

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Karolína Richterová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Komunikace s vybranou skupinou pacientů v perioperační péči

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Karolína Richterová, DiS.**
Osobní číslo: **Z22258**
Studijní program: **N0913P360006 Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče**
Téma práce: **Komunikace s vybranou skupinou pacientů v perioperační péči**
Téma práce anglicky: **Communication with a selected group of patients in perioperative care**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

1. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019, 330 stran. ISBN 978-80-7013-598-3.
2. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014, 368 stran. ISBN 978-80-247-4414-8.
3. TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2016, 134 stran. ISBN 978-80-271-0064-4.
4. WICHISOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013, 192 stran. ISBN 978-80-247-3754-6.
5. ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2016, 121 stran. ISBN 978-80-271-0156-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Klára Václavíková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**

Termín odevzdání diplomové práce: **16. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Komunikace s vybranou skupinou pacientů v perioperační péči jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 14. 04. 2025

Karolína Richterová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Upřímné poděkování patří vedoucí této diplomové práce Mgr. Kláře Václavíkové, Ph.D. a to především za její odborné vedení, cenné rady, čas a spolupráci při realizaci této diplomové práce.

ANOTACE

Diplomová práce je rozdělena do dvou hlavních částí, a to konkrétně na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsána základní terminologie komunikace jako samostatné kapitoly, ale také komunikace, která je úzce spjata se zdravotnickou etikou. Dále je v teoretické části popsána kapitola perioperační péče, a také je věnována jedna kapitola svodné anestezii, neboť právě ta hraje v této diplomové práci klíčovou roli. Praktická část diplomové práce se věnuje kvalitativnímu průzkumnému šetření, pro které byli osloveni pacienti nejmenovaného zdravotnického zařízení, kteří byli právě v tomto zařízení operováni ve svodné anestezii a měli tak možnost plně vnímat a následně zhodnotit komunikaci právě na operačním sále. Sesbírané výsledky jsou analyzovány pomocí tradiční metody tužka – papír.

KLÍČOVÁ SLOVA

Etické zásady. Etický kodex. Komunikace. Komunikace na operačním sále. Perioperační péče. Sestra pro perioperační péči.

TITLE

Communication with a selected group of patients in perioperative care.

ANNOTATION

The thesis is divided into two main parts, namely the theoretical part and the practical part. The theoretical part describes the basic terminology of communication as separate chapters, but also communication that is closely linked to medical ethics. Furthermore, the theoretical part includes a chapter on perioperative care, as well as a chapter dedicated to regional anesthesia, as this plays a key role in this thesis. The practical part of the thesis focuses on a qualitative exploratory study, for which patients from an unnamed healthcare facility were approached. These patients had undergone surgery under regional anesthesia at this facility and had the opportunity to fully perceive and then evaluate communication in the operating room. The collected results are analyzed using the traditional pencil-and-paper method.

KEYWORDS

Code of ethics. Communication. Communication in the operating room. Ethical principles. Nurse for perioperative care. Perioperative care.

OBSAH

| | |
|--|----|
| Úvod | 10 |
| 1 Cíle a metody práce | 11 |
| Teoretická část | 13 |
| 2 Komunikace | 13 |
| 2.1 Charakteristika komunikace | 13 |
| 2.2 Funkce komunikace | 13 |
| 2.3 Komunikační cyklus..... | 14 |
| 2.4 Komunikační styly | 17 |
| 2.5 Komunikační modely | 18 |
| 2.6 Formy komunikace, nejen ve zdravotnictví | 19 |
| 2.6.1 Verbální komunikace..... | 19 |
| 2.6.2 Neverbální komunikace | 21 |
| 2.6.3 Paralingvistická komunikace | 23 |
| 2.7 Komunikační bariéry v ošetrovatelské péči..... | 23 |
| 2.8 Nedirektivní empatický rozhovor | 23 |
| 2.9 Aktivní a pasivní naslouchání..... | 24 |
| 2.10 Evalvační a devalvační projevy v komunikaci zdravotníka | 25 |
| 3 Perioperační péče..... | 26 |
| 3.1 Charakteristika perioperační péče..... | 26 |
| 3.2 Sestra pro perioperační péči..... | 27 |
| 3.2.1 Charakteristika sestry pro perioperační péči..... | 27 |
| 3.2.2 Kompetence sestry pro perioperační péči..... | 28 |
| 3.3 Etika v perioperační péči | 30 |
| 4 Svodná anestezie | 33 |
| 4.1 Charakteristika svodné anestezie | 33 |
| 4.2 Blokáda brachiálního plexu | 33 |
| Průzkumná část | 36 |
| 5 Metodika průzkumné části | 36 |
| 5.1 Průzkumný design..... | 36 |
| 5.2 Přípravná fáze průzkumu..... | 37 |
| 5.3 Charakteristika respondentů | 38 |
| 5.4 Zpracování získaných dat | 41 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.5 | Obsahová analýza | 42 |
| 5.5.1 | Kategorie 1 – Informace získané na operačním sále od zdravotnického personálu..... | 43 |
| 5.5.2 | Kategorie 2 - Hodnocení okolní komunikace na operačním sále | 50 |
| 5.5.3 | Kategorie 3 - Zajištění bezpečnosti pacienta na operačním sále pomocí komunikace | 55 |
| 6 | Diskuze | 64 |
| 7 | Doporučení pro praxi | 75 |
| 8 | Závěr | 77 |
| 9 | Použitá literatura..... | 80 |
| 9.1 | Primární zdroje..... | 80 |
| 9.2 | Odborné články | 82 |
| 9.3 | Internetové zdroje | 86 |
| 9.4 | Ostatní | 86 |
| 10 | Přílohy..... | 88 |

SEZNAM OBRÁZKŮ, SCHÉMAT A TABULEK

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 - Lineární model komunikace (Zacharová, 2016, str. 17) | 91 |
| Obrázek 2 - Interakční model komunikace (Zacharová, 2016, str. 17)..... | 91 |
| Obrázek 3 - Transakční model komunikace (Zacharová, 2016, str. 17) | 91 |
| Obrázek 4 - Plexus brachialis (Barash et al., 2015, str. 414)..... | 92 |
| Obrázek 5 - Příklad úrazu P3 (Zdroj autor)..... | 92 |
| | |
| Schéma 1 - Představení se, aneb kdo je kdo (Zdroj autor) | 45 |
| Schéma 2 - Informace poskytnuté perioperační sestrou (Zdroj autor)..... | 47 |
| Schéma 3 - Informace poskytnuté lékařem (Zdroj autor)..... | 50 |
| Schéma 4 - Komunikace mezi členy operačního týmu (Zdroj autor) | 53 |
| Schéma 5 - Rušivé elementy způsobující nedostatečnou komunikaci (Zdroj autor) | 55 |
| Schéma 6 - Kontrola správnosti a ověření informací (Zdroj autor) | 59 |
| Schéma 7 - Zajištění bezpečnosti a sterility (Zdroj autor)..... | 63 |
| | |
| Tabulka 1 - Charakteristika průzkumného vzorku (Zdroj autor)..... | 41 |

ÚVOD

Komunikace v perioperační péči hraje klíčovou roli v kvalitě péče o pacienta a v jeho celkovém prožitku během operačního výkonu. Tato fáze léčby je pro pacienta nejen fyzicky, ale i psychicky náročným obdobím, a efektivní komunikace může významně ovlivnit jeho důvěru ve zdravotnický tým, pocit bezpečí a celkový psychický stav. Tento aspekt zdravotní péče je velmi důležitý samozřejmě i pro pacienty, kteří jsou během operačního výkonu v celkové anestezii, avšak obzvláště důležitý je v případě pacientů, kteří jsou po celou dobu operace při vědomí, pouze ve svodné anestezii a mohou tak přímo vnímat komunikaci jak s nimi samotnými, ale i mezi zdravotnickým personálem, což může mít zásadní vliv na jejich prožitky s operačním výkonem.

Cílem této diplomové práce je prozkoumat, jak vybraná skupina pacientů hodnotí komunikaci, která probíhala na operačním sále během jejich operačního výkonu, přičemž hlavní pozornost je věnována jejich subjektivním prožitkům a hodnocení kvality komunikace se zdravotnickým personálem. Tato práce se zaměřuje na čtyři klíčové oblasti: množství a kvalitu informací poskytovaných pacientům před a během operačního zákroku, interakci mezi členy operačního týmu, vliv komunikace na pacientův psychický stav a roli komunikace při zajištění bezpečnosti pacienta.

Pro získání relevantních informací byl zvolen kvalitativní průzkumný postup, jehož součástí jsou polostrukturované rozhovory s pacienty, kteří podstoupili operační zákrok, ale nebyli v celkové anestezii. Tento průzkum umožňuje hlouběji porozumět individuálním zkušenostem pacientů a identifikovat faktory, které mohou zlepšit komunikaci na operačním sále a tím i celkovou kvalitu perioperační péče. V závěru práce budou formulována doporučení pro praxi, která mohou přispět k vyšší efektivitě a empatickému přístupu zdravotnického personálu.

Tato studie přispívá k lepšímu pochopení komplexity komunikace v perioperačním období a jejímu vlivu na pacientovy pocity, bezpečí a důvěru v zdravotnický tým.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

Cíl práce

Cílem teoretické části této diplomové práce je popsat a definovat komunikaci, a to jak v obecné rovině, tak i v její užší specifikaci, konkrétně komunikaci na úrovni zdravotnický personál – pacient. Dále se budeme v teoretické části věnovat pojmu perioperační péče, nároky na zdravotnický personál na operačních sálech právě v oblasti komunikace. Neboť je komunikace nedílnou součástí etického kodexu, bude v teoretické rovině definován i tento aspekt. Vzhledem k faktu, že u oslovených pacientů bude probíhat operace v blokádě brachiálního plexu, bude téma svodné anestezie taktéž součástí teoretické části této práce.

Pro průzkumnou část této diplomové práce byl zvolen jeden **hlavní cíl**: popsat zvláštnosti komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem ve svodné anestezii na operačním sále. Na základě uvedeného hlavního cíle byly nadále stanoveny tyto **dílčí cíle**:

- **Cíl 1:** Zjistit, jaké informace získává pacient na operačním sále (v rámci představení se, ošetřovatelských postupů a informací o zdravotním stavu).
- **Cíl 2:** Zjistit, jak pacient vnímá okolní komunikaci na operačním sále.
- **Cíl 3:** Zjistit, jak je pomocí komunikace zajištěna bezpečnost pacienta na operačním sále.

Metody k dosažení cíle

Teoretická část práce vychází z analýzy odborné literatury a relevantní legislativy a zahrnuje zpracování rešerše těchto materiálů.

Průzkumná část práce bude poté zpracována jako kvalitativní průzkumné šetření, kdy bude použitou metodou sběru dat polostrukturovaný průzkumný rozhovor, a to konkrétně s pacienty vybraného zdravotnického zařízení, které předem udělilo souhlas s průzkumným šetřením. Osloveni budou pacienti, u nichž dojde k dodržení následujících kritérií:

- 1) Pacienti, kteří jsou hospitalizováni ve vybraném zdravotnickém zařízení, které udělilo souhlas s průzkumným šetřením za účelem vypracování této diplomové práce.
- 2) Pacienti, u nichž bude použita svodná anestezie, a to konkrétně blokáda brachiálního plexu.

- 3) Pacienti, u kterých nebudou použity během operačního výkonu léky k celkovému utlumení (sedativa) a budou tak po celou dobu zákroku při vědomí.
- 4) Pacienti, kteří dobrovolně souhlasili s anonymní účastí v průzkumném šetření za účelem vypracování této diplomové práce.

Rozhovory s vybranými pacienty probíhaly v období ledna – března 2024. Rozhovory probíhaly ještě v týž operační den, za prvé proto, že měli dotazovaní ještě všechny své postřehy z operačního sálu v živé paměti a za druhé, další den byli dotazovaní propuštěni do domácího ošetřování. Rozhovory byly se souhlasem pacientů a za při příslibu zachování absolutní anonymity nahrávány na zařízení mobilního telefonu. Nahrávky byly poté doslovně přepsány do písemné podoby, a to konkrétně do textového procesoru Microsoft Word. Průzkumné rozhovory probíhaly do splnění podmínky nasycení dat. Následná obsahová analýza je zpracována pomocí metody tužka – papír.

„Dobrý chirurg musí umět operovat, musí to být dobrý diagnostik a doktor. Musí mít lidský přístup, empatii a musí s tím pacientem cítit.“

(MUDr. Jaroslav Foltýn)

TEORETICKÁ ČÁST

2 KOMUNIKACE

Komunikace, slovo, jehož původ nalezneme v latině. „*Communicare est multum dare*“, v překladu znamená hodně dávat. Tato věta je zanešená v jednom z nejobsáhlejších slovníků latiny, už odpradávná platí, že komunikace spojuje lidi, a to bez rozdílu pohlaví, věku, nebo rasy, už jen proto, že je. I díky komunikaci existuje společnost. Člověk má však od ostatních živých tvorů na planetě jednu výhodu, která mu umožňuje navazovat sociální vazby a dorozumět se, tou výhodou je mluvené slovo – řeč. (Zacharová, 2016, str. 10-13)

2.1 Charakteristika komunikace

Komunikace je děj, při kterém dochází k předávání informací mezi dvěma, nebo i více komunikačními činiteli. Při komunikaci mezi lidmi dochází nejen k předávání informací, ale také ke sdílení sociálních vazeb, které jsou velmi důležitým sociálním činitelem. Komunikací informace nejen šíříme dál, sdílíme spolu slova, či pocity, ale také je díky komunikaci přijímáme. Komunikací nejenže kontakty navazujeme a živíme je, ale můžeme je také ničit. (Mikuláščík, 2010, s. 15)

Bylo vydáno spousta knih, jejímž hlavním tématem je právě komunikace. V těchto knihách nalezneme velké množství definic, některé se zaměřují na stránku spíše obsahovou, jiné pojímají komunikaci a její prostředky více psychologicky. Dle Mikuláščíka jsou výstižně shrnuty základní charakteristiky komunikace – komunikace je nástroj potřebný k sebevyjádření; komunikaci chápeme jako přenos a výměnu informací v mluvené, psané, či obrazové podobě; o komunikaci lze říct, že jde o proces, kdy jedna osoba informaci předává jiné osobě prostřednictvím určitého kanálu.

2.2 Funkce komunikace

Jak je již nastíněno v úvodní části, tak každý komunikační proces má svůj smysl. Do základních funkcí komunikace bezpochyby patří funkce informativní (jde o jasné oznámení, předání faktů); funkce instruktážní (zde jde o to člověka něco naučit, něco vysvětlit, zasvětit jej do daných postupů – ve zdravotnictví velmi důležitá funkce); funkce persuasivní (lze říci „přemluvit“ člověka, změnit jeho názor a to buď tak, že na něj působíme skrze city, či racionálně pomocí argumentů); funkce operativní (v podstatě se nějak vzájemně domluvit, najít společné východisko, řešení); funkce zábavná (tato funkce je bezpochyby nejčastěji využívána při komunikaci s dětmi, jde o to dítě rozveselit, pobavit, často lze použít

např. hračky pro modelovou situaci, atp.); Mikuláščík k výše zmíněným funkcím přidal ještě další funkce komunikace – funkce poznávací (sdílení osobních zážitků, co člověk zažil, na co rád vzpomíná); funkce motivující (člověk posiluje sám sebe, buduje si k něčemu konkrétnímu vztah, pro jedince velmi důležité z pohledu uspokojování potřeb); funkce společensky integrující (zde záleží na jedinci, do jakých společenských sfér má touhu se zařadit); funkce svěřovací (každý má někdy potřebu sdělit své pocity, myšlenky, ať už chce ulevit svému svědomí, nebo se pochlubit s nějakým úspěchem, jde o uvolnění stresu, nebo sdílení radostných okamžiků); funkce socializační (základní vztahy mezi jedinci, člověk nalézá nové vztahy, zvyšuje pocit sounáležitosti); funkce osobní identity (ujasnění vlastních myšlenek, postojů, postřehů a názorů, velmi důležité pro jedince samotného); funkce úniková (pokud člověk cítí zmatek, či je zkroušený, smutný, je přirozené, že nachází útěchu právě skrze komunikaci, kdy se svěří druhému člověku o svých těžkostech) (Mikuláščík, 2010, str.21-22). Pro zdravotní sestry a ostatní zdravotnický personál je velmi důležitý fakt, že právě komunikace je základním pilířem ošetrovatelského procesu, na jejímž základě jsou realizovány veškeré bio-psycho-sociální potřeby pacienta. (Trachtová a kol., 2018, str. 21)

2.3 Komunikační cyklus

Nikdo z nás se nerodí s dokonalými komunikačními znalostmi a schopnostmi. Každý, kdo chce efektivně komunikovat na sobě musí pracovat. Dobrá komunikace není samozřejmostí, ačkoliv si to někteří jedinci myslí. Dalo by se říct, že ke správné komunikaci je zapotřebí asertivita, což lze označit jako takový styl jednání, který se obejde bez agrese a manipulace, a přesto si komunikátor prosadí svou, avšak bez zbytečného nátlaku (Honzák, 2015, str. 185). Správný komunikační cyklus obsahuje pět základních elementů. Prvním z nich je bezpochyby komunikátor (autor/odesílatel), již ze slova odesílatel je zřejmé, že se bude jednat o osobu, která zprávu tzv. vysílá, nebo taky předává dál. Komunikátor může být bezpochyby ovlivněn svými pocity, či kulturou, ze které pochází, svým vzděláním, výchovou a v neposlední řadě také jazykovými znalostmi, kterými je vybaven. Občas může dojít k tomu, že komunikátor nerespektuje fakt, že komunikace je dvoustranná aktivita a přebírá otežje jen on sám, to znamená, že pouze mluví – vysílá, ale nenaslouchá. Dalším elementem je komuniké (vlastní zpráva), jde o hlavní ideu, kterou chce komunikátor poslat dál. Komuniké lze předávat jak ve formě mluvené, tak tištěné, či pomocí neverbálních znaků. Zde si musí dát komunikátor pozor, aby zvolil správný komunikační nástroj a také jazyk, tzv. kódovací jazyk, jež je základní formou. Autor zprávy musí mimo jiné volit i správná slova, měl by se vyhýbat výrazům, pod kterými si mohou příjemci představit odlišnou věc. Zejména při kódování by měl

komunikátor respektovat jisté zásady, a to především určit cíl (co chce vlastně předat – chce pouze vyslat myšlenku, či názor, nebo jeho přáním je zaujmout příjemce natolik, aby se rozhodl změnit vlastní hluboce vštípené postoje a názory – toto je nutné si předem stanovit); předávaná informace by měla být stručná, jasná a lehce pochopitelná (není vhodné používat cizí výrazy, či matoucí slovní hříčky); sdělení by mělo být „šité na míru“ dané osobě; dále je nutné brát zřetel na formu komunikace, která se musí pohybovat v mezích slušného chování; komunikátor by se měl vyhnout dvojsmyslům; a co je velmi důležité – verifikace sdělení, tzn. vždy je vhodné ověřit si, zda příjemce komuniké pochopil. Verifikace nemusí probíhat jen na konci sdělování, může být již v průběhu komunikace (Mikuláščík, 2010, str. 24-25)

Kódování je do jisté míry ovlivněno jak slovní zásobou, jazykem, ale stejně tak i nasloucháním, ochotou komunikátora, jak je připravený vnímat postoje a názory příjemce. Naproti kódování stojí dekódování, což lze nazvat procesem rozluštění, tzn. způsob myšlení jedince, který danou myšlenku přijmul. Nejen komunikátor by se měl snažit a dodržovat jisté zásady pro efektivní komunikaci, totéž platí i pro stranu druhou – pro příjemce. Ten by měl mít v rukou moc nad svými emocemi, nechat komunikátora dohovorit, neskákat mu do řeči, i zde je nutné mít na paměti pravidla slušného chování. Ke komunikaci patří jistě i neverbální stránka slova, díky postojům, gestům, či mimice může autor zprávy pozorovat, zda má o informaci příjemce jistý zájem, či nikoliv. Pro příjemce je mnohdy těžké dekódovat obsah, který zahrnuje cizí výrazy, kterým daný člověk nerozumí. S tímto problémem se lze často setkat právě ve zdravotnictví, kdy se např. lékař snaží pacientovi vysvětlit jeho diagnózu, ale použije tolik cizích slov, že danou zprávu nemůže být příjemce schopen dekódovat, pokud se nejedná o člověka pracujícího ve zdravotnickém prostředí. Zde bohužel nepomůže ani vřelé slovo, ani empatie (Mikuláščík, 2010, str. 25-26)

Samotný účel jazyka může být buď denotativní, či konotativní. Pod pojmem denotativní rozumíme význam obsahu konceptu, kdežto konotativní se zaobírá myšlenkami, postoji, nebo emocemi. Při klasické komunikaci mají vysílané zprávy až v 70% význam konotativní.

Dalším, třetím elementem v komunikačním cyklu je komunikační kanál, nebo také tzv. prostředek vyjádření. Jde v podstatě o postup předávání informací, který si volí komunikátor. Komunikační kanál může být buďto přímý, lze ho též nazvat jako komunikace tváří v tvář („face to face“). Jde o velmi často využívaný komunikační kanál, při kterém jsou využívány zvuky (auditivní kanál) a jejich výraznost, nonverbální projevy (vizuální kanál – mimika), doteky (hmatový kanál – haptika), dokonce sem patří i např. vůně, či chuť. Přímý

komunikační kanál je bezpochyby tvořen mimo jiné i celkovým vzhledem komunikátora, může to být např. oděv, účes, upravené nehty, příjemce si všimá i detailů jako je např. tetování, nebo piercing na těle komunikátora. Na zprostředkování komunikace se může podílet dokonce i několik komunikačních kanálů současně. Jak je již uvedeno výše je známý přímý komunikační kanál, druhým typem je pak zprostředkovaný komunikační kanál. Do tohoto podtypu jsou zařazeny např. mailové konverzace, dopisování skrze prostřednictví mobilních telefonů, ať už se jedná o SMS, MMS, nebo messenger. Vždy je třeba volit nejen správný komunikační kanál, ale také zvolit vhodný čas pro předání informací. Předposledním, v pořadí čtvrtým elementem komunikačního cyklu je komunikant neboli příjemce sdělení. Stejně jako komunikátor má i komunikant své emoce, dorozumí se určitým jazykem, má jisté návyky, byl vychován v určité kultuře, zkrátka každá bytost je individuální osobnost a má své potřeby. Jak je již zmíněno výše, komunikant by neměl komunikátora přerušovat v projevu, ale také by měl mít cit pro neverbální komunikaci, kterou na sobě dává autor zpráv znát. Příjemce by neměl hodnotit informace pouze subjektivně a dávat prostor příliš osobnímu dojmu. Mohlo by totiž dojít např. k tomu, že si z dané informace příjemce odnese to, jakým způsobem byla zpráva vyjádřena, ale samotný obsah (důležité sdělení) si nezapamatuje. Každý by se proto měl snažit být objektivní. Zde je důležité zmínit termín zvaný komunikační šum. Jde o jev, který může negativně ovlivnit příjem sdělení, dokonce jej může zcela přerušit. Komunikační šum může být buď fyzický (za tento ruch nemůže ani komunikátor, ani komunikant – šum je způsobem něčím z vnějšku, např. rušná silnice, nebo ostré sluneční paprsky, které ruší oba komunikační cykly); naproti tomu šum fyziologický již pramení z konkrétního problému komunikátora, nebo komunikanta, může se jednat např. o poruchy řeči komunikátora (špatné vyslovování, ráčkování, huhlání), nebo sem jistě patří i vady zraku, či sluchu. V neposlední řadě může jak komunikátora, tak příjemce omezovat třeba bolest, nebo jiný tělesný diskomfort. Šum psychologický může taktéž ovlivnit celý průběh komunikace, ať už se jedná o momentální psychické stavy, nebo přímo o některou z psychických nemocí (např. emoční labilita, úzkost, aj.). A posledním typem komunikačního šumu je šum sémantický. Tento typ šumu může být způsoben např. cizím/odlišným jazykem, používání odborných výrazů, použití jiného jazykového slangu atp. A pátým, tedy posledním elementem komunikačního cyklu je zpětná vazba neboli feed back. Ať už by se jednalo o odezvu pozitivní, nebo negativní, je důležitá. V případě výrazu pokerového hráče lze jen těžko soudit, zda byla vysílaná informace příjemcem zpracována a zcela správně pochopena, či nikoliv. Je v pořádku použít slova, zeptat se, souhlasit, nebo odmítnout. Je také v pořádku použít nějaké nonverbální gesto, ať už se jedná o kývnutí, nebo úsměv. (Tomová a Křivková, 2016, str. 22-26)

2.4 Komunikační styly

Jak je již zmíněno výše, komunikace má svůj jistý smysl a měla by plnit určitou funkci, ať už je to povídání bez hlubšího významu, které ale spojuje a vznikají tak sociální interakce, nebo třeba posílit, či pozměnit nějaký stav, třeba pacientův postoj ke kouření. Na základě toho, jakou náplň komunikace má je uceleno pět stylů, které se odráží v naší kulturní sféře. Prvním stylem je styl konvenční, jehož náplní je prostě konverzovat. U konvenčního stylu probíhá komunikace jasně, výstižně a krátce. Člověk, který komunikuje daným stylem by měl mít osvojené znalosti chování a celkově by měl umět dobře vystupovat. Samozřejmostí by měl být určitý odstup mezi lidmi, a to jak psychologický, tak prostorový. Pro tento styl není typické užití a projevení hlubších emocí, není zde tolik prostoru na případné dotazy a nejistoty. Dalším, druhým stylem, je styl konverzační, který je součástí základů pro správné komunikování. Jak je již patrné z názvu, tento styl dává prostor ke konverzaci, kdy si dva, či více jedinců může vyměňovat pro ně zajímavé, nebo důležité informace, postřehy, či názory. Na rozdíl od konvenčního stylu, zde se již dává možnost průchodu emocí, kdy bývá úspěšná komunikace opředena příjemnými emocemi. Někdy se může prolínat styl konvenční se stylem konverzačním, ale to závisí na dané situaci. Vztahy mezi účastníky komunikace by měly být vyvážené a naladěné na podobné vlně. Dále je známý styl, u kterého platí, že jeden z účastníků je výše a druhý níže, dalo by se říct, že jeden je v podstatě nadřizený a druhý podřizený – tento styl se nazývá operativní. Operativní styl je využíván při nesouměrném postavení osob, zde jsou jasně dané pozice a kompetence, každý ví, do jaké škatulky zapadá. Jelikož tento fakt obě strany ví, tak se podle toho také chovají a umí s tímto faktem pracovat. Předávané informace jsou stručné, někdy možná až direktivní. Co je však důležité je to, že obě strany se k sobě chovají slušně, neuráží se a nedochází k přílišné příměsi emocí do hovoru. Operativní styl komunikace je typický pro některá povolání, např. pro hasiče, záchranáře, nebo policisty. Předposledním uvedeným stylem je styl vyjednávací, o kterém lze říct, že je již dosti obtížným komunikačním stylem. U tohoto stylu je typické, že vyjednávají dvě strany, přičemž obě z nich by měly být v rovnocenném postavení. A posledním komunikačním stylem je osobní/intimní styl, který je od předchozích stylů rozdílný v tom, že je samotným nástrojem pro uspokojování lidských potřeb a přání. V osobním stylu se klade velký důraz na emoce a na emoční prožívání jedince. Samozřejmostí pro zachování intimity je vzájemná důvěra účastníků, umění empatie a úplné přijetí toho druhého. Je naprosto normální, aby se u každého jedince tyto komunikační styly střídaly, vše závisí na dané situaci, osobnosti jedince a také komunikačními dovednostmi, kterými je člověk vybaven. Pokud nahlédneme do zdravotnictví, zdravotní sestra využívá

zejména dva komunikační styly, které uplatňuje při práci s pacientem. Styl symetrický, kdy dochází v podstatě k vyrovnaným vztahům na pozici sestra/pacient, úměrně se zde střídá role posluchače a příjemce (tzn. chvíli hovoří sestra, chvíli pacient), oba mají stejná práva a obě strany komunikují prakticky na stejné úrovni. V symetrickém stylu je jistě prostor i pro neverbální komunikaci. Naproti tomu může být využit styl asymetrický, kdy přebírá otěže pro komunikaci sama sestra a dochází tak ke vztahové dysbalanci. Sestra používá při verbální komunikaci příkazy, nebo naopak zákazy a přikládá různé rady a tipy směrem k pacientovi (Zacharová, 2016, str. 11-13).

2.5 Komunikační modely

Komunikace jako taková není stav stálý, naopak je to stav neustále se vyvíjející, posouvá se v závislosti na komunikačních cyklech a také na čase, je proměnlivá. Jedince ovlivňují nejen fyziologické pochody, ale také emoce, a to vše se odráží posléze i v komunikačních modelech. Dřív se komunikace v modelech vyznačovala jako proces, který jde jednosměrnou cestou, a to od komunikátora směrem k příjemci, tento zastaralý model se nazývá tzv. lineární pohled. (Obrázek 1). Dnes je již však dokázáno, že lineární model není schopen registrovat vzájemnou asimilaci mezi dvěma jedinci. Lineární koncepce byla později nahrazena tzv. interakčním pohledem, kdy je principem to, že mluvčí s příjemcem střídají své pozice. (Obrázek 2). V současné době je využíván tzv. transakční proces. Při tomto procesu zastává současně každá osoba jak v roli posluchače, tak i mluvčího. (Obrázek 3). V rámci zdravotnické péče jsou na základě transakčního procesu využívány modely komunikace, které jsou využívány přímo „na míru“ danému pacientovi, v danou chvíli. Literatura uvádí terapeutický model, ten je součástí ošetrovatelské péče o pacienta, často jej lze využít k edukaci pacienta. Další model, tzv. model kvalifikovaných lidských vztahů si zakládá na faktu, že komunikace má dopad na samotné zdraví jedince, kdy by měl zdravotník být schopen poskytnout pacientovi informace z různých pohledů. Naproti tomu např. takový informační model, což je další typ modelu, si zakládá na jasném a stručném předání pokynů, obvykle se obejde bez jakýchkoliv citových projevů, jde prakticky o určité oznámení směrem k pacientovi. Další, hovorový model, je prosté povídání pacienta směrem ke zdravotnickému personálu o jeho životě, či nějakých těžkostech, k takovému hovoru může dojít například při ranní hygieně, či napichování kanyly. Dialogický model si zakládá na vzájemné důvěře, pacient se může otevřít a svěřit prakticky s čímkoliv, většinou jde o vážnou komunikaci. A posledním modelem je model sociální, který se odráží od pacientových postojů, jeho chování a smýšlení, zvyků a vychování. Sem je zahrnuto např. představení se – podání ruky, seznámení. Při práci

ve zdravotnictví samozřejmě není možné využít pouze jeden daný model, v komunikaci s pacientem se během jedné služby modely různě střídají, prolínají a některé dokonce opakují, vše záleží na dané situaci a na individualitě jedince (Zacharová, 2016, str. 16-18).

2.6 Formy komunikace, nejen ve zdravotnictví

Komunikaci jako takovou dělíme do dvou velkých základních skupin, které jsou dále členěny na své specifické podskupiny, konkrétně hovoříme o komunikaci verbální a neverbální. Nejen zdravotní sestra, ale i ostatní zdravotničtí pracovníci by měli ovládat obě formy komunikace, neboť právě komunikací se v jejich profesi dozvědí spoustu přínosných informací a často mohou právě slovem člověku velmi pomoci, ale bohužel i ublížit. Mnoho o člověku prozradí právě neverbální gesta, která lékaře mohou iniciovat správným směrem, a to nejen při stanovování diagnózy. Důležitý je již první dojem při prvotním střetnutí zdravotníka a pacienta. Klíčem k úspěchu je důvěra, vzájemná úcta a autenticita, jedině tak může dojít k pochopení, budování kladného „pracovního“ vztahu a následně ovlivnit léčbu samotnou. Z poslední věty vyplývá, že za tímto stojí právě správná technika komunikace (Bednařík a Andrášiová, 2020, str. 37-40).

2.6.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace neboli také forma tzv. mluvená, do které však mimo jiné spadá i komunikace psanou formou. Mluvit se člověk učí již od velmi raného dětství, díky komunikaci později zapadá do sociálních skupin, takže je to právě verbální komunikace, která je naprostým základem pro žití ve společnosti (Janoušek, 2015, str. 10-11). Cíle verbální komunikace mohou být různé, jde zejména o cíle v rovině emocionální, kognitivní a motivační. Tato forma komunikace může probíhat buď v tzv. racionální rovině, která je založena na čistě účelném, logickém uvažování, obvykle bychom zde těžko hledali nějaké emoce. City se spíše projevují v rovině druhé a tou je právě rovina emocionální, která přihlíží na to, jakým způsobem jsou informace pokládány, příjemce si všímá momentálního citového rozpoložení komunikátora, zda je veselý, či smutný atd. Příjemce v podstatě nepřijímá od člověka pouhé informace, jako v racionální rovině, ale přihlíží na jeho celistvou osobnost, do které jistě spadají i city. Jak je již zřejmé, verbální komunikace může probíhat formálně, to znamená, že se na ni obě strany nějakým způsobem předem připravují, mají sepsané např. i nějaké otázky, příkladem může být třeba přijímání nového pacienta na některé oddělení v nemocnici. Naproti tomu stojí komunikace neformální, na kterou se obvykle není třeba nijak připravovat, nebývá nijak strojená, může jít o rozhovor mezi přáteli, nebo o neformální hovor mezi zdravotníkem a pacientem. Ať už jde o komunikaci formální, nebo neformální

a ať už hovoříme s člověkem pro nás cizím, nebo s blízkým přítelem, je vhodné vyhýbat se nevhodným slovům, nebo alespoň jejich nesprávnému zařazení do vět. Často jsou takovými slovíčky např. „ale“; „měl/a byste“; „vždy“; „nikdy“ atd. Je vhodné ujasnit si, co vlastně má dané osobě zpráva dát a také se přizpůsobit příjemci – jeho tempu, intelektu, přizpůsobit rychlost řeči. Každý, kdo komunikuje by se měl umět také vcítit, tzn. použít empatii. Každý by měl určitě dostat prostor na případné otázky, a to nejlépe i zpětně, jelikož zrovna ve zdravotnictví platí dvojnásob, že pacient, který vyjde z ordinace minimálně třetinu informací úplně zapomene, je totiž zaplaven emocemi a v danou chvíli je na něho v určitém čase až příliš informací. Proto je vhodné, když má člověk možnost popřemýšlet a případně mu můžeme doporučit, aby své myšlenky a otázky sepsal a nabídnout mu možnost k dalšímu prodiskutování. Literatura však uvádí, že někteří, především starší pacienti, jsou radši pokud jim zdravotník nejenže předá informace ústní formou, ale také jim poskytne nějaký letáček, či soupis informací, a to právě z toho důvodu, že mají strach, že si z ústního sdělení nebudou většinu informací pamatovat (Jedličková a Hodová, 2013, str. 24-26). Při verbální komunikaci, která má mít pozitivní efekt je nutné, aby komunikátor plně věnoval svou pozornost příjemci a mělo by to být samozřejmě vzájemné. Není vhodné, aby např. lékař neudržel s pacientem oční kontakt, nebo aby se polovinu hovoru věnoval obrazovce na monitoru. Stejně tak ale není vhodné, aby např. při ranní vizitě v nemocnici pacient sledoval obrazovku svého mobilního telefonu a neposlouchal lékařova slova. Nejen, že to z obou stran není vhodné, ale také je to velmi neslušné. Zdravotník může pro komunikaci využít různý typ rozhovoru pro potřebné získání/předání informací. Takovým rozhovorem může být např. terapeutický rozhovor, který vychází z myšlenky, že i slovem se dá uzdravit, je zde velký prostor pro pacientovi pocity. Diagnostický rozhovor je taktéž využíván hojně a je důležitý při sestavování anamnézy a ke správnému nastavení ošetrovatelské péče a léčby. Pro prosté sdělení zdravotník použije informační rozhovor, může jít např. o podání informací před anestézií, nebo před operačním výkonem, který pacienta čeká. Jak je známo, tak právě před těmito procedurami pacient podepisuje tzv. informovaný souhlas, ve kterém jsou veškeré potřebné informace zaneseny. Pacientovým úkolem je, aby si jej přečetl a svým podpisem poté stvrzuje, že všemu porozuměl a s výkonem souhlasí. Vystává otázka, zda je toto nutné absolvovat pouze z pohledu právního hlediska, nebo také především proto, aby si zdravotníci ušetřili trochu času a nemuseli pacientům dané výkony zdlouhavě vysvětlovat. Posledním typem rozhovoru je edukační rozhovor a jak již z názvu vyplývá, tak cílem tohoto hovoru bude pacienta něco naučit, nebo mu předat nové znalosti. V tomto případě obzvlášť platí, že by měl mít zdravotník na pacienta dostatek času, aby mu mohl v klidu vše vysvětlit, prakticky

předvést, a to třeba i několikrát. Ne každý vše pochopí z jednoho sezení, nebo z jedné praktické ukázky (Zacharová, 2016, str. 61).

2.6.2 Neverbální komunikace

Neverbální, někde uvedena též pod pojmem nonverbální, komunikace je druhou formou komunikace, která má pod sebou spoustu podtypů. Obecně lze neverbální komunikaci charakterizovat jako řeč beze slov, nebo také jako řeč těla. Neverbální komunikace nepodléhá tolik kontrole, jako verbální, většina neverbálních projevů se děje na tzv. nevědomé úrovni, bezděčně. To, co mluveným slovem vyjadřujeme, ale nemyslíme to zcela vážně na nás často mohou prozradit právě neverbální gesta, která mnohdy prozradí více než slova mluvená. Literatura dokonce uvádí, že samotná řeč těla, ovlivňuje posluchače v 55 %, hlas ve 38 % a slovo mluvené pouze v 7 % (Trachtová a kol., 2018, str. 21-22). Děti mají často vštípené jisté neverbální signály, které vyzpozorovaly od svých rodičů a tyto signály si mohou přenést později i do dospělosti. Literatura uvádí šest významů vzájemného ovlivňování se verbálních a neverbálních gest, a to tak, že neverbální gesta zesilují komunikaci verbální (např. ostrý pohled při verbální komunikaci dokládá důraz na vážnost situace); často nějaké i třeba drobné neverbální gesto doplňuje slovo mluvené (např. mrknutí, kývnutí hlavou); neverbální gesta mohou záměrně dementovat verbální sdělení (např. překrytí úst rukou); reguluje (např. pokud chce někdo vstoupit do hovoru, nebo má nějaký dotaz, může se přihlásit pomocí zdvižené paže apod.); neverbálním gestem lze podporovat/opakovat (např. pokynutí k východu ze dveří lze naznačit pomocí ruky); a také může neverbální komunikace nahrazovat, což se používá ve spoustě případů, jde např. o kývnutí hlavy na souhlas, nebo naopak nesouhlas, vzpřímená dlaň jako výraz „stop“ apod. Rozluštit správně řeč pacientova těla by mělo být stejně tak samozřejmé, jako porozumět slovu mluvenému. Jak je již napsáno výše, neverbální komunikace je souhrnné označení pro několik skupin, které rozlišujeme. Jednou z nejvýraznějších skupin je mimika. Je to právě obličej, na kterém lze rozeznat momentální rozpoložení jedince, obličej je hlavním místem na těle, které sledujeme, pokud s někým komunikujeme, přesněji řečeno jsou to oči, do kterých se díváme a odráží se v nich to, co člověk říká slovy, nebo právě naopak. Při komunikaci si nevšímáme pouze řeči očí, ale všímáme si také úst. Zejména úsměv je zajisté jedna z nejúčinnějších složek neverbální komunikace (Zacharová, 2016, str. 61). Oční kontakt má v neverbální komunikaci nezastupitelné místo, literatura jej nazývá jako vizitka. Pokud je člověk v roli hovořícího, má menší oční kontakt, naproti tomu, pokud člověk naslouchá, oční kontakt je mnohem výraznější. Další složkou neverbální komunikace je gestika, což jsou úmyslné pohyby rukou,

hlavou a někdy dokonce i nohou. Jsou to pohyby, kterými chce daný člověk něco říct anebo zdůraznit projev mluvený – verbální. Gestika má ještě starší kořeny než řeč mluvená, v dávných dobách to byla právě gesta, díky čemu se lidé domluvili. Kinezika vyjadřuje komunikaci pohybem, a to především chůzí, každá osobnost má své typické pohyby a literatura dokonce uvádí, že na pacientech lze dle kineziky poznat, zda se jejich zdravotní stav lepší, či nikoli (Tomová a kol., 2016, str. 35-42). Do neverbální komunikace je zařazena také haptika, neboli komunikace skrze doteky. Nezastupitelné místo zde má podání ruky. Dotyk může vyvolat pozitivní emoce, a to třeba při pohlazení po vlasech, nebo naopak emoce negativní, např. při pohlavku. Co se však doteků týče, člověk musí být obezřetný, někdo přijme dotyk rád, ale někomu může být například i chytnutí za ruku naprosto proti srsti (Wendsche a kol., 2012, str. 68). Některé zahraniční studie však dokazují, že právě dotykem, a to např. chycením za rameno, nebo za ruku se dá vyjádřit člověku náklonnost, či otevřenost, aby cítil naši podporu. I vřelým dotekem může zdravotník při rozhovoru snížit pacientův strach a stres před, nebo během operačního výkonu (Krupic, 2019, str. 1-9). Neverbální znaky lze také vyjadřovat prostřednictvím postoje a celkového držení těla, což se odborným názvem značí jako posturika. V celkovém postavení těla lze vyčíst napětí, strach, nebo i bolest. Další nezastupitelnou složkou neverbální komunikace je proxemika, kterou se vyjadřuje vzdálenost mezi komunikujícími. V běžném životě potřebuje každý jedinec svůj osobní prostor, tato hranice je u každého člověka individuální. Pokud je tato hranice překročena, nemusí to být dané osobě příjemné. Ve zdravotnictví musí jít často osobní prostor stranou, ačkoli by to nemělo být samozřejmostí. Jsou ovšem situace, které by se bez narušení osobního prostoru neobešly. Pokud dojde k velmi těsnému kontaktu, jedná se o tzv. intimní zónu. Osobní zóna odděluje účastníky komunikace zhruba na jeden metr. Pro styk ve společnosti je často užívána tzv. společenská zóna, která udržuje účastníky komunikace zhruba na jeden a půl až tři a půl metru. Poslední zónou je zóna tzv. veřejná a ta je větší než tři a půl metru. V této zóně už je téměř nemožné zaměřit se na detaily dané osoby, např. u přednášky na nějaké konferenci. Vyhrazení osobního prostoru se dá taktéž vyjádřit jako teritorialita, což je další složkou neverbální komunikace. Komunikace se dá jistě také vyjádřit, či podporovat barvami, oděvem anebo dokonce i prostorovým uspořádáním. Jakákoliv složka neverbální komunikace dokáže říct víc než několik mluvených slov anebo alespoň mluvené slovo podpořit na významu. Možná se s přidáním neverbálních gest dají odbourat alespoň některé z komunikačních bariér v ošetrovatelské péči (Boukalová a kol., 2023, str. 25-27)

2.6.3 Paralingvistická komunikace

Jakýsi přechod mezi verbální a neverbální komunikací literatura nazývá termínem tzv. paralingvistická komunikace. Prvky paralingvistické komunikace lze nazvat také jako akustikou mluveného slova. Hlas je hlavním nástrojem lidské sociální komunikace. Díky hlasu je komunikace ovlivněna hlasitostí, přízvukem a slovosledem, rychlostí hovoru a tempem řeči a také intonací (Zacharová, 2016, str. 65-66). Ač se tato skutečnost nemusí zdát tolik důležitá, právě hlas velmi ovlivňuje to, jak celou informaci příjemce přijme. Hlasem lze ovlivnit nejen výslovnost, ale především tóninu, a to dokáže komunikaci značně zasáhnout. (Taylorová a kol., 2010, str. 78)

2.7 Komunikační bariéry v ošetrovatelské péči

Jak je již uvedeno v předchozích podkapitolách, komunikace je velmi složitý proces, který je ovlivněn nejen osobnostními stranami účastníků komunikace, ale také faktory působícími z vnějšku. Podle tohoto lze rozdělit komunikační bariéry na dvě základní skupiny, a to konkrétně na bariéry interní a externí. Do interních bariér je řazeno to, co se děje uvnitř mysli, v hlavě daného člověka, mohou to být třeba nesympatie, strach z nezdaru, nebo nemožnost se soustředit. Naopak do externích bariér se řadí vše, co přichází z vnějšku, ať už je to velká vzdálenost mezi komunikujícími, hlasitý hovor z vedlejší místnosti, ruch z ulice apod. Komunikační bariéry jsou tedy veškeré překážky, které brání efektivní komunikaci. Mezi jednu z hlavních komunikačních bariér v ošetrovatelství patří rozhodně informační přetížení, ke kterému dojde při absolutním zahlcení pacienta veškerými informacemi. Dalšími bariérami mohou být dále např. rozdílnost v kódování a dekódování sděleného, špatná volba komunikačního média, chybní zpětné vazby, používání cizích termínů, osobní interpersonální konflikty, a jiné (Tomová a kol., 2016, str. 26-28). Ačkoli se tomuto faktu obvykle nepřikládá důležitost, pravdou je, že je to právě komunikace, co ovlivňuje hladký průběh celého operačního výkonu a následného pooperačního zotavování. Neefektivní, či nedostatečná komunikace přináší chyby, proto je na místě, že komunikace je již při studiu zdravotnických oborů samostatným předmětem. A i po studiu je neustále co zlepšovat (Berhe et al., 2023, str. 1-7).

2.8 Nedirektivní empatický rozhovor

Nedirektivní empatický rozhovor je záležitost, která není samozřejmá, je to velmi významná schopnost zdravotnického pracovníka. Za zakladatele nedirektivního empatického rozhovoru je považován Carl R. Rogers, jenž byl v minulém století velmi významný americký psycholog

a psychoterapeut a je proto právem považován za jednoho z nejvýznamnějších zakladatelů humanistické psychologie. To právě on založil tzv. psychoterapii rozhovorem, z níž nedirektivní empatický rozhovor vychází. Při tomto typu rozhovoru je důležité, aby se pacient cítil dobře a v bezpečí. Zdravotník by mu měl poskytnout svou přátelskou náruč, vyslechnout jej, umět podpořit, ale, a to je velmi důležité – nesoudit. Nejde pouze o ledajaký přátelský rozhovor, jde o hluboké vyjádření myšlenek a pocitů, které pacienta trápí a která mu mohou způsobovat až fyzickou bolest, či přímo nemoc samotnou. Často se stane, že pacient nehledá odpověď na své trápení, nechce ani žádné vysvětlování, či slovní podporu, stačí jej pouze vyslechnout a dopřát mu čas. Při nedirektivním rozhovoru lze využívat jak aktivní, tak i pasivní naslouchání, jimž je věnována následující podkapitola (Zacharová, 2016, str. 47). V předoperačním období je možno právě díky komunikaci s pacientem navázat vztah, nejen, že zdravotní sestra pacientovi naslouchá, ale také mu poskytne potřebné informace. V intraoperačním období je věnována pozornost pacientovým potřebám a přáním, a to především skrze komunikaci, a to i tu neverbální, kdy by sestra měla umět číst v řeči pacientova těla. I v pooperačním období je potom vhodné komunikaci zajistit, aby pacient věděl, jak operace probíhala, jak dopadla a jak mohou její výsledky ovlivnit fungování pacientova života do budoucna (Abelsson, 2020, str. 1-8). Empatie neboli vcítění se do životní situace daného člověka je velmi náročná záležitost (Honzák, 2015, str. 221). I při snaze být empatický musí být zdravotník obezřetný a volit správná slova, především je třeba vyvarovat se přirovnávání k jiným pacientům, nedávat nevyžádané rady, dávat si pozor na přerušování pacienta v hovoru, a především myslet na to, že empatie nerovná se chlácholení. Ač se může na první pohled zdát, že chlácholení člověka utěší, tak je tato představa mylná. Dalo by se říct, že chlácholením pacientovi zdravotník lže (Bednařík a Andrášiová, 2020, str. 135-136).

2.9 Aktivní a pasivní naslouchání

„Naslouchající používá obě hemisféry mozku, intuitivně chápe, smyslově cítí, naslouchá, aby porozuměl, soustředí se na sdělení.“ (Mikuláščík, 2010, str. 92) Není to pouze empatie, co by měl mít zdravotnický pracovník v malíku. Každý profesionál, který pracuje ve zdravotnictví by měl umět také aktivně naslouchat, což je jistě specifickou dovedností, která je založena nejen na osobnostních předpokladech, ale i na zkušenostech. Důležité je nesplést si pojmy poslouchat a naslouchat. Ačkoliv by se mohlo zdát, že je to totéž, tak není. Nasloucháním se posluchač snaží pochopit to, co daného člověka trápí a snaží se tomuto problému porozumět. Rozlišujeme aktivní a pasivní naslouchání. Pokud nasloucháme pasivně, neočekává se od nás žádná zpětná vazba, kdežto u aktivního naslouchání se vcítíme do situace

daného člověka a nějak na ni zareagujeme, tudíž od nás mluvčí dostane zpětnou vazbu (Pokorná, 2010, str. 37). Aktivní naslouchání má celkem tři fáze. První z nich je identifikace emocí, druhá pak vyslechnutí faktů a poslední, třetí fází je řešení problému. Mezi techniky, jak aktivně naslouchat literatura řadí povzbuzení (zájem o to, co nám člověk říká); parafrázování (svými slovy shrneme to, co nám druhý řekl); objasnění (sběr informací k jasnému ucelení problému); ocenění (podpora, pochvala); zrcadlení (snaha zachytit pocity mluvčího, jejich verbální ztotožnění) a také shrnutí (shrnutí nejdůležitějších informací a myšlenek) (Tomová a kol., 2016, str. 47-50). Důležité je poskytnout člověku svůj čas a především pozornost, měli bychom navázat oční kontakt a projevit zájem o jeho slova. Je to i samotná osobnost komunikátora, co přitahuje posluchačovu pozornost (Špaček, 2014, str. 75-76).

2.10 Evalvační a devalvační projevy v komunikaci zdravotníka

Komunikací může zdravotnický personál jistě pacienta ovlivnit, jak je již zřejmé z předchozího textu výše. A to jak jeho postoje k sobě samému, tak i ke vnímání zdravotnictví všeobecně, a to především evalvačními a devalvačními projevy. Evalvační projevy jsou tou lepší možností, jak pacienta ovlivnit, či mu něco vyjádřit. Do evalvačních projevů se řadí vyjádření úcty, pochvala, zaujmutí pozornosti vůči danému člověku, kladné hodnocení, povzbuzení, vyjádření prostoru k vlastnímu projevu, trpělivé jednání, podpora, umění přimhouřit oko nad určitými chybami a nedostatky, kterých se občas každý dopustí, a dokonce sem patří i odpuštění. Evalvační projevy by měl umět do komunikace zahrnout úplně každý zdravotník, který usiluje o to, aby se zlepšil pacientův zdravotní stav, nebo aby nezanevřel na celé zdravotnictví. Opakem evalvace je devalvace, což je naprosto opačné jednání, než které je používáno při evalvací. Devalvace se projevuje např. ignorancí, skákáním do řeči, výsměchem, obviňováním, povýšeným až arogantním chováním, podceňováním, bagatelizací, kritikou před obecnstvem, zahanbením, pomluvami, nebo urážkami. Nic z toho, co je uvedeno v posledním souvětí by nebylo příjemné vůbec nikomu, a už vůbec ne člověku, který je pro nemoc hospitalizován v nemocnici a necítí se fyzicky, ani psychicky dobře (Tomová a kol., 2016, str. 46).

3 PERIOPERAČNÍ PÉČE

Perioperační péči jakožto celek můžeme shrnout jako péči o pacienta před, během a po operačním výkonu. Veškeré kroky perioperační péče se obvykle odehrávají přímo na operačním sále, nicméně např. pooperační péče se odehrává na tzv. dospávacím pokoji, který je většinou operačnímu sálu velmi blízko. Jak již lze vytušit z poslední věty, perioperační péče je rozdělena na jednotlivé specifické fáze, a to konkrétně na péči předoperační, interoperační a pooperační. Všechny kroky jsou zajišťovány zdravotními sestrami – specialistkami, a to především perioperačními a anesteziologickými ve spolupráci se sanitáři a lékaři příslušného chirurgického, či anesteziologického oboru (Wichsová a kol., 2013, str. 133).

3.1 Charakteristika perioperační péče

Rok 2004 přinesl do odvětví perioperační péče mnoho změn, a to nejen změn, které ovlivnily vzdělávání zdravotních sester, ale také se změnilo názvosloví, např. instrumentářka nově dostala označení perioperační specialista a také termíny předoperační a pooperační péče již nefigurují odděleně, ale utváří celek, který souhrnně zapadá do celkové perioperační péče. První fází perioperační péče je fáze předoperační, která je obvykle zahájena již na standardním oddělení, a to bezprostředně před odvozem pacienta na operační sál, na kterém se s touto fází poté i pokračuje. Může se jednat např. o oholení operačního pole, bandáž dolních končetin, podání premedikace, převlečení pacienta do empíru, vyjmutí snímatelné zubní náhrady, sejmutí šperků apod – to jsou všeobecné kroky prováděné téměř před každým operačním zákrokem. Perioperační sestry v rámci předoperační péče nejenže připravují operační sál k příslušnému výkonu, kontrolují provozuschopnost přístrojové techniky, samotná instrumentária, vybavení sálů a pomůcky potřebné k operativě, může se jednat o mulový a obvazový materiál, spotřební a šicí materiály, rouškování, nebo určité typy léčivých přípravků. Druhou fází je fáze interoperační, která začíná ve chvíli, kdy si pacienta na předsáli přebírá personál operačního sálu. Důležité je, aby personál přistupoval k pacientovi s respektem, dbal na jeho soukromí a snažil se o maximální komfort a také o bezpečí pacienta, takže využití bezpečnostních pásů je jistě n místě. Na operačním sále před započítím anesteziologické přípravy je velmi důležité ověřit identifikaci pacienta a jeho dokumentaci, personál by měl zajistit vhodnou komunikaci s pacientem a empatický přístup (Jedličková a kol., 2019, str.194-196). V roce 2008 byl Světovou zdravotnickou organizací vydán tzv. bezpečnostní kontrolní list, který zajišťuje bezpečnost pacienta. Tento algoritmus si může jednotlivé zdravotnické pracoviště modifikovat

na základě svých specifík. Jde o prověření, kterého se zpravidla účastní především operatér, anesteziolog, anesteziologická a perioperační sestra. Procedura je zaměřena např. na identifikaci pacienta, stranové ověření, známé alergie pacienta, či správnost operačního výkonu. Celý proces tohoto ověření nezabere členům týmu více jak čtyři minuty času. Teprve po provedení tzv. check-listu se může přistoupit k samotné anestezii a následnému operačnímu výkonu. (Langerová a kol., 2015, str. 24-29). V intraoperační péči probíhá samotný operační výkon, a to od nachystání sterilních stolků, antiseptiky operačního pole, zarouškování a samotná operace. Poslední, třetí fází perioperační péče je fáze pooperační, která začíná zakrytím operační rány, jejím zalepením/zavázáním, popřípadě fixací (např. sádrování končetiny, nebo přiložení ortézy) a posléze odvezením pacienta z operačního sálu. Obvykle je pacient překládán personálem operačních sálů na tzv. dospávací pokoj, nebo na jednotku intenzivní péče, kde anesteziologické sestry monitorují jeho fyziologické funkce v intervalech určených lékařem. Po celou dobu musí být všichni zdravotníci obezřetní a ověřovat si identifikaci pacienta. Na dospávací jednotce obvykle, po standardním a nekomplikovaném operačním výkonu, stráví pacient dvě hodiny a poté je předán zpět na standardní oddělení (Jedličková a kol., 2019, str.194-196).

3.2 Sestra pro perioperační péči

3.2.1 Charakteristika sestry pro perioperační péči

Jak je uvedeno v podkapitole výše, na operačním sále o pacienta pečují zdravotní sestry specialistky. Pro takovou sestru existuje přesný termín a tím je sestra pro perioperační péči. Z praxe je možno znát i jiné termíny pro sestry vykonávající tuto profesi a to např. sálová sestra, nebo instrumentářka (Schneiderová, 2014, str. 55). Nelze říct, že by byly tyto termíny nesprávné, spíše jde o názvy zastaralé, či jsou to názvy laické veřejnosti, v praxi se však lze setkat s takovým oslovením od lékařů, či zdravotních sester právě na operačním sále. Na operačním sále rozlišujeme tzv. instrumentující sestru, to je ta, která je oblečená ve sterilním plášti a rukavicích, připravuje sterilní stolky s nástroji, rouškovaním a materiálem na sušení, po celou dobu operace podává a také přebírá od operujícího, či asistujícího lékaře nástroje, kontroluje jejich celistvost a nástroje omývá a pečuje o ně, aby byly připraveny k dalšímu použití. Dále zodpovídá za početní kontrolu materiálu a nástrojů na konci operace, kterou provádí spolu s cirkulující sestrou. Obíhající sestra, někde také jen „obíhačka“, správně řečeno tzv. cirkulující sestra, jejíž náplň práce spočívá v přípravě instrumentária k operacím, vybalování sterilního materiálu v průběhu operace a také vybalování sterilního spotřebního materiálu a podávání jej sestře instrumentující. Cirkulující sestra je přítomna po celou dobu

operace na operačním sále a zajišťuje vše potřebné, oč si instrumentující sestra, či lékař požádají. Lze také říct, že jde o jakousi spojku mezi sterilním a nesterilním prostředím. Obvykle úzce spolupracuje se sanitářem. V průběhu operace je např. třeba změnit polohu/výšku operačního stolu, nastavit sílu svitu operačních světel, přenastavit některé přístrojové vybavení, ať už koagulační přístroj, nebo endoskopickou věž atd., a právě tyto úkony provádí cirkulující sestra, sanitář anebo oba ve vzájemné spolupráci (Jedličková a kol., 2019, str. 17-19)

Ať už jde o perioperační sestru instrumentující, či cirkulující, je to práce, která klade na osobnost člověka velmi vysoké nároky. Tato práce není snadná a pro výkon tohoto specifického povolání jsou velice důležité charakterové vlastnosti jedince, schopnost adaptace na určité situace náročného rázu, které vyžadují rychlost, přesnost, pečlivost a umění zachovat klid v kritických situacích. Samozřejmě by měly být také komunikační schopnosti, a to nejen z důvodu dobré komunikace v rámci týmu, ale také pro komunikaci s pacientem, často jsou na operačních sálech řešeny případy, pro které je správná komunikace a empatie velmi důležitá. Sestry na operačních sálech by měly být technicky a manuálně schopné, neboť často obsluhují přístrojové vybavení operačních sálů (Jedličková a kol., 2019, str. 19). Pro charakteristiku sestry pro perioperační péči je velice trefně napsán text v časopise *Sestra: „Za prací sester pro perioperační péči se skrývá lidský život a až potom obětavost, náročná technika, stres, vypětí sil a lidí, kteří tuto práci vykonávají. Práce sestry pro perioperační péči není snadná.“* (Balková, Englišová a Hauptvogelová, 2013, s. 27). Jakožto člen operačního týmu by měla sestra dodržovat jisté zásady, kterých by se při své práci měla držet. Tyto zásady samozřejmě neplatí pouze pro sestru, ale i pro lékaře a pro všechny další členy operační skupiny. Každý člen týmu má nárok na to vyjádřit své názory, důležitá je však forma toho sdělení. Sestra, ani nikdo jiný z týmu by neměl ke komunikaci využívat křik, nadávky, ponižování, či ironii. Komunikace v týmu, a i mimo něj by měla být založena na vzájemném respektu, úctě a umění využít empatii a asertivní postupy. Nejen, že se v takovém kolektivu pracuje lépe, ale také je takové prostředí příjemnější pro samotného pacienta. Každý člen týmu by měl být také schopen přiznat vlastní chyby, omluvit se za ně a nést za ně vyvozené důsledky (Balková, Englišová a Hauptvogelová, 2013, str. 27-28).

3.2.2 Kompetence sestry pro perioperační péči

Následuje stručné shrnutí pěti základních kompetencí sester pro perioperační péči dle Evropské asociace sálových sester (EORNA). Kompetenci lze definovat jako synergickou kombinaci dovedností, znalostí, hodnot, postojů a schopností, jež přispívají k efektivnímu výkonu.

Způsob, jakým sestry vnímají své kompetence tvoří neodmyslitelnou součást profesního sebevědomí a může mít vliv na výkon sestry, týmovou práci, pracovní spokojenost, nábor nových sester a také udržení v pracovním prostředí (Gillespie et al., 2018, str. 1-7). Dle Evropské asociace sálových sester, která jde neustále kupředu a stále inovuje perioperační péči o pacienty napříč celou Evropou, existuje pět stěžejních kompetencí pro perioperační sestry. První kompetence reflektuje etickou, profesionální a právní praxi. Kompetencí sestry je tedy dle EORNA analyzovat, porozumět a utvořit profesionální klinické vyhodnocení a dále hájit etické postupy a zachovat respekt vůči pacientům. Druhou kompetencí je péče a samotná praxe v perioperačním prostředí. Sestra specialista poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči s holistickým přístupem ke každému pacientovi, a to v souladu s legislativními normami, zásadami a příkazy. Třetí kompetence je zavázána mezilidským vztahům a komunikaci. Perioperační sestra navazuje efektivní interpersonální vztahy s pacientem a jeho blízkými a poté jej i udržuje. Do třetí kompetence dále spadá i mezioborová komunikace napříč spolupracujícími týmy. Čtvrtá kompetence zahrnuje manažerské, organizační a vůdčí dovednosti. Sestra specialista má za úkol vést a usměrňovat kolektiv nelékařských, lékařských a dalších odborníků, zároveň respektuje režim a cíle organizace. Pátou, zároveň pak poslední kompetencí je vzdělání, výzkum a profesní rozvoj. Sestra specialista v perioperační péči investuje čas do osobního vzdělávání a zdokonalování svého profesního portfolia, upevňuje a obnovuje si znalosti v oblasti perioperační péče, které jdou neustále kupředu a velmi rychle se vyvíjí. Ať už aktivně, nebo pasivně se podílí na výzkumu v rámci perioperační péče anebo jej alespoň podporuje (EORNA, 2019, str. 17-31). V České republice je zvykem, jak je již uvedeno výše, že perioperační setra je buď sestrou instrumentující, nebo cirkulující. V některých Evropských státech je ale perioperační sestra mnohem víc, např. vykonává úkoly zadané anesteziologem, nahrazuje tedy tak funkci anesteziologické sestry, kdy může pečovat o pacienta jak během, tak i po anestezii. V některých případech perioperační sestra asistuje operujícímu lékaři. To proto jsou kompetence sester pro perioperační péči vydané právě EORNOU obsáhlejší, než je v některých zemích nutné (Wichsová a kol., 2013, str. 51).

V České republice jsou kompetence zdravotních sester od června roku 2004 regulovány vyhláškou 424/2004 Sb. Sestra pro perioperační péči vykonává činnost dle §48 při péči o pacienta před, při a také bezprostředně po operačním výkonu. Na základě této vyhlášky má sestra kompetence na to pracovat buď bez odborného dohledu a bez indikace, to znamená, že může zejména připravovat potřebné instrumentarium, nebo materiál potřebný k operačnímu

výkonu; zajišťovat nezbytné dezinfekční a sterilizační postupy; zacházet s operačními stoly, či přístrojovým vybavením, ale také s tlakovými nádobami; vykonává antisepsi operačního pole; ve spolupráci s operátorem provádí početní kontrolu nástrojů a mulového materiálu a to zejména před zahájením a před ukončením operace (Libová a kol., 2019, str. 44-46). Naproti tomu stojí výkony, které sestra specialistka sice může vykonat bez odborného dohledu, ale pouze na základě indikace lékaře. Jsou to úkony určené k polohování pacientů na operačním lůžku a to před, v průběhu anebo po skončení operace, součástí těchto úkonů je prevence komplikací, jako jsou např. dekubity, kontraktury, či útlaky nervových struktur; dále může na základě pokynu lékaře provést zarouškování operačního pole; a samozřejmě jí je samotná instrumentace v průběhu operačních výkonů (Wichsová a kol., 2013, str. 49-50).

3.3 Etika v perioperační péči

Etika ke zdravotnictví jako takovému neodmyslitelně patří, avšak pro perioperační sestru jsou požadavky na etiku v některých aspektech trochu odlišné, než např. u sestry pracující na standardním oddělení. O tom, že jde o práci velmi fyzicky i psychicky náročnou není pochyb, nicméně sestra pracující na operačních sálech by měla být skutečně velkým profesionálem, a to jak po stránce odborné, tak i technické. Také by měla být odbornicí v rámci mezilidských vztahů, neboť některé situace během operací si žádají doslova komunikační diplomatický přístup. Sestra by měla zachovat dekorum ať se děje cokoli. Ne vždy si všichni členové operačního týmu tzv. „sednou“, operační skupina se skládá z různých typů osobnosti. I na sestře tedy závisí hladký průběh operace. Správná interní komunikace hraje v péči o pacienta klíčovou roli, neboť právě neefektivní, či nefunkční interní komunikace je jednou z nejčastějších příčin v pochybení při poskytování zdravotní péče (Kovaříková, 2016, str. 10). Perioperační sestra dbá za každých okolností na sterilitu, akceptuje veškeré požadavky operátora, ale je tam především pro pacienta, který přijíždí na operační sál se strachem, a to nejen z cizího prostředí, ale také z budoucnosti. V pacientových očích je sestra světlým bodem, o kterého se bude moci opřít, bude-li to třeba a každý z pacientů doufá, že narazí právě na sestru, která tento náročný úkol zvládne splnit, a ještě navíc s úsměvem, a tak přesně by to mělo být (Špaček, 2021, str. 117-118). Již v minulém století, konkrétně roku 1953 byl vydán tzv. etický kodex sestry, který vytvořila Mezinárodní rada sester. Hlavními zásadami, které z kodexu vyplývají jsou povinnost, obhajoba, odpovědnost a spolupráce. Mezi charakterové vlastnosti vyplývající z výše uvedených zásad jsou především svědomitost, rozvaha, čestnost, kolegiálnost, úcta, lidskost, vnímavost, rozhodnost, důvěryhodnost, pravdomluvnost a další. Sestra svou práci dělá především pro dobro pacienta, je zodpovědná

za kvalitu poskytnuté perioperační péče, má všeobecnou znalost pravidel ošetřovatelské etiky, vytvoří si pozitivní postoj a vztah k operovanému pacientovi, má kladný přístup ke svým spolupracovníkům na sále, a i mimo něj, a pro to vše jsou velmi důležité komunikační znalosti a umění naslouchat (Jedličková, 2019, str. 197-204). V případě, že se jedná o pacienta, který podstupuje plánovaný operační výkon, správná komunikace mu zajišťuje pocit bezpečí a snižuje míru stresu z operačního výkonu, tito pacienti již získali informace na standardním oddělení a měli čas na to je vstřebat, na rozdíl tomu u pacientů s operacemi akutními je již komunikace často složitější, pacienti mohou mít bolesti, nemají dostatek informací, pokud informace dostanou, tak mnohdy nemají čas na to je nějakým způsobem vnitřně zpracovat, a i to je uvádí do stresu. I komunikace perioperačních sester s pacientem má značný vliv na pohodu pacienta a jeho následné zotavování po operaci, a to i kdyby měl rozhovor trvat pouze krátkou dobu (Dias et al., 2022, str. 2-9). V takových situacích pacient uvítá, když k němu sestry na operačním sále přistupují s klidem, vlídným slovem a s úsměvem (Komolafe et al., 2015, str. 101). Ani děti, či senioři se bohužel nevyhýbají operačním výkonům, a to jak plánovaným, tak akutním. Dětské pacienti vyžadují větší míru trpělivosti a obezřetnosti, obzvláště u dětských pacientů je třeba brát zřetel na zvýšené riziko pádu např. z operačního stolu. S dětmi je nutné komunikovat v klidu, mít k dispozici nějaké hračky, či obrázky, které dítě mohou alespoň na chvíli rozptýlit od negativních myšlenek. Děti se bojí, mají strach z neznámých míst, lidí a situací, a hlavně jsou na operačním sále bez rodičů. U seniorů je to někdy dosti obdobné, i ti mají strach z neznáma, takže i zde je vlídné slovo nutností. Senioři také mohou trpět nedoslýchavostí, tudíž některé situace vyžadují vyšší tón hlasu, nebo mohou být nějak pohybově omezeni, důležité je je ubezpečit, že je vše v pořádku a jsme tu pro ně (Jedličková, 2019, str. 197-204). Velmi často se do nemocnice dostanou také senioři trpící demencí, a i ti někdy potřebují operační řešení jejich fyzického problému. K takovým pacientům je třeba přistupovat s respektem a empatií, stejně jako k pacientům, kteří demencí netrpí. I s těmito lidmi je nutné komunikovat, ačkoliv komunikace může být mnohdy velmi náročná, a to jak psychicky, tak i časově. Některé studie ukazují, že spousta zdravotníků nemá dostatek času s těmito pacienty komunikovat tak, aby byla komunikace efektivní anebo nemají trpělivost opakovat jednu informaci několikrát a pacient ji ve výsledku stejně zapomene. U pacientů trpících demencí je ale komunikace klíčovou záležitostí pro to, aby byli v klidu a netrpěli úzkostí, neboť úzkost se u demenčních pacientů může projevit např. i agresivitou. Tito pacienti potřebují zajistit pocit bezpečí, a to lze třeba i tak, že s nimi na operační sál vezmeme i některý pro ně známý předmět, např. jejich vlastní polštářek. Přítomnost klidného zdravotníka s asertivním a trpělivým přístupem tento typ pacientů jistě ocení (Krupic et al.,

2016, str. 99-107). Někdy je možné setkat se i s přístupem, kdy zdravotnický personál nepohlíží na geriatrického pacienta jako na bytost, která je plnohodnotným členem týmu a dokáže rozhodovat sama o sobě, ale bohužel na takového pacienta pohlíží jako na subjekt nutný pro vykonání jejich pracovní náplně a na lidskost zapomínají (Kotomska a Michalak, 2019, str. 55-60). Dále se může pacientem stát i člověk jiné kultury, a respektování kulturních zásad se nevyhýbá ani perioperační sestře. V tomto případě je jistě vhodné mít znalost alespoň jednoho cizího jazyka a pokud ani to nepomůže, lze využít různé písemné, či grafické karty, anebo požádat o pomoc tlumočnicka. Pro některé kultury je vhodné zachovat si asertivní postoje a nevnucovat jim své názory. Z tohoto vyplývá, že nejen, že i sestra pro perioperační péči musí mít dobré komunikační schopnosti, ale také znalosti etické. Jedině tak lze dosáhnout požadovaného cíle a zabezpečit tak optimální zdravotní stav operovaného pacienta (Jedličková, 2019, str. 197-204).

Spolupráce s lidmi není takřka nikdy jednoduchá. Někdy se jeden může snažit sebevíc a pacientovi se stejně nezavděčí. Lékař, anebo sestra se může snažit, jak chce, ale někdy je vše málo. Vždy záleží i na snaze druhé strany, a to vůbec na tom komunikaci přijmout. Na co by si měl ale zdravotník dát pozor je tzv. nálepkování. Bohužel, i s tím se můžeme setkat na operačním sále. Člověk ani nemusí být léčený na psychiatrii, stačí, že se s nějakým psychickým problémem potýkal třeba před dvaceti lety a často dostane nálepku, že není duševně v pořádku. Nebo, že je hypochondr, protože si pořád něco vymýšlí. Nebo užívá lék na spaní, a to z něho ihned udělá psychiatricky nemocného člověka. V tomto případě je určitě na místě, když si zdravotnický personál nechá své domněnky pro sebe, pokud je tedy musí mít. O co hůř, když své domněnky sděluje kolegyni/kolegům a pacient to zrovna slyšel za dveřmi. Každý by si měl uvědomit, jak by bylo na místě pacienta jemu – určitě nikomu by nebylo příjemné nechat se ošetřovat, nebo léčit někým, kdo jej bez důvodu nálepkuje (Irmíš, 2014, str. 43-44).

4 SVODNÁ ANESTEZIE

4.1 Charakteristika svodné anestezie

Svodná anestezie, známá také pod pojmem periferní nervová blokáda, nebo regionální anestezie. Tento typ anestezie může pacientovi zajistit dlouhotrvající a efektivní anestezii a analgezii. Výhodou také je, že regionální anestezie lze stranově specifikovat, to znamená, že je znecitlivěna jen ta část těla, která je třeba. Svodná anestezie se dá použít jako dostačující technika pro samostatný operační výkon, ale také může posloužit jako doplněk k celkové anestezii. Její velkou výhodou je i následná pooperační analgezie, která může vydržet po dobu až několika hodin (Barash et al., 2015, str. 408). Svodná anestezie dočasně vyřazuje z funkce vedení vzruchů periferními nervy do centrální nervové soustavy anebo naopak z ní směrem k periferním nervům. K přerušení vedení vzruchu může dojít buď na úrovni páteřního kanálu (spinální, epidurální anestezie) anebo periferně od intervertebrálních otvorů, a to v místech nervových pletení (tzv. blokády plexů); jednotlivých periferních nervů – jejich blokády; terminálních nervů a jejich zakončení (topická a infiltrační anestezie) (Vymazal a kol., 2021, str. 645). Topickou a infiltrační anestezii, známou také pod pojmem „lokální“, neaplikuje anesteziolog, ale lékař, který bude samotný operační výkon provádět, tudíž třeba operátér – chirurg (Klementová a Michálek, 2018, str. 30). Veškeré ostatní druhy periferních blokády již musí provádět lékař se specializací pro anesteziologii. Každý pacient, kterému bude aplikována svodná anestezie musí mít platné předoperační vyšetření a také musí dodržet nutný předoperační standard, jako by podstupoval celkovou anestezii (např. musí před výkonem lačnit, ...)

4.2 Blokáda brachiálního plexu

Vzhledem k tomu, že průzkumná část této diplomové práce je zaměřena na komunikaci u pacientů s blokádou horní končetiny, bude zde popsán pouze tento typ svodné anestezie, nikoli její další přehled. Regionální anestezie je jako celek velmi rozsáhlou kapitolou. Konkrétně zde bude popsána především blokáda brachiálního plexu (Obrázek 4), která je právě na horní končetině jednou z nejvíce používaných technik znecitlivění. Pro tento typ blokády lze využít více přístupů, jedním z nejpoužívanějších je interskalenický přístup, místem pro vpich a následnou aplikaci anestetika (zhruba 20-40 ml) je interskalenický prostor, a to v úrovni šestého krčního obratle (Vymazal a kol., 2021, str. 651). Jako vhodné anestetikum pro znecitlivění brachiálního plexu se velmi často používá např. Lidokain, Trimekain, nebo Bubivakain, který je velmi vhodný pro svůj dlouhotrvající účinek (Kolektiv SÚKL, 2018,

str. 1-2). Další z možností přístupu je využití supraklavikulárního přístupu, kdy je punkce provedena ve střední čáře klíční kosti, konkrétně nad klíčkem. V tomto případě lékař obvykle aplikuje zhruba 20-30 ml anestetika, výhodou použití supraklavikulárního přístupu je, že při úspěšné blokádě lze znecitlivět celou horní končetinu. Naopak nevýhodou je, že zde hrozí riziko pneumotoraxu. Infraklavikulární přístup je další z možností, a jak již z názvu vyplývá, anestetikum (zhruba 20-30 ml) je aplikováno do podklíčku, u tohoto přístupu se stává, že nedojde k úplnému umrtvení vnitřní strany paže, což může být pro některé druhy operací problém. Další z možností pro umrtvení brachiálního plexu je axilární blokáda, která s sebou obvykle nese nejméně komplikací, avšak se někdy může stát, že je nedostatečně umrtven nervus musculocutaneus, který inervuje především motorickou větev bicepsu. Proto je vhodné zvolit axilární blokádu zejména pro operativu v oblasti předloktí a ruky. Pro tento typ blokády je nutné zvolit větší dávku anestetik, a to zhruba 40-50 ml. Na horní končetině je dále možno znecitlivět pouze nervus medianus, ulnaris, či radialis, ale u těchto typů se již aplikují anestetika pouze v oblasti zápěstí, či lokte. Dále může lékař zvolit taktéž intravenózní regionální anestezii, např. Bierův blok, kdy se na horní končetinu nasadí turniket, po jehož zaškrcení je podáváno lokální anestetikum intravenózně (do žilního systému) a to konkrétně distálně (vzdáleně) od zaškrcení (Kaiser a kol., 2016, str. 35-36) (Vokurka a kol., 2015, str. 478;224).

Výběr vhodného přístupu pro daného pacienta je především v rukou anesteziologa, dále závisí na dané operaci, na preferencích operátora a samozřejmě by nemělo být opomíjeno ani přání samotného pacienta, kde hraje velkou roli komunikace, to znamená, jak dobře je o regionálním znecitlivění pacient informován, zda ví, jaké pro něho má tento typ anestezie a analgezie výhody a jaké mohou nastat komplikace. Pacient by měl dostat veškeré informace včetně té, že pokud bude aplikace regionální anestezie úspěšná, bude zcela při vědomí a po celou dobu operace bude v kontaktu jak s anesteziologickým, tak i s operačním týmem. Není dostačující, aby pacient pouze dostal k přečtení a následnému podepsání informovaný souhlas (Zemanová a kol., 2021, str. 102-106). Velmi důležitá je také spolupráce celého týmu, kdy se vzájemně doplňují anesteziologická sestra, anesteziolog, operační skupina a samozřejmě i pacient je chápán jako rovnocenný člen týmu, který může kdykoliv položit jakoukoliv otázku, nebo do procesu nějakým způsobem zasáhnout. Zahraniční výzkumy jasně dokazují, že spolupráce mezi všemi členy týmu zajišťuje pro pacienta bezpečí (Kristoffersen et al., 2022, str. 1-12).

Jak již z výše uvedeného textu vyplývá, v regionální anestezii se dá skutečně operovat téměř cokoli, a to bez dalších přidávaných anestetik, je to tak jedna z nejbezpečnějších metod

anestezie pro pacienta. Avšak stejně jako u anestezie celkové, i zde hrozí jisté komplikace. Výhodou je také to, že regionální anestezie může s přehledem doplňovat anestezii celkovou, kdy je výhodou pro pacienta především nižší spotřebovaná dávka celkových anestetik a následně pooperační období bez bolesti, a to až na 18-24 hodin. V regionální anestezii lze operovat pacienty nejen ty, kteří mají výkon dlouhodobě naplánovaný, ale také pacienty, kteří mají úrazový stav a operační řešení nesnese odkladu. Regionální anestezie je hojně využívána i u pacientů podstupujících velmi náročné operace, jako jsou například mikrochirurgické operace s přenosem volných laloků na horních končetinách apod. Tyto typy výkonů jsou bezpochyby doplňovány celkovou anestezii pro svoji časovou náročnost (Kempný a kol., 2021, str. 45-47).

Není vždy samozřejmostí, že brachiální blok tzv. „sedne“ a jeho účinek bude úplný. I přes veškerou snahu lékaře se někdy nemusí podařit dočasné vyřazení brachiálního plexu z provozu a pacient se tak celkové anestezii anebo odložení výkonu nevyhne. K tomu, aby anesteziolog snáze našel správné místo pro aplikaci anestetik se dříve využívala elektrostimulace, kdy se potřebný nerv stimuloval a následně bylo na vystimulované místo aplikováno potřebné množství anestetik. V současné době již lékaři k přesnějšímu vyhledání dané nervové struktury využívají přednostně ultrazvuk. Nejen, že ultrazvukem se dají ozřejmit velmi dobře nervové struktury, kdy přístroj dokáže zachytit nervy o průměru pouze dvou milimetrů, ale také se jím dají zachytit i struktury cévní, což významně snižuje riziko podání anestetik do cévního systému (Nalos, 2018, str. 462-463). Použití ultrazvuku však neznamená, že se před podáním léku neaspiruje. Další výhodou ultrazvuku je bezesporu i to, že jsou ozřejměny i další měkkotkáňové struktury, jako např. pleura a tím se výrazně snižuje riziko pneumotoraxu. Pochopitelně, díky ultrazvuku se taktéž snižuje potřebná dávka pro dostatečné znecitlivění nervu (Mach, 2018, str. 130).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

5 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Kapitola průzkumné části odhalí využitou metodiku a analýzu provedených průzkumných rozhovorů. V úvodu kapitoly bude představena právě metodika průzkumné části a současně bude popsán průběh vlastního průzkumu. V navazujících podkapitolách níže budou odkrývány témata, které se týkají přímo zkoumaných jevů.

Hlavní cíl průzkumné části diplomové práce:

- Popsat zvláštnosti komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem ve svodné anestezii na operačním sále.

Na základě hlavního cíle byly stanoveny tyto dílčí cíle:

- **Cíl 1:** Zjistit, jaké informace získává pacient na operačním sále (v rámci představení se, ošetrovatelských postupů a informací o zdravotním stavu).
- **Cíl 2:** Zjistit, jak pacient vnímá okolní komunikaci na operačním sále.
- **Cíl 3:** Zjistit, jak je komunikací zajištěna bezpečnost pacienta na operačním sále.

Na základě dílčích cílů byly stanoveny tyto průzkumné otázky:

- 1) Jak pacient hodnotí množství a kvalitu informací, které získal od zdravotnického personálu na operačním sále?
- 2) Jak pacient hodnotí komunikaci, která probíhala mezi členy operačního týmu bezprostředně před započítím a v průběhu operačního výkonu?
- 3) Jak ovlivňuje pacientův psychický stav interpersonální komunikace?
- 4) Jak personál operačních sálů zajišťuje pomocí komunikace bezpečnost pacienta?

5.1 Průzkumný design

Jelikož dané téma této diplomové práce je zaměřeno na komunikaci na operačním sále s pacienty, kteří jsou po dobu operace při vědomí, zdálo se jako velmi vhodné zvolit **kvalitativní metodu** šetření, a to především z toho důvodu, aby mohl pacient vyjádřit všechny své subjektivní pocity, které by byly kvantitativním průzkumem objektivizovány.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2016).

Strauss a Corbin (1999, str. 11) uvádí, že právě pro získání nových a originálních pohledů na jevy, o kterých máme již určité znalosti je vhodné využívat právě kvalitativní výzkumné techniky, a právě díky této metodě můžeme pozorovat věci do hloubky. Mezi hlavní výhody kvalitativního šetření jistě patří schopnost zkoumat procesy a formulovat teorie, anebo taktéž flexibilita vůči místním situacím a podmínkám. Výzkumník však musí mít na paměti, že sběr dat a jejich následná analýza bývají časově náročnější. Kvalitativní průzkum má však i své nevýhody, a tou je například to, že může dojít k ovlivnění výsledků průzkumníkem (Hendl, 2023, str. 50-51).

5.2 Přípravná fáze průzkumu

Před započítím průzkumného šetření byla nejprve zpracována literární rešerše vztahující se k tématu této diplomové práce. Následně byl na základě nastudované odborné literatury stanoven hlavní průzkumný cíl a s ním průzkumné otázky. Dále byl vytvořen základní okruh otázek a proběhla pilotáž, na níž byly okruhy otázek vyzkoušeny. Proběhl tak první polostrukturovaný rozhovor, který nebyl zařazen do výsledného šetření. Již při pilotáži byly zjištěny jisté nedostatky v utvořeném okruhu otázek, ty tedy poté byly předělány. Některé otázky vyžadovaly lepší formulaci. Z pilotního rozhovoru vyšlo najevo, že pacienti sdělí víc, pokud se jim dá větší prostor, a proto byly finální otázky otevřenější, aby dotazovaní mohli využít prostor a sdělit více. Některé otázky byly úplně změněny, například místo otázek týkajících se doporučení na zlepšení komunikace, která by měli samotní pacienti, byly vytvořeny otázky týkající se pacientovy bezpečnosti, neboť na tuto okolnost bylo samotným pacientem poukázáno již během pilotního rozhovoru. Samotná doporučení od pacientů byla neurčitá, proto byly otázky přehodnoceny a změněny. Dále také například dotazovaný při pilotním rozhovoru zmínil sám od sebe rádio a označil jej za trochu rušivé, proto byla do konečného dotazníku zařazena otázka, která zkoumala právě rušivé elementy komunikace, jakým právě rádio může být.

5.3 Charakteristika respondentů

Pro účely kvalitativního průzkumného šetření, které je součástí této diplomové práce, byla stanovena tato následující kritéria pro výběr pacientů:

- 1) Pacienti, kteří byli hospitalizováni ve vybraném zdravotnickém zařízení, které udělilo souhlas s průzkumným šetřením za účelem vypracování této diplomové práce.
- 2) Pacienti, u nichž byla použita svodná anestezie, a to konkrétně blokáda brachiálního plexu.
- 3) Pacienti, u kterých nebyly použity během operačního výkonu léky k celkovému utlumení (sedativa) a byli tak po celou dobu zákroku při vědomí.
- 4) Pacienti, kteří dobrovolně souhlasili s anonymní účastí v průzkumném šetření za účelem vypracování této diplomové práce.

Tato diplomová práce se zaměřuje na vybranou skupinu pacientů, kteří hodnotí své zkušenosti v rámci komunikace na operačním sále ve vybraném zdravotnickém zařízení, ve kterém bylo průzkumné šetření provedeno, viz bod č. 1. Specifikum pro vybrané zdravotnické zařízení je operativa především ve svodné anestezii, to znamená, že většina pacientů celý průběh operace a procesu spojených bezprostředně před jejím zahájením a po jejím skončení vnímá, viz bod č. 2. U některých pacientů lékař – anesteziolog podává ve spolupráci s anesteziologickou sestrou léky, které vedou k utlumení vědomí a navozují tak spánek pacienta, tito pacienti nebyli pro průzkumné šetření vhodní, neboť nevnímali přílišně komunikaci na operačním sále, která je v této diplomové práci zkoumána, viz bod č. 3. Oslovení pacienti byli před započítím průzkumu informováni o naprostém zachování anonymity a následně vyjádřili ústně dobrovolný souhlas s průzkumným šetřením, viz bod č. 4.

Osloveni byli pacienti vybraného zdravotnického zařízení, kteří splňovali výše uvedená kritéria. Rozhovory s respondenty byly uskutečněny ještě v tentýž den jako jejich operační zákrok, a to konkrétně v odpoledních hodinách po předchozí domluvě a probíhaly osobně. Níže v textu budou vybraní dotazovaní blíže uvedeni a budou označeni čísly 1 až 7. Pod těmito čísly bude s jejich výpověďmi dále pracováno.

Pacientka 1 (P1)

- žena, rok narození 1975
- základní diagnóza: Dupuytrenova kontraktura (M72.0)
- subjektivní obtíže: kontraktura prsteníku a malíku na ruce
- hospitalizace zde poprvé, v minulosti operována čtyřikrát pro stejný problém – na jiném pracovišti
- bez zkušenosti s blokádou brachiálního plexu
- plánovaný operační výkon

Pacient 2 (P2)

- muž, rok narození 1966
- základní diagnóza: syndrom ulnárního sulku (G562)
- subjektivní obtíže: mravenčení prostředníku a malíku
- hospitalizace zde poprvé
- bez zkušenosti s blokádou brachiálního plexu
- plánovaný operační výkon

Pacient 3 (P3)

- muž, rok narození 1983
- základní diagnóza: devastační poranění prstů ruky (S61.1)
- subjektivní obtíže: bolest, mravenčení v prstech, psychický šok
- hospitalizace zde poprvé
- bez zkušenosti s blokádou brachiálního plexu
- akutní operační výkon
- příklad poranění, viz Obrázek 5

Pacientka 4 (P4)

- žena, rok narození 1963
- základní diagnóza: tenolýza extenzoru horní končetiny (T92.5)
- subjektivní obtíže: zhoršená pohyblivost prstu ve smyslu jeho natažení
- hospitalizace zde počtvrté

- třetí aplikace blokády brachiálního plexu
- plánovaný operační výkon

Pacient 5 (P5)

- muž, rok narození 1972
- základní diagnóza: artróza kořenového kloubu palce ruky (M18)
- subjektivní obtíže: otok v oblasti I. karpometakarpálního kloubu, bolestivost
- hospitalizace zde poprvé
- bez zkušenosti s blokádou brachiálního plexu
- plánovaný operační výkon

Pacientka 6 (P6)

- žena, rok narození 1988
- základní diagnóza: revizní operace syndromu karpálního tunelu (G56.0)
- subjektivní obtíže: přetrvávající mravenčení prstů ruky, manuální nešikovnost
- hospitalizace zde poprvé
- bez zkušenosti s blokádou brachiálního plexu
- plánovaný operační výkon

Pacientka 7 (P7)

- žena, rok narození 1989
- základní diagnóza: poranění šlach v oblasti dlaně a prstů ruky (S61.0)
- subjektivní obtíže: bolest, mravenčení v oblasti prstů
- hospitalizace zde poprvé
- bez zkušenosti s blokádou brachiálního plexu
- akutní operační výkon

Tabulka 1 - Charakteristika průzkumného vzorku (Zdroj autor)

| Pacienti | Věk | Typ operačního výkonu | Předchozí zkušenost se svodnou anestezií | Diagnóza |
|-----------------|------------|------------------------------|---|-----------------------------------|
| P1 | 49 | Plánovaný | Ne | Dupuytrenova kontraktura |
| P2 | 57 | Plánovaný | Ne | Syndrom ulnárního sulku |
| P3 | 41 | Akutní | Ano | Akutní úraz kotoučovou pilou |
| P4 | 61 | Plánovaný | Ano | Tenolýza |
| P5 | 52 | Plánovaný | Ne | Rhisarthrosa |
| P6 | 36 | Plánovaný | Ano | Revizní syndrom karpálního tunelu |
| P7 | 35 | Akutní | Ne | Akutní úraz poranění sklem |

Zkoumaný soubor je tvořen celkem sedmi respondenty, z nichž je šest z nich poprvé hospitalizováno ve vybraném zdravotnickém zařízení, z těchto šesti jeden dotazovaný předchozí zkušenost se zařízením má, ale výkon, který v minulosti podstoupil byl pouze ambulantní a obešel se bez následné hospitalizace. Jedna pacientka je zde hospitalizována i operována opakovaně s předchozí zkušeností. Většina, a to konkrétně čtyři pacienti, nemají žádnou zkušenost s jakýmkoli typem svodné anestezie, nicméně tři z nich mají předchozí zkušenost s anestézií celkovou, pouze jedna pacientka nebyla ještě nikdy na žádném operačním zákroku. Dva dotazovaní mají předchozí zkušenost s operačním výkonem ve svodné anestezii, konkrétně jeden z pacientů v minulosti postoupil operaci kolene ve spinální anestezii a jedna pacientka uvedla, že jí byla aplikována epidurální anestezie v průběhu porodu. Zbylá jedna dotazovaná již má předchozí zkušenosti konkrétně s bloádou brachiálního plexu, kterou nyní absolvovala již potřetí.

5.4 Zpracování získaných dat

Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon mobilního telefonu a poté byly doslovně přepsány do programu Microsoft Word. Následujícím krokem bylo vytištění všech dokumentů a pomocí tradiční metody „tužka – papír“ byl text pečlivě pročítán a tříděn. Zmíněná technika má za cíl najít co nejvíce společných prvků. Nalezené prvky jsou následně přidělovány kódům, jenž systematicky pomáhají klasifikovat zkoumaný materiál a uspořádat jej. Pro účely této průzkumné studie byla zvolena metoda tzv. otevřeného kódování, která systematicky odhaluje témata, jež jsou obsažena v textu a vytváří tak na základě těchto témat seznam (Hendl, 2005, str. 247).

V případě kvantitativního přístupu jsou kategorie měření pečlivě definovány předem, kdežto při kvalitativním přístupu je systém kategorií utvářen dle potřeb průzkumného šetření a vyvíjí se postupně (Sedláková, 2014, str. 420-421).

Byly stanoveny 3 hlavní kategorie s podkategoriemi:

1. Informace získané na operačním sále od zdravotnického personálu

- představení se, aneb kdo je kdo
- informace získané od perioperační sestry
- informace získané od lékaře

2. Hodnocení okolní komunikace na operačním sále (hodnocení komunikace během operačního výkonu)

- komunikace na operačním sále mezi členy operačního týmu
- rušivé elementy způsobující nedostatečnou komunikaci

3. Zajištění bezpečnosti pacienta na operačním sále

- kontrola správnosti a ověření důležitých informací (alergická anamnéza, ...)
- zajištění bezpečnosti a sterility během operačního výkonu

5.5 Obsahová analýza

Cílem této kapitoly je interpretace dat, která byla získána v rámci průzkumného šetření od respondentů. Získaná data jsou na základě důkladné analýzy členěna do kategorií a podkategorií.

5.5.1 Kategorie 1 – Informace získané na operačním sále od zdravotnického personálu

Výše uvedená, první kategorie, se zabývá hledáním odpovědi na první průzkumnou otázku, která zní: „*Jak pacient hodnotí množství a kvalitu informací, které získal od zdravotnického personálu na operačním sále?*“ Pro první kategorii byly vytvořeny tři podkategorie, jež jsou interpretovány níže.

Představení se, aneb kdo je kdo

Výše uvedená, první kategorie, měla napřed obsahovat své podkategorie pouze dvě, jež jsou interpretovány v textu níže. Při pročitání rozhovorů a následné analýze však bylo zajímavé, jak si pacienti všímají toho, kdo se jim na operačním sále představí a kdo nikoli. A jelikož by právě první setkání mělo začínat právě vhodným představením, nakonec vznikla i tato podkategorie, která bude uvedena ihned na začátek, neboť i představením veškerý kontakt začíná, anebo by to tak alespoň být mělo. Pro představu a utvrzení jsou níže v textu citovány výpovědi některých dotazovaných.

Naprosto přesně vystihla problém s představováním se P7, která řekla: „*Po nějaký době jsem šla na řadu, na ten sál mě vezl pan sanitář, ten byl moc hodnej, na sále paní anestezioložka zrovna mluvila s někým ve dveřích, tak si mě hned přebrala a říkala mi, jak mi bude tu ruku uspávat, nebo jak to mám říct.; ... To, že je to paní anestezioložka jsem věděla, protože mi to sama řekla, jinak bych to nevěděla, myslim, že je fajn, když se na tom sále představěj, protože člověk jinak neví, jestli mluví s doktorem, se sestrou, nebo se sanitářem, všichni vypadaj stejně, maj stejný oblečení, a ty čepice, ty roušky na puse, vizitky tady nemaj, na tom pokoji u vizity si člověk přečte, kdo co je, ale na tom sále ne právě. Mně by to bylo jedno, ale člověk by se nerad cejtil nějak trapně, kdybych třeba paní doktorce řekla sestři, nebo takhle. Pak pro mě přišla nějaká slečna, nebo mladá paní, ta se mi teda nepředstavila, a řekla, že mi pomůže přejít si na sál, později jsem pochopila, že jde zřejmě o sestřičku, pochopila jsem to z činností, který na tom sále dělala,...*“ Nejen, že tato pacientka shrnula fakt, že na operačním sále skutečně vypadají všichni stejně, ať už jde o lékaře/ku, zdravotní sestru, anebo sanitáře/ku, každý zdravotník pracující na operačních sálech se může zamyslet nad tím, že už byl někdy v minulosti pacientem osloven jinou pracovní profesí, než tou, kterou skutečně vykonává. Snad každé perioperační sestře se již stalo to, že ji pacient řekl paní doktorko, anebo naopak, a každé sanitářce se již jistě stalo, že jí pacient oslovil jako „sestřičku“, nebo „paní doktorku“. Tomuto problému by se zamezilo zčásti právě tím, kdyby se každý pracovník

pacientům představil. Spousta pacientů, jako právě třeba výše zmíněná P7, by to uvítala, i proto, aby se pak nedostávala do trapných situací, že titulují nesprávný personál. Tudiž, nejen, že P7 vystihla ve své výpovědi tento problém, avšak vystihla i to, že nejlépe si s představováním se vede obor anesteziologie. To, že se jim anesteziolog představil uvedli všichni dotazovaní a na všechny to působilo velmi mile a pozitivně. Perioperační sestra se nepředstavila žádnému dotazovanému, a pacienti na to, že jde o perioperační sestru, přišli sami až ve chvíli, kdy vykonávala na operačním sále jisté výkony pojmí se právě s touto profesí, jak uvedla v rozhovoru P1: „*Na ten sál mě přivezli na takovém lehátku a hned si mě tam vlastně přebrala nějaká jiná sestřička, teda nejspíš to byla sestřička, protože pak byla i u té operace na tom sále, ...*“. Stejně tak nikdo z dotazovaných nevyprávěl, že by se představil operatér, nicméně zde je omlouvá fakt, že s operatérem se pacienti znali již před vstupem na operační sál, a to buď z předchozích prvotních návštěv v ambulanci, anebo z lůžkového oddělení, kam lékaři chodí na lékařské vizity, a s pacienty se již profesně znají. O tom, že si nejlépe vede obor anesteziologie není pochyb, pro utvrzení budou nyní předloženy výpovědi dalších dotazovaných. Například P1 řekla: „*Pak přišla další sestřička s takovým vysokým panem doktorem, ten se mi představil svým jménem, které už si sice nepamatuju, ale pamatuju si, že říkal, že je anesteziolog, a říkal mi, že mi tady se sestřičkou budou píchat to umrtvení, proto vím, že to byla sestřička, jinak bych to nevěděla.*“ P3: „*Celou dobu jsem byl připravenej na tu narkózu, víte, jak to myslím, ale když mě přebírala paní, asi to byla sestřička myslím, před tím sálem tak mi říkala „pane XXX, zavezu vás k nám na sál a za chvilku přijde pan doktor z anestezie a tu ručku, kterou je potřeba opravit vám umrtví, všechno vám ještě řekne, nebojte.*“ A pak tedy přišel pan anesteziolog, říkal mi i jméno, ale to už jsem zapomněl teda, prošel se mnou dokumenty, které mi dali v té prvotní nemocnici, ...“ A ještě výpověď P5: „*Nakonec to samotný umrtvování skoro nic nebylo, dělala mi to nějaká doktorka, teda říkala, že je to doktorka z té anestézie, všechno mi vysvětlila, probrala jsem mnou ty choroby, co mám a co na ně užívám, musím říct, že taková ta vstřícnost mě uklidňovala, dokonce se mě ptala, jestli se nechci na něco ještě zeptat, nebo něco.*“ Skutečně se všechny výpovědi dotazovaných v tomto směru téměř ztotožňují. A ať už se jedná o lékařky, nebo lékaře z oboru anesteziologie, skutečně si vedou nejlépe. Operatéri se tedy pacientům nepředstavovali, ale pacienti je dobře poznali, P4 poznala svoji operující lékařku dokonce i po hlase: „*Podle hlasu jsem poznala moji paní doktorku, která za mnou přišla, aby mě pozdravila, zopakovala mi, co má tedy v plánu vylepšit a pak se mě zeptala, jestli už je ruka cizí, že za chvíli bychom šly na věc.*“ O tom, že by pomohly vizitky, které pochopitelně z hygienických důvodů nelze na operačních sálech používat, není pochyb, neboť nejen P1 si všimla vizitky sanitáře, který ji převážel z lůžkového

oddělení na operační sál, vizitky si všimla i P6: „*Nicméně když mě teda přivezl tady váš místní pan sanitář, vím, že se jmenuje XXX, protože to má na vizitce, na takovém tom pojízdném lehátku na operační sál, tak si mě tam vlastně přebrala sestřička spolu s paní anestezioložkou, ...*“ Mělo by být naprosto samozřejmé, že pokud personál vizitku nemá, anebo ji mít nemůže, tak se představí svým příjmením a uvede svou pracovní pozici, neboť všichni pacienti si zaslouží vědět, s kým hovoří a komu vkládají do rukou svoji důvěru, a to na kterémkoliv oddělení, ať jde o lůžkové oddělení, nebo o operační sály.

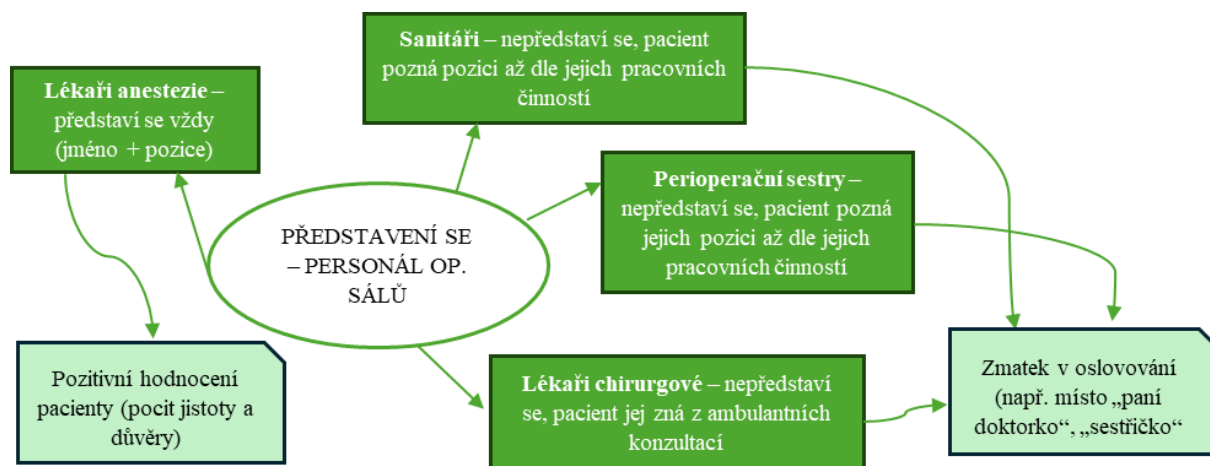


Schéma 1 - Představení se, aneb kdo je kdo (Zdroj autor)

Informace získané od perioperační sestry

Tato podkategorie se zabývá otázkou, jaké informace získává pacient od perioperační sestry přímo na operačním sále. Pro náležitou představu a utvrzení jsou níže v textu citovány výpovědi některých dotazovaných.

Dotazovaní pacienti si nejčastěji vybavovali a poté vypověděli informace, které dostali od instrumentářek bezprostředně před započítím operačního výkonu. Pacienti P1 – P5 vypověděli, že si nejvíce z operačního sálu pamatují **informace o naložení turniketu**, někteří dodali, že je zdravotní sestra upozornila, že v případě bolestivosti, kterou by způsobilo právě použití turniketu, mají tuto nepohodu hlásit, tito pacienti uvedli, že je tato informace uklidnila. Naproti tomu pacientka číslo 7 (P7) vypověděla: „*Měla jsem něco kolem ruky, docela to škrtilo, ale říkala jsem si „Evo, to vydržíš prostě“ a nechtěla jsem nikoho otravovat, ale vůbec jsem třeba netušila, jestli to tak má škrtit, nebo ne, takže jsem jen doufala, že vědí, co dělají.*“ Dost obdobně zněla výpověď pacientky číslo 6 (P6): „*... sestřička mi říkala, že stáhla nějakou manžetu, jestli mně to není nepříjemné, nebo jestli mě to nějak nebolí, ale já popravdě ani nevím, co tím myslela, protože mě fakt nic nebolelo ani neškrtilo.*“ Oproti

P7 byl instrumentářkou směrem k P6 vznesen dotaz, zda jí není použití turniketu nepříjemné, nebo bolestivé, a tak tato pacientka alespoň věděla, že tato skutečnost může nastat, to P7 vůbec netušila, a tak se necelé dvě hodiny strachovala o to, že je něco špatně, a to jen stačilo tuto informaci poskytnout. Další nejčastější informace, které instrumentářky poskytly, byly o **dezinfekci operačního pole** a jeho **následném zarouškování**, po kterém již pacient na svoji dočasně „cizí“ ruku nevidí. P2, P3, P4 a P6 vypověděli, že od instrumentářky dostali informace o tom, že bude probíhat antiseptická sanitáž, která horní končetinu držela za paži volně ve vzduchu, neboť pacient není již schopen ovládat končetinu vlastní vůlí, pacienty požádala, aby co nejvíce mysleli na to, aby měli úplně uvolněný ramenní kloub, protože to zajistí dostatečný pasivní pohyb, který zajišťuje právě sanitáž, aby došlo k dokonalé antiseptice operačního pole. Toto řekl P2: *„pak mně říkala, že mě bude barvit takhle na oranžovo, to mi dávala tu dezinfekci na ruku, jedna mi tu ruku držela v paži a říkala, ať ji úplně povolím v rameni, aby mi s ní mohla manipulovat, jenže já teda necejtíl ani to rameno, takže nevím, jestli jsem jí vůbec byl schopen pomoci, ale ona říkala, že jo.“* Dva pacienti uvedli výpověď, která je vystrašila a s antiseptikou operačního pole souvisí, výpověď těchto pacientů je dosti obdobná, P1 řekla: *„Pak mi vzala nějaká jiná sestřička, nebo sanitážka, to nevím, ruku, pod kterou daly škopek, tak jsem se zhrozila, ale říkala, že jak bude pan doktor natírat tu ruku dezinfekcí, tak aby to nekapalo na podlahu, ale představovala jsem si teda nějaký horor.“* Z výpovědi P1 sice vyplývá, že byla ihned ujištěna, o co se v dané chvíli jedná, z této výpovědi lze usuzovat, že zdravotnický personál rozpozná znaky neverbální komunikace, v tomto případě šlo zřejmě o vystrašený výraz pacientky, ale také si můžeme z její výpovědi všimnout, že nevěděla, kdo s její horní končetinou manipuluje, zda sanitážka, či zdravotní sestra. Dva pacienti, konkrétně P1 a P6 uvedli jako uspokojivou informaci například to, že jim instrumentářka objasnila, proč mají zvláštní pocit, jako kdyby měli neustále ruku v jiné poloze, než ji skutečně očima vidí, zde výpověď P6: *„... že mám pocit, že mám tu ruku pořád někde na břicho a nešlo mi to do hlavy, ale to mi sestřička říkala, že to tak může být, protože je ošálený mozek, že si pamatuje tu ruku v poslední poloze, kde byla, tudíž na břicho.“* Co se týče informací, které dostávali pacienti průběžně během operace udávali především to, že je **uklidnila informace, v jaké fázi je přibližně operace**, P2 uvedl: *„Během té operace se mě pak tamta sestra taky chodila ptát, jestli jsem v pohodě a že pan doktor pracuje, že je všechno v pořádku, ... Jako na tom sále jsem se cejtíl fakt dobře, všichni se o mě zajímali, ...“* Stejně tak i pacientka P7, která hodnotí informace před započítím operace jako lehce nedostatečné, tak naopak během operace byla spokojená, dle jejích slov: *„Po dobu té operace se mě sestřička přišla asi dvakrát zeptat, jestli jsem v pohodě, jestli to zvládám,*

což bylo milý.“ Stejně tak P2 ještě dodala: „*Cítila jsem se tam v bezpečí, to pro mě bylo celkem prioritou, hlavně díky sestřičkám, ... ta přítomnost sestřičky vás tam tak nějak uklidní na tom sále, jen když ji vidíte, že má úsměv na tváři, nebo, že vám právě přijde něco říct, i když nestojí celou dobu u vás a nedrží vás za ruku.*“ Bezprostředně po skončení operačního výkonu pacienti nejčastěji dostávali od instrumentárek informaci o tom, že **musí být velmi opatrní** na svoji znečitlivěnou končetinu, dokud bude anestezie účinkovat a také informace o následné péči, tyto informace uvedli P1, P2, P3, P4, P5 a P7. Výpověď P3 zněla následovně: „*... pak po operaci mi ta jedna sestřička říkala, že teď po dobu, co ta ruka bude takhle necitelná, na ni musím být fakt hodně opatrněj, aby mi třeba neupadla z postele, že by to mohl být průšvih.*“ Anebo výpověď P1: „*... řekla, že teď dostanu na tu ruku šátek od sestřičky na oddělení, ve kterém tu ruku budu nosit do zítřka, než budu moct s tou rukou zase sama hýbat, pak že už šátek nosit nemám.*“ Tyto informace jsou určitě na místě, neboť pokud pacientům nejsou poskytnuty, mohou mít z toho pocity, jaké uvedla P6: „*... pak, když jsem čekala na tom sále po tý operaci, než si pro mě přijde někdo z oddělení a odveze mě, tak jsem si teprve uvědomila, že já vlastně tu ruku fakt necejtim a co s ní teď jako budu dělat? Říkala jsem si, že mi bude plandat, ještě s tou sádrou, co mi tam dali a přemýšlela jsem, že to asi do rána nedám.*“ Těto pacientce byly poté kýžené informace **sděleny až na lůžkovém oddělení** sestrou při nasazování šátkového obvazu, poté co se pacientka na potřebné informace doptala.

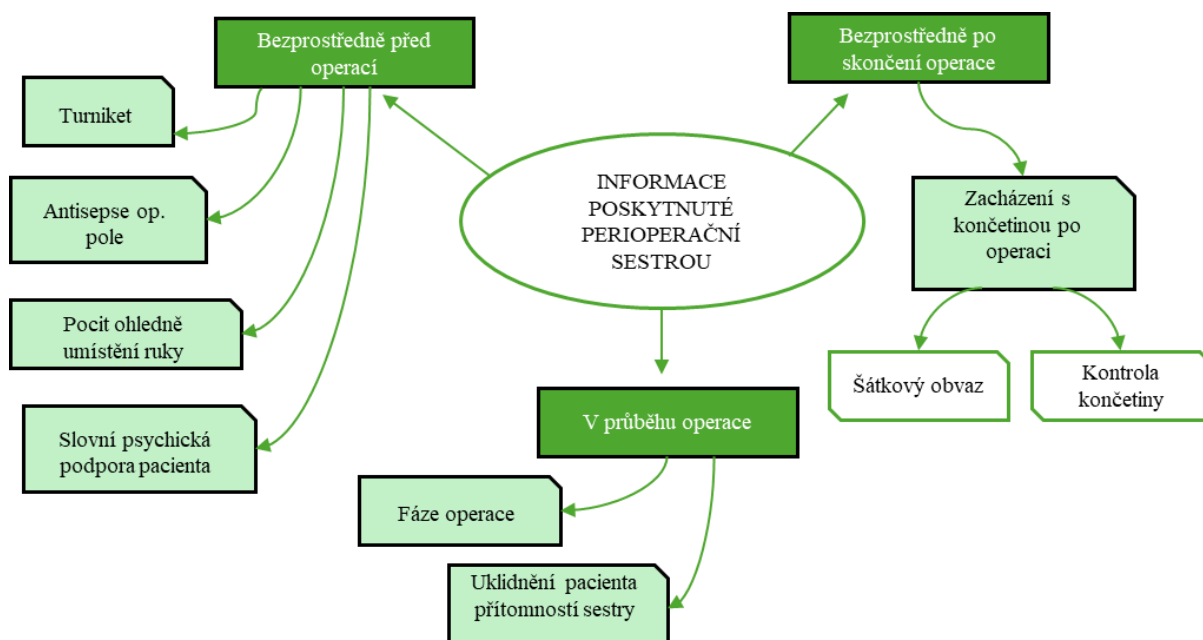


Schéma 2 - Informace poskytnuté perioperační sestrou (Zdroj autor)

Informace získané od lékaře

Tato podkategorie se zabývá otázkou, jaké informace získává pacient od lékaře, přímo na operačním sále. Pro náležitou představu a utvrzení jsou níže v textu citovány výpovědi některých dotazovaných.

Z výpovědí dotazovaných vyplývá, že nejlépe si v komunikaci s pacientem na operačním sále vedou **lékaři a lékařky z oboru anestezie**. Všichni dotazovaní vypověděli, že všichni anesteziologové se jim náležitě **představili**, prošli s nimi zásadní informace podmiňující následnou aplikaci svodné anestezie a **poskytli prostor pro dotazy**. P5 řekl: „... *to samotný umrtvování skoro nic nebylo, dělala mi to nějaká doktorka, teda říkala, že je to doktorka z tý anestézie, všechno mi vysvětlila, probrala jsem mnou ty choroby, co mám a co na ně užívám, musím říct, že taková ta vstřícnost mě uklidňovala, dokonce se mě ptala, jestli se nechci na něco ještě zeptat, nebo něco.*“ Obdobně vypovídali všichni dotazovaní. O trochu hůře na tom již byli někteří operatéri, co se samotné komunikace s dotazovanými týče. Operatéri se již při svém příchodu na operační sál bezprostředně před zahájením operačního výkonu nikterak nevedli, spíše si vyznačili operační místo, anebo se pacienta dotázali, zda je již jejich končetina „cizí“. Například P1 řekla: „... *pak se ptal, jak se cítím, jestli je už ručka cizí, vzal si fix a kreslil tam, kde bude provádět řez, tak mi to říkal.*“ Anebo P3 vypověděl: „*Pak tam byl ten pan doktor, co mi na to předtím koukal a říká mi „tak pane XXX uděláme co bude v našich silách, uvidíme, jak moc to tam bude všechno pořezané“, víc nic mi neřekl, ale co by měl říkat, zatím toho sám moc nevěděl, byl jsem rád, že ho vůbec vidím a že mě bude operovat, vypadal, že má spoustu zkušeností, jak mi to vysvětloval na tý ambulanci.*“ Naopak P7 uvedla: „*Pak přišel muž, říkám si, aha, zřejmě pan doktor. Sahal mi na ruku a ptal se, jestli je ruka už cizí, že bychom se na to vrhli, tak říkám, že ano, i když jsem teda vůbec nevěděla, kdo to je.*“ Ostatní pacienti, tedy s výjimkou P7, uvedli, že se s jejich operátérem setkali již na konzultaci, a tak je poté na operačním sále poznali, nebo je operatér navštívil ještě ráno v operační den na pokoji, tudíž jej taktéž poté poznali. Po operaci většina dotazovaných uvedla, že jim jejich operatér vysvětlil, **jaký byl jejich operační nález** s následným řešením. Někteří operatéri pacientům sdělili, jaká bude po operaci následovat **rekonvalescence** a dokonce sdělili, kdy budou pacienti výhledově **propuštěni do domácího ošetřování** – tuto informaci hodnotili dotazovaní (P1 a P2) velmi kladně. Ačkoliv P7 uvedla, že zpočátku nevěděla, s kým má tu čest, na závěr operace byla s poskytnutými informacemi od lékaře velmi spokojená, zde je její výpověď: „... *přišel z druhé strany pan doktor, řekl mi, že tam bylo všechno to, co mu předávala paní doktorka, jestli mi to taky říkala, nebo ne, tak jsem odpovídala, že ano,*

že to se mnou probírala. Řekl mi, že je to teda spravené, jak nejlíp to šlo, že nervy se hojí dlouho, a že bude hodně záviset, jak se bude teď vyvíjet ten pooperační stav a následně ta rehabilitace. Taky mi zrovna řekl, že musím do budoucna počítat ještě určitě s jednou operací, kdy mi následně nějak ty šlachy povolí, nebo nějak tak. Nakonec mi řekl, že u převazu zítra bude buď to on, nebo tamta paní doktorka a že mi přeje hodně síly a kdyby to bolelo, mám si rozhodně říct o něco na bolest.“ Jako jediný uvedl P2, že mu lékař po operaci dal prostor pro jeho případné dotazy: „... pan doktor říkal, že to tam bylo hodně zmáčknutý, že tomu nervu bude trvat, než se vzpamatuje, ale že to jinak šlo jak po másle a jestli se chci na něco zeptat. Tak jsem chtěl vědět, kolik je tam stehů a on že jen jeden, tak jsem teda čučel, jak je to možný“ P2 tuto možnost náležitě využil a byl spokojený, že s ním operatér po operaci diskutoval. P1 řekla: „Říkal, že mi teď nebude říkat víc informací, že si vše řekneme ještě zítra u převazu, u kterého se uvidíme, což si myslím, že je fajn, protože bych si asi stejně víc nepamatovala.“ P1 byla se získanými informacemi, které se jí dostaly od operujícího lékaře spokojená. Naproti tomu P6 s komunikací operatéra po operaci již tak spokojená nebyla: „Myslela jsem, že mi paní doktorka řekne, co a jak, ale na tom sále už jsem ji pak neviděla, když jsem se ptala sestřičky, jak to teda dopadlo, nebo co mi tam paní doktorka udělala, tak mi řekla, že to šlo všechno jako po másle, že se nic neobvyklého nestalo, ale víc, že mi řekne paní doktorka zítra ráno u převazu a tam že se i rozhodne, jestli teda půjdu domů, nebo ne.“ P6 ještě dodala: „... člověka by to asi tak nějak víc uklidnilo, kdyby s těma informacema odjížděl už z toho sálu a nemusel čekat do rána, co se dozví.“ Z výpovědi P6 je patrné, že **komunikaci po operaci za lékařku částečně vyřešila perioperační sestra**, ačkoliv pacientce nesdělila pro ni podstatné informace, a to, co se tedy konkrétně operací vyřešilo a jaký bude její výsledek. Ovšem tato pacientka nebyla příliš spokojena ani s informacemi, které dostala právě od perioperačních sester po skončení operačního výkonu, neboť ani nevěděla, jak se bude o znečítlivěnou končetinu po dobu trvání anestezie starat.

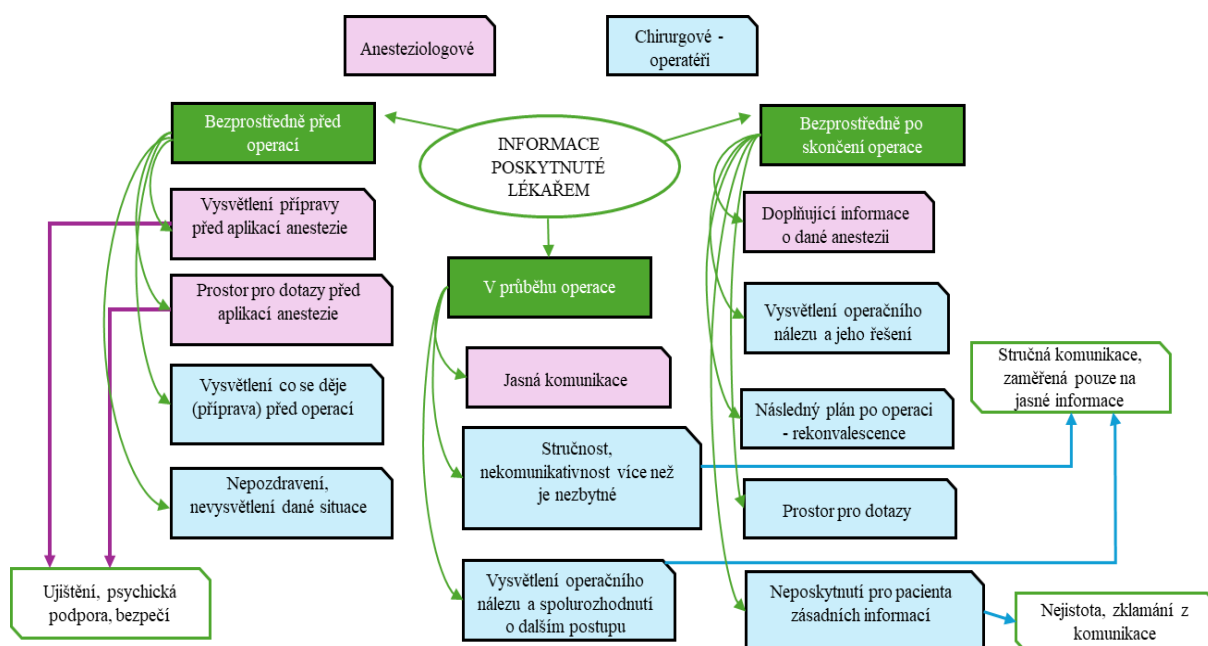


Schéma 3 - Informace poskytnuté lékařem (Zdroj autor)

5.5.2 Kategorie 2 - Hodnocení okolní komunikace na operačním sále

Výše uvedená, druhá kategorie, se zabývá hledáním odpovědi na druhou průzkumnou otázku, která zní: „*Jak pacient hodnotí komunikaci, která probíhala mezi členy operačního týmu bezprostředně před započítím a v průběhu operačního výkonu?*“ Pro druhou kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie, které jsou interpretovány níže.

Komunikace na operačním sále mezi členy operačního týmu

Tato podkategorie se zabývá otázkou, jak pacient vnímá a vyhodnocuje komunikaci mezi členy operační skupiny na operačním sále. Jelikož byli dotazováni po celou dobu své přítomnosti na operačním sále při vědomí, mohou zhodnotit komunikaci v rámci týmu. Pro náležitou představu a utvrzení jsou níže v textu citovány výpovědi některých dotazovaných pacientů.

Každý z dotazovaných vypověděl, že si velmi všiml komunikace, která probíhala mezi členy operační skupiny, nejvíce si pacienti všimli situace, kdy si instrumentářka chystala k operaci instrumentační stůl a obíhající sestra vybalovala vše potřebné. Nicméně všichni dotazovaní vypověděli, že je tato činnost a komunikace s ní spojená spíše velmi zaujala, nikoli, že by je stresovala, či jim vadila. Poté pacienti bedlivě poslouchali, o čem hovoří operační skupina tzv. „na druhé straně“ za sterilním rouškováním. Ne všem pacientům byly tyto konverzace příjemné. Například P5 uvedl: „...*co se děje tam u nich za tím modrým hadrem jsem slyšet nechtěl, stačilo, že jsem slyšel nůžky, nože, pila, ještě, že tam byla ta hodná*

sestřička, co dala nahlas to rádio. Mně už jako nebylo příjemný ani to před tou operací, jak mě tam vlastně ta jedna z holek přivedla na ten sál a vedla mě na to lůžko, jak jsem viděl tu druhou sestřičku, jak si to tam na mě šteluje, ty instrumenty, ale hned mě zdravila, usmívala se, říkala, že až se položim, tak na ni neuvidim, ať se neděsim. A to měla pravdu, pak už jsem jen poslouchal, jak to tam cinká, a hlavně to rádio, takže to bylo celkem dobrý.“ Tomuto pacientovi nebylo příjemné, že slyšel operátéra, jak slovně vysílá pokyny směrem k instrumentárce, nicméně když pak lékař zapojil tohoto pacienta do osobnějšího rozhovoru, již mu to nepříjemné nebylo: *„Během tý operace jsme se tam bavili s panem doktorem o jedný rockový skupině, která zrovna dohrála v rádiu, pan doktor říkal, že byl i na jejich koncertě, což já taky, jen teda v jiným roce, ale to nevadí, prostě jsme si tam celkem i pokecali, teda jako jen krátce, nechtěl jsem ho rušit u práce, ale jemu to asi nějak nevadilo. Trochu mě to rozptýlilo aspoň a byl jsem rád, že máme něco společnýho.“* Obdobné pocity o tom, že jí komunikace mezi členy operační skupiny znervózňovala uvedla i P6, ale jejímu strachu předcházela dřívější negativní zkušenost z operačního sálu v jiném zdravotnickém zařízení: *„...navíc si pamatuju, že jsem pořád poslouchala, jestli si budou u té operace mezi sebou nějak povídat, nebo něco, protože když jsem byla na té předešlé, lokální operaci, tak si tam povídala sestřička s doktorkou, která mě operovala a ta mi říkala „nebojte, pokud si povídáme, je všechno v pořádku, kdybychom mlčely, tak to znamená, že je něco špatně“. Takže jak bylo ticho, tak jsem si celou dobu říkala v hlavě to, že když mlčej, tak to tam mam určitě všechno zničený, ten nerv jako. Člověk se pak chytá hroznejch blbostí a hlava jede na plný otáčky.“* Mě osobně tato výpověď celkem překvapila, protože z vlastní praxe si člověk vzpomene, že pacientům sděluje různé informace, a ne vždy domyslíme, že to daného pacienta může natolik ovlivnit, že si později své strachy přenáší i do budoucna. Naproti tomu některým pacientům povídání „na druhé straně“ nepříjemné nijak nebylo, a naopak i ocenili, že je běžná, pozvolná komunikace **dokázala rozptýlit ze strachu** ze samotné operace, jak už tomu bylo napovězeno ve výpovědi P5, kterému sice pracovní komunikace operátéra směrem k instrumentárce vadila, kdežto běžný hovor mu byl naopak příjemný. P4 také například sdělila: *„Vlastně mi vůbec nevadilo, že si takhle povídají mezi sebou, dokonce i o žertovných věcech, a ještě mě do diskuze sem tam přibraly, víte, ta komunikace, to je prostě takové lidské, měla jsem pocit pohody, a nejen nějaké strohé řeči a zvuky těch nástrojů a vrtaček, nebo příkazy co má kdo udělat, jak je to třeba v těch seriálech, tady v tom se cítíte tak nějak lépe, a ještě máte pocit, že k nim patříte, nejste si vzdálení.“* Z praxe víme, že ne všechny konverzace mezi členy personálu patří na pracovní půdu a pacientům jsou jistě mnohdy nepříjemné, proto mě i celkem mile překvapilo, že většině dotazovaných pacientů tyto řeči až tak úplně nevadí,

a naopak jej oceňují, tato komunikace je **zbavuje stresu** z vlastního výkonu, a navíc to vnímají jako **lidský přístup personálu**, protože se často sami do konverzace zapojí, nebo jsou do ní personálem zapojeni. P7, která byla z celkového dojmu na operačním sále spíše zaskočená, ohodnotila komunikaci takto: „*Ta komunikace je na tom sále u těch operací podle mě fakt důležitá, protože to je pro člověka úplně neznámý prostředí, kde mu budou ubližovat, ve své podstatě v dobrým slova smyslu, a jde do toho dobrovolně, ale neví, co ho čeká, takže určitě každéj ocení, když tam přijde do styku s někým, kdo pracuje a komunikuje jako člověk, ne jako robot.*“ Tato pacientka byla zaskočená především komunikací operátéra, neboť nekomunikoval během operace s ostatním personálem dle slov pacientky úplně příjemně: „*Pak přese mě letěl jeden kabel, druhý kabel, nevěděla jsem, co to je a proč to mám na břiše a pan doktor říkal „světlo, židli, proč to tady nepálí, dělejte s tím něco, nalejte mi vodu,“, sestřička tam poletovala, všechno zařizovala, pak právě mě to škrtilo na tý paži nahoře. Nic jsem neviděla, jen slyšela, tyhle všechny instrukce a říkala jsem si, že jim to teda nezávidim, ... bylo vidět, že toho mají fakt hodně na práci, hlavně pan doktor, ten toho měl za celý týden asi už docela dost chudák.*“ Z výpovědi této pacientky je zřejmé, že nevnímala pouze komunikaci mezi členy operační skupiny, ale také **cítla jisté psychické napětí**, které zřejmě mezi členy panovalo. Během rozhovorů s pacienty vyvstal pro mě důležitý fakt, nad kterým jsem se do té doby nezamýšlela, a to, že **je výhodou, že pacienti jsou zapojeni do komunikace během operačního výkonu**, a mohou, a často jsou jim nabídnuty různé operační řešení až podle lokálního nálezu právě v průběhu operace. Jistě je výhodou, když operátor může s pacientem prodiskutovat, co by bylo v danou chvíli pro řešení jeho problému nejlepší. Tento fakt zmínili během svých výpovědí **tři pacienti**. Zde úryvek z rozhovoru s P3: „*Během té operace mi pak pan doktor říkal, že jedna ta šlacha je tam hodně poškozená a nabízel mi možnosti, jak by se to dalo vyřešit, a i když jsem tomu stejně nerozuměl a řekl jsem mu, ať dělá, co uzná za vhodné, že souhlasím se vším, přišlo mi sympatický, že se mě na to zeptal a řešil to se mnou, to jsem si říkal, že kdybych jako spal, tak by to se mnou takhle řešit nemohl, a třeba tohle konkrétně je podle mě v té komunikaci právě zásadní, že mi to může zrovna říct a můžeme to spolu řešit, že kdybych byl v té narkóze, tak by mi ty léčebné varianty nabídnout nemohl.*“ Obdobná byla i výpověď P5: „*říkal, co v té ruce jako vidí za problém a jaký to má možnosti, a něco jako chci to, nebo to, já tomu absolutně nerozumím, tak jsem mu říkal, ať mi tam dá, co by dal sobě, že mu věřím. Nechal si zavolat ještě kolegu z vedlejšího sálu, ... přišel nějaký další lékař a s tím mým operujícím tam řešili co a jak, to musím říct, že mi nevadilo, poslouchal jsem je, i když jsem teda vůbec nerozuměl co říkají, ale musím říct, že to ve mně vůbec nevyvolalo pocit nejistoty, jakože by se musel jeden druhého*

na něco zeptat, víte, jak to myslím, spíš právě naopak, byl jsem rád, že se dokázal s někým poradit, jak se říká – zkonzultovat to, že víc odborníků víc ví.“ Všichni dotazovaní se shodli v tom, že ačkoliv se velmi báli právě svodné anestezie a zpočátku požadovali anestezii celkovou, nakonec byli rádi, že se nechali přesvědčit a přistoupili na svodnou anestezii, a to nejen z důvodu komunikace, ale také proto, že se hned po operaci mohli napít a najíst, to berou pacienti jako hlavní benefit svodné anestezie. V rámci komunikace si pacienti všímají i drobných detailů, což si my, zdravotníci, mnohdy vůbec neuvědomujeme a **tyto výpovědi nám pomohou odhalit danou problematiku, na čem je ještě třeba v rámci komunikace zapracovat.**

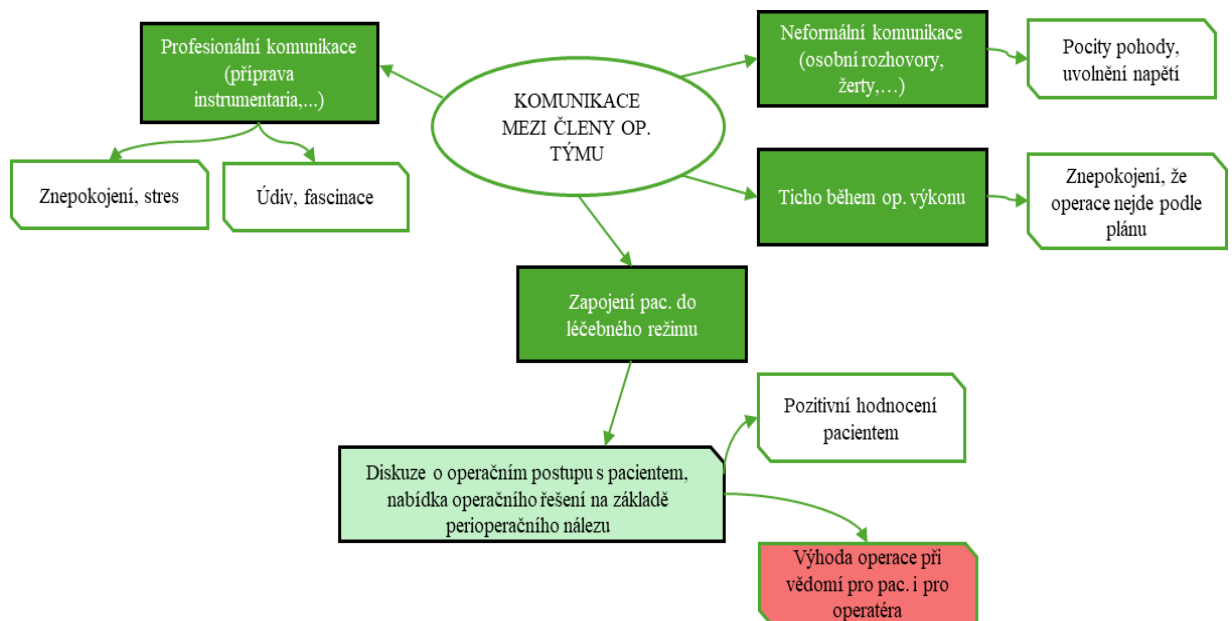


Schéma 4 - Komunikace mezi členy operačního týmu (Zdroj autor)

Rušivé elementy způsobující nedostatečnou komunikaci

Tato podkapitola má za úkol vyobrazit elementy, které se jeví být na operačním sále jako rušivé a způsobují tak neefektivní komunikaci, a to ať už v rámci operačního týmu, tak i při rozmluvě zdravotních sester, lékařů, či sanitářek právě s pacientem. Jedním z nejdiskutovanějších zařízení, která se na operačních sálech používají, a přitom by to tak být úplně nemělo, jsou elektronická zařízení, jako například **rádia, či reproduktory**. Hudba určitě navozuje příjemnější atmosféru v pracovním prostředí, mnohdy jsou ale třeba taková rádia nejen rušivým elementem na operačních sálech, ale také jsou elementem nehygienickým, nicméně je to stále často používané elektronické zařízení. Spousta lékařů a zdravotních sester si neumí představit, že by jim při práci na operačním sále nehrála hudba, proto mě zajímalo, jak vnímají hudbu

pacienti. Překvapivé bylo, že většina dotazovaných uvedla, že jim nepřišlo, že by rádio zastíňovalo komunikaci mezi jím a lékařem, či zdravotní sestrou. Z výpovědí pacientů vyplývá, že buď jim **hudba vůbec nevadila, nebo jej naopak uvítali**. Největší problém s rádiem na operačním sále měl P2, jak sám uvedl: „*Škoda, že jim tam hrála ta muzika, přes tu jsem neslyšel tak dobře. A navíc to teda byl nějaký divnej žánr, já bych jim to tam přeladil, ale sestra mi říkala, že tohle pan doktor poslouchá.*“ Tomuto pacientovi vadila hudba především z toho důvodu, že jej rušila právě při komunikaci, což je ale mnohdy možná spíše záměr operační skupiny, **aby pacient neslyšel úplně vše**, co si mezi sebou členové týmu špitají za sterilní rouškou tzv. „na druhé straně“, jelikož P2 rovněž řekl: „*Něco si tam povídaly, ale fakt potichu, a do toho to rádio tam, takže jsem nic neslyšel.*“ Z této výpovědi lze usuzovat, že pacient by rád slyšel naprosto vše, včetně interních rozhovorů na operačním sále, ale mnohdy je lepší, když pacient některé věci neslyší. Ostatní pacienti nevnímali rádio jako rušivý element způsobující nedostatečnou komunikaci, naopak jim byl poslech hudby příjemný, jak uvedla například P1: „*Poslouchala jsem hudbu, co tam hrála, což bylo super, protože hráli rock, a mně přišlo, že i když nevidím, co se děje na druhé straně, to tam odsypá v rytmu muziky.*“ To, že hudba pomáhá zastíňovat komunikaci mezi členy operační skupiny lze usuzovat i z výpovědi P4: „*...hlavně tam do toho hrála nějaká hudba a cvakaly tam nástroje a skutečně mluvily tak potichu, že to nebylo ani moc slyšet, určitě mě tím nerušily.*“ P5 dokonce velmi ocenil hudbu během operačního výkonu, naopak si přál, aby právě hudba zastínila komunikaci, která mu byla nepříjemná, jak sám řekl: „*co se děje tam u nich za tím modrým hadrem jsem slyšet nechtěl, stačilo, že jsem slyšel nůžky, nože, pila, ještě, že tam byla ta hodná sestřička, co dala nahlas to rádio.* Takže pro někoho může být mnohdy výhodou, že existují nějaké rušivé elementy znepríjemňující komunikaci. I P7, která měla z komunikace operátora během samotného operačního výkonu smíšené pocity, uvedla: „*Co bylo příjemný, tak to, že tam celou dobu hrála muzika, takže to člověka trochu rozptylovalo od toho, co říkají na druhý straně.*“ Jiné rušivé elementy pacienti ve svých výpovědích neudávali, ačkoliv mé očekávání bylo jiné, nepotvrdilo se tak.

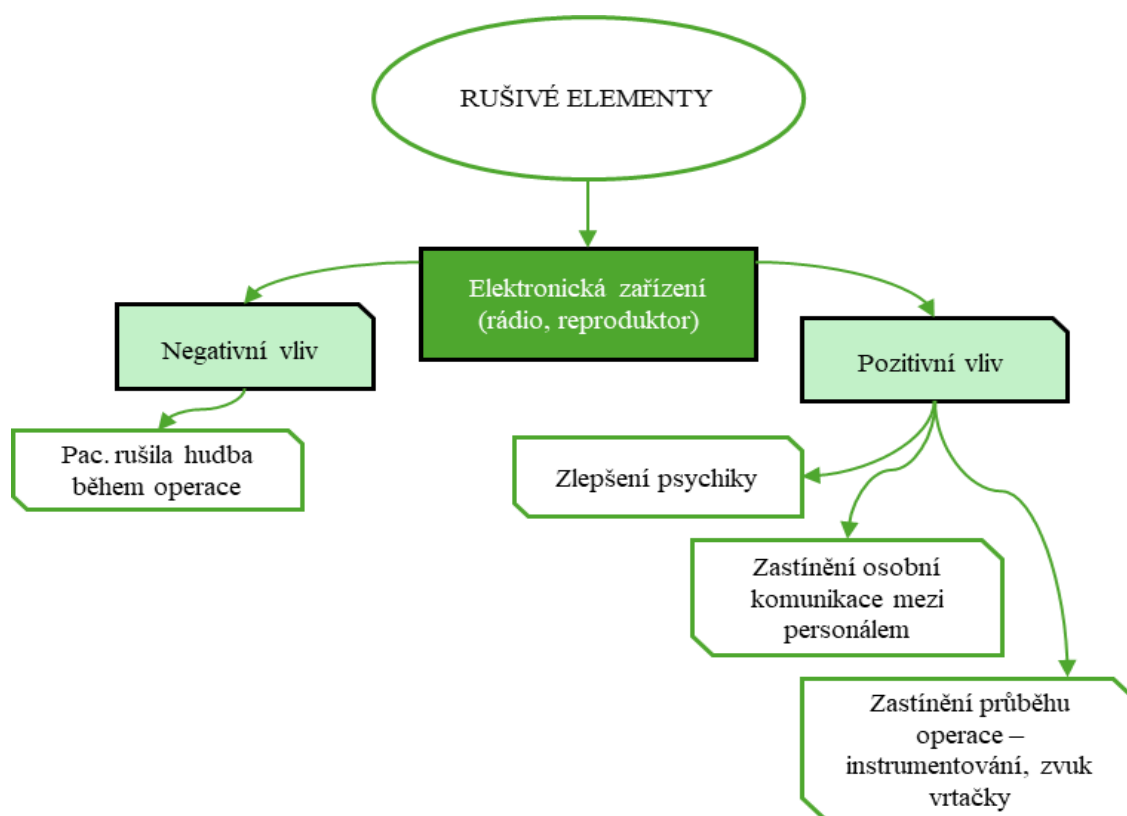


Schéma 5 - Rušivé elementy způsobující nedostatečnou komunikaci (Zdroj autor)

5.5.3 Kategorie 3 - Zajištění bezpečnosti pacienta na operačním sále pomocí komunikace

Tato kategorie se měla původně věnovat návrhům, jaká doporučení mají dotazovaní pacienti na zlepšení komunikace s pacienty na operačních sálech v daném zdravotnickém zařízení. Nicméně již v průběhu pilotního rozhovoru samotný dotazovaný upozornil na některé informace vedoucí k zajištění bezpečí pacienta na operačním sále, proto byly následně změněny otázky k definitivnímu polostrukturovanému rozhovoru. Následně se tato změna ukázala být užitečná, neboť bezpečí pacienta na operačním sále by mělo mít nejvyšší prioritu.

V poslední, třetí kategorii, jsou odkryty odpovědi na třetí průzkumnou otázku, která zní: „*Jak personál operačních sálů zajišťuje pomocí komunikace bezpečnost pacienta?*“ Pro tuto kategorii bylo vytvořeny dvě podkategorie, jež jsou níže rozpracovány.

Kontrola správnosti a ověření důležitých informací (alergická anamnéza, stranová správnost, ...)

V této podkategorii bude odhaleno, jak a případně jakým způsobem zdravotnický personál na operačních sálech zajišťuje pacientovu bezpečnost právě pomocí komunikace. Pro představu a utvrzení jsou níže v textu citovány výpovědi některých dotazovaných.

Překvapivým faktem bylo, že **pacienti sami si všímají toho**, na co se jich zdravotnický personál bezprostředně před započítím operačního výkonu doptává. Většina dotazovaných vypověděla, že se jej zdravotní sestry na operačním sále ptaly především na jejich **alergie**, a to dokonce i opakovaně, ptaly se sestry jak anesteziologické, tak perioperační. V obou případech je to naprosto v pořádku, neboť anesteziologický sektor zajímají pacienti alergie především kvůli podávané svodné anestezii, kdy je nejčastěji využívána kombinace Supracainu a Bupivacainu. A perioperační sektor se zajímá o alergie především kvůli použití dezinfekce, často jsou právě k dezinfekci operačního pole anebo k perioperačním výplachům používány přípravky s jódem, na což je spousta pacientů alergických, a proto se zdá být více než důležité, že se zdravotnický personál pacientů neustále ptá právě na jejich alergie. Dále mohou být v průběhu operačního výkonu vyžity různé materiály, ať už se jedná o přípravky obsahující různé antibiotikum, latex, různé kovy, či silikonové preparáty. Opět musím zmínit výhodu svodné anestezie, kdy je pacient při vědomí – **můžeme se ho kdykoliv na cokoliv doptat** a zajistit tak jeho maximální bezpečí, tudíž zde hraje právě komunikace zásadní roli. Jak je již zmíněno výše, většina dotazovaných vypověděla, že se jich zdravotnický personál ptal na **alergickou anamnézu**. Většina dotazovaných vypověděla podobně, jako P6: „...kontrolovala ty papíry (anestezioložka, pozn. autora) v těch deskách, které se mnou přivezli na sál, ptala se mě, jestli se opravdu s ničím neléčím, kontrolovala alergie, pak se mě ptala v kolik hodin jsem naposledy pila a jedla, ...“ Anebo P1 řekla: „Pak přišla další sestřička s takovým vysokým panem doktorem, ten se mi představil svým jménem, které už si sice nepamatuju, ale pamatuju si, že říkal, že je anesteziolog, a říkal mi, že mi tady se sestřičkou budou píchat to umrtvení, proto vím, že to byla sestřička, jinak bych to nevěděla. Zase se mě předtím ptal na jméno, výkon, na který jdu, s čím se léčím, jestli jsem na něco alergická a jestli jsem opravdu od půlnoci nic nejedla a nepila.“ Z této výpovědi je patrné, že anesteziolog se neptal pacientky pouze na alergickou anamnézu, ale slovně zjišťoval i ostatní informace, zmíněné právě ve výpovědi pacientky. Nikomu z pacientů nebylo nepříjemné, že se jich zdravotnický personál vyptával na různé doplňující informace, kromě P2, který uvedl: „...zas se mě ptali, jak se jmenuju a s čím jdu a s čím se léčím a jestli náhodou nemám nějakou alergii. No v mém věku, na co bych mohl mít tak asi alergii, žejo, za nás tohle nebylo, nějaký alergie. ... Pana doktora jsem viděl ještě těsně před tou operací, to přišel a zeptal se mě, jestli se na to můžeme vrhnout, jestli už je ruka cizí. Teda první, na co se zas ptal bylo jméno a s čím tam jsem. Kdybych to měl snad napsaný na čele, stejně by se mě na to ptali. ... A taky bych jim doporučil, aby se na jméno a na alergii ptali jednou, protože když se mě ptali po pátý snad, tak už jsem si skoro klepal na čelo, kdybych měl čím.

Jednou jsem řekl, že nemám, tak nemám.“ I podle mimiky v obličeji a gestikulace během rozhovoru s tímto pacientem bylo více než patrné, že otázky stran bezpečnosti pacienta jej velmi obtěžovaly. Ačkoliv je rozhodně lepší se zeptat několikrát, než jednou ne a něco zanedbat. **Nejlépe si v dotazování rozhodně vede úsek anesteziologie**, neboť právě oni s pacienty stran jejich bezpečnosti hovoří nejvíce. Nejen, že si jim představují, ale také se **ptají pacienta na jeho jméno, na končetinu, která má být operována, ověřují lačnost pacienta, jeho alergie a také prochází farmaka, která pacient běžně užívá.** Důkladně tyto informace ověřuje zejména úsek anesteziologie, z rozhovorů s pacienty vyplývá, že perioperační sestry a samotní operatři rádi **přenechávají ověřování informací** právě oboru anesteziologie a vkládají do jejich rukou svou plnou důvěru. Anesteziolog spolu s anesteziologickou sestrou jsou obvykle první, kdo přivezeného pacienta na operačním sále vítá, právě oni zajišťují svodnou anestezii na dané končetině, která je sice **označována v rámci bezprostřední předoperační přípravy** značkou, psanou fixem k tomu určeným, ale i přesto bychom měli vždy provádět stranovou kontrolu, zvláště, když je pacient plně při vědomí a je možné s ním bez potíží komunikovat. Dále se **nezeptal nikdo z chirurgů**, kteří operovali, na jméno pacienta, neprovedl stranové ověření, ani se nezeptal na známé alergie. Jediný P2 uvedl, že se jej na tyto informace ptal i samotný operatér, avšak právě P2 byl jediným pacientem, kterého výše zmíněné dotazování značně obtěžovalo. Operující chirurgy zajímalo dle výpovědi dotazovaných především to, zda již provedená svodná anestezie dostatečně účinkuje, jak řekla P1: *„Pak přišel ten pan doktor, tak to diskuse umlkla. Přišel za mnou k tomu stolu, na kterém ležela ta moje ruka a ptal se, jestli už je jakoby ta ruka cizí, tak jsem říkala, že úplně jo, že ji cítím jakoby někde na břiše a přitom vidím, že leží na tom stole.“* **Perioperační sestry** si v rámci dotazování vedly celkem dobře, pacienti vypovídali v rozhovorech dost podobně jako P4: *„Ještě jsem teda zapomněla říct, že mě ta sestřička oslovila příjmením a čekala co já na to, takže to si asi ověřovala tu správnost, že to jsem já, že? Říkám to tak správně, dělá se to tak, ne?“* Překvapením pro mě bylo také to, že pacienti zde, v tomto zdravotnickém zařízení, **nemají na končetině identifikační náramek** se jménem, příjmením a rodným číslem. Mají označená lehátka, na kterých jsou přivezeni z oddělení, a ač se touto problematikou tato diplomová práce nezabývá, myslím, že toto zjištění stojí rozhodně alespoň za zmínku. Označení lehátek se mi zdá jako velmi slabé zabezpečení bezpečnosti daného pacienta, personál zřejmě počítá s tím, že jméno a příjmení je jim pacient schopen sdělit sám a identifikační náramek není třeba. V tak velkém množství operovaných pacientů by se neměl personál spoléhat pouze na slovní vyjádření operanta a na jeho označené lehátko, neboť to je velmi snadno zaměnitelné, kdežto identifikační náramek ne. Nejen zjištění nepoužívání

identifikačních náramků bylo překvapivé, jelikož v průběhu průzkumného šetření bylo při rozhovorech také zjištěno, že **ani jeden v dotazovaných nepopsal situaci, která by připomínala provedení perioperačního bezpečnostního procesu bezprostředně před samotnou chirurgickou intervencí.** První fázi, která je obvykle prováděna anesteziologem a anesteziologickou sestrou popsalo **všech sedm dotazovaných,** ovšem fázi těsně před samotnou incizí si nevybavuje nikdo z dotazovaných pacientů, z čehož se dá usoudit, že tento krok byl naprosto vynechán. Všichni dotazovaní vypověděli skutečnosti o tom, jak si perioperační sestry chystaly na operačním sále potřebné náčiní k jejich operaci, dále popsali rozhovory, které probíhaly mezi samotnými perioperačními sestrami, nebo mezi sestrami a lékaři, mnohdy samotní pacienti vypověděli, že se s nimi do hovoru zapojili. Následně všichni pacienti taktéž vypověděli, že vnímali celý proces předoperační přípravy – dezinfekce operačního pole, jeho následné zarouškování, avšak o jednotlivých krocích perioperačního bezpečnostního procesu nikdo z dotazovaných nevypověděl vůbec nic. Nikdo neslyšel žádné **představování se** členů operační skupiny, nikdo z pacientů neslyšel **zaznít své jméno a typ výkonu,** na který jde, ani neslyšel **hovořit operátora směrem k ostatním členům operační skupiny.** Například P1 uvedla: *„Pak se pan doktor ptal, jestli může začít, to mi nafoukli tu manžetu, co mi sestřička dávala na paži a pan doktor se mě ptal, jestli jsem v pohodě a nic necítím. To u mě zatím celou dobu stála ta sestřička, která mi ještě řekla, že kdybych si chtěla třeba pokrčit nohy, tak určitě můžu, ale ať na to předem upozorním, protože pan doktor se nesmí ničeho leknout. Pak mi řekla, že pan doktor už operuje, takže umrtvení je v pořádku a kdyby se něco dělo, mám vše hlásit.“* Z výpovědi P1 je patrné, že se lékař ptal, zřejmě celé operační skupiny, zda může započít incizi a zeptal se pacientky, zda je u ní vše v pořádku, avšak ani jedna informace nesplňuje požadavky na provedení perioperačního bezpečnostního procesu. Anebo P5 řekl: *„Pak už jako když to bylo nachystaný, jak přišel pan doktor, tak to začalo všechno dost odsejpat, najednou jsem na ruku neviděl, měl jsem ji někde ani nevím kde, ale já to ani vědět radši právě nechtěl, nic jsem nechtěl vědět, pro jistotu, aby mi z toho nebylo špatně.“* Tento pacient uvedl, že dezinfekci i zarouškování operačního pole provedla **sama instrumentářka** a poté ještě uvedl, že pak teprve přišel operátor, ale stejně jako u ostatních pacientů, ani zde perioperační bezpečnostní proces neproběhl.

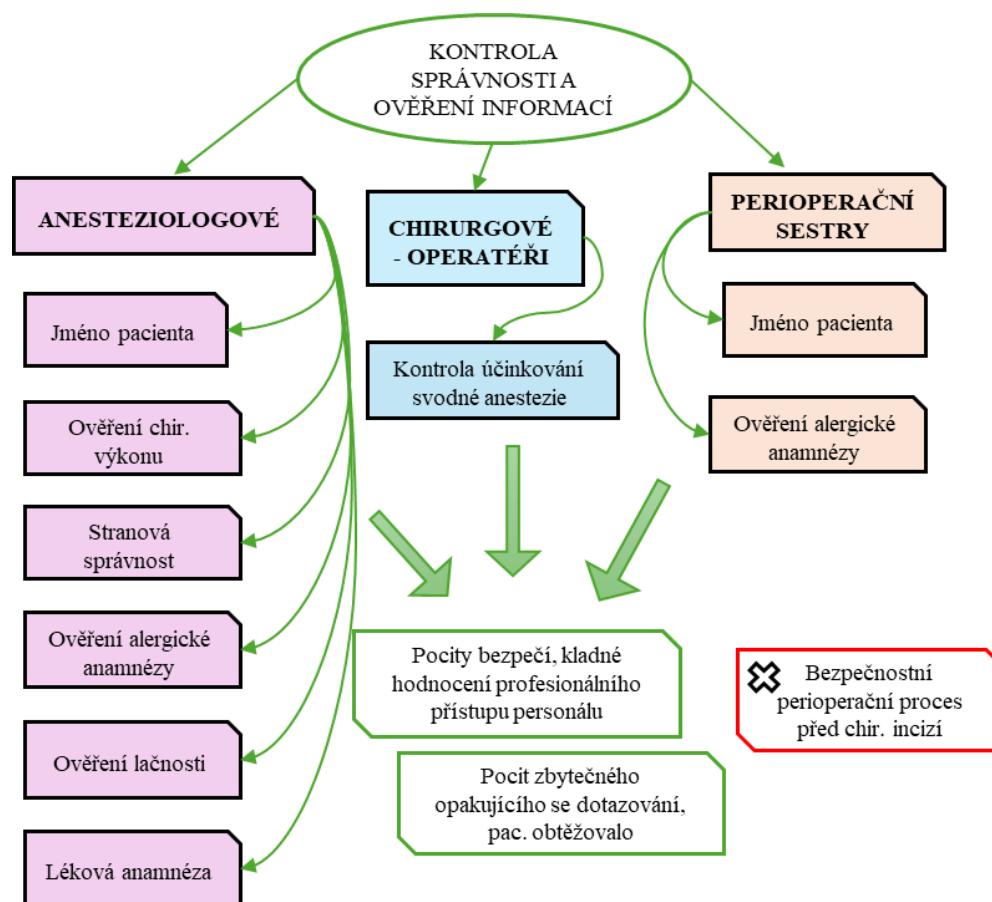


Schéma 6 - Kontrola správnosti a ověření informací (Zdroj autor)

Zajištění bezpečnosti a sterility během operačního výkonu

V této, poslední, podkategorii bude nastíněno, jakým způsobem zajišťuje personál operačních sálů sterilitu během operačního výkonu, neboť pacient je při vědomí a může kdykoliv pohnout svým tělem a případně by tak mohlo dojít k porušení sterility operačního pole. Je tedy v rukou zdravotnického personálu, zda dokáží sterilitu zachovat a pacientovi vše řádně vysvětlit. Pro představu a následné utvrzení jsou v textu citovány výpovědi některých dotazovaných.

V tomto případě **se výpovědi pacientů shodují** v tom, že personál operačních sálů dbá na to, aby celá operace probíhala za sterilních podmínek a skutečně jsou pacientům dostatečně vysvětlovány důvody, proč musí být operační pole dokonale sterilně zarouškováno, anebo to, že pacient nesmí v žádném případě na sterilní rouškování sahat druhou, neoperovanou, končetinou. Například P1 vypověděla: „*Na hlavě jsem měla nějaký modrý hadr, ale hned za mnou přišla ta chystací sestřička a řekla mi, že teď budu chvíli stanovat, upravila mi to tak, aby mi to neleželo přímo na hlavě, ale na té kovové hrazdě nade mnou, pak mi řekla, že na ruku sice nevidím, ale mám ji na stolečku, takže se o ni nemusím bát, pak tam zapojovala nějaké kabely, to mi říkala, ať na ně nesahám a ať tam na druhou stranu vůbec nesahám, že to tam*

je sterilní, že kdyby se cokoli dělo, mám to říct, ale nikam sama nesahat. “ Někteří pacienti, jako kupříkladu P2 by celý proces operace rádi viděli, avšak v případě, že jim celou situaci někdo vysvětlí, dokáží problematiku pochopit a jsou vstřícní, sám P2 sdělil: „...*já jsem to chtěl vidět, zajímalo mě to, co tam teda budou dělat, ale pan doktor mi říkal, že mi musí dát roušky kolem ruky, že bych si tam jinak mohl dejchat nějaký bacily, a to bych zas jako nechtěl.*“ Někdy samotní pacienti mají snahu si sterilní rouškování dávat stranou, aby mohli nahlédnout, co se děje „na druhé straně“, nebo je zajímá samotná operace. V případě P3 tomu nebylo jinak, i on byl upozorněn, že pro zachování sterility jsou nutná jistá opatření, jak sám řekl: „*Pak mi strčila sestřička ruku do takový modrý díry a zbytek tý plachty jsem měl nad sebou na takový kovový tyči nad hlavou, říkala mi, že je to nutný, abych si tam do toho nedýchal, že ona i pan doktor mají na puse roušku, aby mi tam taky nedýchali, takže mě takhle schovali. To mi třeba přišlo fajn, že mi tohle řekla, protože normálně tohle by člověka nenapadlo, nad tím jsem nikdy nepřemejšlel. Ta původní sestřička u mě stála a povídala si se mnou, ptala se mě odkud jsem a jak se mi to stalo, byl jsem rád, že jsem se nemusel soustředit, co se asi děje na druhý straně, aspoň takhle na začátku, fakt mi to nebylo příjemný, mít někde položenou ruku, nevědět o ní, a ještě tam ani nevidět.*“ V souvislosti se zajištěním bezpečnosti byl u P3 zjištěn i tento fakt, který sám zmínil: „...*ta oblečená sestřička a začínala mi tu ruku natírat nějakou oranžovou dezinfekcí a říkala mi ať otočím hlavu na druhou stranu, aby mi to nekápló náhodou do oka ta dezinfekce. Já si spíš teda myslím, že chtěla, abych otočil hlavu proto, protože jak mi to rozbalili, tak to bylo teda pěkně hnusný na to koukat a asi prostě nechtěla, abych byl nějak ve stresu.*“ V tomto případě bylo od perioperační sestry jisté na místě, že pacientovi doporučila, aby se nedíval přímo na inkriminované místo, kde by mohlo dojít **k zasažení jeho očí dezinfekčním roztokem**, což by nebylo vůbec žádoucí a pro pacientův zrak by to mohlo být dokonce nebezpečné. Na druhou stranu, jak sám pacient možná správně vyhodnotil, perioperační sestra **chtěla pacienta udržet v psychické pohodě**, neboť právě tento pacient si přivodil těžké devastační poranění horní končetiny kotoučovou pilou při manipulaci s dřevem. U tohoto pacienta bylo evidentní, že potřeboval ze strany zdravotnického personálu **více komunikace**, neboť byl velmi vystresovaný celkovou situací, náhle vzniklým úrazem a měl obavy o svoji budoucnost, právě z důvodu dlouhé rekonvalescence pro prodělaném úraze, tyto pacientovy potřeby personál operačních sálů velmi dobře zhodnotil a byl pro pacienta po dobu operace oporou, jak je patrné z pacientovy výpovědi výše. **O zajištění bezpečí očí** informovala i P6, která uvedla: „*Paní sanitářka říkala, ať se na to radši nedívám, že někdy může ta dezinfekce cáknout do oka, ale mě to moc zajímalo, sestřička to dělala tak pečlivě.*“ Tuto pacientku však nezajímala pouze dezinfekce operačního pole, nejraději

by viděla i průběh operace, a dokonce by ráda perioperačním sestřím vypomohla během příprav na operaci, jak sama sdělila: „*Když bylo nadezinfikováno, tak mi dala sestřička ruku do takového modrého tunelu, nebo jak bych to definovala, a ten vršek mi dala vlastně až nad hlavu, na takovou tu kovovou věc nade mnou, já jsem si to tam chtěla chytout, aby to z toho jako neujíždělo, ale sestřička mi říkala, ať tam vůbec nesahám, že mi to upraví kolegyně, protože u ní už je to sterilní, abych si tam něco nezanesla, ...*“ Všichni pacienti dostali od zdravotnického personálu **pro ně podstatné informace**, které zajistily jejich bezpečí a psychicky je uklidnily, neboť pro zdravotníka jsou všechny uvedené postupy samozřejmé, ovšem pro laika, člověka, který navštívil operační sál poprvé v životě, anebo již na operačním sále v minulosti byl, ale v celkové anestezii, jsou tyto věci naprosto neznámé. **Rozpačité pocity právě z nedostatku informací**, které by přispěly k zajištění bezpečnosti, pociťovala P7, která nedostala tolik informací, kolik by si zasloužila. Tato pacientka byla přijata taktéž, stejně jako P3 akutně, z důvodu úrazu, ovšem oproti P3 dostala právě P7 minimum informací ohledně dezinfekce operačního pole, či sterilního rouškování. Jak sama v rozhovoru uvedla: „*V tom mi sestřička sundala ty obvazy, co jsem tam měla, pan doktor tam čekal s nějakou sklenicí v ruce, hned, jak to bylo sundaný, tak mě začal tu ruku omývat takovým oranžovým roztokem, co měl v té sklenici a ptal se mě, jestli jsem v pohodě, já sice říkala, že jo, protože jsem nechtěla způsobovat zbytečný potíže, ale popravdě jsem úplně v pohodě nebyla, ta ruka byla celá nateklá a krvavá a najednou vám tam jdou dávat cosi, co už od pohledu bude zákonitě pálit a vůbec nevíte, co se má dít a co ne.*“ Této pacientce nikdo neřekl, že má svůj zrak upřít na druhou stranu, než je operovaná končetina, proto pacientka byla vystavena přímému zasažení očí dezinfekčním roztokem a navíc byla lehce traumatizovaná pohledem na svoji poraněnou končetinu. P7 dále pokračovala: „*Když odhodil tu sklenici, tak mi položili cosi modrého přes hlavu, jako ne úplně přes hlavu, viselo mi to nad hlavou, nevěděla jsem, jestli to mám nějak chytit, aby mi to nepadalo do tváře, sestřička moc nestíhala, pan doktor chtěl všechno najednou. Pak přese mě letěl jeden kabel, druhý kabel, nevěděla jsem, co to je a proč to mám na břicho a pan doktor říkal třeba jako „světlo, židli, proč to tady nefunguje, dělejte s tím něco, nalejte mi vodu,“, sestřička tam poletovala, všechno zařizovala, pak právě mě to škrtilo na té paži nahoře.*“ Tato pacientka zřejmě vystihla situaci naprosto přesně, když řekla: „*Byly trpělivý i sestřičky, protože pan doktor asi není úplně výřečnej typ a dost na ně spěchal.*“ Této pacientce se nedostalo mnoho informací, co se zajištění bezpečnosti týče, proto **si sama sahala na sterilní rouškování**, které jí leželo téměř na hlavě, a tak si jej chtěla sama odsunout, čímž **částečně znesterilnila operační pole**, avšak obíhající sestra byla evidentně natolik zahlcena pokyny operujícího lékaře, že zkrátka na ostatní věci, a především **na komunikaci**

s pacientkou již nezbyval čas. Tím by se rozhodně neměl zdravotnický personál omlouvat, neboť právě zajištění bezpečnosti pacienta na operačním sále je nedílnou součástí práce, avšak v některých případech se nakupí povinností v jednu chvíli až příliš. Je zřejmé, že právě zde, v tomto zdravotnickém zařízení, se obvykle perioperační sestry **obejdou bez přílišné pomoci sanitářů**, což v dnešní době není úplně obvyklé, neboť práci s operačními lampami, židlemi, a dokonce i s některou přístrojovou technikou, jako je například přístroj pro koagulaci, zajišťují v mnohých zdravotnických zařízeních právě sanitáři, samozřejmě pod odborným dohledem perioperační sestry. Zde tomu evidentně tak není a ani pacienti ve svých výpovědích nezmiňovali příliš přítomnost sanitářů, snad jen **při asistenci s manipulací horní končetiny u dezinfekce operačního pole**. V takových případech by, jako byla operace P7, která vyžadovala svižnější přípravu operačního pole a taktéž ujištění a psychickou podporu pacientky, jistě nebyla pomoc sanitářů zbytečná.

Po dobu operace by měl být pacient zajištěn na operačním stole vhodnými bezpečnostními prvky, jako jsou například fixační pásy, nebo různé zarážky (ramenní zarážka, zádová opěrka) určené k danému operačnímu stolu, na kterém je pacient operován. Dále by neměly chybět ani gelové podložky určené k prevenci otlaků, nebo dokonce proleženin. Tyto podložky se pak umísťují například pod hlavu, pod paty, anebo se jedná o gelový válec pod kolena (Kolektiv autorů, 2021, str. 44-45). **Ani jeden z dotazovaných pacientů nebyl na operačním stole nijak fixován** – ani fixačním pásem, ani nebyly použity žádné zarážky, a tak personál operačních sálů zřejmě spoléhá na fakt, že když nejsou pacienti pod vlivem léků ovlivňujících vědomí, není možné, aby z úzkého operačního stolu upadli, anebo aby se jim vytvořily otlaky, například právě na patách. Pouze dva dotazovaní pacienti, a to konkrétně P1 a P3 ve svých výpovědích sdělili, že jim bylo nabídnuto, aby si v případě potřeby změnili polohu dolních končetin, například P3 řekl: *„Pan doktor se mě často ptal, jestli jsem v pohodě a jestli si třeba nechci pokrčit nohy, jestli mě z toho ležení nebolí záda.“* Zde výpověď P1: *„...stála ta sestřička, která mi ještě řekla, že kdybych si chtěla třeba pokrčit nohy, tak určitě můžu, ale ať na to předem upozorním, protože pan doktor se nesmí ničeho leknout.“* Personál operačních sálů by byl zřejmě ještě více překvapen, kdyby jim pacient spadl z operačního stolu v důsledku toho, že jej nezajistili bezpečnostními prvky. P7 informace neměla, a tak čekala až operace skončí, protože nechtěla operační tým rušit, jak sama řekla: *„Pak jsem slyšela, že je na druhý straně větší akce, šoupalo se asi židlema, takže jsem si říkala, že už je to asi fakt u konce, už jsem si potřebovala aspoň třeba pokrčit nohy, nebo si je protáhnout, člověk neví, jestli se to smí takhle u tý operace a nechce se tam mrskat, jak kapr, aby nějak nerušil,*

rozumíte.“ Pro každého člověka je velmi náročné ležet delší dobu bez sebemenšího pohnutí, a navíc může dojít k nepříjemným otlakům. V tomto případě lze stran zajištění bezpečnosti pacienta jistě shledat nedostatky, na které by se měl personál operačních sálů dané nemocnice zaměřit.

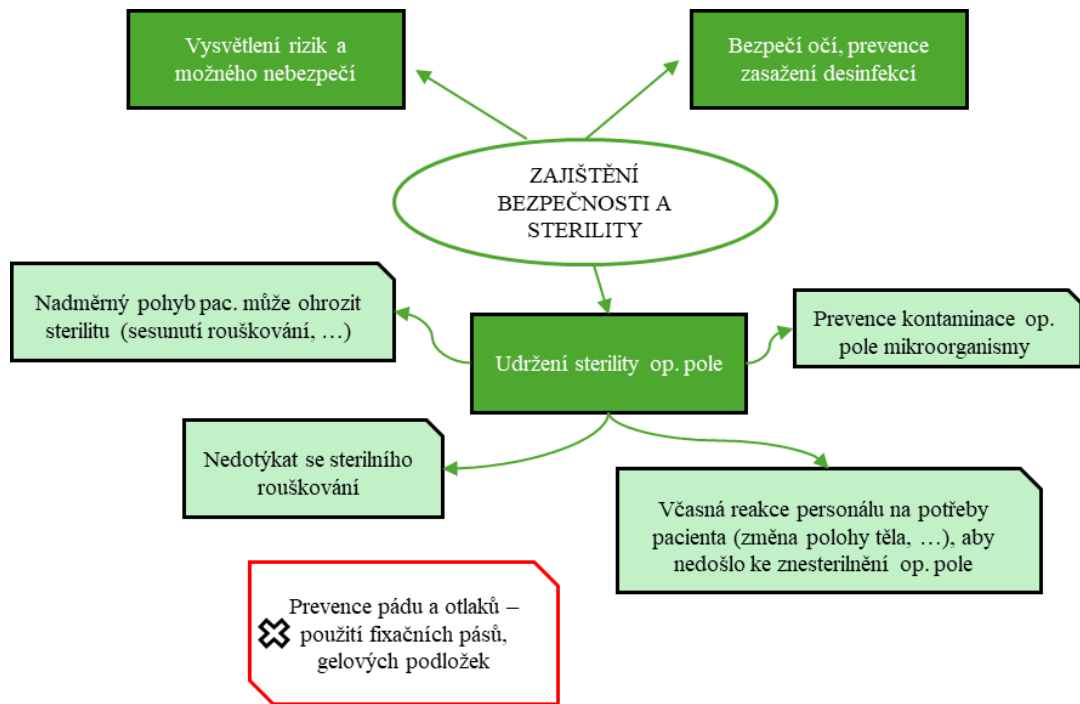


Schéma 7 - Zajištění bezpečnosti a sterility (Zdroj autor)

6 DISKUZE

Tato kapitola diplomové práce má za cíl shrnout zjištěné výstupy průzkumného šetření. Získané informace budou v této kapitole komparovány s výsledky podobných průzkumných prací a teoriemi jiných autorů.

Empirická část této diplomové práce měla jeden **hlavní cíl**, který zněl: **popsat zvláštnosti komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem ve svodné anestezii na operačním sále**. Průzkum probíhal v nejmenovaném zdravotnickém zařízení, které denně provádí operační výkony ve svodné anestezii, u níž jsou pacienti po celou dobu při vědomí. Právě tyto osoby empirická část diplomové práce zkoumala, zaměřovala se právě na jejich subjektivní hodnocení a pocity v rámci komunikace, která probíhala během jejich operačního výkonu. Komunikace s pacienty je velmi důležitou součástí péče o pacienty v jakémkoliv zdravotnickém oboru, avšak na operačním sále lze považovat komunikaci ještě za trochu specifitější.

Níže, v této kapitole, jsou prezentovány výsledky analýzy průzkumného šetření. Na základě hlavního cíle průzkumné části diplomové práce, který je uveden výše, byly stanoveny následující **dílčí cíle**:

- **Cíl 1:** Zjistit, jaké informace získává pacient na operačním sále (v rámci představení se, ošetrovatelských postupů a informací o zdravotním stavu).
- **Cíl 2:** Zjistit, jak pacient vnímá okolní komunikaci na operačním sále.
- **Cíl 3:** Zjistit, jak je komunikací zajištěna bezpečnost pacienta na operačním sále.

K cílům byly stanoveny tyto **průzkumné otázky**:

- 1) Jak pacient hodnotí množství a kvalitu informací, které získal od zdravotnického personálu na operačním sále?
- 2) Jak pacient hodnotí komunikaci, která probíhala mezi členy operačního týmu bezprostředně před započítím a v průběhu operačního výkonu?
- 3) Jak ovlivňuje pacientův psychický stav interpersonální komunikace?
- 4) Jak personál operačních sálů zajišťuje pomocí komunikace bezpečnost pacienta?

Průzkumná otázka 1: Jak pacient hodnotí množství a kvalitu informací, které získal od zdravotnického personálu na operačním sále?

První průzkumná otázka se zaměřila na množství a kvalitu informací, které pacienti dostali od zdravotnického personálu na operačních sálech. Hodnocení pacientů bylo subjektivní, každý vnímal získané informace jinak, nelze jej proto objektivizovat. Tento aspekt hraje v rámci komunikace klíčovou roli, neboť je důležitým ukazatelem informovanosti a pocitu bezpečí pacienta. Jedním z klíčových bodů, který dotazovaní pacienti hodnotili bylo představení se. Byť se to zdá být naprosto automatická interakce, mnohdy tomu tak není. Práva pacientů však hovoří jasně – každý pacient má právo znát jména personálu, který jej ošetřuje (Česko, 2023). Nicméně, někteří zdravotníci si uvědomují, že právě toto základní právo pacientů často opomínají, například kvantitativní výzkum Knapové v její diplomové práci ukázal, že 58 % dotazovaných zdravotníků se přiznalo k tomu, že se pacientům při prvotním kontaktu jménem nepředstavuje (Knapová, 2008). Kdyby se každý zdravotník představil, mohl by tak předejít nepříjemnostem, které vypověděla v rozhovoru P7, která zdůraznila potřebu představení se, čímž by se mohlo předejít případným problémům s oslovováním, např. místo „paní doktorko“ / „sestřičko“, či naopak. Krejčí ve své diplomové práci uvádí, že pouze dva pacienti z celkových dvanácti vypověděli, že se jim zdravotní sestra představila celým jménem a jeden dotazovaný uvedl, že si jméno zdravotní sestry přečetl na její vizitce na oděvu (Krejčí, 2023). Obdobně dopadl výzkum v rámci diplomové práce Pospíšilové, která uvádí, že z celkového počtu deseti zdravotních sester se nepředstavuje pacientům ani jedna, jako nejčastější důvod zdravotnice uváděly, že by se během dne „umluvily“, kdyby se měly každému pacientovi představovat (Pospíšilová, 2017). A přitom je logické, že uvedení jména a pozice zdravotnického personálu před zahájením jakékoliv procedury vede k lepšímu porozumění a zmírňuje pacientův stres. V této diplomové práci jsou na žebříčku úspěšnosti v představování se lékaři anesteziologie, neboť dle výpovědí našich dotazovaných se tito lékaři představovali všem dotazovaným a na pacienty to skutečně působilo velmi pozitivně, a především jim to dodávalo pocitu bezpečí.

Co se samotných informací týče, pro dotazované byly zásadní ty informace, které se týkaly konkrétních postupů, které budou během operace prováděny – dotazovaní tak kladně hodnotili informace o použití turniketu, dezinfekci operačního pole a také o umístění operované končetiny, kterou z důvodu svodné anestezie necítili. Dle slov našich dotazovaných přispívá ke klidu i ujištění personálu o tom, co se právě děje. V případě, že pacient není dopředu obeznámen s dosud neznámou situací, může to vést k jeho strachu a obavám,

tak jak vypověděla P7, která i sama v závěru rozhovoru uvedla, že z jejího pohledu nezbylo na komunikaci s ní moc času, neboť lékař evidentně spěchal, aby měl operaci co nejrychleji hotovou a zdravotní sestry neměly čas se věnovat ničemu jinému než jen příkazům právě onoho lékaře. Nejsou to jen informace, které jsou pro člověka tolik důležité. Stejně důležité je umění empatie neboli vcítění se (Zacharová, 2016, str. 31). A jak uvádí Breithaupt, empatie je pojímána jako prosociální a má pozitivní vliv na chování (Breithaupt, 2018). Empatii i aktivní naslouchání zmínil ve své výpovědi např. P3, který uvedl, že zdravotní sestra včas rozpoznala jeho pocity a myšlenky a snažila se odvést pacientovu pozornost, právě v situaci, kdy se necítil při pohledu na svoji zraněnou končetinu v nejlepší psychické kondici. Spousta pacientů pochopitelně touží po tom, aby se dozvěděla co nejvíce informací od lékaře, který provedl samotný operační zákrok, rádi by dostali veškeré informace o operačním nálezu, jeho řešení a následné rekonvalescenci. Operatéri obvykle hovoří stroze a používají spíše cizí slovník, kterému laik nemusí úplně dobře rozumět. Každý pacient má právo být kvalitně, a především srozumitelně obeznámen se svým zdravotním stavem, s výjimkou toho, pokud si to sám výslovně nepřeje. Tento fakt je v České republice regulován zákonem č. 372/2011 Sb (Česko, 2011 a). Pinkasová tvrdí, že výzkumy jasně ukazují, že pokud mají lékaři dostatečně vyvinutou sebereflexi a zároveň jsou ochotni na ní pracovat, zlepšuje to nejen jejich vnitřní sílu a motivaci, ale především se to pozitivně odráží v jejich profesním životě a zvyšuje to tak jejich profesní kvality, Pinkasová uvádí, že s upevňováním sebereflexe přispívají lékaři pokorou, klidem a laskavostí, což se samozřejmě projevuje v jejich komunikačních dovednostech (Pinkasová, 2024). A jak se na svoji kvalitu při sdělování informací dívají samotní lékaři? To nám prozradil výzkum Mertové, který odhalil, že 37 % dotazovaných lékařů uvedlo, že si jsou jistí, že jejich pacienti rozumí jimi sděleným informacím velmi dobře, 40 % pak uvedlo, že je třeba občas přidat nějaké doplňující informace, aby pacienti porozuměli jejich sdělení a zbylých 23 % dotázaných přiznalo, že musí informace sdělovat jednodušší formou, jinak by jim jejich pacienti vůbec neporozuměli. Zajímavým faktem z tohoto výzkumu je také to, že většina dotazovaných lékařů si nemyslí, že by bylo zapotřebí se v oblasti komunikace nějak vzdělávat, či zlepšovat (Mertová, 2007). Naši dotazovaní pacienti byli s poskytnutými informacemi celkem spokojeni, nejvíce spokojeni však opět byli s lékaři z oboru anesteziologie, kteří si vedli stejně dobře, jako v představování se, a dokonce poskytovali našim dotazovaným prostor pro dotazy, což chirurgové neumožnili. A přitom, jak uvádí ve své knize Vlastimil Švec: „*chirurg nejen diagnostikuje a operuje, ale také komunikuje*“ – a tak by to mělo být (Švec, 2022).

Průzkumná otázka 2: Jak pacient hodnotí komunikaci, která probíhala mezi členy operačního týmu bezprostředně před započítím a v průběhu operačního výkonu?

Druhá průzkumná otázka se zaměřila na subjektivní hodnocení komunikace, která probíhala mezi členy operačního týmu. Každý zdravotník – a není tím myšleno jako pacient – který kdy byl na operačním sále ví, jak zhruba probíhá komunikace během operačního výkonu, proto byla nasnadě právě tato otázka, jak tuto komunikaci hodnotí samotní pacienti. Ve výpovědích pacientů se dost opakovalo hodnocení hudby během operačního výkonu, tudíž byl i tento aspekt zařazen jako samostatná podkategorie. Právě rádio bylo zařazeno mezi rušivé elementy, neboť často hudba zastiňovala komunikaci, která probíhala mezi členy operační skupiny a pacient tedy nemohl zhodnotit, jak daná komunikace vypadala, protože ji neslyšel, což je vlastně mnohdy spíše pozitivní – pro pocity pacienta.

Většina dotazovaných vnímala komunikaci mezi členy operačního týmu spíše pozitivně, zejména pak v souvislosti s běžnými pracovními činnostmi, jako byla např. příprava instrumentária atp. Komunikace při těchto činnostech byla pro pacienty obvykle naprosto přirozená a nijak je neobtěžovala, např. P1 uvedla, že pozorování práce perioperační sestry, která obíhala operační sál, komunikovala spolu s pacientkou, i s operační skupinou bylo spíše zajímavé než stresující. Každý zdravotník by měl odhadnout, co si může v danou chvíli dovolit před pacientem říct, popřípadě, jak to říct. Jak uvádí Balková, empatie a asertivita by měly být na místě naprosto v každé situaci anebo také to, že při komunikaci je velmi důležité myslet nejen na to, jaké informace předáváme, ale především na to, jakým způsobem je předáváme (Balková a kol., 2013). Z našeho průzkumu vyplývá, že pacienti si všimají a často oceňují to, když komunikace mezi zdravotníky probíhá přirozeným způsobem, což přispívá do značné míry k pocitu, že operační tým ví, co dělá a má vše pod kontrolou. Dle etického kodexu perioperačních sester by sestra měla vytvářet, udržovat a přispívat k udržení vhodného prostředí, které splňuje požadavky na ošetrovatelskou péči (AORN, 2017). To, jakým způsobem před pacientem zdravotníci komunikují se jistě odráží i na pacientově důstojnosti, a proto taktéž vtipkování a posměšky nejsou vhodným nástrojem, jak pozitivně rozvířit komunikaci na operačním sále (Ptáček a Bartůněk, 2022). Naštěstí naši dotazovaní nebyli takovému jednání svědkem.

Jak je již psáno výše, i hudba ovlivňuje vnímání komunikace pacienta. Ačkoliv většina dotazovaných považuje hudbu jako uklidňující element, uklidňující zčásti i proto, že přehlušuje

právě komunikaci, která probíhá mezi operačním týmem „na druhé straně“, existuje mnoho studií, které dokazují, že hudba na operační sál rozhodně nepatří. Weldonová ve své studii, která byla publikována roku 2015 uvedla, že hudba je pouštěna až u 73 % všech operačních výkonů. Výsledky studie taktéž dokazují, že právě hudba, která bývá mnohdy hlasitá zastíňuje komunikaci, a to především v rámci operačního týmu, byly zaznamenány opakované požadavky směrem k instrumentáři, které se vyskytovaly pětkrát častěji právě v případech kdy hudba hrála (Weldonová et al., 2015). V téže studii je taktéž zmíněn fakt, že hudbu zpravidla vybírá operatér, což se potvrzuje i v našem výzkumu, kdy P5 v rozhovoru uvedl, že diskutoval během výkonu s chirurgem o právě hraném žánru. Další zahraniční výzkum taktéž ukazuje, že hudba na operačním sále skutečně nemá co dělat, neboť hluk je škodlivý pro efektivní komunikaci. V uvedeném výzkumu je navíc zmíněno, že průměrná hladina hluku na operačním sále se pohybuje mezi 51 dB – 79 dB (McLeod et al., 2021). A ačkoliv Světová zdravotnická organizace přímo neuvádí přesnou hladinu hluku, která je na operačních sálech přípustná a pro pacienta i zdravotnický personál bezpečná, v České republice jsou zákonem regulovány hygienické limity hluku na pracovištích, přičemž pracoviště vyžadující zvýšenou pozornost by neměla překročit tento limit nad 50 dB (Česko, 2011 b). Pokud je pacient během operace při vědomí, je naprosto samozřejmé, že poslouchá a vnímá vše, co se okolo něj děje a je to pochopitelné, právě v těchto případech by si měli členové operační skupiny dávat velký pozor na to, co během operace vykládají, a tím nejsou myšleny jen pracovní záležitosti, ale především záležitosti osobní, které k operacím běžně nepatří. Pacienta zřejmě nezajímá rodinný stav pracovníka, nebo předražené potraviny v obchodech. Interpersonální komunikace jistě ovlivňuje pacientův psychický stav, na což navazuje následující text.

Průzkumná otázka 3: Jak ovlivňuje pacientův psychický stav interpersonální komunikace?

Třetí průzkumná otázka se zaměřuje na fakt, jak je ovlivněn pacientův psychický stav interpersonální komunikací. V našem případě pacienti celkem kladně hodnotili komunikaci mezi členy operační skupiny, a stejně tak hodnotili kladně i to, že si mohli s lékaři, či perioperačními sestrami během operačního výkonu taktéž povídat, byli do hovoru zapojeni. Dle Skorunky by měl být ve zdravotnických zařízeních vyvíjen důraz na komunikaci s pacientem, a to především ve vztahu zdravotník – pacient (Skorunka, 2018). Hodnocení samotných pacientů nelze objektivizovat, každý danou situaci vyhodnocuje jinak. Je důležité, aby zdravotnický personál rozpoznal pacientovy pocity a dokázal dle nich pracovat a s pacientem komunikovat. Gulášová tvrdí, že pokud dojde k nedostatečné pozornosti

a kontrole pacientova strachu a zároveň k nedostatku informací, mohou se v pooperačním období rozvinout u pacienta různé psychické problémy, které mohou nabývat různého stupně (Gulášová et al., 2014).

Dotazovaní pacienti si všímali odborné výměny informací, která probíhala mezi členy operační skupiny, např. pokynů lékaře směrem s perioperační sestře. Někteří pacienti, jako např. P5, uvedli, že určité části komunikace, a to právě zejména pokyny směrem k perioperační sestře jim byly nepříjemné, neboť jim nepřipadalo vhodné slyšet slova jako „nůž, pila, nůžky, ...“ právě tyto slova vyvolaly spolu s neznámým prostředím operačního sálu u tohoto pacienta pocity strachu a stres. Strach a úzkost mnohdy pacienti zažívají ještě před samotným začátkem operačního výkonu, často již při čekání na odvoz na operační sál (Janíková a Zeleníková, 2013). Jak tvrdí Adamová, tak právě psychické rozpoložení, které pacient prožije má nenadálý dopad na následné hojení a rekonvalescenci, zejména pak na délku hospitalizace (Adamová, 2019). Někteří pacienti, jako P6 ocenili interpersonální komunikaci během operačního výkonu, a to hlavně proto, že odváděla jejich pozornost od samotné operace. Tento aspekt lidské komunikace, který dokonce zahrnoval i žertování, či osobní konverzace se ukázal jako přínosný pro některé typy pacientů. Dále P4 kladně zhodnotil, že byl zapojen do komunikačního procesu během operace a necítil se tak jen jako objekt, ale jako plnohodnotný člen operační skupiny, stejně tak P3 velmi ocenil, že jej lékař přizval v rámci rozhodovacího procesu do konverzace a nabídl mu tak přímo během výkonu různé možnosti operačního řešení, které se v tu chvíli odvíjely od operačního nálezu. Takový pacient se pak pochopitelně může cítit více v klidu, neboť dostane aktuální informace a ví, že má jeho problém více řešení. Rosová ve své diplomové práci uvádí, že hlavními faktory ke snížení strachu pacienta jsou dobrá a srozumitelná informovanost, komunikativnost, empatie a vstřícnost (Rosová, 2021). Za zmínku jistě stojí i fakt, že vnímání interpersonální komunikace a její vliv na psychický stav pacienta je do značné míry ovlivněn předchozí zkušeností pacienta, jak jsme si mohli všimnout ve výpovědi P6. Tato pacientka měla negativní zkušenost z předchozí operace, která probíhala na jiném pracovišti, kdy jí bylo personálem sděleno, že pokud se během operace mlčí, tak je něco špatně a operace tak neprobíhá podle plánu. Proto byla u současné operace pacientka více ostražitá a neustále se soustředila na to, zda se během výkonu nemlčí. Samozřejmě ji to více znervózňovalo. Pro takové pacienty není pak psychicky náročný pouze průběh operace, ale také může být těžké znovu se svěřit někomu do rukou. Tvrzení, že pacient, který si projde negativní zkušeností prožívá u další operace větší strach a úzkost lze podpořit průzkumem Kovářové, která uvádí, že největší úzkost prožívali pacienti,

kteří již někdy v minulosti operaci prodělali a odnesli si s ní spojenou negativní zkušenost. Oproti tomu nemocní, kteří mají s předchozí operací pozitivní zkušenost mají stejnou míru úzkosti jako pacienti, kteří nemají s čím porovnávat, to znamená, že operaci doposud neprodělali (Kovářová, 2017).

Jak je již zmíněno výše, komunikaci, kterou pacient vnímá může do jisté míry zastínit hudba, které na operačním sále hraje. Dle Stejskalové je právě muzikoterapie moderní formou psychoterapie, která může pacientovi pomoci při mnoha psychosomatických, či komunikačních obtížích (Stejskalová, 2010). Kantor říká, že nejčastější prospěšnou muzikoterapií, která má navodit psychický komfort je tzv. anxiolytická hudba, jejímž znakem je plynulý rytmus (Kantor, et al., 2009). V našem případě hudbu zřejmě volil operující lékař a pacienta se nikdo neptal, zda je mu hudba příjemná, nebo ne. Většině pacientů příjemná byla, ale P2 uvedl, že jej hudba znepokojovala, neboť neslyšel, co si povídá operační skupina a uvádělo ho to ve frustraci.

Z výše uvedených zjištění vyplývá, že efektivní a citlivá komunikace mezi operačním týmem je klíčová pro snížení pacientova strachu a stresu, což přispívá k zajištění lepšího průběhu operačního výkonu.

Průzkumná otázka 4: Jak personál operačních sálů zajišťuje pomocí komunikace bezpečnost pacienta?

Čtvrtá průzkumná otázka byla věnována tématu zajištění bezpečnosti pacienta na operačním sále právě pomocí komunikace. Původně nebylo v plánu, že se tento průzkum bude právě bezpečností pacienta zabývat, nicméně v rámci pilotního rozhovoru na aspekt bezpečnosti upozornil samotný pacient, tudíž byla právě bezpečnost zařazena i do tohoto průzkumného šetření a následně na tento aspekt byly utvořeny otázky do polostrukturovaného rozhovoru. Jak uvádí Wichsová, zajištění bezpečnosti pacienta na operačním sále je nejdůležitější podmínkou, která musí být v perioperační péči na 100 % dodržena (Wichsová a kol, 2013). V našem průzkumu vyvstalo několik klíčových poznatků, které se týkají zejména ověřování správnosti informací, ověřování alergické a lékové anamnézy, operační strany a zajištění sterility během operačního výkonu. Dle Světové zdravotnické organizace lze až 50 % poškozením pacienta předejít, až polovina těchto potíží je připisována léčivům. Jednou z nejopakovanějších výpovědí, jakou dotazovaní vypovídali, bylo opakované ověřování pacientových osobních údajů a zdravotního stavu před samotným operačním výkonem. V kvalitativním výzkumu v diplomové práci Vácové, deset z deseti dotazovaných zdravotníků

sester tvrdí, že si pacientovu identitu při převzetí na operační sál vždy potvrzují ústně – zeptají se samotného pacienta a dále mu vždy zkontrolují identifikační náramek (Vácová, 2015). Naši dotazovaní uváděli, že se jich personál operačních sálů na jméno ptal, avšak identifikační náramky nikdo z pacientů neměl. V tomto zdravotnickém zařízení tak není dodržen systém dvoustupňové identifikace, jež je doporučován Věstníkem MZ ČR č. 13/21 (Česko, 2021). Pacienti v drtivé většině případů vypovídali, že se jich opakovaně zdravotnický personál ptal především na alergickou a lékovou anamnézu, nejčastěji se na tyto fakta ptali sestry anesteziologické, sestry perioperační, lékaři z oboru anesteziologie, a lékaři oboru chirurgie se spoléhali na výše uvedené, neboť ti se na zmíněné informace pacienta nedoptávali. Wendsche tvrdí, že není pouze jedna osoba, která by byla přímo zodpovědná za daného pacienta po dobu jeho pobytu na operačním sále, dle něho za bezpečí pacienta odpovídá celý tým, který spolu musí spolupracovat. Klíčovou podmínkou pro úspěšnou spolupráci je komunikace (Wendsche a kol., 2012). Štefanová se však v její diplomové práci domnívá, že kdyby byl určený jeden zdravotník, který by pečoval o bezpečnost jednoho daného pacienta od jeho příjezdu na operační sál až po jeho odjezd, snížilo by toto opatření rizika, která jsou možná, pokud o jednoho pacienta pečují více zdravotníků najednou (Štefanová, 2016). V dnešní době, kdy mnozí pacienti užívají spoustu léků, je naprosto nezbytné ptát se právě na lékovou anamnézu, často se tím můžeme vyhnout tzv. medikačnímu pochybení, což je závažné nedopatření, které však bývá preventabilní. Tento incident může pacientovi přivodit nežádoucí účinky na pacienta, a to právě v souvislosti s podáním léku (NCC MERP, online). Některé pacienty, jako např. P2, opakované dotazování obtěžovalo, neboť se tento pacient domnívá, že na jisté informace se stačí zeptat jednou. Nicméně, tato forma opakovaného dotazování je naprosto správná, neboť právě komunikací může zdravotnický personál minimalizovat riziko vzniku nežádoucích událostí, které by mohly pacienta ohrozit. Vacheron tvrdí, že v lékařské dokumentaci se mohou mnohdy vyskytovat ne zcela úplné, někdy dokonce i zavádějící informace, proto je určitě na místě, pokud si pro jistotu každý ověří správnost údajů osobně, když je to možné a pacient s námi může komunikovat bez obtíží (Vacheron et al., 2023). Jako zajímavé se ukázalo i to, že si pacienti dobře uvědomují důležitost správnosti končetiny pro operaci. V tomto směru stranové ověření prováděli nejprve anesteziologové spolu s anesteziologickými sestrami, neboť právě oni aplikovali pacientovi svodnou anestezii, což byl v podstatě první krok po příjezdu pacienta na operační sál, hned po zjištění důležitých informací o daném pacientovi. Schäfli-Thurnherr tvrdí, že označení místa chirurgického zákroku je klíčovým prvkem v zásadách pro zajištění bezpečnosti během chirurgického výkonu (Schäfli-Thurnherr et al., 2017). S tímto se ztotožňuje i Dionigi

ve své výzkumné práci v rámci zajištění bezpečnosti pacienta, který se mimo jiné ztotožňuje i s faktem, že bezpečnost se ještě zvýší, pokud bude do procedury stranového ověření a následného označení zapojen samotný pacient, nebo jeho rodina (Dionigi et al., 2021). Právě zapojení pacienta do stranového označení operačního místa a předejití tak nežádoucí události ve smyslu stranové záměny předkládá ve své studii Hanchanale et al., 2014.

Co se týče zajištění sterility v oblasti operačního pole, byli naši dotazovaní, s výjimkou P7, obvykle dobře edukováni a bylo tak zajištěno jejich bezpečí, kdy se předešlo případnému vzniku následných pooperačních komplikací v podobě infekce. Pacienti často vypovídali, že jim bylo vysvětleno, že jejich končetina je sterilně zarouškována a oni se jí nesmí dotýkat, ani sahat směrem ke sterilnímu rouškování. Právě v tomto kontextu je efektivní komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem relevantní pro psychologické uklidnění pacienta a pro zajištění pacientova bezpečí. Jak uvádí Kudrličková, právě pobyt na operačním sále představuje pro pacienta největší rizikové období po dobu trvání hospitalizace (Kudrličková a kol., 2014), proto je naprosto nezbytné dodržovat veškerá bezpečnostní opatření zajišťující dokonalou sterilitu. Světová zdravotnická organizace v minulosti stanovila deset zásad, které mají za cíl zajistit pro pacienta maximální bezpečí, jednou ze zásad je: „*Tým bude používat metody, které omezují rizika infekce v místě chirurgického výkonu*“ (WHO, cit. dle Wichsové, 2013, str. 13).

Co taktéž vyplynulo z rozhovorů jako zajímavé, je fakt, že si nikdo z dotazovaných nevybavil, že by na operačním sále proběhlo něco, co by připomínalo perioperační bezpečnostní proces, známé taktéž jako Surgical Safety Checklist, a to konkrétně jeho část, která by měla proběhnout těsně před chirurgickou incizí. Jde o systematickou kontrolu, která je velmi důležitá k zajištění bezpečnosti pacienta, skládá se z jednoduchých kroků a na proceduru obvykle dohlíží obíhající sestra, která vše pečlivě zapisuje do dokumentu, který je součástí sálové dokumentace pacienta. Checklist se skládá ze tří fází – první se provádí před započítáním anestezie, druhý před chirurgickou incizí a třetí před předáním pacienta z operačního sálu (Wichsová a kol., 2013). V případě našich dotazovaných z výpovědí pacientů vyplynulo, že tzv. „sign in“ fáze je prováděna anesteziology, ve spolupráci s anesteziologickými sestrami, což je v pořádku. Zbylé dvě fáze naši dotazovaní nehodnotili, neboť ani jeden z dotazovaných nic takového nezaznamenal, a už vůbec ne před chirurgickou incizí, dá se proto usuzovat, že tato fáze byla absolutně vynechána. Přitom dle Filipové zabere provedení Checklistu zhruba 3–4 minuty času (Filipová a kol., 2011). Vácová ve své diplomové práci uvádí, že pět ze šesti nemocnic, kde bylo zkoumáno právě provádění perioperačního bezpečnostního procesu úplně vynechává

druhou, tzv. „time out“ fázi, tedy fázi těsně před chirurgickou incizí (Vácová, 2016). Tento výsledek není nijak zarážející, neboť některá pracoviště se k provádění perioperačního bezpečnostního procesu staví celkem rezervovaně. S podobnými výsledky jako ve výzkumu Vácové se můžeme setkat i ve výzkumu Schotena, který doporučuje neustálé opakování důležitosti provádějí i tohoto kroku, který je součástí Checklistu (Schoten et al., 2014). Pracoviště, na kterém byl prováděn tento výzkum by zřejmě potřebovalo zopakovat nejen „time out“ fázi.

Může se stát, že za nejasnou, či nedostatečnou komunikací stojí nedostatek času, který zdravotnický personál na operačním sále má. Takovým příkladem byla P7, u které jsme nezaznamenali komunikaci ohledně některých kroků, jak tomu bylo u ostatních dotazovaných. Právě P7 nevěděla, že se vůbec nesmí dotýkat sterilního rouškování, anebo že se nesmí dívat na dezinfekci operačního pole, neboť jí tyto informace nikdo neposkytl. Sama pacientka v rozhovoru uvedla, že si myslí, že zdravotnický personál byl časově omezen a perioperační sestry se musely výhradně věnovat operujícímu lékaři, a tak na komunikaci s ní již nezbyl čas. Nedostatek času, právě to je dle Matlochové jeden z nejvyužívanějších argumentů perioperačních sester, na otázku, proč pacienty needukují (Matlochová, 2012). Těmto případům, kdy na komunikaci s pacienty na operačním sále není tolik času, jak by bylo potřeba, by mohlo zabránit, kdyby perioperační sestry navštěvovaly pacienta ještě před jeho transportem na operační sál, a to např. večer před operací, s cílem pacienta edukovat. Edukace pacienta je totiž nedílnou součástí perioperační péče. Matlochová uvádí, že k edukaci je možno využít různých tištěných materiálů, fotografií, či rozhovoru za účelem seznámení pacienta s prostředím operačního sálu a se všemi okolnostmi, které jej na operačním sále čekají (Matlochová, 2012). I zanedbatelný nedostatek informací může v pacientovi vyvolat pocity obav a nejistoty, proto je velmi důležité komunikovat. Komunikovat s pacientem by personál operačních sálů měl i při zajišťování operační polohy, za jejíž správnost odpovídá především operující lékař, jenž by měl vždy správnost operační polohy zkontrolovat a ujistit se tak, že pacient nebude vystaven žádnému nebezpečí stran operační polohy (Jedličková a kol., 2021). Někteří naši dotazovaní nebyli vystaveni tomu, že by se absolutně nesměli během operace nijak pohnout, např. pacientům P1, P2 a P3 perioperační sestry, nebo dokonce operatér před, i během operačního výkonu nabídli, aby se protáhli, či si pokrčili alespoň dolní končetiny, neboť si uvědomovali, že pro pacienty je zřejmě absolutně nekomfortní ležet hodiny v jedné poloze. Opakem byla P7, která se bála, jakkoliv pohnout, aby tím nerušila operatéra a vydržela se tak celou operaci nehýbat, protože nevěděla, jestli se může pohnout a nechtěla nikoho

vyrušovat. Jeníčková ve své diplomové práci uvádí, že k nejčastěji využívaným pomůckám pro zajištění optimální polohy pacienta patří až v 73 % gelové pomůcky a v 16 % jsou využívány pomůcky vyrobené z molitanu (Jeníčková, 2022). Tyto pomůcky jsou pro pacienta přínosné, neboť operační stoly nejsou nijak zvlášť pohodlné, a především se jimi dá předejít komplikacím stran otlaků, či proleženin. Nicméně v našem případě, nikomu z našich respondentů nebyly podloženy paty, ani jiná predilekční místa žádnými pomůckami, které by zabránily případným komplikacím.

Závěrem lze tedy říci, že efektivní komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem na operačním sále hraje klíčovou roli, a to především u pacientů, kteří během operace vnímají. To nejdůležitější, co může zdravotnický personál právě správnou komunikací zajistit, je bezpečí pacienta.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Tento průzkum byl zaměřen na komunikaci s pacienty během jejich vlastního operačního výkonu a také na to, jak pacienti vnímají komunikaci, která během operace probíhá. Není zvykem, že by byl pacient během větších/velkých operačních výkonů plně při vědomí a vzhledem k tomu, že já sama si uvědomuji, že komunikace na operačním sále neprobíhá vždy úplně vzorově a někdy by bylo třeba ubrat, či se zdržet některých témat, která jsou před pacientem rozebírána, a to ať v osobní, či pracovní rovině, vznikla tato diplomová práce, která se zabývá právě i tím, jak pacienti tuto komunikaci vnímají.

Co je určitě potřeba a lze to proto doporučit – více komunikujme. Komunikaci pacienti vždy ocení velmi kladně a budou se díky ní cítit ještě ve větším pohodlí a bezpečněji. Především by na komunikaci měli zapracovat chirurgové, neboť se v tomto průzkumu ukázalo, že sice komunikují, ale mají rozhodně co zlepšovat, například oproti anesteziologům komunikují s pacienty velmi málo. Spíše mnohdy možná spoléhají na anesteziology a anesteziologické a perioperační sestry. I perioperační sestry mají rozhodně co zlepšovat – v první řadě, a to i s chirurgy, by měli zapracovat na tak bazálním tématu, kterým je obyčejné představení se. V našem průzkumu se ukázalo, že pacienti poznají, že jde o perioperační sestru až podle činností, které vykonává, do té doby nedokáží odhadnout, zda jde o lékařku, sanitářku, uklízečku, nebo právě o perioperační sestru. Vhodné by bylo pořádat pravidelné školení zaměřené právě na komunikaci s pacienty, kde by si mohli zdravotníci osvojit nějaké nové trendy v rámci komunikace, anebo si prostě jen občas připomenout, jak moc je komunikace pro pacienty důležitá. Dále bych doporučila předcházet syndromu vyhoření a klást větší důraz na psychohygienu zdravotnického personálu, neboť ten, kdo se cítí být psychicky dobře naladěný rozhodně komunikuje s pacienty mnohem lépe než ten, kdo je vyhořelý. Bylo by potřeba, aby i starší generace zdravotníků pochopila, jak moc je komunikace v prostředí perioperační péče důležitá, neboť právě tito pracovníci předávají vzor mladším, mnohdy nezkušeným kolegům. Když nový zaměstnanec uvidí, že se kolegové chovají mile a empaticky ke svým pacientům, určitě bude mít větší snahu dělat to stejně, možná i lépe. Důležité je také určitě vzdělávání mladých lékařů a sester v rámci komunikace už během jejich studia, i toto by mělo být pro jejich budoucí pracovní pozici přínosné.

Ačkoliv se může zdát, že je komunikace klišé, na kterém nelze nic pokazit, pro pacienty je právě toto „klišé“ velmi důležitou součástí hospitalizace. Mnohdy se zdá, že správná komunikace je naprostý základ a probíhá všude stejně kvalitně, ale často tomu tak bohužel není

a občas ve zdravotnictví vyplave na povrch nějaká komunikačně, či eticky nezvládnutá situace, která se samozřejmě negativně podepíše na celkovém psychickém stavu pacienta. A proto je třeba umět komunikovat a neustále si připomínat důležitost správné a efektivní komunikace.

Moc mě potěšilo, když zdravotníci daného zdravotnického zařízení, ve kterém tento průzkum probíhal, projevíli zájem si vyzkoumané závěry pročíst, aby mohli zhodnotit na čem by bylo potřeba zapracovat a jak pacienti komunikaci vnímají. Z tohoto důvodu hodnotím průzkum jako prospěšný, i kdyby měl změnit jen malé detaily v komunikaci.

8 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá subjektivními hodnoceními pacientů v jednom nejmenovaném zdravotnickém zařízení, přičemž hlavním tématem byla komunikace, která probíhala na operačním sále během jejich vlastního operačního výkonu. Diplomová práce sestává z teoretické části, která poskytuje širší pohled na komunikaci a její problematiku spojenou s poskytováním zdravotní péče, dále v byla v teoretické části popsána teoretická rovina pojmu perioperační péče, a s tímto tématem samozřejmě souvisí i nároky ohledně komunikace, které jsou kladené na personál zajišťující hladký průběh perioperační péče. Co si taktéž vyžádalo v teoretické části práce vlastní kapitolu bylo téma svodné anestezie, tedy především pak její konkrétní typ, a tím je blokáda brachiálního plexu. Bylo důležité tento druh anestezie shrnout v teoretické rovině, neboť dotazovaní pacienti podstoupili ve zdravotnickém zařízení operaci, při níž byla právě tato uvedená anestezie aplikována, a proto vyšlo jako velmi vhodné i tuto kapitolu zařadit. Celkově lze shrnout, že cíl teoretické části této diplomové práce byl splněn.

Druhá hlavní část této diplomové práce, průzkumná část, se věnovala interpretaci výsledků z kvalitativního průzkumného šetření. Polostrukturovaný rozhovor se jevil jako nejlepší metodou pro získání výsledků subjektivního hodnocení, a proto byl tedy použit. Celý průzkum samozřejmě probíhal anonymně, souhlas k jeho provedení udělilo nejmenované zdravotnické zařízení, v němž průzkum probíhal. Průzkumná část měla jeden hlavní cíl a tím bylo popsat zvláštnosti komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem ve svodné anestezii na operačním sále.

Výše uvedený hlavní cíl byl následně rozveden ve tři dílčí cíle, kdy prvním z nich bylo zjistit, jaké informace získává pacient na operačním sále, a to od nelékařského, ale i lékařského zdravotnického personálu. Z rozhovorů vyšlo najevo, že nejvíce informací získávají pacienti na operačním sále od lékařů z oboru anesteziologie. Ti nejen, že se našim dotazovaným představovali, což samozřejmě na pacienty působí pozitivním dojmem, ale poskytovali našim dotazovaným dostatek informací ohledně svodné anestezie předtím, než jim byla aplikována. Pozitivně na dotazované působilo i to, že jim právě tito lékaři poskytovali prostor pro případné dotazy. Co se operatérů / chirurgů týče, tak tam byla míra informovanosti již trochu slabší. Operatéři neměli na komunikaci s pacienty tolik času, třebaže jej opravdu nemají, anebo si na své pacienty čas zkrátka nenajdou, neboť to nepokládají za důležité. Pozitivně pacienti hodnotili, když jim operatéři v průběhu výkonu nabídli různé možnosti operačního řešení, popřípadě jejich případ přímo zkonzultovali s některým z kolegů, a využili tak pacientova

vědomí, kdy mohl pacient případně s operátorem svůj stav probrat a rozhodnout se tak, co by pro něho bylo nejlepší. Dále byli dotazovaní obvykle dobře informovaní od operátéra po skončení jejich operačního výkonu, a to ve smyslu operačního nálezu a následného řešení. Co v rozhovorech pacienti uváděli a pokládali tuto informaci za pro ně důležitou byla informace o tom, kdy předběžně bude možné jejich propuštění do domácího ošetřování. Tuto informaci ovšem nedostali všichni dotazovaní. Co se týče informovanosti od nelékařského zdravotnického personálu, ve výpovědích dotazovaných se často opakovalo, že jim perioperační sestry předávaly především informace o tom, co se bude v následujících momentech dít, tzn. naložení turniketu, poloha na operačním stole – nabídka pokrčení nohou / změna polohy, a také o tom, jaký bude režim po operaci – šátkový obvaz, ... Jelikož se podařilo zjistit, jaké informace jsou pacientům poskytovány, a především kdo je poskytuje a v jakém rozsahu, dá se tento dílčí cíl označit za splněný. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak pacient vnímá okolní komunikaci na operačním sále. V tomto směru bylo předpokládáno, že pacienti si všimají komunikace, která probíhá mezi členy operační skupiny, ať už se jedná o hovory soukromé, či profesní. Při pilotním rozhovoru vyšlo najevo, že dotazovaný tolik informací ze soukromého rozhovoru neslyšel, neboť komunikaci na operačním sále zastíňovala hudba, která hrála. Proto když byly následně po pilotáži otázky upravovány, jedna z nich se zajímala právě o rušivé elementy. Nicméně se v podstatě ukázalo, že dotazovaným pacientům obvykle hudba vůbec nevadila, spíše naopak – měla pro ně dá se říct uklidňující efekt, někteří pacienti byli rádi, že právě interpersonální komunikaci vůbec nemuseli slyšet. Hudba vadila ze sedmi dotazovaných pouze jednomu a ukázala se pro něj tak rušivým elementem. Dále se ukázalo, že interpersonální komunikace pacientům příliš nevadila, někteří ocenili, že byli do jejich rozhovoru zapojeni a mohli si tak s operačním týmem povídat o běžných věcech, toto dodávalo dotazovaným klid a pohodu. Důležité také bylo zjištění, jak tomu bylo u P7, že na základě interpersonální komunikace, a to konkrétně komunikace operátéra s perioperačními sestrami, pacientka dokázala naprosto přesně vycítit pocity onoho lékaře, jak sama řekla „*už toho měl za celý týden asi docela dost*“, někdy tedy nezáleží, co říkáme, ale jak to říkáme – i to může pacienty psychicky ovlivňovat. Jelikož se podařilo zachytit různé pocity dotazovaných, i tento dílčí cíl lze považovat za splněný. Posledním, třetím dílčím cílem bylo zjistit, jak je pomocí komunikace zajištěna bezpečnost pacienta na operačním sále. Zde se ukázalo, že komunikace hraje v zajištění bezpečnosti pacienta na operačním sále klíčovou roli. Nejlépe si v komunikaci vedl opět obor anesteziologie, který poctivě od pacientů zjišťoval všechny důležité informace, ačkoliv např. P2 toto opakované zjišťování vadilo, ověřovat ústně stranovou správnost atp. Dále pacienti vypovídali, že perioperační sestry se jich ptaly na jméno a na alergie, operující

lékař se zajímal především o to, zdali je již účinek svodné anestezie dostatečný a může se s výkonem začít. Nikdo z pacientů si nevšiml ničeho, co by připomínalo druhou fázi perioperačního bezpečnostního procesu, na čemž by bylo jistě třeba zapracovat. Lze říci, že i tento třetí dílčí cíl se podařilo splnit, a zjistilo se tak, jaké kroky v komunikaci používají zdravotníci v tomto zdravotnickém zařízení, aby dokázali zajistit pacientům bezpečí.

Závěrem lze shrnout, že cíle jak v teoretické, tak i v praktické rovině byly adekvátně splněny. Vzhledem k osobním zkušenostem mě samotnou zajímalo, jak na komunikaci na operačním sále pohlíží samotní pacienti. Některé postřehy mě překvapily, některé jsem očekávala přesně tak, jak je dotazovaní popisovali. Výhodou bylo bezesporu to, že byl pacientům poskytnutý dostatečný prostor a mohli tak vyjádřit jejich subjektivní pocity ohledně daného tématu, což by se při kvantitativním zpracování dalo jen těžko zachytit. Velmi milým překvapením pro mě také bylo, že když se nelékařský zdravotnický personál daného zdravotnického zařízení dozvěděl o tomto výzkumu, projevil zájem si jeho výsledky projít a prostudovat, aby viděl, na čem se dá zapracovat, čeho si pacienti nejvíce všímají a co by bylo rozhodně potřeba změnit k lepšímu. Obvykle jsme zvyklí, že se personál k podobným průzkumům staví negativně, zde tomu je však naopak a už to vnímám jako velké pozitivum, a proto hodnotím tento lokální průzkum jako úspěšný, a to především pro budoucí pacienty.

9 POUŽITÁ LITERATURA

9.1 Primární zdroje

BARASH, Paul G., Bruce F. CULLEN a Robert K. STOELTING. *Klinická anesteziologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015, 804 s. ISBN 978-80-247-4053-9.

BEDNAŘÍK, Aleš; ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným*. Praha: Grada, 2020, ISBN 978-80-271-2288-2.

BOUKALOVÁ, Hedvika; CERHA, Ondřej; SEDLÁČEK, Mojmir a ŠÍROVÁ, Eva, 2023. *Psychologie komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1388-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 2. Praha: Portál, 2005, ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2016, ISBN 978-80-262-0982-9.

HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry*. Praha: Galén, 2015, ISBN 978-80-7492-142-1.

IRMIŠ, Felix. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. 1. vydání. Praha: Galén, 2014, 139 s. ISBN 978-80-7492-130-8.

JANÍKOVÁ, Eva; ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii*. Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-4412-4.

JANOUSEK, Jaromír. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada, 2015, ISBN 978-80-247-4295-3.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019, 330 stran. ISBN 978-80-7013-598-3.

KAISER, Radek. *Chirurgie hlavových a periferních nervů s atlasem přístupů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2016, 212 stran. ISBN 978-80-247-5808-4.

- KOLEKTIV AUTORŮ. *Operační polohy*. Praha: Grada, 2021, ISBN 978-80-271-2077-2.
- KOVAŘÍKOVÁ, Jarka. *Interní komunikace je nutnost!* Praha: Siria, 2016, ISBN 978-80-906367-0-5.
- KANTOR, Jiří a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-7008-6.
- KEMPŇÝ, Tomáš. *Rekonstrukce končetin vaskularizovanými laloky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2021, 218 stran. ISBN 978-80-271-3101-3.
- MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-2339-6.
- LIBOVÁ, Ľubica a kol. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada, 2019, ISBN 978-80-271-2466-4.
- POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2011, ISBN 978-80-7013-524-2.
- PTÁČEK, Radek a BARTŮŇEK, Petr, 2022. *Důstojnost v medicíně*. EPUB; online. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2588-3.
- SEDLÁKOVÁ, Renáta. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada, 2014. *Žurnalistika a komunikace*. ISBN 978-80-247-3568-9.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014, ISBN 978-80-247-4414-8.
- STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Newbury Park California: Sage Publications, 1999. Boskovice: Sdružení Podané ruce; Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠPAČEK, Ladislav. *Etiketa pro lékaře, zdravotníky a pomáhající profese*. Praha: EEZY Publishing, 2021, ISBN 978-80-908101-4-3.
- ŠPAČEK, Ladislav. *Úspěšný obchodní zástupce*. Praha: Fragment, 2014, ISBN 978-80-253-2196-6.
- ŠVEC, Vlastimil. *Povolání chirurg: specifická pomáhající profese*. Brno: Masarykova univerzita, 2022, ISBN 978-80-280-0030-1.
- TAYLOROVÁ, Shirley a kol. *Umění komunikace*. Praha: Knižní klub, 2010, ISBN 978-80-242-2770-2.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2016, 134 stran. ISBN 978-80-271-0064-4.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VOKURKA, Martin; HUGO, Jan a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2015, ISBN 978-80-7345-456-2.

VYMAZAL, Tomáš, Pavel MICHÁLEK a Olga KLEMENTOVÁ. *Anesteziologie (nejen) k atestaci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2021, 1219 stran. ISBN 978-80-271-1230-2.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-807262-894-0.

WICHISOVÁ, Jana, 2020. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada. ISBN 978- 80-271-1029-2.

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

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2016, 121 stran. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZEMANOVÁ, Jitka a Miluše MEZENSKÁ. *Perioperační anesteziologická péče v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2021, 163 stran. ISBN 978-80-271-1740-6.

9.2 Odborné články

AORN, 2017. *AORN'S PERIOPERATIVE EXPLICATIONS FOR THE ANA CODE OF ETHICS FOR NURSES WITH INTERPRETIVE STATEMENTS*. PDF; online. In: AORN. Dostupné z: <https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/clinical-research/aorn-periop-explanations-for-ana-code-of-ethics-2017.pdf> . [cit. 2025-02-04]

ABELSSON, Anna a Annette NYGÅRDH. *The nurse anesthetist perioperative dialog*. *BMC Nursing*. 2020, vol. 19, issue 1, p. 1-8. ISSN 1472-6955.

ADAMOVIČ, Zuzana., 2019. *Předoperační příprava v onkochirurgii – ERAS doporučení v ambulanci praktického lékaře*. *Medicína pro praxi*. 16(4), 277-279.

BALKOVÁ, Hilda, Denisa ENGLIŠOVÁ a Miroslava HAUPTVOGELOVÁ. *Sebeovládání v práci perioperační sestry*. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2013, roč. 23, č. 5, s. 27-28. ISSN 1210-0404.

BERHE, Yophtahe Woldegerima, Temesgen AGEGNEHU, Mulualem ENDESHAW, Nurhusen RISKEY a Getasew KASSAW. *Quality of anesthetist communication with surgical patients in the perioperative setting: a survey at an academic tertiary referral hospital in Ethiopia*. Patient Safety in Surgery. 2023, vol. 17, issue 1, p. 1-7. ISSN 1754-9493.

BREITHAUPT, F., 2018. *The bad things we do because of empathy* [online]. Interdisciplinary Science Reviews [cit 2025-04-03]. 43(2), s. 166-174. ISSN 03080188. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/03080188.2018.1450928>

DIAS, Patricia, Daniel CLERC, Maria Goreti DA ROCHA RODRIGUES, Nicolas DEMARTINES, Fabian GRASS a Martin HÜBNER. *Impact of an Operating Room Nurse Preoperative Dialogue on Anxiety, Satisfaction and Early Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Major Visceral Surgery—A Single Center, Open-Label, Randomized Controlled Trial*. Journal of Clinical Medicine. 2022, vol. 11, issue 7, p. 1895-1905. ISSN 2077-0383.

Dionigi G, Raffaelli M, Bellantone R, De Crea C, Ambrosini CE, Miccoli P, Materazzi G, Ieni A, Caruso E, Zhang D, Dralle H. *Analysis and outcomes of wrong site thyroid surgery*. BMC Surg. 2021 Jun 4;21(1):281. doi: 10.1186/s12893-02101247-7.

Filipová M, Pokojová R. *Předoperační bezpečnostní proces – úskalí implementace*. Sestra. 2011; 21(2):34-6.

GILLESPIE et al., 2018. *Perceptions of perioperative nursing competence: a crosscountry comparison*. BMC nursing. 17(12), 1-7. ISSN 1472-6955.

GULÁŠOVÁ, I., L. GÓRNEROVÁ, L. CETLOVÁ et al., 2014. *Strach pacienta před operací*. Sestra. Roč. 24, č. 2, s. 38-39. ISSN 1210-0404.

Hanchanale V, Rao AR, Motiwala H, Karim OM. *Wrong site surgery! How can we stop it?* Urol Ann. 2014 Jan;6(1):57-62. doi: 10.4103/0974-7796.127031.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a Silvie HODOVÁ. *Edukační program perioperační péče ve FN Brno*. Florence: časopis moderního ošetrovatelství. 2013, roč. 9, č. 1-2, s. 24-26. ISSN 1801-464X. Dostupné také z WWW: <<https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/1/edukacni-program-perioperacni-pece-ve-fn-brno/>>.

- KLEMENTOVÁ, Olga a Pavel MICHÁLEK. *Lokální anestetika z pohledu anesteziologa*. *Klinická farmakologie a farmacie* [online]. 2018, roč. 32, č. 2, s. 28-32. ISSN 1212-7973 [cit. 2023-08-30]. Dostupné z WWW: <<https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2018/02/05.pdf>>.
- KOMOLAFE, Cinderella, Mariann CSERNUS a Emőke FÜLÖP. *Patients' anxiety during the perioperative care from the point of view of the nursing staff and patients*. *Kontakt: scientific acta Faculty of Social and Health Studies*. 2015, roč. 17, č. 2, s. 94-102. ISSN 1212-4117. Dostupné také z WWW: <<https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2015/02/04.pdf>>.
- KOTOMSKA, Marta a Aldona MICHALAK. *Communication and perioperative care of elderly patients*. *Polish Journal of Public Health*. 2019, vol. 129, issue 2, p. 55-60. ISSN 0044-2011.
- KRUPIC, Ferid. *Nurse Anesthetists' Communication in Brief Preoperative Meeting With Orthopaedic Patients—An Interview Study*. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2019, vol. 34, issue 5, p. 946-955. ISSN 1532-8473.
- KRUPIC, Ferid, Thomas EISLER, Olof SKÖLDENBERG a Nabi FATAHI. *Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2016, vol. 30, issue 1, p. 99-107. ISSN 0283-9318.
- KRISTOFFERSEN, Eirunn Wallevik, Anne OPSAL, Tor Oddbjørn TVEIT a Mariann FOSSUM. *Knowledge, safety, and teamwork: a qualitative study on the experiences of anaesthesiologists and nurse anaesthetists working in the preanaesthesia assessment clinic*. *BMC Anesthesiology*. 2022, vol. 22, issue 1, p. 1-12. ISSN 1471-2253.
- KUDRLIČKOVÁ, Dagmar, Jana SOMROVÁ a Iva BRABCOVÁ. *Rizika v intraoperační ošetrovatelské péči*. *Pediatric pro praxi*, 2014; 15(4): 235-237.
- LANGEROVÁ, Tereza, Magda TALIÁNOVÁ a Petra PAVLOVÁ. *Perioperační bezpečnostní proces v praxi*. *Profese online* [online]. 2015, roč. 8, č. 1, s. 24-29. ISSN 1803-4330 [cit. 2023-09-04]. Dostupné z WWW: <<https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2015/01/04.pdf>>.
- Lokální anestetika a svodná anestezie. *Farmakoterapeutické informace*, 2018, č. 3, s. 1-4; 2018, č. 4, s. 1-2. ISSN 1211-0647. Dostupné také z WWW: <<https://www.sukl.cz/sukl/2018>>.

MACH, Dušan. *Regionální anestezie k operacím ramene – současné trendy*. Anesteziologie & intenzivní medicína: časopis České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. 2018, roč. 29, č. 3, s. 128-134. ISSN 1214-2158. Dostupné také z WWW: <<https://www.aimjournal.cz/pdfs/aim/2018/03/02.pdf>>.

Mcleod R, Myint-Wilks L, Davies SE, Elhassan HA. *The impact of noise in the operating theatre: a review of the evidence*. Ann R Coll Surg Engl. 2021 Feb;103(2):83-87. Dostupné z: <https://doi.org/10.1308/rcsann.2020.7001>

PINKASOVÁ, Tereza. *Sebereflexe v každodenní praxi lékaře/lékařky*. Med. praxi. 2024; 21(3):151-154.

Schäfli-Thurnherr J, Biegger A, Soll C, Melcher GA. *Should nurses be allowed to perform the pre-operative surgical site marking instead of surgeons? A prospective feasibility study at a Swiss primary care teaching hospital*. Patient Saf Surg. 2017 Apr 4; 11:9. doi: 10.1186/s13037-017-0125-1.

Schoten SM, Kop V, de Blok C, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, Wagner C. *Compliance with a time out procedure intended to prevent wrong surgery in hospitals: results of a national patient safety programme in the Netherlands*. BMJ Open. 2014 Jul 3;4(7): e005075. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005075

SKORUNKA, D., 2018. *Pacient má rodinu! Individualizovaná péče v systemickém pojetí*. Praktický lékař. 98(1), 18-25.

STEJSKALOVÁ, Marina. *Muzikoterapie v klinické praxi*. Psychiatr. praxi. 2010;11(1):30-32. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/08.pdf>

Vacheron CH, Acker A, Autran M, Fuz F, Piriou V, Friggeri A, Theissen A. *Insurance Claims for Wrong-Side, Wrong-Organ, Wrong-Procedure, or WrongPerson Surgical Errors: A Retrospective Study for 10 Years*. J Patient Saf. 2023 Jan 1;19(1): e13-e17. doi: 10.1097/PTS.0000000000001080.

Weldon SM, Korkiakangas T, Bezemer J, Kneebone R. *Music and communication in the operating theatre*. J Adv Nurs. 2015 Dec;71(12):2763-74. doi: 10.1111/jan.12744. Epub 2015 Aug 4. PMID: 26243722. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jan.12744>

9.3 Internetové zdroje

ČESKO, 2011 a. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) - znění od 1. 3. 2025. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2025 [cit. 21. 3. 2025]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#f4436901>

ČESKO, 2011 b. Nařízení vlády č. 272/2011 Sb., o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací – znění od 1. 7. 2023. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2025 [cit. 21. 3. 2025]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-272#p3-2>

ČESKO, 2021. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. [online]. 2021. [cit. 2025-04-03]. ISSN 1211-0868. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/11/Vestnik-MZ_13-2021.pdf

ČESKO. České republiky Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zákon o zdravotních službách – práva pacientů*. [online]. 2023. [cit. 2025-04-03]. Dostupné z: <https://patientskeorganizace.mzcr.cz/res/f/pruvodce-pravy-pacientu.pdf>

EORNA, 2019. *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing*. [online]. [cit. 03. 04. 2025]. Dostupné z: <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Common-Core-Curriculum-for-Perioperative-Nursing-Third-Edition-2019.pdf>

Index for Categorizing Medication Errors. 2001. In: *The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* [online]. [cit. 2025-04-03]. Dostupné z: <http://www.nccmerp.org/types-medication-errors>

9.4 Ostatní

JENÍČKOVÁ, Sára. *Polohování pacienta při operačních výkonech v jednotlivých chirurgických oborech*. Online. Diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. 2022. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8ucw3o/>.

KNAPOVÁ, Alena. *Individuální přístup zdravotníků ke geriatrickým pacientům*. Online. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. 2008. Dostupné z: <https://theses.cz/id/radg0k/>.

KOVÁŘOVÁ, Kristýna. *Hodnocení předoperačního strachu u seniorů před plánovanou operací*. Ostrava. 2017. Diplomová práce. Ostravská univerzita.

KREJČÍ, Natálie. *Komunikace jako součást ošetrovatelské péče na oddělení urgentního příjmu*. Online. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2023. Dostupné z: <https://theses.cz/id/58mfak/>.

MATLOCHOVÁ, Eva. *Edukace pacienta perioperační sestrou*. Sestra (Praha). Online. 2012, roč. 22, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/edukace-pacienta-perioperacni-sestrou-3/> [cit. 2025-03-29].

MERTO VÁ, Dana. *Specifika komunikace lékař - pacient*. Vedoucí Pavlů, Dušan. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta multimediálních komunikací, Ústav marketingových komunikací, 2007. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/2930>

POSPÍŠILOVÁ, Vendula. *Zajištění intimity a důstojnosti u pacientů na urgentním příjmu, samozřejmost nebo nadstandard?* Online. Diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 2017. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1wsa6n/>.

ROSOVÁ, Monika. *Strategie zvládnání strachu před operačním výkonem*. Č. Budějovice, 2021. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

ŠTEFANOVÁ, Pavla. *Bezpečnost pacienta na operačním sále*. Online. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. 2016. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/wd5uc/>.

VÁCOVÁ, Jana. *Role perioperační sestry v bezpečnostní proceduře na operačním sále*. Č. Budějovice, 2015. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

10 PŘÍLOHY

| | |
|--|----|
| Příloha A - Otázky k polostrukturovanému rozhovoru | 89 |
| Příloha B - Obrázky..... | 91 |

Základní identifikační údaje:

- 1) Kolik vám je let?
- 2) Operace, kterou jste podstoupil/a byla plánovaná, nebo akutní?
- 3) Máte již předchozí zkušenost se svodnou anestezí? Konkrétně pak s bloádou brachiálního plexu?

AD průzkumná otázka č. 1:

- 4) Jaké informace jste získal/a od zdravotnického personálu (lékaři, zdravotní sestry, sanitáři) na operačním sále, a to před a po skončení vašeho operačního výkonu? A kdo se vám ze zdravotnického týmu na op. sále představil – věděl/a jste, kdo vás ošetřuje?
- 5) Jaké informace jste dostával/a během operačního výkonu od operačního týmu, věděl/a jste co se děje tzv. „na druhé straně“? Ptal/a jste se třeba během operace na něco, co vás zajímalo? Na co?
- 6) Kdo vám podle vás poskytl nejvíce informací, nebo na vás udělal v rámci komunikace největší dojem?

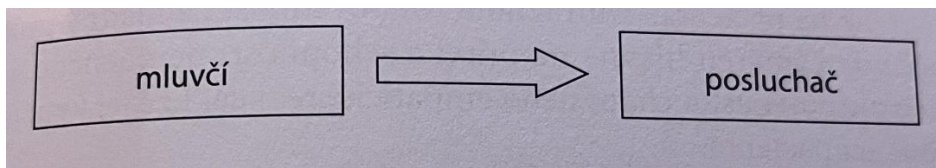
AD průzkumná otázka č. 2 a 3:

- 7) Povídali si mezi sebou členové operační skupiny, před a v průběhu vaší operace? Slyšel/a jste o čem – osobní, či pracovní záležitosti? Popř. zapojili vás do jejich hovoru?
- 8) Popište mi, jaká byla na operačním sále atmosféra – přátelská, uvolněná, či napjatá a nervózní, a jak to na vás působilo?
- 9) Bylo něco, co by komunikaci rušilo, hluk, nebo něco jiného?
- 10) Popište mi, jak jste se díky komunikaci zdravotnického personálu na operačním sále cítil/a?
- 11) Jakým způsobem ovlivnila komunikace mezi členy operační skupiny vaši důvěru ve zdravotnický tým?

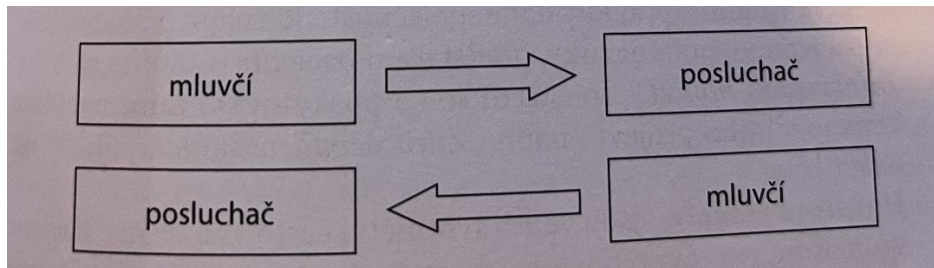
AD průzkumná otázka č. 4:

- 12) Kdo ze zdravotnického personálu se ptal na vaše jméno a na vaši anamnézu – alergickou, lékovou, ...? Uveďte, na co konkrétně se ptali, co je zajímavé?
- 13) Kdo ze zdravotnického personálu se vás ptal, s čím jdete na operaci? Jaké byly učiněny kroky, které měly zajistit, že nemůže dojít k pochybení ve smyslu stranové záměny?
- 14) Před samotnou operací, na co se vás ptal váš operující lékař, nebo zdravotní sestry?
- 15) Co udělali zdravotníci proto, abyste se na operačním sále cítil/a v bezpečí? A cítil/a jste se tak?

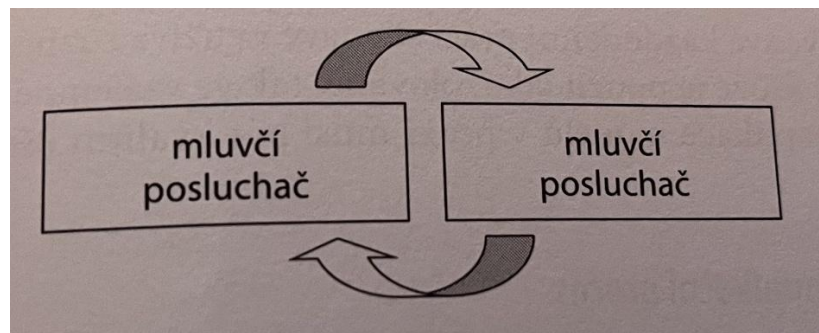
Příloha B - Obrázky



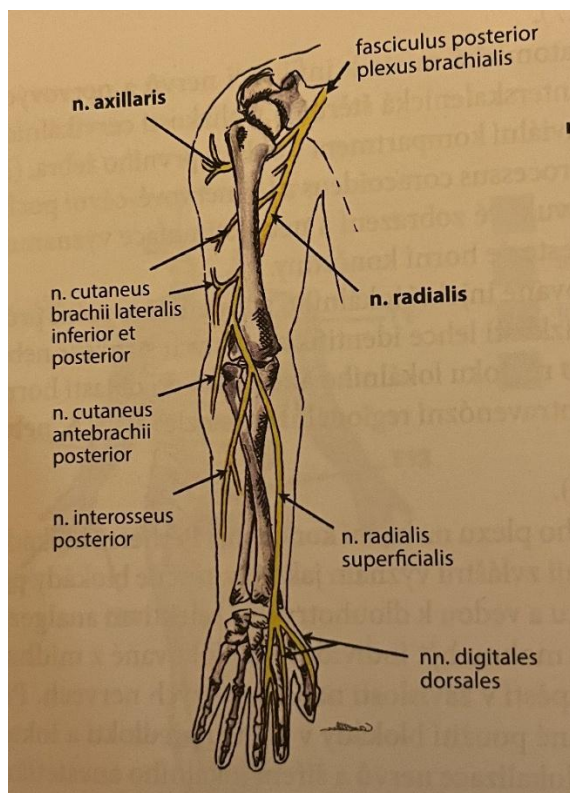
Obrázek 1 - Lineární model komunikace (Zacharová, 2016, str. 17)



Obrázek 2 - Interakční model komunikace (Zacharová, 2016, str. 17)



Obrázek 3 - Transakční model komunikace (Zacharová, 2016, str. 17)



Obrázek 4 - Plexus brachialis (Barash et al., 2015, str. 414)



Obrázek 5 - Příklad úrazu P3 (Zdroj autor)