výzkumník musí ujasnit obsah otázek, jejich formu, pořadí a délku samotného rozhovoru. Dále je třeba se věnovat začátku a koci rozhovoru, kdy je třeba získat důvěru respondenta a zajistit souhlas se záznamem rozhovoru pro další zpracování. Samotný rozhovor nemá být pouze sběrem dat, ale navázáním kontaktu pro další možnou spolupráci a možnost zpětné vazby respondenta.

Pro účely této práce byl použit polostrukturovaný (semistrukturovaný) rozhovor. Kutnohorská (2009, s. 40), Miovský (2006, s.159-162) popisují tento typ rozhovoru jako náročný na přípravu. Výzkumník vytváří schéma se specifickými okruhy otázek (Příloha B), jejichž pořadí i znění se mohou měnit, ale také je možné dodržet jejich striktní znění i pořadí. V průběhu rozhovoru je možné pokládat sondážní otázky pro ověření a vysvětlení odpovědi respondenta. Právě tato technika rozhovoru umožňuje prozkoumat téma do hloubky. V tomto typu rozhovoru můžeme pokračovat, dokud jsou respondentem poskytovány relevantní odpovědi nebo se nevyčerpá časový limit. Smith (2004, s. 39-54) popisuje polostrukturovaný rozhovor jako možnost respondenta mluvit volně o svých prožitcích a zkušenostech bez odchýlení od tématu rozhovoru.

3.1.2 Etické aspekty výzkumu

Před zahájením průzkumného šetření bylo na každém pracovišti získáno písemné povolení se sběrem dat od vrchních sester. Na základě jednotlivých povolení byl hlavní sestrou zdravotnického zařízení udělen souhlas realizovat na daných pracovištích průzkumné šetření.

Před zahájením šetření byl od každého respondenta, podílejícího se na průzkumném šetření, získán ústní informovaný souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon. Tyto souhlasy jsou uchovávány ve zvukové stopě jako součást jednotlivých rozhovorů.

3.1.3 Vymezení průzkumného souboru

Koutná-Kostínková, Čermák (2013, s. 13) upozorňují na nutnost homogenity vzorku, který musí dobře reprezentovat daný fenomén.

Respondenty proto byly zvoleny všeobecné sestry pracující na operačních sálech na pozici perioperačních sester s minimální praxí jeden rok na této pozici. Počet respondentů byl určen dle možností saturace průzkumného šetření. Z respondentů byly vyřazeny všeobecné sestry

pracující na operačních sálech pediatrických oborů. Hlavním kritériem pro zařazení do šetření byla ochota spolupracovat a praxe v oboru. Důležitým kritériem pro toto šetření byl i souhlas respondentů s nahráváním rozhovoru na diktafon pro zpětné zpracování dat. Podstatný byl i souhlas s opětovným kontaktem výzkumníkem. Pohlaví respondentů nebylo při výběru kritériem, přestože výsledný soubor respondentů tvoří ženy a jeden muž.

3.1.4 Organizace průzkumu

V tomto typu průzkumu respondent reflektuje svoji osobní zkušenost. Proto je důležité, aby byl v prostředí, kde se cítí komfortně. Hendl (2005, s. 128-129) dále doplňuje, že rozhovor by se měl odehrávat v nerušeném prostředí, kde má respondent pocit bezpečí a pohody. Nejčastěji se výzkumník s respondenty setkává vícekrát pro možnost doplnění odpovědí nebo jejich vyjasnění. Creswell (2007, s. 61) doporučuje počet 5 - 25 respondentů pro fenomenologické studie. Oproti tomu Smith, Flowers a Larkin (2009, s. 51-52) doporučují pro účel diplomových prací tři respondenty.

Rozhovory byly nejčastěji provedeny na denní místnosti nebo kuchyňce bez přítomnosti dalších zaměstnanců daného pracoviště. Respondenti byli nejprve seznámeni s důvody provedení sběru dat a následně s obsahem rozhovorů. Po úvodním rozhovoru respondenti verbálně vyjádřili souhlas či nesouhlas se sběrem dat a následným zpětným kontaktem.

Účast na sběru dat byla pro respondenty zcela dobrovolná.

Někteří respondenti nesouhlasili s nahráváním rozhovorů pro zpětnou analýzu dat a museli být ze sběru dat vyloučeni. V několika případech respondenti nesouhlasili se zpětným kontaktem pro upřesnění dat nebo doplňující otázky. Tímto způsobem bylo vyloučeno celkem šest respondentů se zájmem se účastnit sběru dat.

Samotné rozhovory trvaly 16 - 34 minut. Délka rozhovorů musela být přizpůsobena chodu pracoviště.

Zpětný kontakt byl proveden u pěti respondentů z celkového počtu čtrnácti respondentů.

3.1.5 Pilotní studie

Na podzim 2019 proběhla pilotní studie této diplomové práce. Jednalo se o polostrukturované rozhovory se čtyřmi respondenty s otevřenými, předem připravenými otázkami.

Na základě této pilotáže došlo ke snížení počtu otázek a jejich zobecnění pro větší možnost variability odpovědí respondenty.

3.1.6 Metodika analýzy dat

Data byla zpracována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Tento analytický nástroj je používán dle Smith, Flowers, Larkin (2009, s. 79-82) a slouží pro vyjádření žité zkušenosti jedince. Jedná se o zpracování kvalitativních dat, kdy výzkumník může tato data popsat a interpretovat takovým způsobem, že zaznamenávají zkoumanou zkušenost.

K analýze dat byl použit návod dle Koutná-Kostínková, Čermák (2013, s. 9-43). Tato metoda vychází z publikace Smith, Flowers, Larkin (2009).

Před zahájením výzkumného šetření byl proveden nultý krok v podobě sebereflexe se zkušeností intraoperační péče o seniory na operačním sále a možná rizika. Tento krok byl proveden formou vnitřního dialogu se záznamem bodů, které byly k tématu důležité nebo zajímavé.

Dále bylo v první části analýzy pracováno s prepisy jednotlivých získaných rozhovorů s respondenty. Tato analýza byla zahájena po uskutečnění pěti rozhovorů.

Druhá fáze spočívala v analýze jednotlivých rozhovorů a vyhledávání důležitých nebo zajímavých částí. Vyhledávány byly i jazykové zvláštnosti jednotlivých respondentů. Samotné poznámky byly rozdělovány dle Koutné-Kostínkové, Čermáka (2013, s. 18) na deskriptivní (zaměřující se na obsah, myšlenky a zkušenosti), lingvistické (použití specifického jazyka a metafor respondenta) a konceptuální (mohou se pojímat jako otázky vynořující se v průběhu čtení textu).

Třetí fáze zahrnovala práci s poznámkami k jednotlivým rozhovorům a třídění těchto opakujících se poznámek do stejných kategorií.

Čtvrtá fáze byla práce s jednotlivými kategoriemi, poznámkami a textem rozhovorů, se kterými souvisela. Tato fáze byla velice náročná časově. Vyhledávání souvislostí mezi jednotlivými tématy vedla k jejich sloučení.

Samotné výsledky těchto rozhovorů uvádějí témata, která byla nalezena během analytické fáze rozhovorů a byla významná k popisu tématu zkušeností intraoperační péče o seniory na operačním sále se zaměřením na její rizika. Při analýze byla objevena jak témata společná pro všechny respondenty, tak izolovaná témata důležitá pro jedince. Pro účely této práce proto byla uvedena především opakující se témata, nebo velice zajímavá témata s nižším výskytem.

3.1.7 Limity šetření

Jeden z prvních limitů výzkumu byl zaznamenán při zajišťování povolení výzkumu ve zdravotnických zařízeních. Celkem byla oslovena čtyři zdravotnická zařízení se žádostí o provedení sběru dat v rámci zpracovávání diplomové práce. Dvě z těchto zařízení zamítla žádost z důvodu přehlcení pracovišť dotazníkovými šetřeními a velkou časovou náročností rozhovorů na personál. Další z těchto zařízení odmítlo sběr dat z důvodu prezentace dat na Fakultní vědecké konferenci případně dále na Celostátní vědecké konferenci v rámci Studentské grantové soutěže, které měla proběhnout na jaře 2020 na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Čtvrté oslovené zdravotnické zařízení souhlasilo se sběrem dat v předem definovaných podmínkách, které bylo třeba předem sjednat s vedením jednotlivých klinik, kde sběr dat měl probíhat.

Limit výzkumu také představoval fakt, že některá pracoviště souhlasila se sběrem dat pouze v ranních hodinách před začátkem operačního programu. Docházelo tedy k časové limitaci rozhovorů. Další požadavek některých pracovišť spočíval v tom, že bylo vyžádáno zaslání otázek k rozhovorům předem. Respondenti tedy měli čas na přípravu a rozmyšlení odpovědí.

Je možné, že u respondentů došlo k úpravě odpovědí ve smyslu „respondent říká, co si myslí, že chce výzkumník slyšet“. Je také možné, že došlo ke zkreslení odpovědí z důvodu sběru dat na akreditovaném pracovišti. Respondenti byli tudíž připraveni na kladení náhodných sondážních otázek, kdy došlo k odpovědím dle standardu, nikoliv „dle názoru či praxe respondenta“.

V neposlední řadě je nutné uvést jako limit nezkušenost výzkumníka s takto rozsáhlým kvalitativním šetřením. Některá pochybení se podařilo identifikovat během pilotáže šetření na podzim 2019 a odstranit je během sběru dat na jaře 2020.

3.2 Výsledky analýzy rozhovorů

Výsledky analýzy jednotlivých rozhovorů s respondenty jsou rozděleny do dvou samostatných částí. První část tvoří zkušenosti jednotlivých respondentů s tématem. U každého respondenta jsou uvedeny zkušenosti a zachyceny názory k dané problematice. Druhá část obsahuje témata, která byla vyvozena z analýzy rozhovorů. Vybraná témata se vyskytovala ve většině rozhovorů nebo naopak vybočovala.

3.2.1 Popis zkušeností jednotlivých respondentů

TABULKA 1 ÚDAJE RESPONDENTŮ

Označení respondentů	Pohlaví	Věk	Délka praxe na operačních sálech	Délka výkonu povolání všeobecné sestry	Specializační vzdělání	Iniciativa účasti na průzkumném šetření	Informovaný souhlas s provedením a nahráváním rozhovoru
R01	Žena	38 let	16 let	19 let	Perioperační péče	Požádána staniční sestrou	Ano
R02	Žena	51 let	8 let	32 let	Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech	Požádána staniční sestrou	Ano
R03	Žena	25 let	6 let	6 let	Perioperační péče (právě studované)	Vlastní iniciativa	Ano
R04	Žena	27 let	6 let	8 let	Perioperační péče	Vlastní iniciativa	Ano
R05	Žena	35 let	14 let	16 let	Perioperační péče	Vlastní iniciativa	Ano
R06	Žena	41 let	15 let	22 let	Perioperační péče	Vlastní iniciativa	Ano
R07	Žena	31 let	12 let	12 let	Perioperační péče	Požádána staniční sestrou	Ano
R08	Žena	45 let	17 let	26 let	Perioperační péče	Vlastní iniciativa	Ano
R09	Muž	29 let	4 roky	5 let	Perioperační péče (právě studované)	Vlastní iniciativa	Ano
R10	Žena	26 let	3 roky	3 roky	Perioperační péče (právě studované)	Vlastní iniciativa	Ano
R11	Žena	27 let	3 roky	3 roky	Perioperační péče	Požádána staniční sestrou	Ano
R12	Žena	32 let	2 roky	12 roky	Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech	Požádána staniční sestrou	Ano
R13	Žena	33 let	4 let	10 roky	Perioperační péče	Požádána staniční sestrou	Ano
R14	Žena	27 let	2 roky	3 roky	Bez specializačního vzdělání	Vlastní iniciativa	Ano

3.2.1.1 Respondentka 01

V rámci svého pracoviště se respondentka setkává se seniory, ale tato věková skupina tvoří pouze malou část pacientů. Pod pojmem křehký pacient si představila „... *takovou tu babičku, astenickou, bez svalstva, s křehkými kostmi. Takhle já si představuji tu stařeckou křehkost.*“ Respondentka si v souvislosti s problematikou pacientů vyššího věku na operačních sálech jako první vybavila rizika. „*Zvýšená rizika jak dekubitů, tak jakýkoliv dalších komplikací při operačním výkonu.*“ Dále v rozhovoru uvádí nutnost přizpůsobení se stavu pacienta jak psychickému, tak fyzickému a to v průběhu celého procesu ošetrovatelské péče z hlediska zabezpečení komfortu i bezpečnosti.

3.2.1.2 Respondentka 02

„*Větší část pacientů je prostě seniorskýho věku, nebo půl na půl bych tak řekla.*“ Otázka křehkého pacienta respondentku velice zaujala „*S pacientem nakládáme jako s každým jiným. Plus rozšiřujeme komunikaci ten pohovor o tom ... nebo ... teď nemůžu najít slovo... o poučení pacienta musí být obšírnější, srozumitelnější, pomalejší hovor. Zeptat se ho, jestli všechno chápe, všemu rozumí, jestli se chce na něco zeptat.*“ Na přímý dotaz, koho by si představila pod pojmem křehký pacienta, respondentka okamžitě odpověděla „*Doopravdy pacient seniora. Geriatrický pacient. Prostě už stařecká demence nebo už něco takovýho, že s takovou určitou diagnózou s jinou, kvůli který přichází na operační sál.*“ K samotné problematice seniora na operačním sále respondentka jako první uvedla komplikace „*že můžou přijít komplikace, víc než s člověk mladšího věku, že jo. Jsou to komplikace už od prvopočátku. Já nevím, už od převzetí pacienta, zabezpečení pacienta na operačním stole, samotná operace, pooperační stav, nebo celý prostě to perioperační období.*“

3.2.1.3 Respondentka 03

Respondentka se na setkání těšila a měla dotazy ohledně diplomové práce a sběru dat. Se seniory na operačním sále má zkušenost, ale tato věková skupina tvoří dle jejího odhadu zhruba 20 % pacientů jejího pracoviště. K tématu křehkosti verbalizovala „*Tak asi křehký pacient si představím jako už staršího seniora nad 70 let. Polymorbidního, bych řekla. Tak asi.*“ Dále v rozhovoru uvedla, že k tématu seniorů na operačním sále ji jako první napadnou komplikace. Dodává „*A delší časový hledisko v rámci nějaké edukace, přípravy.*“ Pojmy jako časová rezerva, časová náročnost, potřeba více personálu se několikrát opakují v průběhu celého rozhovoru. „*Jak je to s nima náročnější, tak je rozhodně lepší, když je tam víc toho personálu, ale jako zkušenost s nima nemám vysloveně špatnou, nebo že by ta práce s nima byla vyloženě nějaká jako obtížnější. Spíš je potřeba si vyhradit víc času na ně, v programu.*“

Což jako není vždycky úplně možný, ale bere se jako v úvahu, když se ví, že se bude operovat senior.“

3.2.1.4 Respondentka 04

Respondentka přistupovala k rozhovoru pozitivně a aktivně. *„Tak seniorů na operačním sále je určitě dost. A je třeba vlastně přihlížet k tomu, že je to senior. Jako by z hlediska toho, že může mít prostě různé nemoci a nesoběstačnost, nebo zhoršenou soběstačnost.“* S pojmem křehký pacient se setkala pouze během bakalářského studia. K tématice seniora na operačním sále se vyjádřila velice opatrně. *„Tak napadne mě, že můžou nastat komplikace, to samozřejmě u každého, ale třeba u toho seniora kardiovaskulární a takovýhle komplikace... takový jako ze strany ARO bych řekla. To mě napadne asi jako první.“*

3.2.1.5 Respondentka 05

S pacienty vyššího věku se na pracovišti setkávají v menším počtu, ale o tuto problematiku se respondentka aktivně zajímá. *„Myslím si, že my máme zkušenost poměrně dobrý... samozřejmě jsou někteří z nich rozrušenější, to je pravda. Někteří z nich jsou takový úzkostnější, trošinku víc dbají na to své zahalení (myšleno zajištění intimity pacienta v průběhu překlada a polohování na operačním stole) velmi špatně by snášeli tu svoji nahotu, ale jinak jsou v podstatě... Nemáme s nima problém.“* U tématu křehkého pacienta respondentka zmínila význam životního stylu. *„Záleží na tom, v jaké kondici ten pacient je. Dneska je to těžko... je tam poměrně velký rozdíl ve věku a stavu toho pacienta. Jsou dámy, kterejm je 60, 65 let a opravu to jsou křehké babičky. A pak vám sem napochoduje zdatná osmdesátnice, o které přemýšlíte, jestli se nespletli v datumu narození. Je to poměrně dneska ten rozptyl je velkej... Ty rozdíly jsou taky veliký.“* U tématu seniora na operačním sále se respondentka dlouze zamyslela, než odpověděla. *„Spíš přemýšlím na to, aby nás to bylo víc. Třeba dejme tomu na vpolohování.“* Dále upozorňuje na nutnost přizpůsobení péče stavu pacienta.

3.2.1.6 Respondentka 06

Respondentka byla v průběhu celého rozhovoru velice nervózní. *„Se seniory mám dobrý zkušenosti, jako když je člověk starej, jako opravdu starej, tak je ta komunikace horší, jo, ale někdy člověka i překvapí, jak ty lidi reagujou dobře. I ti starší, jak jsou srozumění s výkonem. Beru plánovaný operace samozřejmě. U akutních je to něco jinýho... nemůžu říct, že se staršíma lidma by to bylo horší, někdy je to horší z mladšíma.“* Pod pojmem křehkého pacienta respondentka popsala pacienta vyššího věku, hubeného, ve špatném stavu. Pokud se jednalo o téma seniora na operačním sálem respondentka zmínila hlavně zacházení s pacientem. *„Ten*

překlad. Trošku šetrnější překlad samozřejmě. Zjistit, pokud je to starý člověk, zjistit jak s tima končetinama, ale to vlastně i s mladejma, když se to tak vezme, protože můžou bejt po totalce nebo mít nějaký kovy v těle... spíš ten překlad na ten operační stůl a ta prevence dekubitů, a tohle to je podle mě strašně důležité.“

3.2.1.7 Respondentka 07

S pacienty vyššího věku na operačních sálech má respondentka dle svých slov zkušenosti velké. Tato věková skupina tvoří většinu pacientů pracoviště. Na otázku v kontextu zkušeností se seniory na operačním sále respondentka uvedla *„Nevidím v tom rozdíl... jestli mladej nebo starej.“* Křehkého pacienta popsala slovy *„vyhublý, podvyživený, dehydratovaný, zmatený, imobilní... hraje v tom roli věk, ale samozřejmě nějaký mladý pacient s nějakou závažnou diagnózou na tom může být podobně.“* Pokud se jednalo přímo o otázky na problematiku seniorů na operačním sále, respondentka jasně uvedla *„jako už jsem řekla. Já nevidím seniory jako problém. Prostě většina pacientů, co operujeme má nějaký závažný problém. Takže jestli ten problém je že je senior nebo má závažnou diagnózu a je mu prostě těch 30 let. Já osobně, nevidím v tom rozdíl.“*

3.2.1.8 Respondentka 08

Na svém pracovišti se s pacienty vyššího věku setkává velice často. *„Tak zkušenosti mám veliké, protože si myslím, že dvě třetiny našich pacientů jsou už vyššího věku. Jsou to jak pacienti s operací břicha, tak traumata.“* Respondentka si pod pojmem křehký pacient představuje *„No tak nejdřív mě napadne babička z domova důchodců nebo z nějakého alzheimer centra, která si zlomí nohu v krčku, takže je podvyživená, má prostě takovou tu papírovou kůži, už je prostě bezzubá, hluchá. Prostě křehoučká babička, které je prostě jak věchýtek, jak by se řeklo.“* K problematice seniorů na operačním sále se respondentka vyjádřila velice emočně. *„Spíš to někdy prožívám emotivně, že je mi někdy jakože si říkám chudák, babička, dědeček, prostě budou u nás na sále. Budem s nima dělat Bůh ví co, že jo. Spíš to někdy prožívám emotivně. Výkon provedeme tak jako s každým jiným pacientem, ale někdy když to vidím, co ty lidi potkalo v tomhle věku, ... jako že spíš emoce někdy.“*

3.2.1.9 Respondent 09

S pacienty vyššího věku se setkává na svém pracovišti respondent velice často. Dle odhadu tvoří nadpoloviční většinu pacientů. *„No, seniorů máme docela dost. Beru je jako normální pacienty. Žádný rozdíl v tom jako nevidím.“* S pojmem křehký pacient se setkal výhradně při studiu. *„Tak od školy jsem to neslyšel, ale jsem si jistý, že to bylo něco s tím testem na*

každodenní aktivity a soběstačnost.“ (smích) Respondent byl po celou dobu rozhovoru velice klidný a uvolněný. Během rozhovoru opakovaně kladl otázky na význam diplomové práce. V souvislosti s problematikou seniorů na operačním sále si jako první vybavil nutnost časové rezervy. *„Já mám rád věci v klidu, proto se snažím mít na vše dostatek času. Prostoje vznikají hlavně z ARO důvodů... zajištění vstupů, CŽK, PMK, delší probírání z anestezie atd. Doktoři jsou občas ohledně prostoje nervózní a... to znáte, ale já přeci nikam nespěchám, sestři.“*

3.2.1.10 Respondentka 10

S pacienty vyššího věku má velké zkušenosti ze svého pracoviště. Uvedla také stárnutí populace jako globální problém, na který je třeba se připravit. *„Starších přibývá všeobecně. Nic negativního v tom nevidím, ale je třeba se připravit na ještě větší zátěž zdravotnictví.“* K tématu se vyjadřovala respondentka po celou dobu velice otevřeně a bylo patrné, že se tématu v minulosti věnovala a vyhledávala informace. K problematice křehkého pacienta se vyjádřila takto *„je to pacient, senior, nebo kdokoliv, komu stačí kousek a nebude soběstačný.“* Respondentka měla velice jasný názor i v problematice seniorů na operačním sále. *„Je důležitý se tomu věnovat. Myslím si, že podceňujeme předoperační přípravu a rehabilitace po výkonech ...Taky mi kolikrát přijdou profylaktický antibiotika na sál s pacientem, místo v pacientovi (smích). Ale na sálech mi to přijde bez problémů, jen teda občas vzniká velká časová prodleva ... dlouhý buzení pacienta. Dospávák nemáme, takže se budí ještě na sále.“*

3.2.1.11 Respondentka 11

„Seniorů máme hodně. Skoro bych řekla, že je to většina našich pacientů.“ Respondentka také uvedla, že v souvislosti se seniory, žádná specifická opatření nedělají. Při otázce na křehkého pacienta respondentka popsala staršího, nesoběstačného pacienta, nad kterým je třeba vést zvýšený dohled a dopomoci mu s běžnými denními aktivitami. V rozhovoru také důrazně zmínila důležitost komunikace s pacienty vyššího věku. Respondentka uvedla, že se opakovaně setkala s nevhodným oslovením této skupiny pacientů např. *„dědečku, babičko“*. *„Když jsem to slyšela poprvé, tak jsem si říkala, že to není možný. Opakovaně to kolegům říkám, aby ty lidi oslovovali důstojně, jménem, ale oni to tak mají zažitý. No, hrozný to je.“* Na otázku, co jsi jako první vybaví v souvislosti se seniory na operačním sále okamžitě respondentka odpověděla *„... hlavně komplikace a zdržení programu.“*

3.2.1.12 Respondentka 12

Respondentka se v průběhu celého rozhovoru vyjadřovala velice stroze a zpříma. *„Pacientů nad 65 let máme hodně, ale to je teď všude. Pro mě to jsou pacienti jako každý jiní. Nevidím*

důvod, proč bych se měla nějak víc zabývat jejich stavem. Já to beru spíš podle zdravotního stavu pacienta než podle věku.“ Pod pojmem křehký pacient respondentka uvedla pacienta vyššího věku, polymorbidního, vyžadujícího stálou péči blízké osoby či hospitalizaci. K tématu problematiky pacientů vyššího věku na operačních sálech si jako první respondentka vybaví více práce s pacientem a nutnost zajištění dostatku zdravotnického personálu pro bezpečnou manipulaci s pacientem.

3.2.1.13 Respondentka 13

Respondentka byla po celou dobu rozhovoru značně nervózní a velice nad odpověďmi váhala. *„S pacienty vyššího věku zkušenosti mám. Poslední dobou mi přijde, že tvoří většinu našich klientů. Taky je fakt, že jich je celkem v populaci hodně. Vezměte si Prahu.*“ Pod pojmem křehký pacient respondentka uvedla polymorbidního pacienta každého věku, vyžadujícího péči na JIP. *„Vyžaduje hodně péče, dohled, pomoc se vším. Vyžaduje monitorované lůžko po výkonu.*“ S problematikou seniora na operačním sále si respondentka okamžitě spojila nutnost zajištění více zdravotnického personálu z důvodu bezpečné manipulace na úzkém operačním stole.

3.2.1.14 Respondentka 14

Respondentka uvedla, že se seniory na operačních sálech má zkušenosti pozitivní a ráda s nimi pracuje. *„Přijde mi zajímavé, že jsou víc klidní než mladší klienti. Sice se kolikrát zeptají anesteziologa, jestli je šance, že se neprobudí, ale oni to berou jinak. Jako smířeně nebo tak.*“ Na otázku k problematice křehkého pacienta odpověděla respondentka s dlouhým zaváháním. *„Osobně bych řekla, že to bude někdo hodně nemocný, kdo naší péči opravdu potřebuje... po výkonu půjde na JIP nebo ARO.*“ V souvislosti s pacientem na operačním sále si jako první vybaví komplikace a na základě těchto komplikací prodloužení operačního výkonu.

3.2.2 Popis jednotlivých témat

Na základně otázek kladených respondentům a analýzy dat z rozhovorů s respondenty byly pomocí interpretativní fenomenologické analýzy stanovena tato témata:

- Převzetí pacienta na operační sál
- Komunikace
- Důstojnost pacientů
- Kontrola pacienta
- Bezpečnost
- Přesun na operační stůl

- Polohování
- Rozdílný ošetrovatelské péče dle délky výkonu
- Tepelný komfort pacienta
- Prevence infekce v místě operačního výkonu

3.2.2.1 Převzetí pacienta na operační sál

TABULKA 2 TÉMA - PŘEVZETÍ PACIENTA NA OPERAČNÍ SÁL

Označení respondentů	Převzetí pacienta na operační sál	Předání pacienta z operačního sálu	Další poznámky respondentů
R01	Perioperační sestry	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Více času
R02	Perioperační sestry	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Více času, představit se
R03	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Představit se
R04	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Více času
R05	Perioperační sestry	Anesteziolog, anesteziologická sestra	-
R06	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Vše popsat a vysvětlit
R07	Perioperační sestra s anesteziologickou sestrou	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Vše popsat a vysvětlit
R08	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Nespěchat, vše vysvětlit
R09	Perioperační sestry	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Nespěchat, představit se
R10	Perioperační sestry	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Představit se
R11	Perioperační sestry	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Představit se

Označení respondentů	Převzetí pacienta na operační sál	Předání pacienta z operačního sálu	Další poznámky respondentů
R12	Perioperační sestry	Anesteziolog, anesteziologická sestra	-
R13	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Anesteziolog, anesteziologická sestra	Nespěchat, představit se
R14	Perioperační sestry	Anesteziolog, anesteziologická sestra	-

Problematikou převzetí pacienta na operační sál se zabývala jedna z předem připravených otázek. Zařazena byla z důvodu různorodosti zvyklostí jednotlivých pracovišť. Na některých pracovištích si pacienta přebírají od personálu z oddělení přímo perioperační sestry. R05: „Přebíráme si je u dveří. Vlastně hned u vstupu na operační sály.“ R01: „U nás je zvyklost, že si pacienta přebere vlastně obíhající instrumentárka, nebo instrumentárka. Někde to většinou dělají ARO sestry. A my se teda v klidu vyptáme na všechno, i když se pak znova ptá anesteziolog.“

V dalších případech si pacienta přebíral anesteziologický tým. R03: „Asi klasicky, řekla bych jako všude jinde. Přiveze ho sestra z oddělení s pomocí sanitáře, pak si ho převezme anesteziologická sestra, anesteziolog. A my (myšleno perioperační sestry) si ho přebíráme přímo na operačním sále jako instrumentárky nebo obíhající.“ Zajímavá zmínka byla i o převzetí pacienta perioperační sestrou společně s anesteziologickým týmem. R07: „Pacienta přebíráme vždy společně s anesteziologickou sestrou.“

V rozhovorech se opakovaně objevila zmínka o nutnosti více času na překládání pacientů vyššího věku. R04: „Tak samozřejmě z hlediska seniora je na to třeba více času na to, aby všemu porozuměl, všechno mu vysvětlit, zeptat se podrobně, aby to pochopil, co po něm chceme.“ R09: „Tak podle mě je nejdůležitější nespěchat. Každý je nervózní z operace, každý má strach. Teď si představte, když nad váma stojí padesát lidí. Pořád se ptají dokola na to samé a ještě u toho chtějí, aby jste něco dělal.“

3.2.2.2 Komunikace

TABULKA 3 TÉMA - KOMUNIKACE

Označení respondentů	Způsob přizpůsobení komunikace	Použití kompenzačních pomůcek pacienta	Poznámky respondentů
R01	Srozumitelně bez odborných termínů	-	-
R02	Srozumitelně	-	Hlavně trpělivost
R03	Srozumitelně, hlasitě	Naslouchadlo ponecháno do usnutí	Možnost odezírání ze rtů
R04	Hlasitě	-	-
R05	Srozumitelně bez odborných termínů	Naslouchadlo, brýle ponechány do usnutí	Dotázat se pacienta na případné dotazy
R06	Hlasitě	-	Možnost odezírání ze rtů
R07	Srozumitelně bez odborných termínů	Naslouchátko ponecháno do usnutí	Trpělivost, zeptat se, zda nemá dotazy
R08	Hlasitě, zřetelně	-	Trpělivost
R09	Dle situace a možností	-	Trpělivost
R10	Rukama/nohama	-	Možnost odezírání ze rtů
R11	Dle situace a možností	-	Možnost odezírání ze rtů
R12	Dle situace a možností	-	Možnost odezírání ze rtů
R13	Rukama/nohama	-	Vše dostatečně vysvětlit
R14	Hlasitě, srozumitelně	-	Vše dostatečně vysvětlit

V případě komunikace se ve všech rozhovorech objevila zmínka o mluvení dostatečně nahlas a srozumitelně v různých obdobích. R04: „*Tak hlasitější projev vlastně nebo i rukama, aby prostě pochopil.*“ R03: „*Je to s nima jako náročnější. Některý třeba neslyší, nebo už miň vidí. Potřebujou to jako vysvětlit víc. Takže ten čas je tam jako rozhodující. A samozřejmě i ta mobilita.*“ R08: „*Tak pokud se týká seniora, tak se snažíme, aby to probíhalo úplně normálně, ale samozřejmě někdy musíme mluvit hodně nahlas, hodně zřetelně. Ti pacienti bývají zmatení a tu preventivní bezpečnostní proceduru musíme provést jako u všech ostatních, takže je to u nich někdy takový náročnější.*“

Jen u tří respondentů se objevila zmínka o kompenzačních pomůckách pacientů na operačním sále. R01: „*Ono je povoleno, aby měli na sál sluchadlo, ale většinou jim ho vezmou, na tom oddělení. No, takže občas si musí člověk na tom předsáli sundat ústenku, protože oni třeba odezírají, ale jinak mám dobrou zkušenost.*“ R05: „*Většinou jsou fajn. Brýle, když paní chce, tak jí zůstanou, když špatně vidí. Naslouchátko, pokud si to paní přeje, jí taky zůstane. A my to pak odebíráme těsně předtím, než jí uspěj. Třeba na brýle i naslouchátko máme sáček, kam to vložíme, nalepí se na to štítek pacientky a předává se to pak sestře, když zase pacientku odváží na oddělení.*“ R07: „*Brýle se nechávají na oddělení, ale někdy se jim nechává sluchadlo, aby se s nimi dalo komunikovat.*“

Opakovaně se také objevila zkušenost s nutností trpělivosti a přizpůsobení se situaci. R02: „*Trpělivost, ... ty lidi můžou být zmatený. Boje se, takže samozřejmě tak komunikace může váznout, takže otázku můžu opakovat nebo mu můžu napovědět třeba, kolikrát nemůžou vědět, co po nich chci nebo se naopak cítěj zhrzený, že se ptáme potřetí, protože on přeci není tak starej, aby nevěděl, jak se jmenuje nebo kdy se narodil...*“

3.2.2.3 Důstojnost pacientů

TABULKA 4 TÉMA - DŮSTOJNOST PACIENTA

Označení respondentů	Způsob jednání s pacienty	Důraz na zachování intimity pacienta	Poznámky respondentů
R01	„rovnocenný“	Ano, zbytečně neodkrývat	„představím si tam samu sebe až budu stará“
R02	„jako s každým jiným pacientem“	Ano, hlavně u polohování	„základem je slušné chování, vždy“
R03	Dle stavu pacienta	Ano, u překládání ve filtru	-
R04	Dle stavu pacienta	Ano, zbytečně neodkrývat	-
R05	„vždy slušný, přátelský, otevřený“	Ano, hlavně u převlékání do sálového empíru	„představ si, jako by jsi tam byla ty, tvoje dítě a nebo tvoje matka“
R06	Dle stavu pacienta	Ano, u překládání ve filtru	„tak jak chci, aby se jednou chovali ke mně“
R07	Dle stavu pacienta	Ano, zbytečně neodkrývat	-
R08	„jako s každým jiným pacientem“	Ano, zbytečně neodkrývat	Vnímají vše kolem sebe, je třeba s nimi komunikovat
R09	„jako s každým jiným pacientem“	Ano, u překládání ve filtru	„základem je slušné chování, vždy“
R10	„jako s každým jiným pacientem“	Ano, zbytečně neodkrývat	-
R11	„rovnocenný“	Ano, zbytečně neodkrývat	„tak jak chci, aby se jednou chovali ke mně“
R12	Dle stavu pacienta	Ano, zbytečně neodkrývat	-
R13	„jako s každým jiným pacientem“	Ano, při polohování	
R14	„jako s každým jiným pacientem“	Ano, zbytečně neodkrývat	„tak jak chci, aby se jednou chovali ke mně“

V rozhovorech se opakovaně objevuje zmínka o důstojném chování k pacientům seniorům. R01: „Člověk s nima nemůže jednat jako s méně cennými lidmi. I když je to třeba 90letá žena, tak třeba mohla to bejt doktorka, třeba, nebo inteligentní člověk. Záleží prostě..., to člověk pozná, jak ta pacienta komunikuje. Jestli nemá demenci. To je prostě strašně individuální.“

Ojedinele se také objevila odpověď zahrnující nutnost zachování intimity pacienta během manipulace. R05: „Pacientky se na předsálí převlíknou do sálového oblečení, to máme u všech jednorázový. Protože to si myslím, že je pro všechny, pro starý nebo pro mladý... takový nedůstojný, takový nepříjemný. Vždycky říkám, mladejm děvčatům, co nastupují, dělej to vždycky tak, jako by jsi tam byla ty, tvoje dítě a nebo tvoje matka.“

V rozhovorech se objevila zmínka i o psychické náročnosti operačního výkonu pro pacienty vyššího věku. R08: „...Pro ty lidi je to nápor, že na ně mluví dalších několik lidí a furt se ptají na to samý, že jo. A oni jsou zmatení.“

Během sběru dat se objevila i odpověď s velmi emočním přístupem k problematice seniorů na operačním sále. R08: „... I ty starý lidi vnímají všechno, co se děje někteří. Takže aby neměli pocit nějakýho... prostě, že s nima jednáme... Jak s dítětem mám někdy poct, aby byli oňuňaní... aby byly v tepločku, aby se na ně furt mluvilo, klidně se jich můžeme dotýkat rukou, hladit je, aby nebyli vystresovaní.“

3.2.2.4 Kontrola pacienta

TABULKA 5 TÉMA - KONTROLA PACIENTA

Označení respondentů	Jméno, příjmení	Rodné číslo nebo datum narození	Alergie	Operační výkon	Operovaná strana	Kontrola podepsání informovaných souhlasů	Poznámky respondentů
R01	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Kontrola vyndání zubní protézy, kontaktních čoček, lačnost, premedikace, omezení hybnosti, přítomnost kovových implantátů v těle
R02	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ne	Omezení hybnosti, přítomnost kovových implantátů v těle
R03	Ano	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Chronické onemocnění, infekční onemocnění
R04	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Kontrola vyndání zubní protézy, sundané šperky, kontrola ID náramku, přítomnost kovového implantátu v těle
R05	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ne	Kontrola vyndání zubní protézy, sundané šperky, kontrola ID náramku, přítomnost kovového implantátu v těle
R06	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ne	Kontrola ID náramku, sundané šperky, zubní protéza, přítomnost kovového náramku
R07	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Kontrola ID náramku, sundané šperky, přítomnost kovového materiálu v těle
R08	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ne	Kontrola ID náramku, sundané šperky, přítomnost kovového implantátu v těle
R09	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ne	Kontrola ID náramku, sundané šperky

R10	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Kontrola vyndání zubní protézy, sundané šperky, kontrola ID náramku, přítomnost kovového implantátu v těle
R11	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Kontrola vyndání zubní protézy, sundané šperky, kontrola ID náramku, přítomnost kovového implantátu v těle
R12	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Kontrola vyndání zubní protézy, sundání šperků, kontrola ID náramku
R13	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Kontrola vyndání zubní protézy, sundání šperků, kontrola ID náramku
R14	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Kontrola vyndání zubní protézy, sundání šperků, kontrola ID náramku

K tématice kontroly pacienta všichni respondenti zmínili Perioperační bezpečnostní proceduru. R01: „Děláme bezpečnostní proces. Tam kontrolujeme totožnost pacienta slovním dotazem. Správně cílenou otázkou. Neptáme se „Jste paní Nováková?“, ale „Jak se jmenujete?“. Zkontrolujeme dokumentaci, zkontrolujeme identifikační náramek. Pak se ptáme na jednotlivé dotazy, a to sice na alergie, na zubní protézu, kontaktní čočky, lačnost, zda dostala premedikaci, případně, a protože často operujeme pacienty v gynekologické poloze, tak se ptáme na hybnost v kloubech a zda nemají endoprotézu. Což u těch starších může být problém... A ještě souhlasy s operacemi kontrolujeme.“ R02: „První, co provedeme je klasický PBP, že jo, převzetí pacienta na sál, aby nám řekl jméno, rodný číslo a zeptáme se ho na alergie. Ta péče se rozděluje nejen pro perioperační, tak PBP, ale i anesteziologický sestry, který začnou tu PBP. Převzme si ho perioperační sestra a pak pokračuje na klasický PBP před zahájením operace.“

Všichni respondenti v průběhu rozhovoru vyjmenovávaly položky kontrolované při převzetí pacienta v různém rozsahu dle zvyklosti pracoviště. R03: „Jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, alergie, diagnózu, strany i... jako nějaký chronický onemocnění, infekční onemocnění.“

3.2.2.5 Bezpečnost

Překvapivým zjištěním bylo, že pouze šest perioperačních sester přímo verbalizovalo bezpečnost pacienta z hlediska rizika pádu. R04: „... *Dávám si pozor na prevenci dekubitů, a aby mi nespádl ze stolu, takže se vlastně fixuje k tomu stolu...*“

3.2.2.6 Přesun na operační stůl

TABULKA 6 TÉMA - PŘESUN NA OPERAČNÍ STŮL

Označení respondentů	Dostupnost rolla na pracovišti	Vždy je použito rollo u pacientů se sníženou hybností nebo bezvědomí	Před operačním výkonem se pacient za dopomoci obíhající sestry a sanitáře sám přesouvá na operační stůl, pokud mu to jeho stav umožňuje	Po skončení výkonu se pacient vždy přesouvá pomocí rolla	Poznámky respondentů
R01	Ano	Ano	Ano	Ano	-
R02	Ano	Ne	Ano	Ano	Vždy použití rolla u obézních nebo bolestivých pacientů
R03	Ano	Ne	Ano	Ano	-
R04	Ano	Ne	Ano	Ano	Vždy použití rolla u obézních pacientů
R05	Ano	Ano	Ano	Ano	Zajištění dostatku personálu na bezpečný přesun pacienta
R06	Ano	Ano	Ano	Ano	-
R07	Ano	Ne	Ano	Ano	Vždy použití rolla u obézních nebo imobilních pacientů, na překlád dostatek personálu
R08	Ano	Ano	Ano	Ano	Zajištění dostatku personálu na bezpečný přesun pacienta
R09	Ano	Ano	Ano	Ano	-
R10	Ano	Ne	Ano	Ano	Zajištění dostatku personálu na bezpečný přesun pacienta

R11	Ano	Ne	Ano	Ano	Vždy použití rolla u obézních pacientů
R12	Ano	Ne	Ano	Ano	Vždy použití rolla u obézních pacientů
R13	Ano	Ne	Ano	Ano	Zajištění dostatku personálu na bezpečný přesun pacienta
R14	Ano	Ne	Ano	Ano	Vždy použití rolla u obézních pacientů

Přesunutí pacienta na operační stůl představovalo přímou otázku na respondenty. Jednalo se především o zjištění přístupu k pomůckám na přesunutí pacienta, pokud nebyly zmíněny přímo respondentem. Všichni uvedli, že na pracovišti mají dostupné rollo na bezpečný a komfortní přesun pacienta jako břemene.

Všichni respondenti uvedli, že pokud to stav pacienta dovolí, je vyzván, aby se sám přesunul z lůžka na operační stůl. R01: *„Pokud tam není omezená hybnost, tak se domluvíme s tou pacientkou, přisuneme spolu se sanitářem vozík, k operačnímu stolu, poprosím pacientku, aby se posadila a přesunula se na stůl. A pak jí tam uložím do té polohy.“*

Po skončení operačního výkonu se pak respondenti shodli na využití pomůcky rollo. R05: *„Po výkonu je překládáme zásadně s rollonem. Pravidelně sestra, teda instrumentářka, která stála u stolu si hlídá nohy... Ať jsme co jsme, tak jsme garde pacienta. Prostě je to tak... Překládáme téměř vždy ve třech. Ve čtyřech! Vlastně hlavu hlídá anesteziolog.“*

Velice často se objevovala také zmínka o nutnosti dostatku personálu pro bezpečný a komfortní přesun pacienta. R07: *„Dle situace, kdo má nohy a ruce pomůže. Pokud je to silný pacient, nebo imobilní, tak se ve většině případů používá rollo.“* R08: *„Já mám nejradši, když je nás co nejvíce u toho. Samozřejmě, protože ti pacienti jsou vystrašení, strašně je to bolí, takže prostě čím více rukou je nápomocno, čím více různých pomůcek... tím je to lepší. Takže používáme třeba rollo nebo prostě... dalo by se říct, že aby i při tom přesunu tu zlomenou část těla nebo tu bolavou část těla měli co nejméně hybnou, aby to ty pacienti prostě nebolelo. Hlavně aby netrpěli další bolestí při tom přesunu.“*

3.2.2.7 Polohování

TABULKA 7 TÉMA - POLOHOVÁNÍ

Označení respondentů	Poloha pacienta je ovlivněna	Při polohování pacienta je přítomen lékař z operační skupiny	Při polohování se dbá na	Poznámky respondentů
R01	Zdravotním stavem pacienta, požadavky operační skupiny	Dle polohy	Fyziologické postavení končetin, kontrolu podložení pacienta	-
R02	Zdravotním stavem a hybností pacienta, požadavky operační skupiny	Dle polohy	Podložení predilekčních míst, bezpečnost pacienta, zamezení kontaktu s kovovými částmi stolu	-
R03	Zdravotním stavem pacienta, požadavky operační skupiny	Dle polohy	Kontrola podložení pacienta	-
R04	Zdravotním stavem a hybností pacienta, požadavky operační skupiny	Dle polohy	Podložení predilekčních míst, části těla se nesmí dotýkat kovových částí stolu	Asistence lékaře při náročnějších polohách
R05	Zdravotním stavem a hybností pacienta, požadavky operační skupiny	Dle polohy	Fyziologické postavení končetin, prevenci periferních paréz	Asistence lékaře při náročnějších polohách
R06	Zdravotním stavem pacienta, požadavky operační skupiny	Dle polohy	Kontrola podložení pacienta	Asistence lékaře při náročnějších polohách
R07	Zdravotním stavem a hybností pacienta, požadavky operační skupiny	Vždy	Fyziologické postavení končetin, prevenci periferních paréz, kontrola podložení pacienta, podložení predilekčních míst	-
R08	Zdravotním stavem a hybností pacienta,	Dle polohy	Kontrola podložení pacienta, podložení predilekčních míst	-

	požadavky operační skupiny			
R09	Zdravotním stavem a hybností pacienta, požadavky operační skupiny	Dle polohy	Kontrola podložení pacienta, podložení predilekčních míst	Asistence lékaře při náročnějších polohách
R10	Zdravotním stavem pacienta, požadavky operační skupiny	Dle polohy	Kontrola podložení pacienta, podložení predilekčních míst	-
R11	Zdravotním stavem pacienta, požadavky operační skupiny	Dle polohy	Fyziologické postavení končetin, prevenci periferních paréz, kontrola podložení pacienta, podložení predilekčních míst	Asistence lékaře při náročnějších polohách
R12	Zdravotním stavem a hybností pacienta, požadavky operační skupiny	Vždy	Fyziologické postavení končetin, prevenci periferních paréz, kontrola podložení pacienta, podložení predilekčních míst	-
R13	Zdravotním stavem a hybností pacienta, požadavky operační skupiny	Vždy	Kontrola podložení pacienta, podložení predilekčních míst	-
R14	Zdravotním stavem a hybností pacienta, požadavky operační skupiny	Vždy	Kontrola podložení pacienta, podložení predilekčních míst	Polohování probíhá vždy za přítomnosti lékaře

Všichni respondenti uvedli, že polohování je přizpůsobeno stavu pacienta a že konečná poloha je vždy zkontrolována perioperační sestrou. R01: „*Já si to kontroluju, jestli je ve správný poloze, jestli něco pod sebou nemá shrnutého, jestli je všechno v pořádku. Děláme to vždycky my (myšleno perioperační sestry), nedělá to nikdy sanitář sám.*“ R04: „*Určitě se dbá na prevenci dekubitů, hlavně teda u seniorů, kdy se podkládaj, záleží teda na poloze, ty predilekční místa... Dávám si pozor na prevenci dekubitů, aby mi nespadl ze stolu, takže se vlastně fixuje k tomu stolu. Používáme gelovky pod paty nebo takový ty válce pod kolena. Nebo taky používáme jenom roušky, aby to bylo měkčí a nedotýkal se kovových částí stolu.*“

Respondenti uváděli, že pokud operační výkon vyžaduje specifickou polohu pacienta, je při polohování přítomen asistent operátora. R11: „*Pokud se pacient musí zpolohovat do náročnější pozice, vždycky máme na sále asistenta, aby byla poloha tak jak má.*“ R14: „*Máme docela výhodu v tom, že na polohování přijde vždy asistent. Oni stejně jsou vždy na sále jako první z doktorů. Hlavně ví z hlášení podrobnosti o výkonu a tak.*“

Pouze respondentky R06 a R07 měly zkušenost s pacientem, u kterého našly v průběhu polohování kožní léze. Tato skutečnost byla nahlášena operátorovi, staniční sestře operačních sálů a zapsána do dokumentace pacienta. R07: „*Standardně, že bychom pacienta komplet prohlíželi, zda nemá nějaký otlak, dekubit nebo defekt, to neděláme. Pokud samozřejmě při manipulaci potom s pacientem při polohování něco takového objevíme, tak to zapisujeme do dokumentace.*“

3.2.2.8 Rozdílný ošetrovatelské péče dle délky výkonu

Někteří z respondentů se v průběhu rozhovorů zmínili o rozdílech ošetrovatelské péče vzhledem k předpokládané délce operačního výkonu. Tento rozdíl se týkal polohování, ale i tepelného komfortu. Na základně přímého dotazu na tuto problematiku jasně vyplynulo, že někteří respondenti nepřipouští možnost komplikací i během méně náročných výkonů a možnost časového prodloužení. R01: „*Máme tepelný podložky, který nastavujeme na 38 °C, takže to primárně dáváme k delším výkonům a u starších pacientek, kde by mohlo dojít k prochladnutí.*“ R12: „*Tak to víte, že u dlouhých výkonů si dáme víc záležet na polohování. Pacient v té poloze zůstává i několik hodin. Na malé výkony děláme jen standard – hlídáme fyziologické postavení končetin, koukáme na prevenci otlaků od kovových částí stolu.*“

3.2.2.9 Tepelný komfort pacienta

TABULKA 8 TÉMA - TEPELNÝ KOMFORT PACIENTA

Označení respondentů	U všech výkonů je pacient zahříván elektrickou vyhřívací podložkou	Pokud jsou na pracovišti dostupné jednorázové vyhřívací deky, jsou používány především u pacientů	Teplota udržovaná na operačních sálech	Teplota na operačních sálech je přizpůsobena	Poznámky respondentů
R01	Ne	V kritickém stavu, předpokládanou velkou krevní ztrátou, starších pacientů	23 °C	Komfortu operační skupiny i pacienta	-
R02	Ano	S velkou krevní ztrátou, časově náročných výkonů	21 – 24 °C	Zajištění pacienta	-
R03	Ano	Nejsou dostupné	21 – 24 °C	Zajištění pacienta	Stará budova, obtížná regulace teploty
R04	Ne	S velkou krevní ztrátou, časově náročných výkonů	21 – 24 °C	Komfortu operační skupiny i pacienta	-
R05	Ano	S velkou krevní ztrátou, časově náročných výkonů	23 °C	Komfortu operační skupiny i pacienta	-
R06	Ano	S velkou krevní ztrátou, časově náročných výkonů	22 °C	Komfortu operační skupiny i pacienta	-
R07	Ano	Starších pacientů, časově náročných výkonech	21 °C	Komfortu operační skupiny i pacienta	-
R08	Ne	Nejsou dostupné	21 °C	Zajištění pacienta	-
R09	Ano	Nejsou dostupné	21 – 24 °C	Zajištění pacienta	-

R10	Ne	Nejsou dostupné	21 – 22 °C	Zajištění pacienta	-
R11	Ne	Starších pacientů	21 °C	Komfortu operační skupiny i pacienta	-
R12	Ne	Starších pacientů	21 °C	Komfortu operační skupiny i pacienta	-
R13	Ano	S velkou krevní ztrátou, časově náročných výkonů, starších pacientů	23 °C	Zajištění pacienta	Stará budova, obtížná regulace teploty
R14	Ano	S velkou krevní ztrátou	23 °C	Zajištění pacienta	-

Všichni respondenti uvedli, že mají k dispozici elektrickou vyhřívací podložku, kterou používají v rámci prevence podchlazení a komfortu pacienta. R01: „*Teplotu na sálech, když chce někdo snížit na sále, tak se opravdu snažíme, aby těch 23 °C tu bylo. Prostě se vždycky řídíme komfortem pacienta. Máme tepelný podložky, který nastavujeme na 38 °C, takže to primárně dáváme k delším výkonům a u starších pacientek, kde by mohlo dojít k prochladnutí. U břišních operací to dáváme vždycky, protože tepelný ztráty... A ještě máme navíc, když dojde k velké krevní ztrátě, prostě to vypadá, že by ta pacienta mohla být podchlazená, tak máme ty samovyhřívací deky... a ona hřeje asi 10 hodin, takže jí pak využijí ještě na JIPu, kde s tím můžou být zakrytý.*“ R13: „*Teplotu docela často řešíme. Stará budova... Pod pacienty dáváme elektrický vyhřívačky. Pokud víme, že je to starší pacient, anebo hodně dlouhý výkon se ztrátama, tak dávám přes nohy ještě jednorázovou vyhřívačku, ale to jen, pokud to poloha dovolí.*“ R05: „*Na dlouhý operace se dává tepelná podložka v podstatě už automaticky. A 23 °C na sále, což je občas boj, protože operační skupině je vedro a anesteziologický říkají, že je jim zima. Zvlášť s laminárním prouděním.*“ R07: „*Tak používáme vyhřívací podložky, máme vlastně i jednorázový vyhřívací deky, takže se snažíme toho pacienta zakrýt, co nejvíc to jde, abychom udrželi teplotu.*“

3.2.2.10 Prevence infekce v místě operačního výkonu

TABULKA 9 TĚMA - PREVENCE RIZIKA VZNIKU INFEKCE V MÍSTĚ OPERAČNÍHO VÝKONU

Označení respondentů	Jednorázový zdravotnický materiál (rouškování, operační pláště apod.)	Dodržení přísně aseptických podmínek	Natírání operačního pole	Použití incizní fólie	Poznámky respondentů
R01	Ano	Ano	Asistent, dbá na dobu expozice dezinfekčního roztoku	Dle typu operačního výkonu a dle indikace operátéra	Dbá na aseptické ošetření rány
R02	Ano	Ano	Asistent, dbá na dobu expozice dezinfekčního roztoku	Dle typu operačního výkonu	-
R03	Ano	Ano	Instrumentářka, dbá na dobu expozice dezinfekce a její zaschnutí	Dle typu operačního výkonu a dle indikace operátéra	Pro krytí operační rány používají na pracovišti fóliové náplasti
R04	Ano	Ano	Asistent, instrumentářka	Nepoužívají	-
R05	Ano	Ano	Asistent, dbá na dobu expozice dezinfekčního roztoku	Dle indikace operátéra	-
R06	Ano	Ano	Asistent, dbá na dobu expozice dezinfekčního roztoku	Nepoužívají	-
R07	Ano	Ano	Asistent, dbá na dobu expozice dezinfekčního roztoku	Nepoužívají	-
R08	Ano	Ano	Asistent, dbá na dobu expozice	Dle indikace operátéra	-

			dezinfekčního roztoku		
R09	Ano	Ano	Asistent, dbá na zaschnutí dezinfekčního roztoku před zarouškování operačního pole	Vždy	-
R10	Ano	Ano	Asistent, dbá na dobu expozice dezinfekčního roztoku	Dle indikace operátora	-
R11	Ano	Ano	Asistent, dbá na zaschnutí dezinfekčního roztoku před zarouškování operačního pole	Dle indikace operátora	-
R12	Ano	Ano	Asistent, dbá na dobu expozice dezinfekčního roztoku	Dle indikace operátora	-
R13	Ano	Ano	Asistent, dbá na zaschnutí dezinfekčního roztoku před zarouškování operačního pole	Dle indikace operátora	-
R14	Ano	Ano	Asistent, dbá na dobu expozice dezinfekčního roztoku	Dle indikace operátora	-

Respondenti byly vyzváni, aby na tuto otázku odpovídali dle zvyklosti svého pracoviště. R01: „*Dodržujeme sterilitu. Děláme všechno tak, jak se to má dělat... Natíráme tak jak se má. Snažíme se, aby výkon proběhl sterilně a po dokončení výkonu ještě tu suturu odezinfikujeme. Sterilně zalepíme, napojíme drény.*“ R03: „*Používá se všechno jednorázový materiál. Sterilní. Natírá instrumentárka. Rouškuje operátor s pomocí instrumentárky někdy. A nejčastěji kryjeme rány fóliovými náplastmi, průhlednými, transparentními... Ty fóliové náplasti se mi zdají asi nejšetrnější. A i když jsou kolikrát finančně náročnější nebo nejsou úplně nejlevnější, tak používáme ty fóliové.*“

Z tematiky natírání operačního pole vyplynulo, že nejčastěji natírá lékař – asistent spolu s instrumentářkou. R04: „Většinou teda lékař - asistent, jakoby natírá, ale někdy se stane, že s ním natírá i instrumentářka. R10: „Pokud se jedná o výkony v operačním programu, tak to zásadně natírá lékař – asistent. Je to takový náš zvyk. Spolu s instrumentářkou zarouškuje operační pole po zaschnutí dezinfekce a teprve potom se volá na sál operatér. Jinak dodržujeme standardy. Dobu zaschnutí dezinfekce, jednorázový materiál, natírání od středu místa plánované incize k okrajům. Znovu nenamáčíme tampon, ale to už se snad nikde dneska nedělá. Prostě taková ta rutina.“

Některá pracoviště začala používat v rámci prevence IMCHV incizní fólie. R 09: „...U nás se hodně začaly používat incizní fólie, ale zatím výsledky neznáme. Dřív jsme to používali pouze na přání operatéra nebo pokud byl v okolí incize defekt...“ R02: „Incizní fólie, používáme na větší výkony, výkony většího rozsahu nebo delší. U nás je to specifický podle výkonu.“ R05: „Máme fólie, v tom jednorázovém rouškování. Přešli jsme zcela na jednorázový rouškování. Neexistuje hadrová rouška nebo plátěnej empír. To už neexistuje.“

Respondentka se jako jediná zmínila i o rozsáhlé problematice holení místa operačního výkonu. R07: „Dodržujeme zásady asepse (smích). Tak, jsou teorie, kolem holení pacienta, což dodnes teda úplně nevím, teda nemám na to názor úplně ujasněnej. U nás se teda pacienti, pokud je to plánovaný pacient, tak se holí den dopředu. Pokud je to akutní pacient, tak se holí před výkonem, ale v podstatě na oddělení. Na operačním sále pouze výjimečně nebo třeba doholujeme. Ale zase jsou teorie, že by se pacient měl holit těsně před výkonem a někde dokonce až na operačním sále, aby vlastně nedošlo ke kontaminaci drobných oděrek, který vzniknou během holení. Takže na to jednotně postup nemáme, ale zatím je to tak, že se holí den dopředu. Operační pole natíráme dezinfekčním prostředkem, snažíme se dodržet dobu expozice, tedy do zaschnutí... Ránu lepíme sterilním krytím, sterilní čtverce nebo ... prostě sterilní krytí. Ránu omyjeme ještě sterilníma rouškama, sterilní vodou nebo fyziologickým roztokem. Znova se zase dezinfikuje a kryje se sterilním krytím.“

3.3 Doporučení pro praxi

Při studiu problematiky specifík intraoperační péče o pacienty vyššího věku a ze zpracování průzkumného šetření byla stanovena tato doporučení pro všeobecné sestry pracující na operačních sálech a pro staniční sestry operačních sálů.

Obecná doporučení pro staniční sestry operačních sálů:

- Účastněte se programů celoživotního vzdělávání všeobecných sester.

- Účastněte se programů celoživotního vzdělávání perioperačních sester.
- Zajímejte se o aktuální novinky v perioperační péči a ošetrovatelské péči všeobecně.
- Dbejte na dodržování standardů ošetrovatelské péče.
- Informujte personál o novinkách v oboru a o důležitosti zlepšování bezpečnosti pacientů na operačním sále.
- Podpořte personál operačních sálů v hlášení nežádoucích událostí a pochybení se zárukou pozitivního přístupu od vedoucích pracovníků.
- Zaveďte na pracovišti Perioperační bezpečnostní proceduru dle vzoru WHO.
- Zahrňte personál operačních sálů do procesu zlepšování kvality perioperační péče – ptejte se na názor personálu a berte ho jako důležitou součást rozhodování.
- Stanovte úkoly zlepšování bezpečnosti pacientů na operačních sálech pro jednotlivé skupiny pracovníků.
- Podpořte mezioborovou spolupráci na operačních sálech.
- Podpořte mezioborovou komunikaci na operačních sálech.
- Stanovte kritéria hodnocení kvality perioperační péče a provádějte průběžná hodnocení v rámci interních auditů.

Doporučení pro perioperační sestry:

- Účastněte se programů celoživotního vzdělávání všeobecných sester.
- Účastněte se programů celoživotního vzdělávání perioperačních sester.
- Zajímejte se o aktuální novinky v perioperační péči a ošetrovatelské péči všeobecně.
- Aktivně vyhledávejte novinky v oboru a podpořte jejich zařazení do provozu Vašeho pracoviště.
- Aplikujte preventivní opatření u všech pacientů, včetně krátkých výkonů.
- Používejte pomůcky potřebné pro snížení rizik perioperační péče.
- Dbejte na používání pomůcek potřebných pro snížení rizik perioperační péče.

Specifická doporučení pro perioperační sestry z hlediska péče o pacienty vyššího věku:

- Vytvořte standardy perioperační péče o pacienty vyššího věku na operačních sálech.
- Dodržujte standardy perioperační péče se zaměřením na zvýšená rizika péče o pacienty vyššího věku.
- Zajistěte používání elektrických vyhřívacích podložek u všech výkonů.
- Dbejte na tepelný komfort pacientů bez závislosti na délce operačního výkonu.
- Polohujte pacienty vždy dle standardu bez zohlednění délky výkonu.

- Vždy dbejte bezpečnosti pacienta v průběhu perioperační péče z hlediska rizika pádu.
- Vždy fixujte pacienta bezpečnostním popruhem přes dolní končetiny k operačnímu stolu.
- Vždy používejte při manipulaci s pacientem rollo z důvodu bezpečnosti pacienta i personálu.
- Vždy dbejte na řádné oslovení pacienta bez ohledu na věk či sociální postavení.
- Při převzetí pacienta posuďte riziko vzniku kožních lézí pomocí hodnotících škál podle Nortonové, Bradenové nebo Waterlowovy škály.
- Při převzetí pacienta vizuálně zhodnoťte stav pokožky a případné defekty či kožní léze zapište do dokumentace pacienta.
- Vždy přizpůsobte způsob komunikace zdravotnímu stavu a možnostem pacienta.
- Vždy dejte možnost pacientovi klást otázky a odpovězte na ně.
- Vždy dejte pacientovi možnost vyjádřit své obavy z operačního výkonu.

4 DISKUZE

Předložená diplomová práce je věnována problematice rizik perioperační péče o osoby vyššího věku. Cílem teoretické části je předložit rešerši publikovaných poznatků o této problematice. Průzkumnou část práce představuje realizace kvalitativního průzkumného šetření formou polostrukturovaných rozhovorů ve zdravotnickém zařízení.

Přínos diplomové práce spočívá především v souhrnu problematiky pacientů vyššího věku na operačních sálech a ozřejmění důležitosti dodržování obecně platných ošetřovatelských standardů. Z literatury zabývající se touto problematikou jasně vyplývá, že je třeba se tímto tématem dále zabývat.

Následující část diskuze je věnována vyhodnocení jednotlivých témat, která byla stanovena na podkladě interpretativní fenomenologické analýzy rozhovorů. V diskuzi je dále uvedeno porovnání získaných dat se závěry odborné literatury, a to z českých i zahraničních zdrojů.

Na začátku průzkumné části diplomové práce byla stanovena základní výzkumná otázka: Jaká je zkušenost perioperačních sester se seniory na operačním sále a jaká opatření z hlediska této problematiky aplikují?

V průzkumné části byla sbírána a vyhodnocována data zaměřena na rizikové oblasti perioperační péče o osoby vyššího věku. Data odrážejí osobní zkušenosti jednotlivých respondentů s touto problematikou.

Při analýze dat nebyl zjištěn negativní postoj k seniorům. Výsledky ukazují, že perioperační sestry se setkávají v běžné praxi s pacienty vyššího věku na svých pracovištích.

Z odpovědí vyplynulo, že oslovené perioperační sestry seniory na operačním sále vnímají především z hlediska možných komplikací a rizik spojených jak s věkem pacienta, tak operačním výkonem. Respondenti dále uváděli problematiku pacientů vyššího věku v souvislosti s prodloužením operačního programu, potřeby zajištění více zdravotnického personálu na manipulaci s pacientem a větší časové zátěže přípravy pacienta přímo před operačním výkonem.

Témata převzetí pacienta na operační sál a kontrola pacienta byla vyhodnoceno jako bez slabého místa. Všichni respondenti uváděli provedení Perioperační bezpečnostní procedury. Při vyhodnocení dat bylo několikrát respondenty poukázáno na časovou tíseň při převzetí pacienta perioperační sestrou. Tento fakt koresponduje s Arnold, Boggs (2020, s. 478), Pokorná (2010,

s. 49-52), kdy autoři poukazují na nutnost zajištění více času na vyjádření odpovědi seniorů z důvodu zhoršení zraku, sluchu a sestavení verbální odpovědi. Respondenti dále verbalizovali nutnost přizpůsobení se stavu pacienta z hlediska zhoršení kognitivních funkcí v souvislosti s věkem, zmatenosti vlivem premedikace nebo stresem z náhle vzniklé situace.

Důstojnost pacientů spolu s komunikací byla vyhodnocena tématy se slabým místem. Respondenti udávali nutnost zajištění intimity pacienta jako základ ošetrovatelské péče všeobecně. V rozhovorech se několikrát objevilo nevhodné oslovování pacientů vyššího věku. Pokorná (2010, s. 63) upozorňuje na pseudofamiliárnost a infantilnost oslovování starších lidí jako fenomén vyskytující se v běžné praxi.

Bezpečnost byla také vyhodnocena tématem se slabým místem. Pouze šest respondentů uvedlo nutnost fixace pacienta k desce operačního stolu jako prevenci rizika pádu. Stejně slabé místo popsala i Táborská (2018), kdy při pozorování zjistila nepřítomnost bezpečnostního popruhu přes dolní končetiny, tedy nepřítomnost fixace pacienta k desce operačního stolu, během transportu pacienta v rámci operačního traktu.

Témata přesunu pacienta na operační stůl a polohování byla vyhodnocena bez slabého místa. Respondenti verbalizovali použití pomůcky rollo pro bezpečnou manipulaci s pacientem a její dostupnost na všech pracovištích. V rámci polohování byla nejčastěji uváděna spolupráce obíhající sestry se sanitářem. U výkonů s nutností specifické polohy pacienta byla uváděna přítomnost lékaře pro zajištění správné polohy a podložení pacienta během výkonu.

Téma rozdílů ošetrovatelské péče dle délky výkonu bylo vyhodnoceno slabým místem. Respondenti uváděli snížení ošetrovatelské péče o pacienta z hlediska jak polohování, tak zajištění tepelného komfortu během výkonu. Na problematiku poklesu teploty u pacientů vyššího věku i v prostředí nad 20 °C upozorňují Kalvach, Šnejdrová (2008, s. 268-277). Mezi hlavní důvody toho jednání byla dle respondentů zahrnuta nízká časová náročnost výkonu, nižší riziko komplikací a prochlazení pacienta.

Prevence infekce v místě operačního výkonu byla vyhodnocena tématem bez slabého místa. Respondenti uváděli postupy zajištění aseptického operačního pole, správné zásady natírání operačního pole včetně zaschnutí dezinfekčního přípravku a expozici dle výrobce. Wichsová (2013, s. 163-166) uvádí rizikové faktory vzniku IMCHV. Právě tyto faktory se objevují u pacientů vyššího věku, a proto je třeba důrazně dodržovat aseptiku v průběhu celého operačního výkonu včetně sterilního krytí operační rány.

5 ZÁVĚR

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku pacientů vyššího věku na operačním sále. Hlavním téma práce bylo zaměřeno na rizika intraoperační péči o tyto pacienty.

Cílem teoretické části práce bylo předložit rešerši publikovaných poznatků o problematice rizik perioperační péče o osoby vyššího věku. Dílčím cílem bylo předložit podklady pro další průzkumná šetření se zaměřením na problematiku pacientů vyššího věku v perioperační péči. Tyto cíle byly splněny.

V rámci teoretické části práce jsou zahrnuty kapitoly věnované jak demografickému vývoji populace a perioperační péči, tak managementu rizik se zaměřením na zajištění kvality ošetrovatelské péče.

Pro splnění cílů průzkumné části diplomové práce byla použita metoda sběru dat za využití polostrukturovaných rozhovorů vyhodnocována interpretativní fenomenologickou analýzou. Tento postup byl zvolen pro možnost hlubší analýzy intraoperační péče o osoby vyššího věku z pohledu perioperačních sester. Tato kvalitativní data mohou být podkladem pro další průzkumná šetření kvantitativním způsobem. Šetření by mohla být zaměřena na slabá místa intraoperační péče o osoby vyššího věku zjištěna v průzkumné části této diplomové práce.

Cíle stanové pro tuto část práce byly splněny pouze částečně. Cíl 1: Zjistit zkušenosti perioperačních sester s pacienty vyššího věku na operačním sále, splněn byl. Cíl 2: Zjistit, jaká jsou prováděna opatření v kontextu péče o pacienty vyššího věku na operačních sálech se podařilo naplnit pouze omezeně, proto je tento cíl označen za částečně splněn. Cíl 3: Zjistit, jak probíhá převzetí pacienta vyššího věku na operační sál byl splněn. Cíl 4: Zjistit, jaký je postup v kontextu manipulace s pacientem vyššího věku byl splněn pouze částečně. Při bližším zkoumání této problematiky byla nalezena slabá místa při zajištění bezpečnosti pacienta z hlediska rizika pádu. Cíl 5: Získat informace o zajištění bezpečnosti pacientů vyššího věku na operačním sále byl splněn částečně. Této problematice je třeba se nadále věnovat s důrazem na zajištění bezpečnosti pacienta a zvýšení kvality poskytované zdravotní péče.

Shippee-Rice, Long, Fetzer (2011, s. 51-52) ve své publikaci poukazují na existenci již standardizovaných protokolů péče používaných v zahraničí všeobecně pro geriatrické pacienty. Tyto protokoly zahrnují i péči na jednotkách intenzivní péče, péči o pacienta s deliriem, demencí, s rizikem pádů apod. Protokoly jsou doporučovány pro zkvalitnění ošetrovatelské péče i o pacienty v perioperační péči. Jednotlivé protokoly se dají kombinovat pro dosažení

komplexní ošetrovatelské péče o pacienty v průběhu celého procesu perioperační péče. Tyto protokoly by mohly napomoci vytvoření standardu intraoperační péče o osoby vyššího věku a proto by měli být testovány a případně upraveny pro podmínky zdravotnického systému ČR.

Téma diplomové práce bylo vypsáno jako součást Studentské grantové soutěže na téma Bezpečná perioperační péče jejíž hlavní řešitelkou je Mgr. Jana Wichsová, Ph.D. Pilotáž této diplomové práce proto byla prezentována na Vědecké konferenci s mezinárodní účastí organizovanou k 25. výročí založení Fakulty zdravotnictví a sociální práce Trnavské univerzity na Slovensku. Konference pod jménem Nové trendy v ošetrovatelství VI. proběhla 6. listopadu 2019 v Trnavě.

6 POUŽITÁ LITERATURA

ALLIGOOD, Martha Raile. *Nursing Theorists and Their Work*. Vyd. 8. United States of America: Elsevier Mosby. 2013. 768 s. ISBN 978-0-323-09194-7.

ARNOLD, Elizabeth, BOGGS, Kathleen. *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*. Vyd. 8. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2020, 560 s. ISBN 9780323544801.

ÇAM, Raşan, YÖNEM, Havva a ÖZSOY, Hatice. Core Body Temperature Changes During Surgery and Nursing Management. *Clinical Medicine Research*. 2016, **5**(2-1), s. 1-5. ISSN 2326-9057.

CRESWELL, John W. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Vyd. 2. London: SAGE Publications Ltd., 2007. 395 s. ISBN 978-1-4129-1606-6.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-7996-6.

Databáze eutostat: Your key to European statistics [online]. Luxembourg: EUROSTAT, ©1984, [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_19np&lang=en

DRÁBKOVÁ, Jarmila. Starý člověk a zátěž operačního výkonu a kritického stavu. *Geriatric a gerontologie*. Edited by Lenka Šámalová. Praha: Grada, 2004, 2438-2517 s. ISBN 978-80-247-7950-8.

DUDA, Miroslav. Organizace práce na operačních sálech. *Práce sestry na operačním sále*. Edited by Hana Kučerová. Praha: Grada, 2000, s. 79-87. ISBN 80-7169-642-0.

EORNA: *EORNA framework for perioperative nurse competencies* [online]. 2009. [cit. 2020-23-04]. Dostupné z: http://www.eorna.eu/EORNA-Framework-for-Perioperative-Nurse-Competencies_a359.html.

GREILICH, Philip E., GREILICH, Nancy B. a FROELICH, Edward G. Intraabdominal Fire during Laparoscopic Cholecystectomy. *ANESTHESIOLOGY Trusted Evidence: Discovery to Practice*. 1995, **10**(83), s. 871-874. ISSN 1528-1175.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.

HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, KALVACH, Zdeněk, ŠNEJDRLOVÁ, Michaela, a Pavel WEBER. *Geriatrická deteriorace, křehkost a disabilita. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Edited by Anna Monika Pokorná. Praha: Grada. 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-7021-5.

CHIN A PAW, Marijke J.M., DEKER, Jacqueline M., FESKENS, Edith J.M., SCHOUTEN, Evert G., a KROMHOUT, Daan. How to Select a Frail Elderly Population? A Comparison of Three Working. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1999, **52**(11), s. 1015-1021. ISSN 0895-4356.

IMUTA, Hiromi, YASUMURA, Seiji, ABE, Hideki, a FUKAO, Akira. The Prevalence and Psychosocial Characteristics of The Frail elderly in Japan: a Community-Based study. *Aging*. 2001, **13**(6), s. 443-453. ISSN 0394-9532.

JANÍKOVÁ, Eva, ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JANÍKOVÁ, Eva. Intraoperační péče. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Edited by Ivana Podmolíková. Praha: Grada, 2013, 40-47 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.

KALVACH, Zdeněk a Zoltán MIKEŠ. *Základní pojmy – stáří, gerontologie a geriatricie. Geriatricie a gerontologie*. Edited by Zdeněk Kalvach. Praha: Grada, 2004, s. 90-112. ISBN 978-80-247-7950-8.

KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada. 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-7021-5.

KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatricie a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 5498 s. ISBN 978-80-247-7950-8.

- KALVACH, Zdeněk, DRBAL, Ctibor, ZAVÁZALOVÁ, Helena a HOLMEROVÁ, Iva. Pojetí geriatrického pacienta a zdravotních problémů ve stáří. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Edited by Anna Monika Pokorná. Praha: Grada, 2008, s. 21-33. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Zdeněk, ŠNEJDRLOVÁ, Michaela. Syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Edited by Anna Monika Pokorná. Praha: Grada, 2008, s. 268-277. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KASALICKÝ, Mojmír. Indikace k chirurgickým výkonům. *Chirurgie vyššího věku*. Editováno Jan ŠVÁB. Praha, Grada, 2008, s. 25-27. ISBN 978-80-247-6219-7.
- KASPER, Heinrich a Walter BURGHARDT. *Výživa v medicíně a dietetika*. Vyd. 11. Praha: Grada, 2009, 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
- KONRÁD, Jiří. Deliria (stavy zmatenosti) ve stáří. *Gerontopsychiatrie*. Edited by Lubomír Houdek. Praha: Galén, 2013, 248-258 s. ISBN 978-80-7262-960-2.
- KOUTNÁ-KOSTÍNKOVÁ, Jana, ČERMÁK, Ivo. Interpretativní fenomenologická analýza. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Edited by Michal Miovský. Brno: Masarykova univerzita, 2013. s. 9-43. ISBN 978-80-210-6382-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LALLY, Frank a CROME, Peter. Understanding frailty. *Postgraduate Medical Journal*. 2007, **83**(975), s. 16-20. ISSN 1469-0756.
- LOOSOVÁ, JEDLIČKOVÁ. Zpracování a odběry biologického materiálu pro histopatologické vyšetření, mikrobiologické vyšetření. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Edited by Jaroslava Jedličková. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 92-98 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
- LORD, Stephen R., MURRAY, Susan M., CHAPMAN, Kirsten, MUNRO, Bridget, a TIEDEMANN, Anne. Sit-to-Stand Performance Depends on sensation, Speed, Balance, and Psychological Status in Addition to Strength in Older People. *The Journals of Gerontology: Serie A, Medical Sciences*. 2002, **57A**(8), s. 539-543. ISSN 1058-535X.

MAĎAR, Rastislav, PODSTATOVÁ, Renata a ŘEHOŘOVÁ, Jarmila. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 180 s. ISBN 80-247-1673-9.

MIERTOVÁ, Michaela. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2019. 136 s. ISBN 978-80-271-2416-9.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Věstník 16/2015* [online]. 2015. [cit. 2020-03-02]. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Věstník 7/2016* [online]. 2016. [cit. 2020-03-02]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/legislativa/obsah/2016_3442_11.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Věstník 8/2012* [online]. 2012. [cit. 2020-03-02]. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NIEDERLE, Bohuslav, Miloš HÁJEK a Marie PEŠKOVÁ. *Práce sestry na operačním sále*. Vyd. 4. Praha: Avicenum. 1986. 409 s.

NICHOLLS, Anthony a Iain WILSON. *Perioperační medicína*. Vyd. 1. Praha: Galén, c2006. 370 s. ISBN 80-7262-320-6.

PAVLÍKOVÁ, Pavla, VYTEJČKOVÁ, Renata. Odběry biologického materiálu. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II/ Speciální část*. Edited by Ivana Podmolíková. Praha: Grada, 2013, s. 681-791. ISBN 978-80-247-8469-4.

PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela. *Šedivějící hodnoty?: Aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita – Fakulta sociálních studií, 2013, 181 s. ISBN 978-80-210-7660-0.

POKORNÁ, Andrea et al. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2019, 247 s. ISBN 978-80-271-2619-4.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

SHIPPEE-RICE, Raelene V., FETZER, Susan J. a LONG, Jennifer V. *Geriooperative Nursing Care*. Vyd. 1. New York: Springer Publishing Company, 2011, s. 626. ISBN 978-8261-0470-0.

SHIPPEE-RICE, Raelene V., LONG, Jennifer V. a FETZER, Susan. *Geriooperative Nursing Care: Principles and Practices of Surgical Care for the Older Adult*. Vyd. 1. New York: Springer Publishing Company, 2011. 524 s. ISBN 9780826104700.

SCHLITZKUS, Lisa L., MELIN, Alyson A., JOHANNING, Jason a SCHENARTS, Paul. Perioperative Management of Elderly Patients. *Surgical Clinics of North America*. 2015, **95**(2), s. 391-415. ISSN 0039-6109.

SMITH, Johnatan A. Reflecting on the development of interpretative phemonenological analysis and its contribution to qualitative reaserch in psychology. *Qualitative Research in Psysiology*. 2004, **1**(1), s. 39-54. ISSN 14780895.

SKALICKÁ, Hana. *Předoperační vyšetření: Návodý pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. ISBN 978-80-247-1079-2.

SMITH, Jonathan A., FLOWERS, Paul a LARKIN, Michael. *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. Vyd. 1. London: SAGE Publications Ltd., 2009. 225 s. ISBN 978-1-4129-0833-7.

STRAWBRIDGE, William J., SHEMA, Sarah J., BALFOUR, Jennifer L., HIGBY, Helen R. a KAPLAN, George A. Antecedents of Frailty Over Three Decades in an Older Cohort. *The Journals of Gerontology: Series B, Social Science*. 1998, **53B**(1), s. 9-16. ISSN 1758-5368.

SMITH, Johnathan A., OSBORN, Mike. Interpretative phenomenological analysis. *Qualitative psychology: A practical guide to reaserch methods*. Edited by Johnathan A. Smith. London: SAGE Publications Ltd., 2003. s. 53-80. ISBN 9780761972303.

ŠILEROVÁ, Iva. Ochrana zdraví a bezpečnost práce na operačním sále. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Edited by Jaroslava Jedličková. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 55-61 s. ISBN 978-80-7013-543-3.

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-6377-4.

ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, s. 162. ISBN 80-7013-419-4.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2017, 288 s. ISBN 978-80-271-9673-9.

ŠVÁB, Jan et al. *Chirurgie vyššího věku*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-6219-7.

TAUFER, Ivan, Josef KOTYK a Milan JAVŮREK. *Jak psát a obhajovat závěrečnou práci: bakalářskou, diplomovou, rigorózní, disertační, habilitační*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2009. 40 s. ISBN 978-80-7395-157-3.

TOŠNEROVÁ, Tamara. Změny psychiky ve stáří. *Gerontopsychiatrie*. Edited by Lubomír Houdek. Praha: Galén, 2013, 21-27 s. ISBN 978-80-7262-960-2.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky: Regionální zpravodajství Národního zdravotnického informačního systému [online]. Praha: ÚZIS ČR, ©2016 [cit. 2020-3-24]. Dostupné z: <http://reporting.uzis.cz/cr>.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. s. 930. ISBN 978-80-247-8469-4.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan et al. *Velký lékařské slovník*. Vyd. 10. Praha: Maxdorf, 2015. s. 1113. ISBN 978-80-7345-456-2.

WEBER, Pavel, PRUDIUS, Dana a MELUZÍNOVÁ, Hana. Geriatrická multimorbidita – jeden z klíčových problémů současné medicíny. *Vnitřní lékařství*. 2015, **61**(12), s. 1042-1048. ISSN 1801-7592.

WENDSCHE, Peter, POKORNÁ, Andrea a ŠTEFKOVÁ, Ivana. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.: *Implementation manual Surgical safety checklist: Safe Surgery saves lives* [online]. 2008. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf >.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.: *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009*. Vyd. 1. Ženeva: World Health Organization, 2009, 133 s. ISBN 978 92 4 159855 2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklist 2009: Safe Surgery Saves Lives*. Vyd. 1. Ženeva: World Health Organization, 2009a, 20 s. ISBN 978 92 4 159859 0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*. Vyd. 1. Ženeva: World Health Organization, 2011, 272 s. ISBN 978 92 4 150195 8.

LINHART, Jiří. *Slovník cizích slov pro nové století: základní měnové jednotky, abecední seznam chemických prvků, jazykovědné pojmy: 30 000 hesel*. Vyd. 1. Litvínov: Dialog, 2007. 412 s. ISBN 80-7382-005-6

TÁBORSKÁ, Šárka. *Polohování operanta na operačním stole* [online]. Pardubice, 2018 [cit. 2020-05-18]. Dostupné z: <https://portal.upce.cz/portal/studium/prohlizeni.html>. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Jana Škvrňáková.

Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu. 2013. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha [cit. 2020-05-16]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html

7 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu (MZ ČR, 2013)</i>	85
Příloha B – <i>CHECKLIST kvalitativní průzkumné šetření</i>	86

Kontrolní seznam - bezpečí chirurgického výkonu

World Health Organization
Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Před úvodem do anestézie	Před provedením incize	Před transportem z operačního sálu
(účastní se: alespoň anesteziologická sestra a anesteziolog)	(účastní se: perioperační sestra, anesteziolog a operatér)	(účastní se: perioperační a anesteziologická sestra, anesteziolog a operatér)
<p>Potvrdil/a pacient/ka svoji identitu, místo, výkon a souhlas s ním?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano</p> <p>Je místo výkonu označeno?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ</p> <p>Byla ukončena kontrola medikace a anesteziologického přístroje?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano</p> <p>Má pacient/ka aplikován pulsní oximetr, který funguje?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano</p> <p>Má pacient/ka:</p> <p>Známost alergii?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p> <p>Obtíže s dýchacími cestami nebo riziko aspirace?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, příslušné přístroje / asistence jsou k dispozici</p> <p>Riziko ztráty krve větší než 500ml (7ml/kg u dětí)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, a plánuje se dvojitý dodání tekutin intravenózně nebo centrálním kateetrem</p>	<p>Všichni členové operačního týmu se představili jménem a uvedli svoji úlohu.</p> <p><input type="checkbox"/> Byla ověřena identita pacienta(ky), operační výkon, a místo incize.</p> <p>Byla podána profylakticky antibiotika v průběhu posledních 60 minut?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ</p> <p>Očekávané kritické události</p> <p>Otázky pro chirurga:</p> <p><input type="checkbox"/> Jaké jsou kritické nebo nerutinní kroky? <input type="checkbox"/> Jak dlouho výkon potrvá? <input type="checkbox"/> Jak velká ztráta krve se dá očekávat?</p> <p>Otázky pro anesteziologa:</p> <p><input type="checkbox"/> Existují nějaké obavy specifické pro tohoto pacienta(ku)?</p> <p>Otázky pro perioperační sestry:</p> <p><input type="checkbox"/> Byla potvrzena sterilita (včetně výsledků indikátorů) <input type="checkbox"/> Jsou nějaké problémy s vybavením nebo existují nějaké obavy?</p> <p>Je nezbytná obrazová dokumentace zobrazena – dostupná?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ</p>	<p>Zdravotní sestra ústně potvrdí:</p> <p><input type="checkbox"/> Název výkonu <input type="checkbox"/> Spočítání nástrojů, tamponů, roušek a jehel <input type="checkbox"/> Označení odebraných vzorků (přečte hlasitě štítky na nádobkách se vzorky včetně jména pacienta/ky) <input type="checkbox"/> Zda během výkonu nenastaly nějaké problémy s vybavením, které je nutné řešit</p> <p>Chirurg, anesteziolog a sestry:</p> <p><input type="checkbox"/> Nejdůležitější problémy pacienta pro nejbližší pooperační období (recovery – dospání) a zachování kontinuity péče</p>

Tento seznam není zamýšlen jako vyčerpávající. Velmi se doporučuje doplnit dodatky a modifikace, vhodné pro místní praxi.

Revize 1 / 2009 © WHO, 2009

CHECKLIST kvalitativní průzkumné šetření

Senior na operačním sále – rizika perioperační péče o osoby vyššího věku

Datum:

Sestra č.:

Pracoviště:

Souhlasíte s tím, aby náš rozhovor byl nahráván: ANO x NE

Délka praxe na op. sálech: ... let, délka praxe v oboru: let

Perioperační specializace: ANO x NE

OBECNÉ OTÁZKY

- 1) Jaké máte zkušenosti s pacienty vyššího věku na operačním sále?
- 2) Jakého pacienta si představíte pod pojmem křehký pacient?
- 3) Co Vás jako první napadne, když se řekne senior na operačním sále?

SPECIFICKÉ OTÁZKY

- 1) Jak u Vás probíhá převzetí pacienta seniora na operační sál?
- 2) Co během převzetí pacienta kontrolujete?
- 3) Jaké máte osobní zkušenosti s komunikací se seniory?
- 4) Jakým způsobem přesouváte pacienta seniora na operační stůl?
- 5) Na co kladete důraz při polohování pacienta na operačním stole?
- 6) Jaká opatření děláte pro udržení tepelného komfortu pacienta v průběhu výkonu?
- 7) Jakými postupy snižujete riziko vzniku infekce v místě operačního výkonu?