

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Kateřina Škarydová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Vliv prostředí gynekologického operačního traktu na klientku  
Kateřina Škarydová

Bakalářská práce  
2014

Zadání práce

Prohlašuji:

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 4. 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4. 4. 2014

Kateřina Škarydová

### Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Zuzaně Škorníčkové za cenné rady, věcné připomínky a za odborné vedení při zpracování této práce. Za podporu při studiu a trpělivost ze srdce děkuji svému partnerovi, svým rodičům a blízkým přátelům. Zároveň také děkuji všem respondentkám, které mi ochotně sdělily veškeré informace potřebné pro vypracování této bakalářské práce. Mé poděkování rovněž patří vrchní sestře, která souhlasila s provedením kvalitativního výzkumu na pracovišti gynekologické kliniky v nemocnici krajského typu.

**ANOTACE:**

Bakalářská práce je věnována klientkám, které podstupují operační výkon na gynekologické klinice. Zabývá se otázkou, jaký vliv má prostředí operačního traktu, počínaje předsálím a následně samotného operačního sálu na klientku. Tato práce je rozdělena do dvou částí.

V části teoretické se zaměřujeme na vybavení operačního sálu, zejména přístrojovou techniku užívanou na operačním sále, a na složení operačního týmu spolu s jeho kompetencemi.

Dále jsou zde popsány druhy užívané anestezie a v jednotlivých kapitolách stručně nastíněn předoperační proces.

Empirická část analyzuje výsledky kvalitativního výzkumu, který byl proveden formou anonymního rozhovoru u klientek po gynekologickém operačním výkonu.

**KLÍČOVÁ SLOVA:**

Gynekologický operační trakt, prostředí, anestezie, klientky, perioperační péče

**TITLE:**

Environmental gynecological surgical wing on client

**ANNOTATION:**

This thesis is focused on clients who have undergone surgery in a gynecological clinic. It examines the impact to the patient in the surgical wing, beginning in the prep room and concluding in the operating room. This paper is divided into two parts. In the theoretical part I focused on the equipment of the room, especially instrumental technology, and the composition of the surgical team along with their competencies. It also describes the types of anesthesia used and each chapter briefly identifies the preoperative process. The empirical part analyzes the result of qualitative research, which was conducted through an anonymous interview with clients after gynecological surgeries.

**KEYWORDS:**

Gynecological surgery wing, environment, anesthesia, perioperative care

# Obsah

ÚVOD .....	11
TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1 Předoperační příprava .....	13
1.1 Předoperační příprava klientek .....	13
1.1.1 Předoperační vyšetření .....	13
1.1.2 Premedikace .....	14
2 Anestezie.....	15
2.1 Anestezie celková.....	15
2.1.1 Inhalační anestetika .....	16
2.1.2 Intravenózní anestetika .....	16
2.2 Anestezie místní .....	17
3 Operační trakt .....	18
3.1 Operační sál.....	18
3.2 Prostředí operačního traktu .....	19
3.2.1 Řízení operačního traktu.....	20
3.3 Nástroje a přístrojová technika.....	20
3.2.1 Operační stůl.....	20
3.3.2 Osvětlení.....	21
3.3.3 Vysokofrekvenční chirurgie .....	21
3.3.4 Endoskopická sestava .....	22
4 Klientka v prostředí operačního traktu .....	23
4.1 Komunikace s klientkou.....	23
4.1.1 Neverbální komunikace .....	24
4.1.2 Verbální komunikace.....	24
4.2 Transport klientek v prostorech operačního traktu .....	24
4.3 Bezpečnost klientky .....	25
4.4 Vliv barev na psychiku.....	26
5 Zdravotnický personál gynekologického operačního traktu.....	28
5.1 Personál a jeho kompetence .....	28
5.2 Hygiena rukou .....	29

VÝZKUMNÁ ČÁST .....	31
6 Výzkumný problém .....	32
6.1 Cíle bakalářské práce .....	32
6.2 Výzkumné otázky.....	32
6.3 Metodika výzkumu.....	33
6.4 Výzkumný vzorek .....	33
7 Kvalitativní výzkum .....	34
7.1 Analýza výsledků .....	46
7.2 Diskuze.....	50
ZÁVĚR .....	56
8 Seznam použité literatury .....	58
9 Přílohy.....	62
9.1 Rozhovor.....	62
9.2 Obrázky – Fotodokumentace operačního traktu .....	63
Obrázek 1 Gynekologický operační sál.....	63
Obrázek 2 Předsálí.....	63
Obrázek 3 Vstup do čisté zóny .....	64
Obrázek 4 Integrované stropní osvětlení a nastavitelné halogenové lampy.....	64
Obrázek 5 Endoskopická sestava .....	65
Obrázek 6 Umývárna zdravotnických pracovníků .....	66



## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ASA - American Society of Anesthesiologists (Americká anesteziologická společnost)

CA – celková anestezie

EKG – elektrokardiogram

Hy vag simplex – hysterectomy vaginalis simplex, odstranění dělohy

Hy vag cum AT bilat – hysterectomy vaginalis cum adnexectomy bilateralis, odstranění dělohy i s oběma vaječníky

LA – lokální/místní anestezie

LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterectomy

RTG – rentgen

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

## TERMINOLOGIE

**ASA:** American Society of Anesthesiologists (Americká anesteziologická společnost)

**ASA1** – zdravý pacient

**ASA2** – mírně až středně nemocný pacient bez funkčního a výkonnostního omezení orgánů

**ASA3** – těžce nemocný pacient s omezením funkční výkonnosti orgánů

**ASA4** – život ohrožující onemocnění ovlivňující funkci i výkonnost orgánů

**ASA5** – umírající pacient, smrt lze očekávat do 24hodin

**Anestezie:** z řeckého an=bez a aisthetos= vnímání

**Analgezie:** reverzibilní zabránění vnímání bolesti

**Benzodiazepiny:** jsou hypnotika početná skupina příbuzných léků řazených převážně mezi psychofarmaka. Mají pět základních účinků: účinek anxiolytický (odstraňuje úzkost), sedativně-hypnotický (celkově utlumuje a navozuje spánek), myorelaxační (snižuje svalové napětí), antikonvulzivní (snižuje možnost vzniku epileptického záchvatu), amnestický (porušuje paměť). Podle míry jednotlivých účinků lze benzodiazepiny zhruba rozdělit na anxiolytika, hypnotika, antikonvulziva.

**Iatrogenní:** lékařem ovlivněné

**Insuflátor:** zařízení užívané při laparoskopických operačních výkonech sloužící k napuštění břišní dutiny oxidem uhličitým

**Perioperační péče:** je péče o pacienta před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu

**PIC PH 1/84:** Pharmaceutical Inspection Convection, směrnice zařazující jednotlivé prostředí zdravotnického zařízení do třídy čistoty. Třídy čistoty jsou pojmenovány prvními písmeny v abecedě, A, B, C a D. Rozlišují se dle přísných kritérií, ve kterých je uvedeno, kolik je v jednom metru krychlovém vzduchu, maximální počet životaschopných mikroorganismů.

**Premedikace:** podávání léků k útlumu neurovegetativního systému před chirurgickým zákrokem

**Prepremedikace:** podává se den a večer před výkonem, pokud možno perorálně

**Sedace:** farmaky navozen reverzibilní útlum CNS různého stupně

**Surgical Safety Checklist:** Chirurgický kontrolní list

## ÚVOD

Téma své bakalářské práce „Vliv prostředí gynekologického operačního traktu na klientku“ jsem si vybrala z toho důvodu, že sama pracuji na operačním sále jako instrumentářka a toto téma mne velice zajímá. Ráda bych ovlivnila prožívání negativních emocí v neznámém prostředí, kterým operační trakt bezesporu je.

Každý operační výkon je velkým zásahem do organismu člověka. Je to vysoce stresující záležitost a proto je nutné věnovat klientkám co největší pozornost a péči. Obzvláště klientky, ženy, prožívají tyto emoce daleko intenzivněji. V případě polostrukturovaného výzkumu na klinice gynekologie jde tedy o operační výkony prováděné výhradně na reprodukčních orgánech. Mylně se zpočátku většina z nich obává, že po operačním výkonu nebudou moci plnit svou přirozenou roli ženy. Obávají se změny vzhledu, viditelných jizev a hormonálních změn.

Důležitá je pro klientku pečlivá edukace s dostatkem informací. Ty jsou klientce jako první poskytovány v ambulantní části lékařem. Následně podává informace na oddělení ošetřující lékař s erudovanou sestrou, v prostředí operačního traktu perioperační sestry, anesteziologický tým a operatér.

Operační trakt bývá pro mnoho lidí tzv. třináctou komnatou v nemocničním zařízení. Pro omezení všech možných negativních vlivů je důležité, aby prostředí operačního traktu bylo co nejpříjemnější. Především, kde tráví klientky nejvíce času před operačním výkonem, v prostorách operačního traktu, by měla být útulná místnost s dostatkem světla a tepla.

Na operačním sále je vždy zdravotnická technika, nástroje a materiál pouze k danému typu operačního výkonu.

Bakalářská práce by nám měla nastínit, jaké je prostředí operačního traktu. Uvádí užívanou zdravotnickou techniku, personál, provoz a dodržování přísných zásad. Popisuje cestu klientky gynekologickou klinikou, zejména operačním traktem.

Empirická část obsahuje autentické pocity klientek, které podstoupily gynekologický operační výkon. Klientky reagují na otázky kladené v přesném pořadí mapující jednotlivé části operačního traktu.

# **TEORETICKÁ ČÁST**

# **1 Předoperační příprava**

## **1.1 Předoperační příprava klientek**

Obecná příprava klientky před plánovanou operací začíná již vstupem do ambulantní části gynekologické kliniky. Pro stanovení diagnózy a indikaci k operaci je nutné pečlivé vyšetření. Cílem přípravy je poskytnout klientce co nejvíce informací o jejím zdravotním stavu, jednotlivé kroky předoperační přípravy, objasnění charakteru operace a typ anestezie. Klientka je také poučena o vhodné době operačního výkonu. Termín operace se stanoví po menstruaci. Během menstruace a těsně před ní by vlivem překrvení dělohy mohly nastat větší krevní ztráty. V neposlední řadě se klientka dozví přibližnou dobu hospitalizace a následné rehabilitace. Vysoká profesionalita zdravotnického personálu a pečlivá edukace umožňuje získat si důvěru klientek (Wendche, 2010).

Klientka si s sebou domů odnáší rovněž i tištěné informace se souhlasu, které jsou nutné k provedení operačního výkonu. Veškeré informace si tak může v klidu znovu prostudovat doma a připravit si případné dotazy. Tyto informace by měly sloužit ke snižování stresu, zvýšení informovanosti klientek před operací a k seznámení s obsahem souhlasů, které budou muset při nástupu do nemocničního zařízení podepsat. Základem každé zdravotnické dokumentace je informovaný souhlas klientky.

Nedílnou součástí operačního výkonu a anestezie je speciální předoperační příprava a premedikace (Slezáková, 2011, Málek, 2011).

### **1.1.1 Předoperační vyšetření**

Obecná předoperační příprava je ovlivněna nejen celkovým zdravotním stavem klientky, ale i závažností operačního výkonu. Zcela zásadním předoperačním vyšetřením je před plánovaným operačním výkonem anamnéza a fyzikální vyšetření. Podrobná anamnéza poskytne o klientce mnoho informací týkajících se současného zdravotního stavu, dále informace osobní, gynekologické, rodinné, sociální i pracovní. Zjišťujeme případné alergie, farmakoterapii, průběh předchozí anestezie, její tolerance, případné komplikace atd. Dále pak klinická a laboratorní vyšetření a v neposlední řadě i pomocná a konziliární vyšetření. U malých a středních výkonů vždy provádíme laboratorní vyšetření krevního obrazu, krevní skupiny, renálních funkcí a vyšetření moče a sedimentu. U velkých a rozsáhlých výkonů rozšiřujeme laboratorní vyšetření o vyšetření koagulačních faktorů a glykémii. Mezi zásadní předoperační vyšetření patří interní vyšetření, EKG (elektrokardiogram) a RTG (rentgen)

srdce a plic, posuzující kardiovaskulární systém klientky a její schopnost absolvovat operační výkon. Tato vyšetření jsou zaměřena na rizikové faktory klientky (Slezáková, 2011).

U elektivních operačních výkonů provádí běžně tato vyšetření praktický lékař. V případě vyššího rizika výskytu komplikací internista (Roztočil, 2011).

Před anestezií lékařům poskytuje přesné postupy společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, „*Doporučený postup před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče, tzv. předanestetické vyšetření*“ (ČSARIM, 2006).

*„Cílem předanestetického vyšetření je zhodnocení zdravotního stavu nemocného, posouzení stupně operačního rizika a jeho způsobilosti k operačnímu výkonu. Nedílnou součástí je navržení léčebně diagnostického postupu k optimalizaci přípravy k operačnímu výkonu.*

*Spolupráce ošetřujícího lékaře operačního oboru a anesteziologa je nezbytná. Za bezpečnost a kvalitu anesteziologické péče odpovídá anesteziolog a je na jeho uvážení, zda doporučený rozsah vyšetření rozšíří nebo omezí, (OS3613PKN501, 2013).*

U pacientek je dle anesteziologa stanoveno anesteziologické riziko, dle klasifikace ASA (American Society of Anesthesiologists). Tato klasifikace je subjektivně hodnocena anesteziologem, který den před plánovaným operačním výkonem pacientku vyšetří. Anesteziologická vizita rovněž poskytne klientce informace o typu anestezie a možných komplikacích.

Zásady dodržování lačnění by u klientek měla monitorovat ošetřující sestra. Klientka by měla být poučena den před výkonem, že poslední pevnou stravu může požit šest hodin před výkonem a tekutiny dvě hodiny před výkonem. Perorální medikaci může zapít pouze douškem vody (Wichsová, 2013, Málek, 2011, Skalická, 2007).

### **1.1.2 Premedikace**

Premedikace je podání farmak před plánovaným chirurgickým výkonem za užití celkové anestezie. První část premedikace, prepremedikace, je klientce podána v předvečer operace, nejčastěji hypnotika ze skupiny benzodiazepinů (Diazepam, Midazolam). V den operace, asi 30 až 60 minut před výkonem, je pacientce podána předoperační medikace, rovněž z řad benzodiazepinů. Dle indikace lékaře je klientce podána profylaktická dávka antibiotik. Prevencí tromboembolické nemoci je aplikace nízkomolekulárních heparinů a bandáž dolních končetin, která musí být ošetřující sestrou klientce řádně přiložena formou kompresních punčoch nebo elastických obinadel (Holub, 2005, Kala, 2010).

## 2 Anestezie

Anestezie, slovo řeckého původu vyjadřující umělé potlačení všech periferních vjemů. Samozřejmostí je zajištění žilního vstupu. Dle náročnosti a morbidity klientky se volí nejčastěji periferní či centrální žilní vstup. Anestezie je v literatuře nejčastěji rozdělena na dvě velké skupiny, anestezii místní, regionální a anestezii celkovou. Pro dosažení optimálního anesteziologického účinku se mohou oba druhy anestezie kombinovat (Málek, 2011).

### 2.1 Anestezie celková

Anestezie celková je v současné době nejběžněji užívaným druhem anestezie, pokud o ní hovoříme, máme na mysli celkovou farmakoanestezii. Výsledkem tlumení podnětů jdoucích do centrálního nervového systému je iatrogenní (lékařem navozené) bezvědomí, potlačení bolesti a svalová relaxace příčně pruhovaného svalstva. Z výše uvedeného můžeme konstatovat anatomické oblasti působení anestetik, mozková kůra, retikulační aktivační systém, thalamus a mícha. Dle způsobu, jakým se anestetikum, farmakum do organismu dostane, se celková anestezie rozděluje na inhalační, intravenózní a anestezii intramuskulární (Málek, 2011, Skalická, 2007).

V případě využití vzájemného potencovaného účinku jednotlivých anestetik (inhalačních, intravenózních, intramuskulárních a dalších), k docílení anestezie hovoříme o doplňované anestezii. Tento způsob podávání anestetik je v současné době nejběžněji užíván. Kombinací několika druhů anestetických a analgetických farmak se minimalizuje výskyt toxické dávky pouze jednoho z léků. (Skalická, 2007).

K úvodu do celkové anestezie se využívá nejčastěji intravenózních anestetik, méně užíván je inhalační úvod. *„Po úvodu do celkové anestezie a zajištění průchodnosti dýchacích cest se pokračuje v přívodu směsi inhalačních anestetik, nebo infuzi nitrožilního anestetika do dosažení adekvátní hloubky anestezie pro daný výkon. Hloubka anestezie je vždy adekvátní úrovni nociceptivního dráždění v průběhu chirurgického výkonu.,* (Urban, 2008).

Hloubku anestezie sleduje po celou dobu operačního výkonu anesteziologický tým dle vitálních funkcí klientky a vegetativní stability. K zajištění dobrých operačních podmínek za spolupráce operačního týmu podává svalová relaxancia.

Po úspěšném ukončení anestezie je klientka transportována na pooperační oddělení, kde jsou jí nadále monitorovány vitální funkce dle anesteziologa.

### **2.1.1 Inhalační anestetika**

Inhalační anestetika vstupují do organismu plicemi, kde přestupují do krve a tou jsou transportována do cílových tkání. V organismu metabolizují a zpět odchází opět plicemi. Jsou užívána jak k úvodu do anestezie (hlavně u dětí), tak k udržování anestezie. Hloubka anestezie je u moderních inhalačních anestetik velmi dobře ovlivnitelná změnou koncentrace přiváděného anestetika. Inhalační anestetika dělíme na dvě skupiny, plynná a kapalná.

#### **Inhalační anestetika plynná**

**Oxid dusný** je dosud nejužívanějším plynným anestetikem. Mezi jeho hlavní účinky patří analgetický účinek, který je výraznější než anestetický. Nedráždí dýchací cesty a má minimální vedlejší účinky. Spolu s kyslíkem se užívá jako základní inhalační směs doplněna o další anestetika.

**Xenon** je velmi vzácný plyn, který se získává ze vzduchu, kde se vyskytuje ve velmi malém množství, proto je jeho hlavním problémem vysoká cena. Ve směsi s kyslíkem je téměř ideální anestetická směs bez nežádoucích účinků.

**Kyslík** je biogenní plyn. Nepatří sice mezi anestetika, ale je nezbytnou součástí všech dýchacích směsí. V CA (celkové anestezii) se používá v koncentraci 30-50% z důvodu patofyziologických změn dýchání a oběhu a je nutné zvýšit oxygenii ve tkáních. V úvodu do anestezie se provádí preoxygenace 100% kyslíkem, stejně tak při probuzení.

Mezi kapalná inhalační anestetika řadíme dnes již pouze z historického hlediska éter, dále pak Halotan, Isofluran, Sevofluran a Desfluran (Málek, 2011, Skalická, 2007, Urban, 2008).

### **2.1.2 Intravenózní anestetika**

Hlavní výhodou nitrožilních anestetik je velmi rychlý nástup účinku. Anestetikum se dostane do oběhu okamžitě, což je dáno vysokým prokrvením mozkové tkáně. Pro úplné vedení intravenózní anestezie je nutné podání analgetik z důvodu absence analgetického účinku nitrožilních anestetik. Velmi krátce působící barbiturát je Thiopental, Etomidát a Propofol. V mnoha ohledech odlišný je Ketamin, ten má kromě anestetických výborné analgetické účinky a působí déle než předchozí preparáty (Vrabcová, 2014).



## 2.2 Anestezie místní

Anestezie místní je ztráta cití jen z určité, omezené části těla. Lokoregionální anestezie může být vyvolána různými způsoby (chlad, tlak), ale nejčastější je používání místních anestetik, která vyvolají přerušení vodivosti periferního nervu. Nervová blokáda se provádí jednorázově, nebo se v místě aplikace ponechá katétr a blokáda se může prodlužovat intermitentním nebo kontinuálním podáváním anestetik. Tento postup se nejčastěji používá u svodných anestezí. Kontinuální podávání anestetik se využívá k léčbě pooperační bolesti. Podle místa podání se lokoregionální anestezie dělí na následující typy:

**Topickou anestezii** – podání anestetika na povrch sliznic nebo intaktní kůži.

**Infiltrační anestezii** – aplikace anestetika přímo do místa operačního zákroku.

**Intravenózní regionální blokáda** (Bierova blokáda) – anestetikem se naplní venózní řečiště končetiny, zpravidla horní, ischemizované nafouknutým turniketem. LA difunduje přes cévní stěnu k souběžně probíhajícím nervovým kmenům a vyvolá anestezii. Anestezie působí jen po dobu přítomnosti anestetika.

**Svodnou anestezii** – anestetikum se podá cíleně do mozkomíšního moku jako spinální anestezie, nebo jako epidurální anestezie do epidurálního prostoru.

(Málek, 2011, Zeman, 2011, Jindrová, 2011)

### 3 Operační trakt

*„Provoz operačního sálu je tím výhodnější a bezpečnější pro nemocné, tím šetrnější k zaměstnancům a tím úspornější, čím lépe je na něm práce promyšlena a organizována“* (Niederle, 1955, str. 153).

Operační trakt je sterilní zóna, nároky na prostory jsou proto značné. Stavební a provozní uspořádání operačního sálu je základní podmínkou dodržování správného hygienického režimu operačních sálů. Operační sál, spolu s přilehlými místnostmi, tvoří ve většině nemocnic oddělenou jednotku, operační trakt. Operační trakt je oddělen z důvodu udržení sterility operačního sálu. K zamezení kontaminace operačního traktu, personálem či materiálem, slouží jeho stavební uspořádání (Wichsová, 2013).

Běžný denní provoz operačního traktu určuje operační program. Ten sestavuje primář oddělení, či pověřený lékař, který dbá na hladký průběh a správné časové rozdělení jednotlivých operačních výkonů. V pracovním týdnu od pondělí do pátku je operační program rozvržen v čase od 7 do 15 hodin. Po běžné denní pracovní době, v nočních hodinách, o víkendech a svátcích, se provádějí pouze akutní a neodkladné operační výkony. Pohotovostní personální zabezpečení operačního traktu vykonává dle rozpisu určený tým.

#### 3.1 Operační sál

Operační sály jsou v dnešní době spíše čtvercového či obdélníkového tvaru. Na stěnách ani na podlaze nejsou žádné spáry, ani ostré rohy, aby se co nejvíce zamezilo usazování prachových částic či mikroorganismů. Moderní operační sály jsou již bez oken, odhlučněné a uzavíratelné. Viz Obrázek 1. Minimálně jedny dveře na operačním sále musí být dostatečně široké, aby jimi v akutních případech projela veškerá zdravotnická technika, nebo i lůžko klientky. Dveře by měly být automaticky otevíratelné na stisk čidla (Wedsche, 2012). Viz Obrázek 3.

Pro zabezpečení sterility a čistoty na operačních sálech, kde se provádí invazivní výkony, se provádí pravidelný úklid vždy před začátkem operačního programu a vždy po každé klientce (Sbírka zákonů č. 195/2005, s. 3818). Dále sem řadíme přesně vypracovaný desinfekční plán, ve kterém se řádně dle nařízení střídají desinfekční prostředky užívané v operačním traktu pro odstranění všech mikroorganismů. Metoda užívaná pro doplnění chemické desinfekce povrchů a k ovlivnění čistoty vzduchu na operačním sále je germicidní

zářič vyvolávající ultrafialové záření. Ionizační ozón vznikající ze zářiče slouží k usmrcení mikroorganismů (Wedsche, 2012).

### **3.2 Prostředí operačního traktu**

Stěny, zvláště na operačním sále, jsou hladké, bez výstupků a členění z důvodu omezení usazování prachu. Musí být nehořlavé, omyvatelné a materiál odolný desinfekčním prostředkům. Rohy a přechody s podlahou a stěnami musí být zaoblené.

Podlahy v celém operačním traktu jsou bez spár s antistatickou úpravou. Rovněž na podlahovou krytinu jsou kladeny vysoké nároky na odolnost. Ať se již jedná o poškození povrchu, kdy by se mohly v podlaze usazovat potencionálně infekční mikroorganismy, tak o poškození barevnými desinfekčními prostředky.

V celém operačním traktu je teplota redukována klimatizací, která je neustále v provozu.

Moderním řešením je rozdělení operačního traktu do čtyř zón v návaznosti na pooperační jednotky. Jednotlivé zóny operačního traktu je nutné dodržovat z důvodu udržení sterility operačního sálu.

**První, ochranná zóna,** je rozdělena filtry pro personál i pro klientky. Personál nejprve vstupuje filtrem do nečisté zóny, kde odkládá svůj civilní oděv včetně obuvi a přechází do čisté zóny, kde nanese desinfekční prostředek na ruce a obléká operační oděv, čepici, ústenku a nakonec nazouvá antistatickou operační obuv. Součástí filtru je ve většině případů i hygienické zázemí, toaleta a sprcha pro personál. Filtr pro klientky slouží pro překlad z lůžka na vozík, sloužící pro transport pouze v operačním traktu. Rovněž slouží k odložení oděvů a první kontroly identifikace klientky. U klientky se ověřuje nejen správnost osobních údajů, ale i typ operačního výkonu, se kterým je seznámena.

**Do druhé zóny, čisté,** řadíme umývárnu lékařů a instrumentárek, místnost pro dekontaminaci a sterilizaci nástrojů, místnost pro přípravu klientky před operací a sklad přístrojového vybavení.

**Třetí zóna je sterilní, aseptická.** Řadíme sem nejen samotný operační sál, ale i přípravnu sterilního materiálu a sklady sterilního materiálu.

**Poslední zóna je odsunová.** Slouží jako cesta pro použitý materiál, likvidaci roztříděného odpadu a sklad pro biologický materiál před transportem do jednotlivých laboratoří. V této zóně jsou také umístěny místnosti pro úklidové prostředky a pro desinfekci použitého instrumentária a materiálu před transportem do centrální sterilizace (Wedsche, 2012, Wichsová, 2013).

### 3.2.1 Řízení operačního traktu

Provoz každého operačního traktu se řídí nejen provozním řádem, ale i řádem hygienickým, harmonogramem prací, pracovními náplněmi jednotlivých zaměstnanců, rozpisy služeb všech pracovníků, standardy a směrnicemi.

Čistý prostor je prostor s řízeným prostředím, kde je řízená koncentrace částic aerosolu ve vzduchu dle daných limitů. Tuto kvalitu zajišťuje směrnice **ČSN EN ISO 14644-1** z roku 1999. Částice eliminuje na nejnižší možnou míru vzduchotechnika.

*„Podle charakteru činnosti jsou zdravotnická pracoviště zařazována do tříd čistoty. V každé třídě čistoty musí být splněna určitá kritéria, která mohou být kontrolována“*(PIC PH1/84).

Aseptické prostředí na operačním sále je vymezeno směrnicí **PIC PH 1/84** (Pharmaceutical Inspection Convection), která se užívá již od roku 1984 a zařazuje jednotlivé prostory do tříd čistoty (Wendsche, 2012).

### 3.3 Nástroje a přístrojová technika

Vybavení operačních sálů nástroji a přístroji je výsledkem dlouhodobé koncepce provozu operačního sálu. Použití přístrojové techniky je omezeno **zákonem č. 123/2000Sb.** a **nařízením vlády č.336/2004 Sb.** Používat při poskytování zdravotní péče lze pouze zdravotnický prostředek, u něhož byla stanoveným způsobem posouzena shoda jeho vlastností se základními požadavky na zdravotnické prostředky s přihlédnutím k určenému účelu použití výrobce, nebo dovozce o tom vydal písemné prohlášení.

Tyto normy vnesly mezi zdravotnické prostředky řád z hlediska jejich rizikovosti pro pacienty a rozčlenily je do rizikových tříd. Pravidelným revizím přístrojové techniky je věnována zvýšená pozornost. Každá kontrola musí být u jednotlivého přístroje technikem evidována do příslušné dokumentace daného přístroje. Tato dokumentace slouží jako potvrzení o edukaci jednotlivých pracovníků provozu s přístrojem a jeho provozuschopnosti po zátěžových testech (Wedsche, 2012).

#### 3.2.1 Operační stůl

Mezi základní vybavení umístěné ve střední části operačního sálu je univerzální operační stůl. Ten je možno dle druhu operace různě sestavit jako skládačku z různých komponentů pro bezpečnou polohu klientek. Mezi nejčastější polohy, do kterých jsou klientky ukládány, patří poloha základní, na zádech. V této poloze je pacientka uložena na záda s nataženými dolními končetinami fixovanými ke stolu. Pravá ruka je připažena u těla klientky a rovněž fixována ke stolu. Levá ruka svírá s tělem pravý úhel a je uložena na měkké podložce. Do této končetiny

se klientce zavádí periferní katétr, do něhož si anesteziologický tým aplikuje potřebné léky a infuze. Další poloha je gynekologická, klientka je uložena stejným způsobem jako v poloze základní, jen dolní končetiny jsou pokrčeny v kolenou a každá jednotlivě upevněna v Schautových podpěrách. Poslední poloha užívaná při operačních výkonech je poloha laparoskopická. Horní polovina těla je v základní poloze, dolní končetiny jsou mírně roztaženy. Při jakékoliv změně polohy musíme dbát na bezpečnost klientky. Mezi nežádoucí komplikace patří jistě pády, ischemie až parézy některé části těla. Je důležité dbát na dobíjení stolu, aby nedocházelo ke komplikacím při polohování klientek v průběhu operačního výkonu ( Wendsche, 2012, Wichsová, 2013). Viz Obrázek 1.

### **3.3.2 Osvětlení**

V prostoru nad operačním stolem je integrované stropní osvětlení. Dále jsou na pohyblivých ramenech dle specializace a potřeby jednotlivých sálů umístěny nastavitelné halogenové lampy. Lampy jsou zavěšeny na kloubovém mechanismu pevně upevněném na stropě operačního sálu a umožňují nasměrování světla do operačního pole. Světlo musí splňovat vysoké nároky na rozlišení a být co nejméně škodlivé zraku. V případě potřeby dalšího osvětlení jsou užívány i mobilní lampy, které jsou umístěny mimo operační sál (Zeman, 2011). Viz Obrázek 4.

### **3.3.3 Vysokofrekvenční chirurgie**

Elektrochirurgický přístroj slouží pro řezání, preparaci a k zástavě drobného krvácení, kdy tkáň při kontaktu s elektrickým proudem podléhá koagulační nekróze. Užívanými jsou dva režimy. Monopolární, kdy proud prochází tělem klientky a je nutná neutrální elektroda a bipolární, kdy proud prochází mezi branžemi nástroje. Výkon bipolární techniky je přitom o 20 – 30% nižší proti monopolární. Intenzita je dle vlastnosti tkáně nastavitelná a lze ji kdykoliv v průběhu výkonu regulovat dle potřeby a přání operátéra.

Elektrochirurgii využíváme zejména pro dva typy výkonů. K prvním z nich patří koagulace. Pro aktivaci slouží modrý spínač, který aktivujeme až po zachycení tkáně anatomickou pinzetou přiložením hrotu kovové elektrody k pinzetě. K druhému typu, řezu – elektrotomii, užíváme žlutý spínač, kdy kovovým hrotem vedeme řez tkání. Pro řez je třeba užít větší teploty než pro koagulaci.

Při užití elektrochirurgie je nutná obezřetnost, abychom předešli iatrogennímu poškození klientky. Klientka musí mít správně uloženou neutrální elektrodu. Odpovědná osoba pro její uložení je uvedena v provozním řádu operačního traktu. Znalost přístroje a důkladné

proškolení je nutností. Klientka je uložena na suché izolační podložce, která nesmí být ani při nátěru operačního pole desinfekčním roztokem navlhčena (Wendsche, 2012, Wichsová, 2013).

### **3.3.4 Endoskopická sestava**

Endoskopická sestava je užívána pro endoskopickou chirurgii. Sestava se skládá hlavně ze zobrazovacího zařízení obsahující monitor, zdroj světla, endoskop, kameru s možností pořízení záznamu. Dále pak je to insuflátor, proplachový a odsávací systém a elektrokoagulační sestava (Zeman, 2011). Viz obrázek 5.

V současné době jsou trendem miniinvazivní operační výkony v oblasti malé pánve za užití endoskopické sestavy. A to z důvodu kratší hospitalizace, menší operační rány a menší bolestivosti (Holub, 2005, Slezáková, 2011).

## 4 Klientka v prostředí operačního traktu

Jakkoli je profese zdravotnického personálu vysoce specializovaná a technicky náročná, nikdy nesmíme spustit ze zřetele smysl naší práce, kterým je bezesporu klientka. Právě ona je cílem našeho veškerého snažení a její zdraví, spokojenost a bezpečí je konečným a jediným pravým měřítkem a výsledkem našeho konání.

Klientka je z oddělení gynekologie přivezena na lůžku do předsálí, kde si ji přebírá perioperační sestra a klientka se stává součástí operačního traktu. Do přeložení na pooperační oddělení se bude setkávat pouze s personálem operačního traktu.

Definice perioperační péče: „*Perioperační péče je péče o pacienta před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu*“ (Wichsová, 2013, str. 133). Tuto péči poskytují perioperační a anesteziologické sestry.

Nesmíme opomenout, že každá nemoc a operační výkon zasahuje nejen do biologické, psychické, ale i sociální sféry klientky. Nemoc je těžká životní situace a je nutné se s ní vyrovnat. Proto v péči o druhé mají beze sporu ohromný význam projevy zájmu a respektu, naslouchání a empatie (Janíková, 2013).

### 4.1 Komunikace s klientkou

*„Vyhňte se slovům vždycky a nikdy. Většinou nejsou na místě a nutí lidi, aby se začali bránit.“* John C. Maxwell

Empatické sdělení informací od sester i lékařů, podaných nemocné ve vhodnou dobu a vhodným způsobem, zvýší důvěru klientky a patří do profesionální výbavy každého zdravotníka. Pro minimalizaci stresu a strachu z operace slouží umění komunikace. Komunikace ve zdravotnictví má pro medicínu zásadní význam. Velmi důležitý je první dojem, kterým při prvním setkání navážeme vztah s klientkou. Při komunikaci získáváme řečí pouze 7% informací. O něco více, 38% informací, získáme z hlasu, jeho síly, zabarvení, atd. Nejvíce informací tedy můžeme získat z řeči těla, celých 55%, jak uvádí Pokorná (Pokorná, 2011). Komunikaci můžeme rozdělit na dvě velké skupiny, mající každá svá specifika, na verbální a neverbální (Pokorná, 2011).

#### **4.1.1 Neverbální komunikace**

*„ To nejdůležitější v komunikaci je slyšet to, co nebylo řečeno.“ P. F. Drucker*

Neverbální komunikaci tvoří především řeč těla, jako je mimika (výrazy obličeje), gestika (pohyby rukou, nohou a hlavy), vizika (pohyby očí a obočí, oční kontakt), kinezika (pohyby celého těla), haptika (doteky), proxemika (význam vzdáleností komunikujících) a posturologie (postoj a pozice těla). U neverbální komunikace má nezastupitelnou roli vnímání smyslových orgánů jednotlivce (Juřeníková, 2010).

#### **4.1.2 Verbální komunikace**

*„Nikdy nepodceňujte naslouchání. Je to jedna z nejdůležitějších dovedností, kterou se můžete naučit.“ Michael LeBoeuf*

Pro potřeby dorozumívání se jsou užita při verbální komunikaci slova. *„Verbální komunikace je úzce spjata s myšlenkovými procesy a emocemi člověka. Při komunikaci s klientem by měli dávat přednost českým výrazům před odbornými termíny“* (Juřeníková, 2010, str. 16-17).

Pro verbální komunikaci je důležité věnovat pozornost při komunikaci s klientkou výšce hlasu, rychlosti mluveného slova, intonaci a hlasitosti. Zcela zásadní pro komunikaci s klientkou je role sestry. Sestra je klientkám často bližší než lékař. Při běžných činnostech má dostatek času a příležitostí ke komunikaci. Sestra musí být dobře připravena odpovídat na všechny otázky, na lékaře odkazuje, pokud se jedná o otázky diagnostické, prognostické, o charakteru léčby či lécích. Při závažných diagnózách, či změně vizáže pacienta jakýmkoliv způsobem, neváháme kontaktovat ústavního psychologa (Janáčková, 2008, Juřeníková, 2010, Vymětal, 2008).

#### **4.2 Transport klientek v prostorách operačního traktu**

Klientku na operační sál přiváží dle anesteziologické klasifikace pouze sanitář – u klientek ASA 1 a 2. Sanitář se setrou – u klientek ASA 3, ve stabilizovaném stavu. Sanitář, sestra a lékař – klientka vyžadující neustálou intenzivní péči. Resuscitační tým – klientka vyžadující resuscitační péči.

Klientku si v předsáli přebírá perioperační sestra, sálový sanitář a dále pak anesteziologická sestra a anesteziolog. Je vyloučeno, aby klientka zůstala v prostorách operačního traktu bez dozoru. Za pomoci personálu si klientka odloží všechno oblečení, šperky, případné protézy



a je uložena na sálový vozík a zakryta jednorázovou rouškou a na vlasy kryty jednorázovou operační čepicí. Proběhne první ověření identifikačních údajů, správnost operačního výkonu a následně je transportována z předsálí na operační sál. Sterilní operační sál musí oddělovat od nesterilního předsálí dvoje dveře, které nelze současně otevřít.

Na operační stůl je klientka přeložena nahá, zakrytá sálovou rouškou a vlasová část hlavy je opatřena jednorázovou operační čepicí. Přesun klientky na operační stůl probíhá podle zvyklostí a technických možností pracoviště, nejlepší metodou je však posuvný překladový pás, který co nejvíce usnadňuje přesun klientky a omezuje kontakt.

Proběhne identifikace nemocné, místa operačního výkonu, kontrola dokumentace pro ověření údajů a potencionální alergie. Správná operační poloha je nejprve s klientkou vyzkoušena před anestezií, abychom předešli případnému poškození. Poté je klientka navrácena do pohodlné polohy a následuje anesteziologická příprava klientky.

Anesteziologická příprava spočívá v monitorace fyziologických funkcí a zajištění žilního vstupu. Anesteziolog vysvětlí průběh anestezie a podá informace, co bude následovat po probuzení z anestezie a následná režimová opatření.

Transport klientek z operačního sálu se řídí téměř stejnými zásadami jako transport na operační sál. Z hlediska návaznosti péče je naprosto nezbytné, aby spolu s klientkou byla předána i kompletní dokumentace s pooperační medikací a operačním protokolem. Klientka je přepravena na pooperační oddělení (Janíková, 2013, Wichsová, 2013, Wendsche, 2012).

### **4.3 Bezpečnost klientky**

Bezpečnost pacienta v perioperační péči je hlavním kritériem práce všech opatření, která v perioperační péči přijímáme. Zásady vtělila WHO (World Health Organization) do jednoduché procedury, nazvané Surgical Safety Checklist (Chirurgický kontrolní list). Tato systematizovaná kontrola, která je prováděna u každého operačního výkonu, směřuje k ověření rizikových částí operace. Vedení této procedury je zpravidla svěřeno obíhající perioperační sestře. Chirurgická kontrola probíhá ve třech krocích, netrvá déle než dvě minuty a prověří nejdůležitější rizika, která přináší operační výkon.

První krok před podáním anestezie je SIGN IN. Provádí se kontrola identity klientky, místa operace, předpokládaného typu operačního výkonu, souhlasů pacienta s výkonem a ověření známých alergií, které klientka uvedla při příjmu na gynekologickou kliniku a jsou zaznamenány v dokumentaci. Anesteziologický tým kontroluje funkčnost anesteziologického přístroje, připravenost zvolených anestetik, riziko aspirace, překážky v dýchacích cestách a riziko ztráty krve.

Následuje druhý krok, prováděný bezprostředně před řezem, TIME OUT. V této fázi jsou všichni členové operačního týmu zaznamenáni dle svých úloh do dokumentace. Poslední ověření identity klientky, typ a místo operačního výkonu.

Celá kontrola je uzavřena posledním krokem před předáním klientky z operačního sálu, SIGN OUT. Perioperační sestry potvrdí provedení výkonu, souhlas instrumentaria a použitého materiálu a odebrané vzorky tkání. Chirurg s anesteziologem sepíše pooperační medikaci.

Intraoperační fáze perioperační péče začíná po zarouškování operačního pole. Operační tým, který kromě vlastního operačního zákroku dbá na bezpečnost pacienta i na bezpečnost svoji. Je nutné, aby všichni pracovníci měli vymezené kompetence a povinnosti a nebyli pravidelně nuceni k nouzovým řešením, která jsou zdrojem nervozity a pochybení.

Následuje pooperační fáze, která začíná v podstatě ještě na operačním sále sterilním překrytím operační rány a probuzením klientky. Klientka je po operačním výkonu převezena na jednotku intenzivní péče. Zde probíhá úplné odeznění anestezie a navrácení všech funkcí do stabilizovaného stavu. V pooperačním období leží klientka minimálně dvě hodiny na zádech ve vodorovné poloze. Jsou měřeny a zaznamenávány v pravidelných intervalech dle ošetřujícího lékaře fyziologické funkce, kontroluje se stav klientky, stav operační rány a bolest (Wendsche, 2012, Wichsová, 2013).

#### **4.4 Vliv barev na psychiku**

Historie vlivu barev na psychiku člověka sahá až do dob věhlasného řeckého lékaře Hippokrata. Ten v léčbě svých pacientů s barvami pracoval a dával je do souvislosti s psychikou a povahou člověka. Rozdílné vnímání barev souvisí s odlišností jednotlivých kultur i kontinentů. Rovněž dle Lüschnera, švýcarského profesora, si jednotlivec nevybírá barvu dle libosti, ale dle aktuální potřeby osobnosti. *„Každý člověk vnímá barvy opticky a reaguje na ně psychicky a fyziologicky měnícím se dechem, tepem, tlakem i činností žláz s vnitřní sekrecí. Tím, že barvy působí na naši psychiku, zasahují nejdříve naše podvědomí a přenášejí informace přímo do mozku, bez jakýchkoliv doplňkových verbálních informací“* (Vymětal, 2008, str. 76).

Každá barva představuje určitý druh energie, jenž prostřednictvím vln působí na člověka.

*„V důsledku odlišné vlnové délky mají barvy různé účinky na různé orgány“* (Venglářová, 2011, str. 69). Rovněž je každé barvě přisuzován určitý vliv na člověka. Některé barvy na nás působí uklidňujícím dojmem (modrá, zelená, zlatá, atd.), jiné mají účinek stimulující (žlutá, červená, oranžová). *„Psychiku nemocných ovlivňuje i malba stěn v nemocnicích, barva oblečení personálu“* (Venglářová, 2011, str. 70).

Jak je všeobecně známo, ženy vnímají barvy mnohem intenzivněji než muži. V odborných literaturách můžeme najít pestrou paletu názorů, jak která barva působí na člověka, která je oblíbená a která není. Použijeme-li však gaussovské rozdělení, nadále užíváme hodnocení nejpravděpodobnější působení na základě oblíbenosti barvy.

Ve stručnosti uvádíme dle Krumlovské (Krumlovská, 2009), význam působení barev užitých v operačním traktu, ve kterém byly naše respondentky a hodnotily vliv barev. Směnný oděv personálu operačního traktu je barvy modré, která působí dle literatury na člověka pozitivními i negativními účinky.

Mezi pozitivní účinky patří komunikace, důvěra, klid a inteligence, naopak mezi negativní chlad, nepřátelskost a nedostatek emocí. Dále je dle Krumlovské (Krumlovská, 2009) i Vymětala (Vymětal, 2008) modrá barva, barva mysli, uklidňuje, snižuje tep i teplotu a ovlivňuje jedince po mentální stránce.

*„Ve zdravotnických zařízeních je vhodně využitelná a často používaná - modrá v jemnějších odstínech je vhodná nejen pro malbu stěn, ale i oblečení sester“ (Janiczeková, 2012).*

Samotný operační sál je barvy světle žluté, přičemž žlutá barva je psychologicky nejsilnější barvou, stimuluje emoce.

*„Správný odstín žluté povzbudí, je to barva optimismu a důvěry. Je symbolem moudrosti, podporuje chápavost a horlivost v učení a působí pozitivně na paměť. Má pozitivní vliv na dospělé i děti. Je to vhodná barva pro oddělení dospělých a dětská oddělení v nemocnicích, působí příjemně i na pracovním oděvu sester“ (Janiczeková, 2012).*

## 5 Zdravotnický personál gynekologického operačního traktu

### 5.1 Personál a jeho kompetence

Vedoucí lékař a staniční sestra operačních sálů zde organizačně práci řídí. Zaměstnanci oborových operačních sálů jsou tedy vedoucí lékař – primář, vrchní sestra, staniční sestra, perioperační sestry, sanitáři a sáloví technici. Mezi další personál operačního sálu patří anesteziologický tým (lékař a sestra), radiologičtí asistenti, konziliáři z nejrůznějších oborů a další. Nespornou výhodou oborových operačních sálů je znalost všech pracovníků a definované kompetence každého z nich.

Zásadou práce na operačním sále je týmová spolupráce všech zaměstnanců. Každý člen operačního týmu má své povinnosti a práva, které jsou přesně definovány. Při nedodržování přesného postupu je možné ohrožení průběhu operace i jejího výsledku. Operatér, který za průběh i výsledek operace zodpovídá, určuje i její průběh. Při operaci vede řezy, preparuje, šije a vkládá do rány roušky i drény.

První asistent s operátorem rouškuje operační pole, staví krvácení, stříhá a pouští peány. Druhý asistent operační pole dezinfikuje, rozevívá ránu a suší.

Povinností instrumentářky je příprava potřebného instrumentaria a materiálu dle druhu operačního výkonu. Pomáhá s rouškováním, instrumentuje, iniciuje početní kontrolu materiálu a užitého instrumentaria. Zároveň kontroluje dodržování sterility a v neodkladných případech se podílí na asistenci.

*„Operační sál je místem, v jehož magickém prostředí jsou instrumentářky nepostradatelnými, tichými a spolehlivými průvodkyněmi nemocných i chirurgů“ (Duda, 2000, str. 19).*

Obíhající (cirkulující) sestra je spojka pro operační tým. Komunikuje s pacientem, ověřuje jeho totožnost, pomáhá a kontroluje správnou polohu pacienta, rovněž správné uložení a přítomnost neutrální elektrody. Doplnuje a podává potřebné instrumentarium a materiál. Označuje odebraný biologický materiál, obsluhuje přístroje a vede ošetrovatelskou dokumentaci. Podílí se na evidenci nástrojů a materiálu užitých při operačním výkonu.

Jak uvádí ve své knize Bohuslav Niederle *„Instrumentování se lze naučit, je k tomu třeba dobrých znalostí, zkušeností i zručnosti. Ale dobrou instrumentářkou se může stát jen sestra, která má ve své anonymitě ušlechtilý zájem o osud nemocného a prožívá a naplňuje smysl svého povolání nejen dovedností a kulturou ducha, ale i kulturou svého srdce“ (Duda, 2000, str. 15).*

Sálový sanitář přiváží a odváží pacientky. Asistuje při jejich polohování, při dezinfekci, je po celou dobu přítomen na operačním sále a dle potřeb vypomáhá. Vždy pracuje pod dohledem. Vstup personálu do bílé - ochranné zóny je zásadně přes filtr v nemocničním oblečení a zdravotnické obuvi. Odloží oblečení a obuv, hodinky i šperky. Provede hygienickou dezinfekci rukou a následně poté se obléká do sálového oblečení v podobě kalhot a haleny. Nasadí si jednorázovou operační čepici, ochrannou operační ústenku a obouvá si sálovou obuv. Takto převlečen a upraven vstupuje personál, popřípadě další oprávněné osoby, do prostor operačního sálu, tzv. čisté zóny. Nošení šperků je bezvýhradně zakázáno. Ústní roušky se mění vždy po operačním výkonu, při znečištění biologickým materiálem nebo každé dvě hodiny.

Operační tým a všechny osoby, které se pohybují na operačním sále, jsou odborně vyškoleni o možném infikování operačních ran při podceňování či nedodržování režimových opatření. Na operačním sále je důležité omezit pohyb osob a jejich počet na nezbytné minimum z důvodu víření prашných částic. Dodržování klidu je důležité pro soustředěnost operačního týmu (Wendsche, 2012, Wichsová, 2013).

## **5.2 Hygiena rukou**

*„Hygiena rukou je základním opatřením v prevenci infekcí. Jde možná o velmi prostou činnost, ale nedostatky v jejím dodržování u poskytovatelů zdravotní péče jsou celosvětovým problémem. Čistá péče je bezpečnější, a proto nemůže být považována za výběrovou možnost, nýbrž je základním právem pacienta. Čisté ruce zabraňují utrpení pacienta a zachraňují životy“ (WHO, 2012).*

Správné dodržování hygieny a desinfekce rukou je nejjednodušší a nejúčinnější způsob pro přerušování šíření infekcí a vzniku nozokomiálních nákaz. V péči o ruce rozlišujeme čtyři základní postupy. Mechanické mytí rukou, kdy použijeme tekuté mýdlo bez antiseptických přísad a vlažnou vodu. Takto umyté ruce osušíme jednorázovým papírovým ručníkem. Hygienické mytí rukou odstraňuje běžnou kožní flóru za užití tekutého mýdla s antimikrobiální přísadou. Hygienická desinfekce rukou následuje po výše zmíněném mechanickém mytí rukou, kdy se do pokožky rukou vtírá alkoholový desinfekční přípravek bez zředění a bez následného oplachování. Postup začíná dezinfekcí celé plochy rukou až po lokty, další aplikací se roztok vetře do rukou a zápěstí a poslední, třetí, nanesení desinfekčního roztoku se do sucha vetře do celé plochy rukou. Pokud výrobce neurčí jinak, postup se většinou provádí tři krát tři mililitry desinfekčního roztoku. Dávka je od výrobce již na tři mililitry nastaveny pro snadnější dodržování postupu. Chirurgická desinfekce

rukou je velmi podobná hygienické. Začíná rovněž mechanickým mytím rukou po dobu minimálně jedné minuty za užití jednorázových ručníků k osušení pokožky. Do dokonale suché pokožky rukou a předloktí se vtírá dvakrát pět mililitrů alkoholového desinfekčního prostředku po dobu minimálně tří minut až do úplného zaschnutí. Na závěr operační činnosti se ruce umyjí a ošetří regeneračním krémem (Wedsche, 2012, Wichsová, 2013).

Viz obrázek 6.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## **6 Výzkumný problém**

### **6.1 Cíle bakalářské práce**

Cíl pro teoretickou část bakalářské práce:

Popsat jak působí prostředí operačního traktu na klientku.

Cíle bakalářské práce:

- 1.) Identifikovat faktory gynekologického operačního traktu ovlivňující klientku.
- 2.) Zjistit, jaký vliv má na klientku přístrojové vybavení na operačním sále.
- 3.) Zjistit vliv barev operačního traktu, oblečení personálu a komunikace na klientku.

### **6.2 Výzkumné otázky**

- 1.) Jaký vliv mají na klientku barvy operačního traktu a oblečení personálu?
- 2.) Jak s pacientkou komunikuje personál?
- 3.) Vyhledává aktivně personál stresory ovlivňující klientky a minimalizuje je?
- 4.) Jak působí přístrojová technika na klientku?
- 5.) Ovlivňuje věk klientky vnímání prostředí operačního traktu?



### **6.3 Metodika výzkumu**

V empirické části bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní šetření formou individuálních anonymních polostrukturovaných rozhovorů. Pro zvýšení objektivity byly rozhovory prováděny s klientkami několik hodin po operaci, nejvíce však do třicetišesti hodin po plánovaném operačním výkonu. Rozhovor se skládal ze sítě otázek na sebe přesně navazujících, které přesně mapovaly pohyb klientky cestou z ambulantní části až na operační sál a zpět na pooperační oddělení. Rozhovory byly provedeny při osobním kontaktu, kde se souhlasem klientky byl rozhovor nahrán na diktafon a následně zaznamenán přesným přepisem. Pro zachování originality nebyly přepisy rozhovorů upraveny do spisovné podoby.

### **6.4 Výzkumný vzorek**

Výzkumu se podrobilo šest klientek. Mezi oslovenými respondentkami jsou klientky, které byly na plánovaném operačním výkonu v nemocnici krajského typu poprvé, ale i klientky, které již operační výkon na stejné klinice absolvovaly. Rovněž jsme oslovily klientky různého věku i vzdělání, pro zvýšení objektivity výsledků.

Pro toto kvalitativní šetření jsme zvolili techniku nestandardizovaného individuálního rozhovoru. Všechny rozhovory probíhaly za velmi podobných podmínek. Jednotlivá setkání byla s klientkami dopředu domluvena, aby měly na rozhovor dostatek času. Výzkum byl veden v klidné atmosféře na pokoji klientky, kde bylo zajištěno soukromí. Rozhovory nebyly časově omezeny, respondentky odpovídaly libovolně na otázky kladené v přesném pořadí, viz Příloha č. 1. Záznam odpovědí byl se souhlasem klientek zaznamenáván na diktafon a následně prezentován ve výzkumné části.

Operačnímu výkonu předcházela ve všech případech řádná předoperační příprava za užití celkové anestezie. Operační výkony byly prováděny vaginálně, u poloviny dotázaných byla užitá endoskopická sestava. Komplikace se nevyskytly u žádné z oslovených klientek.

U všech respondentek byla zachována naprostá anonymita. Z identifikačních údajů je uveden pouze věk klientek a jejich nejvyšší dosažené vzdělání.

Z výzkumného šetření vyplynul věk respondentek, který byl v rozmezí 36 až 67 lety. Přičemž třicetišestileté klientky byly dvě, v dalších údajích týkajících se věku se klientky neshodly. Uvedený věk je zapsán chronologicky a patří vždy pouze jedné respondentce ze zkoumaného vzorku a to 40 let, 42 let, 45 let a 67 let.

Závěrem je shrnutí zjištěných informací v diskuzi.

## **7 Kvalitativní výzkum**

Skupina respondentek je tvořena 6 klientkami gynekologické kliniky nemocnice krajského typu. Všechny dotazované klientky s provedením výzkumného rozhovoru ochotně souhlasily.

### **Klientka č. 1**

#### **Jste poprvé na gynekologické klinice?**

Nejsem.

#### **Byla jste už někdy v prostorách operačního traktu? Máte negativní – pozitivní vzpomínky?**

Ano, již jsem byla sedmkrát. Nejzvláštnější pocit jsem měla při porodu syna. Byla jsem na císaři. A ty sestřičky, co se staraly o miminka, byly fakt nepříjemný. I mezi nimi docházelo k určitým konfliktům. Ale ty co se staraly o nás, byly fajn. Bylo to opravdu na hraně. Ponižovaly rodičky a tak. To, jsem těžce nesla. Už jen tím, že porod byl komplikován a skončil císařem. Jinak mám se zdravotnickými zařízeními velmi dobrou zkušenost. Říkám, je to o lidech. Raději si zaplatím nadstandard a jsem sama, v klidu.

#### **Jak probíhala Vaše příprava na operační výkon v den výkonu?**

No, nejdříve přinesete žádanku a oni si vás zaevidují. Následuje vyšetření lékařem. Předání informací a podkladů v tištěné podobě, což je velmi důležité pro kvalitní prostudování všech materiálů. Ty informace jsou fakt skvělé. A včera jsem přišla už k příjmu, nějak odpoledne. Hned všichni kolem mě, dotazníky, otázky. Základní přijímací věci. Všechno vysvětleno. Hned jsem věděla, co bude. Vůbec nemůžu nic vytknout.

#### **Kdo Vás informoval o průběhu v prostorách operačního traktu?**

Včera jsem mluvila přímo s primářem. Ten mne informoval, kreslil obrázky. Já jsem si samozřejmě našla ty věci i na internetu. Všechno jsem si přečetla a věděla na co se mám zeptat. I sestřiček na cokoliv jsem se zeptala, byly fakt skvělé. Provozní věci a tak.

#### **Čeho jste se nejvíce obávala? Kdybyste byla poučena dopředu, obávala byste se méně?**

#### **Co by mohlo předcházet vašim obavám?**

Nejhorší je to do prvního napití. Už vím, do čeho jdu, takže jsem se nebála. Dokud nejsou komplikace, nemám čeho se bát. Je důležité vědět, co bude. Sestřičky běhají jako včeličky.

#### **Kdo s Vámi komunikoval v předsálí? Bylo to příjemné? O čem jste mluvili?**

Sanitář, nebo zřízenec, nebo kdo to je. Bylo to fajn. Odvádí řeč na úplně jiná témata. Umí velmi dobře se ptát. Na běžnou komunikaci. Pojišťovnictví, politika a tak.

**Čekala jste v předsálí dlouho? Dokázala byste určit jak dlouho?**

Dlouho jsem vůbec nečekala. Asi tak deset minut.

**Vybavíte si barvu operačního sálu? Působila by na Vás lépe jiná?**

Vůbec si nevybavím na operačním sále nic. Barva byla světlá, ale konkrétně nevím.

**A vybavila byste si vybavení, kterého jste si na operačním sále všimla?**

Nevím, to si nevybavím. Bylo toho tam spousta. Takové spíše vysoké přístroje. Jinak tam nebylo mnoho přístrojů.

**Jak na Vás působil operační trakt? Jak jste vnímala technické vybavení na operačním sále?**

Nepůsobila na mne technika negativně. Patří to do toho prostředí.

**Představil se Vám personál operačního traktu? Vybavíte se jejich oblečení? Barvu? Vnímala jste něco negativně či pozitivně?**

Já si myslím, že se mi nikdo nepředstavil. Nebo si asi nic nepamatuji. Vlastně za mnou přišla už do předsálí anestezioložka a představila se mi.

Barva operačního oděvu byla asi bílo zelená. Pamatuji si, že nějak upravovali ten sál.

Hledali žílu, kam mi píchnou.

**Vysvětlil Vám personál vše, co jste chtěla vědět? Co bude následovat, co se s Vámi bude dít? Kolik lidí se kolem Vás pohybovalo?**

Já jsem byla dopředu informována o všem, takže mne nic nepřekvapilo.

**Vnímala jste na operačním sále spíše klid či ruch? Témata, o kterých personál mluvil?**

**Vzpomenete si na konkrétní osobu?**

Takový správný šrumelec. Nepamatuji si žádná konkrétní témata.

Ano, ten co mi hýbal se stolem, ten sanitář, starší sestra a nevím.

**Bylo pro Vás nepříjemné vysvléknutí na operačním sále?**

Vysvlékání vůbec nebylo nepříjemné.

**Čeho jste si všimla? Co Vás v prostředí operačního traktu zaujalo?**

Všechno bylo krásně nasvíceno. Všude spousta světla.

**Pamatujete si, kde jste se probudila? A jak Vám bylo?**

Pamatuji si, že jsem se probudila až tady na pooperačním oddělení. Nebylo mi dobře.

**Velice děkuji za spolupráci. Chtěla byste ještě na závěr něco doplnit?**

Jsem ráda, že jsem přežila. Nemusela jsem se obávat. Chtěla bych poděkovat všem, co se mi věnovali.

**Ještě Vás poprosím o Váš věk a nejvyšší dosažené vzdělání.**

40let, maturita, LAVH

## **Klientka č. 2**

### **Jste poprvé na gynekologické klinice?**

Ne, už jsem tu byla. Rodila jsem tu.

### **Byla jste už někdy v prostorách operačního traktu? Máte negativní – pozitivní vzpomínky?**

Na operaci jsem poprvé. Moc si toho nepamatuji.

### **Jak probíhala Vaše příprava na operační výkon v den výkonu?**

Všechno bylo naplánované dopředu z ambulance. Dostala jsem tabletku večer, ráno, punčochy a jela jsem. Měla jsem o všem dostatek informací.

### **Kdo Vás informoval o průběhu v prostorách operačního traktu?**

Dostatečně mne informovala den předem lékařka, která mne přijímala.

### **Čeho jste se nejvíce obávala? Kdybyste byla poučena dopředu, obávala byste se méně?**

#### **Co by mohlo předcházet vašim obavám?**

Moc jsem se neobávala. Dostala jsem ty tabletky a moc si toho nevybavím.

### **Kdo s Vámi v předšálí komunikoval? Bylo to příjemné? O čem jste mluvili?**

Ano, komunikoval. Přesně nevím, domnívám se, že anesteziologové a zřízenci. Bylo to velmi příjemné, nebyla jsem pak vyplašená. Ona mi hodně pomohla ta injekce, kterou mi píchli.

### **Čekala jste dlouho v předšálí? Dokázala byste určit jak dlouho?**

Vůbec jsem nečekala dlouho. Odhadem jen pár minut.

### **Vybavíte si barvu operačního sálu? Působila by na Vás lépe jiná?**

Barvu si nevybavím.

### **A vybavila byste si vybavení, kterého jste si na operačním sále všimla?**

Zdalo se mi ale, že je tam hodně nábytku. Takové zaplněné. Prostředí na mě nijak negativně nepůsobilo. Měla jsem plnou hlavu myšlenek.

### **Jak na Vás působil operační trakt? Jak jste vnímala technické vybavení na operačním sále?**

Pamatuji si, že bylo v malém prostoru spoustu věcí, asi nábytku.

### **Představil se Vám personál operačního traktu? Vybavíte se jejich oblečení? Barvu?**

#### **Vnímala jste něco negativně či pozitivně?**

Vůbec si nevybavím kolik lidí, ale vím, že jsem všechno věděla dopředu. To vím, že mi říkali, že mi budou píchat kanylu.

**Vysvětlil Vám personál vše, co jste chtěla vědět? Co bude následovat, co se s Vámi bude dít?**

**Kolik lidí se kolem Vás pohybovalo?**

Odhadla bych, že se kolem mne pohybovali asi tak čtyři lidi.

**Vnímala jste na operačním sále spíše klid či ruch? Témata, o kterých personál mluvil?**

**Vzpomenete si na konkrétní osobu?**

Nevybavím si.

**Bylo pro Vás nepříjemné vysvléknutí na operačním sále?**

Vysvlékání? To jsem vůbec nevnímala.

**Čeho jste si všimla? Co Vás v prostředí operačního traktu zaujalo?**

Zaujalo mne to, jak kolem mne všichni poletovali. Vůbec nebyla žádná prodleva mezi činnostmi.

**Pamatujete si, kde jste se probudila? A jak Vám bylo?**

Probudila jsem se někde na pooperačním oddělení, ale více si nevybavím. To si nepamatuji.

**Velice děkuji za spolupráci. Chtěla byste ještě na závěr něco doplnit?**

**Ještě Vás poprosím o Váš věk a nejvyšší dosažené vzdělání.**

36let, vyučena, LAVH

### **Klientka č. 3**

#### **Jste poprvé na gynekologické klinice?**

Ano, poprvé jsem zde na operaci. Myslím v nemocnici.

#### **Byla jste už někdy v prostorách operačního traktu? Máte negativní – pozitivní vzpomínky?**

Já to beru jak to je. Všechno mi vysvětlili na ambulanci při příjmu. Věděla jsem všechno. Paní doktorka mne o všem důkladně informovala. Vůbec jsem se neobávala. Dokonce jsem byla překvapená, že nebudu mít žádnou jizvu. Věděla jsem, že to odstraní zevnitř, spodem.

#### **Jak probíhala Vaše příprava na operační výkon v den výkonu?**

#### **Kdo Vás informoval o průběhu v prostorách operačního traktu?**

Informovala mne moje paní doktorka a sestřičky. Dostala jsem i nějaké prášky na uklidnění a na spaní, to bylo fajn.

#### **Čeho jste se nejvíce obávala? Kdybyste byla poučena dopředu, obávala byste se méně?**

#### **Co by mohlo předcházet vašim obavám?**

Jestli se probudím z narkózy.

#### **Kdo s Vámi v předšálí komunikoval? Bylo to příjemné? O čem jste mluvili?**

Ano, povídali si se mnou dva pánové. Bylo to příjemné.

#### **Čekala jste dlouho v předšálí? Dokázala byste určit jak dlouho?**

Vůbec ne dlouho, to byl mžik. Tam jsem jenom ležela, byla jsem přikrytá dekou. Pak mne na tom lehátku převezli na operační sál. Na operačním sále si pamatuji, jak mi jeden z těch pánů omotával jednu ruku a připevnil mi ji k tělu.

#### **Vybavíte si barvu operačního sálu? Působila by na Vás lépe jiná?**

Barvu? Víím, že tam byly dlaždice. Světle zelené, či světlé barvy. A také víím, že koza byla černá, na tu jsem si přecházela.

#### **A vybavila byste si vybavení, kterého jste si na operačním sále všimla?**

Ano, tu černou kozu a světla.

#### **Jak na Vás působil operační trakt? Jak jste vnímala technické vybavení na operačním sále?**

Zaplňný. Prostor takový tak akorát. Byla tam zima z klimatizace.

#### **Představil se Vám personál operačního traktu? Vybavíte se jejich oblečení? Barvu?**

#### **Vnímala jste něco negativně či pozitivně?**

Ano, to si vybavím takovou hodně silnou sestru, nebo lékařku, ta měla takový bílý plášť. A říkala, že si jen odskočí a hned je u mne. Barvu bych neměnila.

Já jsem viděla, jak si připravují světla na tu mojí operaci a nějak tam přidávali nějakou část k tomu operačnímu stolu. Asi byla přede mnou jiná operace, tak tam museli ještě nějakou část přidat. Jinak si nevybavím nic. Nevnímala jsem nic pozitivního ani negativního.

**Vysvětlil Vám personál vše, co jste chtěla vědět? Co bude následovat, co se s Vámi bude dít?**

**Kolik lidí se kolem Vás pohybovalo?**

No ano, všechno jsem věděla. Nic bych neměnila. Bylo to fajn.

**Vnímala jste na operačním sále spíše klid či ruch? Témata, o kterých personál mluvil?**

**Vzpomenete si na konkrétní osobu?**

Na operačním sále byl spíše klid, byla jsem ráda, přemýšlela jsem.

Vybavím si ještě asi anesteziologa. Byl starší a fousatý a hodně vysoký. Říkal, že za chvíli budu spát.

Byli tam tedy ti dva pánové v předsáli, anesteziolog a sestra a jedna vysoká sestra. Více lidí si nevybavím.

**Bylo pro Vás nepříjemné vysvléknutí na operačním sále?**

Vůbec jsem to nevnímala.

**Čeho jste si všimla? Co Vás v prostředí operačního traktu zaujalo?**

Kolik tam bylo lidí, bylo jich tam dost. Jinak nic zvláštního.

**Pamatujete si, kde jste se probudila? A jak Vám bylo?**

Probudila jsem se na pooperačním oddělení, bylo mi hrozně horko. A byla jsem opravdu slabá, ale slíbila jsem manželovi, že hned jak se vzbudím, tak mu zavolám. Nevím jak, ale vytočila jsem jeho číslo, telefon mi sice asi pětkrát upadl, ale dovolala jsem se mu. To si pamatuji. O čem jsme se však bavili nevím

**Velice děkuji za spolupráci. Chtěla byste ještě na závěr něco doplnit?**

Nic nechci doplnit.

**Ještě Vás poprosím o Váš věk a nejvyšší dosažené vzdělání.**

45, maturita, Hy vag cum AT bilat

#### **Klientka č. 4**

##### **Jste poprvé na gynekologické klinice?**

Jsem v nemocnici krajského typu už po druhé. Dokonce jsem byla i na operačním sále.

##### **Byla jste už někdy v prostorách operačního traktu? Máte negativní – pozitivní vzpomínky?**

Byla jsem na operaci hlavy. Bylo to o moc bolestivější.

##### **Jak probíhala Vaše příprava na operační výkon v den výkonu?**

Byla jsem opravdu dostatečně poučena. Myslím si, že jsem byla poučena dle standardů. Nemohla jsem jíst, pít od půlnoci.

##### **Kdo Vás informoval o průběhu v prostorách operačního traktu?**

Informací bylo dost, abych věděla, do čeho jdu. Chtěla bych za informace poděkovat ošetřující lékařce a sestřičkám.

##### **Čeho jste se nejvíce obávala? Kdybyste byla poučena dopředu, obávala byste se méně?**

##### **Co by mohlo předcházet vašim obavám?**

Obávala jsem se, aby vše dobře dopadlo.

##### **Kdo s Vámi v předšálí komunikoval? Bylo to příjemné? O čem jste mluvili?**

Ano, komunikoval sanitář. Jeho jméno si už nevybavím, ale bylo to příjemné. Komunikovali jsme. Bylo to odvedení pozornosti.

##### **Čekala jste dlouho v předšálí? Dokázala byste určit jak dlouho?**

Nečekala jsem vůbec dlouho. Odhadem do deseti minut.

V předšálí to pro mne bylo příjemné.

##### **Vybavíte si barvu operačního sálu? Působila by na Vás lépe jiná?**

Barvou si nejsem jistá. Spíše si vybavím detaily, ty lidi kolem mne. Jedna ruka byla vpravo, druhá vlevo. Spíše ty světla. Barva byla to poslední, co mne zajímalo. Možná světle zelená.

##### **A vybavila byste si vybavení, kterého jste si na operačním sále všimla?**

Bylo málo nábytku. Operační trakt je většinou holý, prázdné místnosti, čisto. První, jsou zrcadlové dveře, pak plné dveře. To bylo pěkné.

##### **Jak na Vás působil operační trakt? Jak jste vnímala technické vybavení na operačním sále?**

S technickým vybavením jsem neměla problém. Já si myslím, že je všechno na svých místech jak má být. Co ke které operaci patří.



**Představil se Vám personál operačního traktu? Vybavíte se jejich oblečení? Barvu? Vnímala jste něco negativně či pozitivně?**

Všechn personál vnímám mile. Nevím, jestli se mi všichni představili, ale už do předsálí za mnou přišla anestezioložka. Ta se mi představila, vyptávala se mne na mé osobní údaje. Zda jsem dodržela lačnění před operací.

Barva operačního oblečení byla modrá. Já sice modrou nemám ráda, ale se samotnou operací bych ji nespojovala. Nevyhledávám ji, ale nějak negativně na mne nepůsobila.

**Vysvětlil Vám personál vše, co jste chtěla vědět? Co bude následovat, co se s Vámi bude dít?**

**Kolik lidí se kolem Vás pohybovalo?**

Anestezioložka, sestra, sanitář a viděla jsem i nějaké další sestry a jednoho pána. Vnímala jsem hlavně anesteziologický tým.

**Vnímala jste na operačním sále spíše klid či ruch? Témata, o kterých personál mluvil? Vzpomenete si na konkrétní osobu?**

Na operačním sále bylo opravdu velmi čisto, bylo tam mnoho světel. Takže hned se vám lidé věnují. Vysvětlují, co se bude dít.

**Bylo pro Vás nepříjemné vysvléknutí na operačním sále?**

Nahotu jsem vůbec nevnímala. Sice to není to pravé ořechové, ale patří to k tomu.

**Čeho jste si všimla? Co Vás v prostředí operačního traktu zaujalo?**

Zaujaly mne otevírací dveře. Jak se první otevřely ty skleněné, pak plné. Otevřel se přede mnou operační sál. Vše mělo své místo, nikdo se nikomu nepletl. Každý měl svojí práci, působilo to na mne příznivě.

**Pamatujete si, kde jste se probudila? A jak Vám bylo?**

Probudila jsem se až na pooperačním období. Trochu mne to bolelo.

**Velice děkuji za spolupráci. Chtěla byste ještě na závěr něco doplnit?**

Na závěr bych jen chtěla všem velice poděkovat.

**Ještě Vás poprosím o Váš věk a nejvyšší dosažené vzdělání.**

42, magistra, vysokoškolské, Hy vag simplex

## **Klientka č. 5**

### **Jste poprvé na gynekologické klinice?**

Kdepak, jsem tu už po páté.

### **Byla jste už někdy v prostorách operačního traktu? Máte negativní – pozitivní vzpomínky?**

Na operačním sále jsem byla před lety. Tenkrát se část nemocnice předělávala, bylo vše provizorní. Rovněž se také zlepšilo chování lékařů. Je to daleko lepší. Nejen vybavení, ale i přístup lékařů a sester.

### **Jak probíhala Vaše příprava na operační výkon v den výkonu?**

V den přijetí jsem už kladla otázky, které jsem si doma připravila. O všem si se mnou pan doktor promluvil. Dokonce mi sdělil i přibližný termín mého propuštění. Pak jsem byla přijata na oddělení.

### **Kdo Vás informoval o průběhu v prostorách operačního traktu?**

Na oddělení za mnou přišla další paní doktorka a mohla jsem si i s ní v klidu a v soukromí promluvit, co se bude dít. Bavila jsem se s ní, jak tato operace člověka postihne. Jak velká bude pooperační bolest.

### **Čeho jste se nejvíce obávala? Kdybyste byla poučena dopředu, obávala byste se méně?**

#### **Co by mohlo předcházet vašim obavám?**

Nejvíce jsem se obávala v předsálí, měla jsem strach. Pak už nebyl moc prostor. Když jsem byla na sále, bylo mnoho otázek a věcí. Upravovali mi nohy, celý ten stůl. Zkoušeli, jak mi půjdou nohy nahoru, jestli je to pro mne nepříjemné.

### **Kdo s Vámi v předsálí komunikoval? Bylo to příjemné? O čem jste mluvili?**

Ano, bavila se se mnou sestra a sanitář. Pak přišla sestra. Ptala se mne na mé osobní údaje, a jestli jsem lačná. Pak přišla doktorka z anestezie, vyptávala se mne na pár otázek. Třeba, kdy jsem naposledy jedla a pila a tak. O tom jsem ale byla poučena. Takže jsem nemohla od půlnoci ani jíst, ani pít.

### **Čekala jste dlouho v předsálí? Dokázala byste určit jak dlouho?**

Dlouho jsem nečekala, uteklo mi to. Řekla bych, že tak do patnácti minut.

### **Vybavíte si barvu operačního sálu? Působila by na Vás lépe jiná?**

Operační sál, když si vzpomenu, oproti minulé zkušenosti byl opravdu velký. A bylo tam mnoho lidí. Vzpomínám si na takovou větší skupinu, asi sester. Ale to jsem nijak negativně nevnímala. Trvalo jim dlouho, než mi napíchli žilu. Barvu, to se omlouvám, ale tu si nevybavím. Operační oděv byl jistě modrý.

**A vybavila byste si vybavení, kterého jste si na operačním sále všimla?**

Operační sál byl upravený. Všechno na mne působilo tak pěkně. Musím uznat, že mi tu pomohli.

**Jak na Vás působil operační trakt? Jak jste vnímala technické vybavení na operačním sále?**

Velice prostorné místnosti, v předsáli dostatek světla. Uklizeno, čisto. Nikdo nebyl negativní, to jsem velice ocenila.

**Představil se Vám personál operačního traktu? Vybavíte se jejich oblečení? Barvu? Vnímala jste něco negativně či pozitivně?**

Nikdo se mi nepředstavil na operačním sále. Ale v předsáli za mnou přišly doktorky i sestřičky a tam se mi všechny představily. Všechny měly stejné oblečení, modré. Žádná negativ, a ani pozitiva si nevybavím.

**Vysvětlil Vám personál vše, co jste chtěla vědět? Co bude následovat, co se s Vámi bude dít? Kolik lidí se kolem Vás pohybovalo?**

Opravdu bych chtěla za všechno poděkovat. Věděla jsem opravdu dopředu všechno, co bylo třeba. I v prostorách operačního traktu mi stále povídali, co se se mnou bude dít. Kolem mne se pohybovali asi tři sestřičky, ten zřízenec a paní doktorka, která mne uspávala.

**Vnímala jste na operačním sále spíše klid či ruch? Témata, o kterých personál mluvil? Vzpomenete si na konkrétní osobu?**

Vnímala jsem rozumný ruch. Moc dobře mi nešla napíchnout žíla, nic konkrétního si nepamatuji. Obávala jsem se, aby se vše povedlo. Vybavím si konkrétní osoby.

**Bylo pro Vás nepříjemné vysvléknutí na operačním sále?**

Já už jsem se vlastně vysvlékala v předsáli, takže mi to nijak nevadilo.

**Čeho jste si všimla? Co Vás v prostředí operačního traktu zaujalo?**

Operační trakt se o tolik změnil, bylo to příjemné prostředí. Zaujala mne asi čistota a tak mnoho moderních přístrojů.

**Pamatujete si, kde jste se probudila? A jak Vám bylo?**

Probudila jsem se cestou na pooperační oddělení. Víím, že jsme se bavili, že je tu o mnoho více černých obyvatel, že jich tu nikdy tolik nebylo.

**Velice děkuji za spolupráci. Chtěla byste ještě na závěr něco doplnit?**

Příště už bych se ničeho neobávala. Všichni se chovali velice profesionálně. Mám z toho dobrý pocit a děkuji. Jsem ráda, že nemám jizvu.

**Ještě Vás poprosím o Váš věk a nejvyšší dosažené vzdělání.**

67 let, vysokoškolské, Hy vag cum AT bilat

## **Klientka č. 6**

### **Jste poprvé na gynekologické klinice?**

Nejsem, už jsem byla na chirurgii

### **Byla jste už někdy v prostorách operačního traktu? Máte negativní – pozitivní vzpomínky?**

Opravdu nemám žádné negativní. Bylo všechno v pohodě. Spíše pozitivní. Zacházelo se se mnou dobře, všechno šlo dobře.

### **Jak probíhala Vaše příprava na operační výkon v den výkonu?**

Bylo to trochu chaotické, bylo toho na mne hodně, ale zvládlo se to. Byl trošku stres i strach.

### **Kdo Vás informoval o průběhu v prostorách operačního traktu?**

Měla jsem spoustu informací. Opravdu jsem věděla všechno, co bylo třeba.

### **Čeho jste se nejvíce obávala? Kdybyste byla poučena dopředu, obávala byste se méně?**

#### **Co by mohlo předcházet vašim obavám?**

No, obávala jsem se, aby proběhlo všechno tak jak má, aby netrvala hospitalizace dlouho. Jen po nezbytně nutnou dobu. To jsem byla poučena, že pokud bude všechno bez komplikací, že půjdu domů brzy.

Méně bych se neobávala, všechno jsem věděla. Jsem ráda a doufám, že nebudou žádné komplikace. Třeba teploty a tak. O komplikacích mne informovala paní doktorka.

### **Kdo s Vámi v předšálí komunikoval? Bylo to příjemné? O čem jste mluvili?**

Tak jednak se mnou komunikovala instrumentářka, paní doktorka z anestezie a sanitáři. Bylo to příjemné. Mluvili jsme spíše o mne, paní doktorka se mne ptala na alergie, léky, lačnění. Ptala se mne, zdali jsem poučená, o co jde, o kterou operaci. Instrumentářka, jestli mám na něco alergie, jestli jsem lačná a tak všeobecně. Trochu mne rozptylovala.

### **Čekala jste dlouho v předšálí? Dokázala byste určit jak dlouho?**

Vůbec ne, několik minut.

### **Vybavíte si barvu operačního sálu? Působila by na Vás lépe jiná?**

Řekla bych bílo zelenou, no ale nevím. Jiná? To si nemyslím. Světlé barvy mám ráda.

### **A vybavila byste si vybavení, kterého jste si na operačním sále všimla?**

To si asi bohužel nevybavím.

### **Jak na Vás působil operační trakt? Jak jste vnímala technické vybavení na operačním sále?**

Myslím, že byl malý. Tedy představovala jsem si větší prostory v prostředí operačního traktu.

**Představil se Vám personál operačního traktu? Vybavíte se jejich oblečení? Barvu? Vnímala jste něco negativně či pozitivně?**

Myslím, že si vybavím. Instrumentářka byla v barvě meruňkové a ostatní měli bílo zelené, ale i modré oblečení. Měli všichni čepice.

**Vysvětlil Vám personál vše, co jste chtěla vědět? Co bude následovat, co se s Vámi bude dít?**

Ano, většinou ano. Opravdu jsem věděla o všem.

**Kolik lidí se kolem Vás pohybovalo?**

Myslím si, že takových pět až šest lidí tam bylo určitě.

**Vnímala jste na operačním sále spíše klid či ruch? Témata, o kterých personál mluvil?**

**Vzpomenete si na konkrétní osobu?**

Spíše klid. Ano, to si pamatuji. Myslím si, že se bavili o dovolených. Jistě, to si vzpomenu. Instrumentářku, která se mnou mluvila už v předsálí.

**Bylo pro Vás nepříjemné vysvléknutí na operačním sále?**

Vůbec ne.

**Čeho jste si všimla? Co Vás v prostředí operačního traktu zaujalo?**

Nic mne nezaujalo.

**Pamatujete si, kde jste se probudila? A jak Vám bylo?**

Nepamatuji si, kde jsem se probudila, ale myslím si, že to bylo dobré. Nebylo mi špatně. Hlavně mi nemuseli rozříznout břicho. Všechno bylo v pohodě.

**Velice děkuji za spolupráci. Chtěla byste ještě na závěr něco doplnit?**

Asi nic doplnit nechci. I kdybych chtěla, nemůžu říct nic negativního. Byla jsem se vším velice spokojená, všem bych chtěla poděkovat. Vlastně tohle je anonymní.

Už bych se neobávala.

**Ještě Vás poprosím o Váš věk a nejvyšší dosažené vzdělání.**

36, střední s maturitou, Hy vag simplex

## **7.1 Analýza výsledků**

Tato práce měla za cíl zmapovat, jak klientky ve stresové situaci vnímají prostředí operačního traktu na klinice gynekologie. Ke zmapování této problematiky byl využit kvalitativní výzkum, který odhalil mnoho zajímavých informací. Do výzkumu byly zařazeny klientky s bezprostřední zkušeností z prostředí operačního traktu, kde absolvovaly plánovaný operační výkon v celkové anestezii.

### **Cíl č. 1: Identifikovat faktory gynekologického operačního traktu ovlivňující klientku.**

Prvním cílem bylo identifikovat faktory gynekologického operačního traktu ovlivňující klientku. Není nám znám negativní faktor z prostředí operačního traktu, který by klientku negativně ovlivňoval.

Informace získané z rozhovorů nám poskytly mnoho zajímavých poznatků, jak o kvalitě péče v prostorách operačního traktu, tak o důležitosti komunikace s klientkami ve stresové situaci.

Dle Farkašové (Farkašová, 2006), lze za kvalitní péči považovat takovou péči, která je pacientem pozitivně hodnocena. V tomto ohledu můžeme s Farkašovou (Farkašová, 2006) jistě souhlasit. Jak všechny tázané ženy vypověděly, s kvalitou ošetrovatelské péče byly všechny spokojeny a to jak na odděleních, tak samozřejmě i v prostorách operačního traktu.

Klientky ve výzkumu uvádějí, že nejvíce je negativně ovlivnilo jejich vlastní přemýšlení nad operačním výkonem. Z předsálí uvádějí spíše pocity kladné, ve vztahu k prostředí. Jako hlavní pozitivum považují klientky v předsálí hlavně komunikaci. Komunikace je dle odpovědí prostředkem k odvedení pozornosti od negativních pocitů a myšlenek. V předsálí s klientkami komunikuje hlavně anesteziologický tým, perioperační sestra a sanitář.

U tohoto cíle jsme však mylně předpokládaly, že klientky budou jako negativní označovat otázku nahoty v prostorách operačního traktu. Klientky oblečení odkládají v předsálí, kde se za pomoci personálu přesouvá z lůžka na vozík. Na vozík se ukládá nahá, překryta jednorázovou rouškou. Takto připravena je po řádném ověření identifikačních údajů převezena za doprovodu anesteziologického týmu sanitářem na operační sál. Na operačním sále za pomoci zdravotnického personálu přechází z vozíku na operační stůl.

Otázku jsme zařadily do rozhovoru s klientkami, avšak všech 100% klientek uvedlo, že pro ně nahota nebyla nepříjemná. Pět respondentek uvedlo téměř shodné odpovědi na otázku, zda pro ně bylo vysvlékání na operačním sále nepříjemné, „*Ne*“, „*Nevadilo*“, „*Vůbec ne*“. „*Vysvlékání? To jsem vůbec nevnímala*“. Jedna z klientek ale v odpovědi uvedla „*není to pravé ořechové, ale patří to k tomu*“. Z těchto odpovědí můžeme usuzovat, že jakožto ženy jistě ostych cítí, ale množství stresu a strachu o vlastní osobu míru stydlivosti snižuje. Ve své práci se k podobnému zjištění přiklání i Klusáková. Naše předpoklady se nepotvrdily.

## **Cíl č. 2 Zjistit, jaký vliv má na klientku přístrojové vybavení na operačním sále.**

Dle získaných odpovědí si dovoluujeme určit, že množství přístrojové techniky klientky u operačních výkonů bez nutnosti užití endoskopické věže nevnímají negativně. Převážně uvádějí přiměřenou velikost operačního sálu a jedna klientka očekávala operační techniky i vybavení více, než ve skutečnosti bylo. Naopak u operačních výkonů, za nutnosti užití endoskopické věže, klientky uvádějí spíše překvapení z množství užitých technik. Z výsledků hodnotíme, že přístrojová technika užitá ke kterémukoliv operačnímu výkonu na klientky negativně nepůsobí.

Žádná z šesti oslovených se u této otázky nepozastavila. Překvapivým zjištěním bylo, že klientky byly s vybaveností operačního traktu, zvláště pak operačního sálu spokojeny. Nebyly překvapeny, ani technikou ovlivněny. Dle informací uvedených v teoretické části práce a z obrázků uvedených v přílohách můžeme s klientkami souhlasit. Technické vybavení je na operačním sále umístěno pouze to, které je nutné k provedení daného operačního výkonu. Ani v celém operačním traktu není odstaveno další technické vybavení. Pro tyto účely jsou určeny sklady technického vybavení dle určených norem. Stejně tak už na operačním sále nenajdeme množství dalšího materiálu. Na operačním sále je materiál nutný k provedení daného operačního výkonu, v případě potřeby dalšího materiálu, ho ze skladu sterilního materiálu k tomu určenému, zajistí obíhající sestra, případně pomocný personál operačního sálu obíhající sestrou pověřen.



### **Cíl č. 3 Zjistit vliv barev operačního traktu, oblečení personálu a komunikace na klientku.**

Metaforicky lze říci, že barvy dávají předmětům emocionální nádech. V řadě běžných denních aktivit si můžeme povšimnout účinků barev na naše prožívání. „*Tohoto vlivu jsou si vědomi rovněž autoři reklam, módní návrháři, malíři a pracovníci v mnoha dalších oborech. Barva má nesporný účinek na estetický prožitek pozorovatele*“ (Šikl, 2013, str. 81).

Barevný vjem působící na psychiku jednotlivce může zapříčinit změnu emočního chování.

„*Přes nepřehledné množství odborné literatury je nutné si uvědomit, že vlastní etické rozhodování kodifikovat nelze. Je vždy individuální a vázané na reálnou situaci*“ (Ptáček, 2011, str. 105).

„*Pacient musí být přesvědčen, že je v dobrých rukou a že se mu dostává všeho, co mu neublíží a co má zdravotnické zařízení k dispozici*“ (Linhartová, str. 130).

Ze zjištěných výsledků aplikujeme postup při komunikaci s klientkou po vstupu do neznámého prostředí operačního traktu. Při prvním setkání s klientkou se musí každý zaměstnanec operačního traktu představit, dbát na první dojem, který si klientka vytváří. Při trpělivosti a respektování identity a intimity si získáme důvěru klientky. Musíme brát v úvahu emocionální prožívání s pocity stresu, strachu a úzkosti, které se snažíme omezovat na nejnižší možnou míru. Proto je důležité profesionální chování personálu operačního traktu, empatické chování a vhodná verbální i neverbální komunikace. Klientky informujeme o každém kroku, který bude následovat, proč je nutné jednotlivé kroky konat. Nasloucháme, pozorujeme reakce, neverbální projevy a aktivně na všechny dotazy odpovídáme.

## 7.2 Diskuze

Účelem této bakalářské práce bylo nejen zaměřením se, jaký vliv má na klientku prostředí gynekologického operačního traktu, ale i identifikovat faktory, které působily na klientku před operačním výkonem i po něm. Téma je to velice aktuální, avšak opomíjené.

Je důležité mít proto na paměti, že klientka k nám přichází s nemocí, která zasahuje nejen do sféry biologické, ale i psychické a sociální. Holistický přístup je zde nutností a nesmí se opomenout žádná ze sfér. Jak uvádí ve své publikaci Venglářová a Mahrová (Venglářová, 2006) „*nemoc je těžká životní situace a je nutno se jí přizpůsobit*“.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jaký vliv mají na klientku barvy operačního traktu a oblečení personálu?**

Již v roce 1903 získal Nobelovu cenu za medicínu profesor Nils Finsen, který prokázal, že v těle člověka mohou vyvolat výrazné reakce barevná chvění, která procházejí lidským tělem. O několik let později, v roce 1958 vědec Robert Gerard zkoumal vliv barev na člověka. Ve svém zkoumání zjistil, že na červenou barvu reagují lidé zvýšením krevního tlaku, zrychleným dechem, pocením, rozčilením a úzkostí. Naopak barva modrá a stejně tak i zelená je dokázala uklidnit (Krumlovská, 2009).

Dle článku Zdeňka Mlčocha působí světle žlutá barva velmi optimisticky a je vhodné ji užít pro operační sál, jak tomu je i v našem případě (Mlčoch, 2008).

Modrá barva, použitá na směnném oblečení personálu pracujícího v operačním traktu námi vybrané nemocnice krajského typu, působí uklidňujícím dojmem.

Z našeho výzkumu vyplynul v podstatě výsledek neutrální. Respondentky neuváděly pozitivní ani negativní působení vlivem barev užitých v prostorách operačního traktu na jejich psychiku. Jedna z klientek uvedla „*světlé barvy mám ráda*“, z výzkumného šetření však vyplynulo, že barvu operačního sálu si nepamatuje ani jedna z dotázaných. Naopak tomu bylo při otázce na barevné provedení směnného oblečení, kde čtyři respondentky uvedly správně barvu modrou. Jedna z klientek tuto otázku nekomentovala vůbec a jedna odpověděla mylně „*Barva operačního oděvu byla asi bílo zelená*“. Pouze jedna oslovená uvedla hodnocení k modré barvě „*Já sice modrou nemám ráda, ale se samotnou operací bych ji nespojovala. Nevyhledávám ji, ale nějak negativně na mne nepůsobila*“.

Dle zjištěných výsledků se domníváme, že barevné provedení je zvoleno dobře a na klientky procházející stresovou situací při podstoupení operačního výkonu nepocitují negativní vlivy působící na psychiku.

## **Výzkumná otázka č. 2: Jak s pacientkou komunikuje personál?**

Druhá výzkumná otázka měla zjistit, jak s pacientkou komunikuje personál. Komunikace je ve zdravotnictví velmi důležitá, slouží nejen k získání potřebných informací o klientce, jejím zdravotním stavu, sociálním zázemí, případných alergiích, ale i o jejich pocitech, obavách a potřebách. Z výzkumného šetření radíme k této výzkumné otázce otázku čtyři, Kdo Vás informoval o průběhu v prostorách operačního traktu? 100% klientek na tuto otázku jednoznačně odpovědělo, že o průběhu nejen v prostorách operačního traktu, ale i o jednotlivých úkonech, které budou následovat po přijetí klientky do nemocničního zařízení, je informoval lékař v gynekologické ambulanci nemocnice krajského typu. Šest klientek ze šesti oslovených uvedlo, že ihned po plánovaném přijetí před plánovaným operačním výkonem je znovu o všech náležitostech, které budou následovat před operačním výkonem, během něj i po něm. Pouze jedna dotazovaná ze šesti v odpovědi upozornila na nutnost dodržení režimu lačnění od půlnoci. Všechny klientky udávají spokojenost s množstvím informací a komunikací.

K druhé výzkumné otázce můžeme zařadit rovněž otázky uvedené pod číslem šest v polostrukturovaném rozhovoru. Kdo s Vámi v předsálí komunikoval? Byla pro Vás komunikace příjemná? O čem jste mluvili?

Na tento soubor otázek všech 100% dotázaných odpovědělo téměř shodně. Klientky shodně uváděly za velmi pozitivní a příjemnou komunikaci se sanitáři, kteří trávili s klientkami v předsálí nejvíce času před transportem na operační sál. Témata komunikace byla volena náhodně a vztahovala se k běžným denním činnostem. Měla za úkol odvést pozornost klientek a zmírnit prožívání negativních pocitů před operačním výkonem. Nejčastěji se mluvilo o pracovní náplni klientek, způsobu trávení volného času, koníčcích. Dle Mahrové při dobré komunikaci nestačí jen volba správných slov, je nutné správně volit tón, výšku a rychlost řeči, intonaci délku i obsah projevu. Dále zdůrazňuje při rozhovoru s klientkou důležitost zpětné vazby, empatie a navození důvěry se zdravotnickým personálem.

Tři respondetnky uvedly, že s nimi v předsálí komunikoval anesteziologický tým. A pouze dvě klientky zmínili perioperační sestru či instrumentářku jako komunikátora v předsálí. U těchto dvou skupin zdravotnických pracovníků se komunikace týkala ověřování identifikačních údajů, alergické anamnézy a dodržení zásad lačnění.

V žádné z odpovědí nebyl uveden operatér, ani jiný lékař z operačního týmu. Lze to rovněž přikládat tomu, že všechen personál operačního traktu nosí jednotné směnné oblečení bez identifikačních karet. Pokud se jednotlivý personál klientce nepředstaví jménem a svou

pozicí, nemůže klientka vědět, s kým hovoří. Jak uvádí ve své knize Vymětal (Vymětal, 2003), k nejčastějšímu a společensky uznávanému dotyku patří podání ruky, podle jehož charakteru lze identifikovat postoj partnera a informace o povaze. Také dle Klusákové (Klusáková, 2010), je důležité empatické sdělení informací od sester i lékařů, podaných nemocnému ve vhodnou dobu a vhodným způsobem, zvýší důvěru klientky a patří do profesionální výbavy každého zdravotníka. Mezi dovednosti, které bohužel mnoho zdravotníků postrádá, patří umění klást otázky, naslouchat a analyzovat získané informace. Mnohdy je tato dovednost potlačována kvůli mylné domněnce, kdy je preferován diagnostický a terapeutický postup nad budováním důvěry s klientkou. Pro klientky je důležité, aby se jim všechen personál, který je s nimi v kontaktu, řádně představil. Jak uvádí ve své publikaci Roztočil, komunikace by měla být příjemná, zdravotnický personál empatický s dostatkem času na otázky klientky. *„Přestože bude naše každodenní rozhodování vždy individuální, strukturovaný systém posloupných kroků a metoda cíleného tázání nám pomůže v úsudku a zejména omezí možnost, že na něco důležitého zapomeneme.“* (Ptáček, 2011, str. 115).

Komunikaci v prostorách operačního traktu hodnotíme jako pozitivní. Klientky na odvedení pozornosti od závažné životní situace, kterou operační výkon beze sporu je, reagují velmi pozitivně. Jelikož je komunikace velmi důležitá a personál nemá mnohdy dostatek času s klientkami v klidu komunikovat, jsou jistě na místě další vzdělávací kurzy. V podrobnějším výzkumu bychom se mohly zaměřit na detailnější průzkum komunikace v operačním traktu.

### **Výzkumná otázka č. 3: Vyhledává aktivně personál stresory ovlivňující klientky a minimalizuje je?**

*„Osobnost je celek lidských psychických a fyzických vlastností. Tento celek má svůj svéráz a tvoří určitý typ, který je jedinečný a neopakovatelný“* (Vymětal, 2003, str. 50).

Stresorem, podnětem vyvolávajícím stres jsou tedy jak vlivy fyzikální, tak i biologické, psychické, sociální atd. Rovněž se ukázalo, že je třeba rozlišit eustresové události, pozitivní emoce a distresové události, nepříjemné pocity (Mandincová, 2011).

Každý operační výkon je u všech pacientů velmi silně emočně prožíván. Nejčastějšími emocemi je právě strach z neznáma (fear of the unknown), stres a úzkost (Pritchard, 2009).

*„Strach je úzkost způsobená vědomě rozpoznáním a realistickým nebezpečím. Jde o pocit reálného nebo domnělého ohrožení. Prakticky je strach bezprostředním pocitem úzkosti a děsu, jehož zdroj je známý a blíže určený. Je subjektivní, navenek neviditelnou odpovědí spojenou s vybuzením energie, přičemž jeho objektivní projevy jsou výsledkem přeměny této energie v jednání směřující ke zmírnění strachu a odpovědi na něj“* (Špirudová, 2006, str. 111).

V posledních letech přešel stres do obecného jazyka každého člověka, můžeme konstatovat, že je to termín nadužívaný. Definice pro stres je jistě mnoho, my se však přikláníme ke starší teorii Křivohlavého (Křivohlavý, 1994), který ho popisuje jako *„vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo přímo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná“*.

*„Úzkost (mírná, střední, závažná, silná až panická) nejasný pocit stísněnosti nebo děsu, provázený vegetativní odpovědí, jehož důvod bývá neurčitý nebo neznámý, pocit vyvolaný předtuchou nebezpečí“* (Špirudová, 2006, str. 111).

Klientky náhodně vybrané do našeho výzkumu neuvedly žádný podnět, který by v nich vyvolával negativní pocity.

#### **Výzkumná otázka č. 4: Jak působí přístrojová technika na klientku?**

Přístrojová technika užitá na operačním sále při operačním výkonu je pouze ta, která je nutná k jeho provedení. Na operačním sále si klientka všimne nejprve černého gynekologického stolu, který je předem připraven na daný výkon. S klientkou jsou za plného vědomí případné polohy vyzkoušeny, aby nedošlo ke komplikacím. Za operačním stolem je umístěn v blízkosti klientky anesteziologický přístroj a anesteziologický vozík s léky, což je potřebné ke správnému provedení celkové anestezie. Dále si mohou klientky povšimnout elektrokoagulačního přístroje, který je v pohotovosti při každém operačním výkonu. V neposlední řadě je v blízkosti elektrokoagulace odsávačka, která patří rovněž mezi základní vybavení operačního sálu a musí být ihned k ruce.

Po uložení klientky na operační stůl si každá jistě povšimne integrovaného stropního osvětlení a halogenových lamp, které se dají díky mobilním ramenům nastavit dle přání operátora.

Oslovené respondentky na otázku vybavení operačního sálu uvedly: *„Bylo málo nábytku. Operační trakt je většinou holý, prázdné místnosti, čisto.“*, další oslovená vypověděla: *„S technickým vybavením jsem neměla problém“*.

Klientky podstupující výkon za užití endoskopické věže si povšimly vysoké sestavy stojící v blízkosti operačního stolu. Jak samotné vypověděly na otázku vybavení operačního sálu: *„Bylo tam toho spousta. Takové spíše vysoké přístroje. Jinak tam nebylo mnoho přístrojů.“*, další klientka vypověděla podobně *„Zdálo se mi, že je tam hodně nábytku. Takové zaplněné.“* Vybavení operačního sálu, kterého se týkaly naše otázky, si můžeme povšimnout v Příloze č. 2, Obrázek 1.

V závěru této otázky dle získaných výsledků nemůžeme potvrdit, že by na klientku mělo technické vybavení negativní vliv.

### **Výzkumná otázka č. 5: Ovlivňuje věk klientky vnímání prostředí operačního traktu?**

Vzhledem k věkovému rozložení klientek jsme zjistily, že věk nemá vliv na zvýšení negativního působení. Vzhledem k faktu, že pouze jediná klientka byla ve věku 67let a ostatních 5 klientek ve věku pod 50let věku nemůžeme na tuto otázku jednoznačně odpovědět. Dle předem zjištěných informací jsme předpokládaly, že klientky ve vztahu k věku budou mít větší obavy z operačního výkonu. Oproti našim výsledkům respondentka vypověděla *„Příště už bych se ničeho neobávala. Všichni se chovali velice profesionálně. Mám z toho dobrý pocit a děkuji.“* Tato respondentka uvedla, že v prostorách operačního traktu již byla po páté, avšak se stejně jako zbývajících pět oslovených žen přirozeně obávala z úspěšně provedeného operačního výkonu. Můžeme uvést fakt, že věk v našem případě nijak neovlivnil strach či jiné negativní pocity prožité v operačním traktu. Nezáleželo na počtu návštěv operačního traktu, ani na věku klientek. Všechny klientky bez rozdílu věku, vzdělání či charakterových vlastností osobnosti pociťovaly výše zmíněné pocity strachu, stresu a úzkosti. V odborné literatuře se s našimi výsledky ztotožňuje i Mandincová (Mandincová, 2011), která popisuje obavy nemocných ve zdravotnickém zařízení. *„Pacient se může obávat nezdaru zákroku, nežádoucích následků či „jen“ narkózy. Může mít strach z bolesti, z neznámého či diagnózy a prognózy“* (Mandincová, 2011, str. 25).

## ZÁVĚR

Obor gynekologie je specifický svým zaměřením na ženského pacienta. Zahrnuje širokou problematiku týkající se obecného, reprodukčního a mentálního zdraví žen.

Holistické vnímání osobnosti patří mezi základní kameny ošetrovatelství. Proto je nezbytné, aby byla perioperační sestra vzdělaná ve svém oboru a aktivně o klientku pečovala. Klientky zejména před operačním výkonem jsou vystaveny zvýšenému pocitu strachu, stresu a úzkosti jak o svůj zdravotní stav, tak i o změnu, která se týká fyzické i psychické stránky člověka.

Velmi důležitá je řádná edukace a informovanost klientek v předoperační fázi. Klientka by měla mít dostatek času si informace promyslet, podrobně si o své nemoci vše nastudovat a připravit si na ošetřujícího lékaře případné otázky. 100% respondentek uvedlo, že dle jejich subjektivního hodnocení byly s edukací a informovaností nejen ze strany ošetřujících lékařů, ale i ze strany nelékařského zdravotnického personálu, zdravotních sester, velmi spokojeny. Respondentky také poukázaly na snížení strachu, pokud byly řádně připraveny na vše. Při absolvování cesty operačním traktem přes operační sál až na pooperační oddělení je nepřekvapilo nic, o čem by nebyly dostatečně informovány.

Psychický stav klientky a její vyrovnanost ovlivňuje celkové prožitky v operačním traktu. S psychickým stavem rovněž úzce souvisí prožívání strachu, stresu a úzkosti v předoperačním období. Klientkám je v tuto dobu nejbližší perioperační sestra, která je s klientkou od doby, kdy je přivezena na předsálí až do doby, kdy je přeložena na vozík a odvezena na pooperační oddělení. Perioperační sestra by měla mít určité komunikační schopnosti ve snaze zmírnit strach, stres, úzkost a jiné negativní pocity, které může klientka v předsálí pociťovat.

K perioperační péči o klientku tedy neodmyslitelně patří umění verbální i neverbální komunikace. Přičemž nonverbální komunikace je stejně důležitá jako verbální komunikace. Tyto poznatky aplikujeme při rozhovoru s klientkami, kdy se nezaměřujeme jen na komunikaci slovní, ale i na mimické projevy, gestikulaci a další projevy neverbální komunikace. Přičemž je patrné, že umění verbální komunikace hraje stěžejní roli v péči o klientku.

Tato práce je velmi zajímavým souhrnem informací nejen pro zaměstnance operačních sálů. Měla by sloužit k zamyšlení jednotlivých pracovníků, kteří pečují o klientky, zvláště pak perioperačním sestřám. Nastínila pocity každé z oslovených respondentek, jejich obavy i postřehy z cizího a tak obávaného prostředí.



Svým rozsahem tato bakalářská práce nemohla obsáhnout všechny vlivy, které na klientky v operačním traktu působí. Hlubší pozornost by mohla být věnována například kvalitě komunikace mezi jednotlivými zaměstnanci nemocničního zařízení a klientkami, obsahu podaných informací a jejich správnému pochopení klientkami. Rovněž bychom se mohly zaměřit na důkladnější zkoumání vnímání stresorů a jejich omezení v prostředí operačního traktu.

## 8 Seznam použité literatury

1. FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Ošetrovatelství-teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
2. HOLUB, Zdeněk et al. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0834-5.
3. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
4. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
5. JINDROVÁ, Barbora et al. *Praktické postupy v anestezii*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3626-6.
6. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4721-712.
7. KALA, Zdeněk et al. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: NCONZO 2010. ISBN 978-80-7013-518-1.
8. KRUMLOVSKÁ, Olga. *Harmonický život*. Praha: Plot, 2009. ISBN 978-80-86523-95-8.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 2014. ISBN 80-7169-121-6.
10. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
11. MÁLEK, Jiří et al. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3642-6.
12. MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.
13. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO 2011. ISBN 978-80-7013-524-2.
14. PTÁČEK, Radek et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

15. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
16. SKALICKÁ, Hana et al. *Předoperační vyšetření – návody pro praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1079-2.
17. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
18. ŠIKL, Radovan. *Zrakové vnímání*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3029-5.
19. ŠPIRUDOVÁ, Lenka et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-6638-6.
20. VENGLÁŘOVÁ Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1262-8.
21. VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3147-2.
22. VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2614-4.
23. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
24. WENDSCHE, Peter et al. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-894-0.
25. WICHSOVÁ, Jana et al. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.
26. ZEMAN, Miroslav et al. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

### Zákony a směrnice:

1. Organizační směrnice OS\_36\_13\_PKN\_50\_1, *Postup při předanestetickém vyšetření pacientů před výkonem anesteziologické péče v Pardubické krajské nemocnici, a.s.*
2. ČESKO. Zákon č. 123 ze dne 15. dubna 2000 o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000. Dostupný také z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-prostredky\\_5620\\_2493\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-prostredky_5620_2493_11.html).
3. ČESKO. Nařízení vlády č. 336 ze dne 2. května 2004, kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 108, s. 7226-7296. Dostupné také z: <http://www.unmz.cz/urad/zdravotnicke-prostredky>.
4. ČESKO. Vyhláška č. 195/2005 ze dne 18. května 2005, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, s. 3818. Dostupná také z: <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-18-kvetna-2005-kterou-se-upravuji-podminky-predchazeni-vzniku-a-sireni-infekcnich-onemocneni-a-hygienicke-pozadavky-na-provoz-zdravotnickych-zarizeni-a-ustavu-socialni-pece-14650.html>.
5. ČESKO. Vyhláška č. 306/2012 ze dne 12. září 2012, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. Dostupná také z: <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-12-zari-2012-o-podminkach-predchazeni-vzniku-a-sireni-infekcnich-onemocneni-a-o-hygienickych-pozadavcich-na-provoz-zdravotnickych-zarizeni-a-ustavu-socialni-pece-19128.html>.

### Internetové zdroje:

1. Doporučený postup vyšetření před diagnostickými nebo léčebnými výkony operační a neoperační povahy s požadavkem anesteziologické péče (tzv. předanestetické vyšetření). In: ČSARIM: Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny [on line]. 2006. [cit. 2014-02-04]. Dostupné z: [http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/postupy/MP\\_CSARIM\\_Predoperacni\\_vysetrenifinal.pdf](http://www.csarim.cz/Public/csarim/doc/postupy/MP_CSARIM_Predoperacni_vysetrenifinal.pdf)
2. Třídy čistoty dle směrnice PIC PH 1/84. ČSS: Česká společnost pro sterilizaci [on line]. 2013. [cit. 2013-12-10]. Dostupné z: <http://www.steril.cz/2013/02/dobry-den-dotaz-je-z-oblasti-cistota-prostredi-na-operacnich-salech-1-jaky-typ-prostoru-dle-csn-en-iso-14644-je-urcen-pro-operacni-vykony-na-otevrene-kosti-2-jaky-je-p/>
3. Celková anestezie. URBAN, Martin. [on line]. 2008. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://el.lf1.cuni.cz/nm08>
4. Celková anestezie. VRABCOVÁ, Martina. [on line]. 2004. [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/mua/241.htm>
5. Symbolika barev v práci sestry. JANICZEKOVÁ, Elena. [on line]. 2012.[cit. 2014-04-24]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/symbolika-barev-v-praci-sestry-467701>
6. Barvy a psychika. MLČOCH, Zbyněk. [on line]. 2008. [cit. 2013-10-05]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/zdravi/barvy-a-psychika-jak-pusobi-barvy-na-clověka>
7. Hygiena rukou. BENDO VÁ, Lenka. [on line]. 2012. [cit. 2013-10-05]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/publikace/smernice-who-hygiena-rukou>.

## **9 Přílohy**

### **9.1 Rozhovor**

- 1) Jste poprvé na gynekologické klinice?
- 2) Byla jste už někdy v prostorách operačního traktu? Máte negativní – pozitivní vzpomínky?
- 3) Jak probíhala Vaše příprava na operační výkon v den výkonu?
- 4) Kdo Vás informoval o průběhu v prostorách operačního traktu?
- 5) Čeho jste se nejvíce obávala? Kdybyste byla poučena dopředu, obávala byste se méně? Co by mohlo předcházet vašim obavám?

### **Předsálí**

- 6) Kdo s Vámi komunikoval? Bylo to příjemné? O čem jste mluvili?
- 7) Čekala jste dlouho? Dokázala byste určit jak dlouho?

### **Operační sál**

- 8) Vybavíte si barvu operačního sálu? Působila by na Vás lépe jiná?
- 9) A vybavila byste si vybavení, kterého jste si na operačním sále všimla?
- 10) Jak na Vás působil operační trakt? Jak jste vnímala technické vybavení na operačním sále?
  
- 11) Představil se Vám personál operačního traktu? Vybavíte se jejich oblečení? Barvu? Vnímala jste něco negativně či pozitivně?
- 12) Vysvětlil Vám personál vše, co jste chtěla vědět? Co bude následovat, co se s Vámi bude dít?
- 13) Kolik lidí se kolem Vás pohybovalo?
  
- 14) Vnímala jste na operačním sále spíše klid či ruch? Témata, o kterých personál mluvil?
- 15) Vzpomenete si na konkrétní osobu?
  
- 16) Bylo pro Vás nepříjemné vysvléknutí na operačním sále?
- 17) Čeho jste si všimla? Co Vás v prostředí operačního traktu zaujalo?
- 18) Pamatujete si, kde jste se probudila? A jak Vám bylo?
- 19) Velice děkuji za spolupráci. Chtěla byste ještě na závěr něco doplnit?
- 20) Ještě Vás poprosím o Váš věk a nejvyšší dosažené vzdělání.

## 9.2 Obrázky – Fotodokumentace operačního traktu



Obrázek 1 Gynekologický operační sál



Obrázek 2 Předsálí

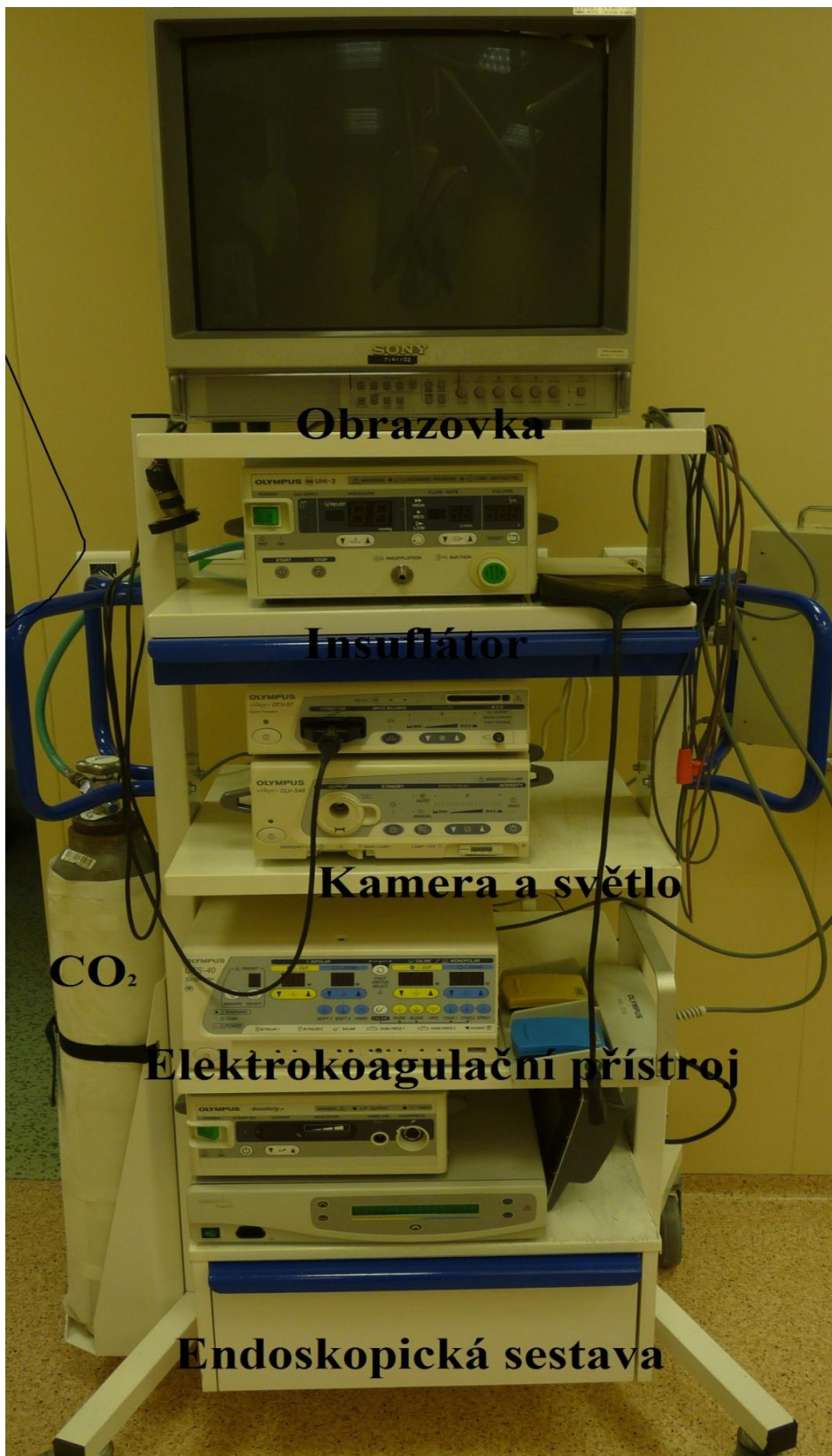


**Obrázek 3** Vstup do čisté zóny



**Obrázek 4** Integrované stropní osvětlení a nastavitelné halogenové lampy





**Obrázek 5** Endoskopická sestava



**Obrázek 6** Umývárna zdravotnických pracovníků

Fotodokumentace: vlastní zdroj